PROTOCOLOS DE INTERVENCIÓN PATOLOGÍA DUAL

Directores
Nestor Szerman
Carlos Roncero
Miguel Casas

Autores
Lola Peris
CNP-Centre Neuchâtelois de Psychiatrie, Neuchâtel (Suiza)

PATOLOGÍA DUAL EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

© 2016 EdikaMed, S.L.

Josep Tarradellas, 52 - 08029 Barcelona

www.edikamed.com

ISBN:

Impreso por: Depósito legal:

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, la reproducción parcial o total de esta obra. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a EdikaMed S.L., o a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar, escanear o hacer copias digitales de algún fragmento de esta obra.

ÍNDICE

1. Introducció	5
2. Epidemiologia	5
3. Bases Etiológicas	8
4. Evaluación y abordaje terapéutico	19
5. Plan terapéutico	23
6. Bibliografía	23
Caso clínico	27
Test de evaluación	29

1. Introducción

Al iniciar en la anterior ocasión este capítulo se comentaba que "dentro de los temas que componen estos protocolos, se podría decir que éste presenta características diferenciales del resto. Los, hasta el DSM-IV-TR, llamados 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, adoleciendo 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". Durante los últimos años se ha desarrollado un creciente interés en la investigación sobre personalidad y adicción, lo que ha favorecido el avance de los conocimientos. Si en la anterior edición era necesario centrarse fundamentalmente sobre los datos clínicos y psicométricos, el avance actual permite comenzar a enfocar el tema desde presupuestos más amplios, con un acento más destacado sobre las bases neurobiológicas.

Personalidad y trastorno de personalidad

El término *personalidad*, descrito por Allport como una de las palabras más abstractas de nuestro lenguaje, se utiliza así de diferentes maneras, desde una forma coloquial hasta la más técnica usada por los profesionales de la salud mental. Como explica Stone (1993), el origen de la palabra se remonta a los anfiteatros griegos y romanos, en los cuales a los actores les resultaba difícil hacerse oír, ocurriéndosele a alguien 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 enfatizaba lo que se ve y la latina lo que se oye1.

La definición de *trastorno de personalidad* debería partir del conocimiento de la personalidad normal y de cómo sus funciones están alteradas. Sin embargo, las definiciones y caracterizaciones de los trastornos de personalidad no suelen aproximarse de este modo, sino listando rasgos que se considera que les caracterizan pero sin una clara racionalidad para su selección. Un método, entre otras cuestiones, poco 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 investigadores del tema, se referiría a regularidades y consistencias en conducta y formas de experiencia, características permanentes que normalmente se describen como rasgos, que varían en cada individuo. La personalidad no sería una colección de rasgos, sino que la mayoría resaltan su naturaleza integrada y organizada. Así, un objetivo fundamental de la investigación en personalidad es explicar esta coherencia y organización, términos que también son pertinentes para los trastornos de personalidad (Livesley, 2003).

De forma general, *la personalidad* ha sido pues definida 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 es la suma de las interacciones entre aspectos constitucionales y experiencias del desarrollo temprano y de la vida posterior; esta misma suma, como más adelante se verá, se encuentra en la base de la relación entre los trastornos de personalidad y el consumo de sustancias.

Los *trastornos de personalidad* son variantes de los rasgos de personalidad, inflexibles y desadaptativos, que causan o bien un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo (American Psychyatric Association, 2013) (Figura 1). La clasificación DSM-IV-TR los dividía en tres grupos o clusters, útiles a nivel de investigación y docencia, pero reconociendo 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 mantenía igualmente una categoría residual, el trastorno de personalidad no especificado, que incluiría trastornos mixtos o aquellos en investigación.

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 trastornos de personalidad en las clasificaciones psiquiátricas. En los grupos de trabajo formados en 1999 en la DSM-V Research Planning Conference se destacó el soporte empírico y conceptual para un modelo dimensional alternativo de clasificación. Se sugirió que, si se consideraba basar parte o todo el DSM-5 en dimensiones más que en categorías, sería conveniente iniciarlo en primer lugar con los trastornos de personalidad, 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 trastorno de personalidad, pero una conversión a tal modelo se facilitaría por estudios centrados explícitamente en la identificación de puntos de corte para estas decisiones clínicas (Widiger et al., 2005). .

Aunque el grupo de trabajo que se encargó de los trastornos de personalidad para el DSM-5 intentó proponer tal modelo dimensional, fue tan ampliamente debatido y contestado que se decidió continuar por el momento con la misma clasificación anterior del DSM-IV-TR y añadir un apéndice al final (Sección III) explicando el proyecto.

Como breve resumen, y de acuerdo con Widiger y Simonsen (2005), la mayoría de las escalas de los modelos dimensionales desarrollados por distintos autores (Cloninger, Clarck, Eysenck, Livesley, Millon, Shedler y Westen, Tyrer, Zuckerman, etc.) se podrían integrar bien en cuatro amplios dominios de funcionamiento adaptativo y desadaptativo de personalidad: *disregulación emocional* frente a *estabilidad emocional*, reserva frente a *impulsividad, extroversión* frente a *introversión,* y *antagonismo* frente a *conformidad*. Como se verá más adelante, el funcionamiento desadaptativo de estos dominios podría llevar al consumo de distintas sustancias.

Estos amplios dominios compatibilizarían bien con la investigación existente hasta el momento, que subraya la coocurrencia de la personalidad con otros trastornos mentales, especialmente cuando esta estructura se entiende jerárquicamente. Sobre los cuatro o cinco 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 requiere más investigación para definir de forma más precisa cómo integrar la clasificación de otros trastornos mentales con modelos estructurales de personalidad.

La propuesta alternativa del DSM-5 sugiere seis amplios dominios de rasgos de personalidad (introversión, emocionalidad negativa, antagonismo, desinhibición, compulsividad y esquizotipia). Cada uno comprende varios rasgos más específicos de más bajo orden (impulsividad dentro de desinhibición, ansiedad dentro de emocionalidad negativa...).

La evaluación de la personalidad y sus alteraciones se centraría en la evolución desde la "normalidad" a la presencia de posibles alteraciones centrales en el funcionamiento de la personalidad, pasando por rasgos de personalidad patológicos, hasta la existencia de tipos de personalidad predominantemente patológicos. Sólo se haría un diagnóstico de trastorno de personalidad cuando las alteraciones centrales y los rasgos patológicos sean graves o

Figura 1.

Transtornos de Personalidad (TP) Criterios diagnósticos generales DSM-5
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 ampla 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 transtorno mental.
F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica

extremos (más otra serie de criterios). En cualquier caso, los tres clusters preexistentes, mantenidos por ahora, pueden ser también vistos en sí mismos como dimensiones representantes de espectros de disfunciones de la personalidad en un continuum con otros trastornos mentales, manteniéndose actualmente una investigación muy activa.

La alta c*oexistencia entre trastorno de la personalidad y consumo de sustancias* está suficientemente documentada en la actualidad. Sin embargo, hay distintos factores que han dificultado su reconocimiento, como la conceptualización relativamente reciente, y no exenta de polémica, de las conductas adictivas como enfermedades cerebrales y no meros problemas sociales, la aún persistente controversia sobre los trastornos de personalidad, la antigua conceptualización de la "personalidad pre-adictiva" y las discrepancias sobre el concepto de comorbilidad. Sin embargo, desde el enfoque neurocientífico actual, la identificación de las bases neurales de los rasgos de personalidad podría ofrecer una mejor comprensión de la vulnerabilidad a la adicción y a otras enfermedades psiquiátricas (Szerman et al., 2013).

2. Epidemiología

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

La alta prevalencia de consumo de sustancias en pacientes con trastorno de personalidad ha sido reiterada en muchos estudios. De hecho, su prevalencia en muestras no clínicas oscila entre el 10 y el 14,8%, en pacientes psiquiátricos entre el 45,2 y el 80%, y en adictos en tratamiento entre el 34,8 y el 73%. Es decir, son cuatro veces más prevalentes en muestras clínicas que entre la población general, lo que se ha encontrado igualmente con el uso de sustancias (Arias et al., 2013). En cuanto al 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 diagnósticos empleados.

El NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), un amplio estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos (N = 43.093) en población general y del que se siguen publicando resultados, refrenda una vez más la importante asociación entre trastorno de personalidad y trastornos por uso de sustancias: se ha observado que entre los consumidores de alcohol el 28,6% tenía al menos un trastorno de personalidad, así como el 47,7% de consumidores de otras sustancias, mientras que el 16,4% de sujetos con al menos un trastorno de personalidad tenía 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 trastorno de personalidad antisocial, histriónico y dependiente, igual que los trastornos por uso de otras sustancias. Las asociaciones entre trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, histriónico, esquizoide y antisocial, y trastornos específicos de uso de alguna sustancia fueron significativamente más fuertes en mujeres, mientras que en hombres lo fueron más entre trastorno de personalidad dependiente y dependencia de sustancias (sesgo que pudiera estar influido precisamente por ser un estudio en población general) (Grant et al., 2004). También es importante recordar que este estudio no valoró trastorno límite (precisamente uno de los considerados más comórbidos con consumo de sustancias), esquizotípico ni narcisista.

Basándose en los datos del NESARC, un seguimiento a 3 años de pacientes con trastornos por uso de sustancias mostró una persistencia del consumo en el 30,9% de los pacientes. Sin embargo, solamente los trastornos antisocial, borderline y esquizotípico de personalidad predijeron de forma significativa la persistencia de trastorno por uso de sustancias (concretamente alcohol, cannabis y nicotina en este estudio), mientras que ningún trastorno del eje I lo hizo (Hasin et al., 2011).

En España, un estudio epidemiológico promovido por la Sociedad Española de Patología Dual obtuvo una prevalencia de trastorno de personalidad de un 66,9%, destacando la presencia de los trastornos antisocial, límite, paranoide y esquizoide, utilizando como instrumento de medida la entrevista PDQ4+ (Arias et al., 2013).

3. Bases etiológicas

Pese a los avances en la investigación, todavía estamos lejos de conocer la compleja etiología de la relación entre trastornos adictivos y otros trastornos mentales, resultando más complejo si cabe con los trastornos de personalidad. El diagnóstico de trastornos de personalidad en adictos a sustancias ha sido y continúa siendo un tema controvertido, especialmente en cuanto a la dificultad de valoración de rasgos disfuncionales que pudieran sugerir condiciones transitorias secundarias a los problemas adictivos más que verdaderos trastornos de personalidad. Esta cuestión ha sido rechazada por diferentes estudios, demostrándose por ejemplo que la prevalencia de trastorno de personalidad es similar entre los consumidores activos de sustancias y los que tienen un diagnóstico antiguo de tales trastornos (Verheul, 2001), 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) (Skodol et al., 1999), aun cuando no se pueda excluir el hecho de que algunos síntomas presentes en individuos adictos no estén favorecidos por las sustancias de consumo.

La evidencia actual muestra la importancia de la personalidad patológica en la etiología de las adicciones. Verheul, un autor que ha investigado el tema que nos ocupa de forma amplia, recalca que los trastornos de personalidad y los trastornos por uso de sustancias coocurren de forma mucho más destacada de lo que sería simplemente casual, sugiriendo que adicción y personalidad están relacionadas causalmente de algún modo (Verheul, 2001). 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 en las conductas adictivas se desprende de:

- estudios que muestran alta coexistencia entre ciertos trastornos de personalidad y los trastornos por uso de sustancias,
- estudios longitudinales que destacan cómo ciertas características de personalidad predicen la aparición posterior de uso de sustancias y problemas adictivos.
- estudios retrospectivos que muestran que en un número destacado de casos la psicopatología precede a los trastornos por uso de sustancias

También sugirió que se pueden distinguir al menos tres vías diferentes hacia la adicción en las cuales los factores de personalidad jugarían 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 trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias (Verheul et al., 2000):

a) 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.

b) La vía de la reducción del estrés predeciría que individuos que puntuaran alto en rasgos como reactividad al estrés, sensibilidad a la ansiedad y neuroticismo son vulnerables a acontecimientos vitales estresantes, respondiendo al estrés 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 trastornos de personalidad como el evitativo, dependiente, esquizotípico y borderline. Las sustancias más habitualmente utilizadas en este caso serían alcohol, tabaco, heroína y benzodiacepinas.

c) 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 gregariedad consumirían sustancias por sus propiedades reforzantes positivas. Destacaría en la comorbilidad de los trastornos de personalidad histriónico y narcisista, y las sustancias podrían ser la mayoría, aunque la elección de cocaína u otras sustancias estimulantes parecería la más congruente.

Y estas vías propuestas podrían relacionarse con alteraciones en distintos circuitos neurales o sistemas de neurotransmision:

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

Sher y Trull (2002) resumieron diferentes hipótesis relacionadas con la comorbilidad entre trastorno de personalidad y trastorno por uso de sustancias:

1. Los trastornos de personalidad causan trastornos por uso de sustancias.
2. Los trastornos por uso de sustancias causan los trastornos de personalidad.
3. Trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias están causados por una influencia común (por ejemplo, factores genéticos, trauma infantil temprano...).

Planteaban que quizá es posible que los tres modelos sean ciertos en distintos grados, aunque resultaba difícil argumentar el tercero, 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 trastornos de personalidad 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 grave.

En cuanto a la primera posibilidad, los trastornos de personalidad como variables de riesgo para el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva (modelo del trastorno de personalidad primario), habría evidencias de que ciertos rasgos de personalidad y ciertos trastornos de la misma favorecerían el inicio y mantenimiento de trastornos por uso de sustancias. Por ejemplo:

- estudios realizados en futuros consumidores mostraron ciertas características diferenciales de personalidad, especialmente independencia, impulsividad y búsqueda de sensaciones;
- se observan características de personalidad similares entre los que consumen: falta de autocontrol y anticipación, violación de las costumbres sociales establecidas, dificultad para relaciones personales prolongadas, necesidad de experiencias no habituales y variadas;

Sin embargo, el hecho de que los estudios se realicen habitualmente después de iniciado el consumo dificulta la obtención de resultados claros.

La segunda posibilidad, el consumo de sustancias como posible inductor de cambios neurobiológicos que podrían modificar los rasgos de personalidad (Modelo del trastorno por uso de sustancias primario) sustentaría que el consumo de sustancias podría producir cambios neuroquímicos irreversibles que modificarían los rasgos de personalidad o producirían síntomas que semejen un trastorno de personalidad, sugiriendo que el consumo de sustancias produce daños cerebrales por toxicidad directa sobre las neuronas o por alteraciones de la circulación cerebral por vasoconstricción de la microcirculación. Si bien existe poca evidencia, algunos autores plantean que no habría que dejarlo de lado completamente, dada la gran complejidad de la patología adictiva y todos los factores que podrían intervenir en un momento dado (genéticos, neuroquímicos, neuroanatómicos, ambientales, etc.).

En todo caso, el importante desarrollo de la investigación en los años siguientes orienta sobre todo hacia la existencia de un posible modelo de factor común, que alude a una probable etiología común entre trastorno de personalidad y trastorno por uso de sustancias, lo que sería consistente tanto con una perspectiva psicobiológica como epidemiológica. Desde la epidemiologia genética, la genética molecular y los marcadores biológicos la comorbilidad se debería, al menos en parte, a una etiología genética compartida, existiendo igualmente factores comunes ambientales y del desarrollo. El potencial peso de dicho modelo debe ser elucidado de manera más amplia.

Los estudios sobre los rasgos y/o trastornos de personalidad y el consumo de sustancias se centraron durante años fundamentalmente en la observación clínica y las evaluaciones psicométricas. Con el desarrollo y la posibilidad de utilizar métodos neurobiológicos como la neuroimagen o la genética en los últimos años, se observan avances importantes sobre la relación entre personalidad y adicción. Aun así, y aunque la personalidad y sus trastornos estén inextricablemente unidos a las adicciones, poco se sabe todavía sobre el papel de un amplio espectro de rasgos y trastornos de personalidad en la progresión de los trastornos por uso de sustancias y si difieren o no según la sustancia de que se trate (Szerman y Peris, 2015).

1. Estudios clínicos y psicométricos

a) Desde las sustancias

Un destacado 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 trastorno por uso de sustancias, y

si ciertos rasgos favorecerían más que otros el consumo de determinadas sustancias. Los resultados y las inconsistencias ocasionales entre los mismos se deben a distintos factores, como las diferencias entre los instrumentos usados para valorar la personalidad, el tamaño inadecuado de las muestras o diferencias socioculturales o de género, y aparecen 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. Todo ello dificulta igualmente la recogida sistemática de los estudios y sus resultados.

a.1. Datos globales

a.1.1. Rasgos de personalidad

Partiendo precisamente de los problemas metodológicos sobre la complejidad de la relación entre personalidad, trastornos de personalidad y uso de sustancias, Grekin et al. (2006) llevaron a cabo un meticuloso estudio con 3.720 estudiantes universitarios utilizando el NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) y el Tridimensional Personality Questionnaire Short Form (TPQ-S); 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; específicamente, la búsqueda de novedades y los síntomas de trastornos de conducta se asociaron con síntomas de dependencia a alcohol, tabaco y otras drogas, mientras que 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 autotrascendencia predijo síntomas de otras drogas, y la apertura a la experiencia y baja autotrascendencia predijo sintomatología sobre el tabaco. También la alta apertura a la experiencia predijo síntomas de dependencia al tabaco, y la extraversión y baja apertura a la experiencia, síntomas de dependencia al alcohol. Se apreció que la relación personalidad-trastorno por uso de sustancias 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. 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 la patología de personalidad-sustancias tras controlar trastornos por uso de sustancias comórbidos. Específicamente, neuroticismo, baja autotrascendencia y búsqueda de novedades ya no predijeron síntomas de dependencia a otras drogas tras controlar los de dependencia a tabaco y alcohol, e igualmente, género, neuroticismo, baja autotrascendencia 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, o 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.

Pedrero y Rojo (2008) estudiaron las diferencias en rasgos de personalidad entre adictos a sustancias en tratamiento y sujetos de la población general (N = 110), equiparados en sexo, edad y nivel de estudios utilizando el Inventario de Carácter y Temperamento Revisado (TCI-R) de Cloninger; obtuvieron diferencias significativas y consistentes sólo en dos rasgos: mayor búsqueda de novedades en adictos (con diferencias significativas en tres de cuatro subdimensiones: impulsividad, extravagancia y desorden) y mayor autodirección en población general, si bien el tamaño pequeño de la muestra y el amplio margen de variabilidad en la edad limitan los resultados. Un estudio publicado por el primer autor dos años antes con 316 adictos y utilizando igualmente el TCI-R encontró diferencias significativas con la población normativa en todas las dimensiones del cuestionario salvo la dependencia de la recompensa, puntuando más los adictos en búsqueda de novedades, evitación del daño y autotrascendencia, y menos en persistencia, autodirección y cooperatividad.

Terraciano et al. (2008) utilizaron 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, y 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. 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 personalidad 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 autotrascendencia (Malouf et al., 2006), y en estudios europeos y asiáticos puntuaban también alto en extroversión.

- **Marihuana.** Un metaanálisis que categorizó los rasgos en "afecto negativo" (como depresión, ansiedad), "emocionalidad" (extroversión, desinhibición social) e "inconvencionalidad" (tolerancia a las desviaciones, areligiosidad), los cuales podrían coincidir con neuroticismo, extroversión y apertura, respectivamente, sugirió que el uso de marihuana se relacionaba con altos niveles de inconvencionalidad y sólo débilmente con emocionabilidad y afecto negativo (Gorman y Derzon, 2002).

- **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 autotrascendencia (Sáiz et al., 2001).

- **Heroína.** Los estudios dibujan repetidamente a los consumidores como con alto neuroticismo (Kornør y Nordvik, 2007). Muchos estudios muestran una asociación con alta extroversión y alto psicoticismo, aunque de forma menos consistente.

a.1.2. Trastornos de personalidad

Trull et al. (2004) estudiaron una muestra no clínica de 395 individuos, de los que la mitad eran hombres y también la mitad tenían antecedentes familiares de alcoholismo, administrando tres cuestionarios de personalidad diferentes para poder valorar dimensiones más ampliamente, la Entrevista Estructurada para Personalidad del DSM-IV (SIDP-IV) y una entrevista estructurada para valorar los consumos (DIS, Diagnostic Interview Schedule). Obtuvieron que las relaciones entre síntomas de trastornos de personalidad y diagnóstico de alcohol o uso de otras sustancias no se explicaban completamente por la covariación entre estos diagnósticos y las puntuaciones de los rasgos de personalidad más destacados. Además, se observaron relaciones diferenciales entre síntomas de trastornos de personalidad y diagnósticos de uso de sustancias. Los síntomas de trastornos de personalidad ofrecieron mayor capacidad predictiva de diagnóstico de uso de alcohol u otras sustancias. Las puntuaciones en los síntomas del cluster B fueron significativamente predictores únicos, mientras las del cluster A lo fueron de dependencia al tabaco. Entre los distintos trastornos de personalidad, los síntomas del borderline y del antisocial fueron los predictores independientes más fuertes del diagnóstico de uso de alcohol. Recalcan que sus resultados apoyan que diferentes rasgos desadaptativos de personalidad son relevantes para diferentes formas de trastorno por uso de sustancias. Concluyen que son los rasgos desadaptativos de personalidad los que están más probablemente relacionados con trastorno por uso 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 trastornos por uso de sustancias se limitaba a dicho trastorno. Distintos estudios han encontrado posteriormente una coexistencia de diferentes trastornos de personalidad en los consumidores de sustancias, si bien los resultados son difíciles de contrastar o de comparar en buena parte de ellos por cuestiones metodológicas, uno de los argumentos esgrimidos por Skodol et al. (1999) para realizar un riguroso estudio en esta línea en pacientes diagnosticados de trastornos de personalidad. 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. Entre los consumidores activos encontraron que la tasa de trastornos de personalidad era elevada sólo en pacientes no consumidores de alcohol ni cannabis, y en ellos la posibilidad de tener un trastorno del grupo B fue 12 veces mayor, especialmente el trastorno borderline y el histriónico (aunque por las características de la muestra argumentan que quizá existiera más sesgo hacia el trastorno 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; asociaron la personalidad antisocial con historia de consumo de sustancias que no fueran alcohol, cannabis ni estimulantes. Cuando diagnosticaron un trastorno de personalidad comórbido, comprobaron que coincidía con inicio temprano del uso de sustancias. No apreciaron evidencia de que los trastornos de personalidad aumentaran la cronicidad de los trastornos por uso de sustancias, pero sí observaron peor funcionamiento global si existía comorbilidad con trastornos de personalidad.

Skindstad y Swain (2001) estudiaron la comorbilidad tanto del eje II como del I en una muestra de 125 hombres dependientes de sustancias ingresados para tratamiento. Observaron que los trastornos de personalidad 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 polisustancias tenían más riesgo de presentar también trastornos de personalidad, cumpliendo un 56% de ellos criterios para un trastorno del cluster B, siendo los más frecuentes borderline e histriónico.

a.1.3. 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 demuestra que existen de forma clara. Landhein et al. (2003) estudiaron las diferencias de género entre policonsumidores y alcohólicos puros, y encontraron una mayor prevalencia general de trastornos de personalidad antisocial, pasivo-agresivo y borderline, mientras que entre 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 que los hombres, del cluster A, especialmente trastorno esquizoide. Los autores plantearon que esto indicaría importantes diferencias en las necesidades terapéuticas.

En una muestra de 427 adultos jóvenes bebedores sociales, Kashdan et al. (2005) encontraron diferencias significativas entre personalidad y consumo de sustancias, así como diferencias de género. La afectividad negativa se relacionó con mayor utilización de sustancias ilícitas pero no con alcohol o tabaco, y 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.

Intentando identificar factores que fueran específicos de género y recordando la relativa escasez de estudios en mujeres dependientes, Conrod et al. (2000) valoraron 300 mujeres adictas que no se encontraban en tratamiento, el 84,2% dependientes de alcohol, el 26,7% de ansiolíticos, el 6,2% de opioides, el 19,9% de cocaína y el 9,9% de cannabis; un 60% dependían 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; y 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 (aun 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 respondidas en la relación personalidad-trastorno de personalidad-trastorno por uso de sustancias. Los estudios no permitían aclarar si diferentes rasgos de personalidad predecirían diferentes tipos de dependencia a sustancias; algunas evidencias sugieren que los correlatos de personalidad son similares para las diferentes sustancias, mientras otras sugieren que diferentes rasgos de personalidad predicen diferentes tipos de trastorno por uso de sustancias.

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 trastorno por uso de sustancias o diferentes rasgos se relacionan con diferentes tipos o incluso si las relaciones entre personalidad y dependencia de sustancias están mediadas por los trastornos por uso de sustancias comórbidos (Grekin et al., 2006).

a.2. Datos específicos

a.2.1. 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 el neuroticismo-afectividad negativa, mientras que el papel de otros, como extraversión-sociabilidad, ofrece datos poco concluyentes (Landheim et al., 2003). Sin embargo, Flory et al. (2002) encontraron que el uso de alcohol se asoció con alta extroversión y baja autotrascendencia, siguiendo el Modelo de Personalidad de los Cinco Factores.

Torgensen et al. (2001) refieren tasas de comorbilidad de trastornos de personalidad con consumo de alcohol, tanto en población general como en muestras clínicas, que oscilaban entre el 50 y el 92%; con trastorno borderline, entre el 12 y el 53%, y con trastorno antisocial, entre el 9 y el 23%, resaltando también altas tasas de trastornos evitativo, histriónico y paranoide.

En un estudio que comparaba pacientes dependientes de alcohol en tratamiento, pacientes sin consumo de sustancias y sujetos sanos, los autores concluyeron 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 trastornos de personalidad histriónico, narcisista y antisocial (Bravo de Medina et al., 2007).

En una muestra de 158 alcohólicos en tratamiento, Echeburúa et al. (2008) encontraron que los alcohólicos del tipo II eran más impulsivos y buscadores de sensaciones y presentaban más hostilidad y malestar emocional que los del tipo I. Los trastornos de personalidad más prevalentes entre el tipo II fueron narcisista y paranoide; en el caso del tipo I los trastornos de personalidad no resultaron tan prevalentes.

Centrándose más específicamente en el cluster B, considerado el más tendente a las conductas adictivas, Dom et al. (2006) encontraron que los pacientes dependientes del alcohol con un trastorno de personalidad del cluster B y sin trastornos de personalidad 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 jugar 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.

a.2.2. Opiáceos

Existen diferentes estudios en la literatura científica 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; algunos autores señalan que un 90% de estos adictos presentaba patología en su personalidad, aunque la falta de estudios anteriores al inicio de la adicción cuestionaría su aparición en el curso de la misma o su existencia previa.

En el Australian Treatment Outcome Study (ATOS) realizado con 615 consumidores de heroína, el 46% cumplía criterios diagnósticos para trastorno borderline, el 71% para trastorno antisocial y el 38% para ambos diagnósticos, mientras que 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 (Darke et al., 2004).

Sin embargo, resulta interesante un estudio de Cohen et al. (2005) en el que se comparan rasgos de personalidad en adictos a heroína ya deshabituados 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; los autores concluyeron que la patología del espectro de la esquizofrenia en pacientes previamente adictos a opiáceos podría ser mayor de lo estimado, y podría ser relevante a la hora de seleccionar el tratamiento.

a.2.3. Tabaco

Muchos estudios sobre la relación entre personalidad y consumo de tabaco se realizaron siguiendo el modelo teórico propuesto por Eysenck en 1967, según el cual se podrían relacionar con el mismo tres dimensiones de la personalidad: 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 en su entorno 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 socialmente indeseable). En cualquier caso, la asociación con el factor psicoticismo es más consistente y se ha confirmado en muchos estudios (Munafo y Black, 2007).

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 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, entre ellos el consumo de tabaco u otras sustancias.

Un metaanálisis de la relación entre el tabaco y el modelo de personalidad de cinco factores (five-factor model) mostró que fumar se asociaba con baja autotrascendencia, baja cooperatividad y alto neu-

roticismo, presentando mayor extroversión los fumadores no pertenecientes a América del Norte, lo que podría aportar datos tanto para la investigación como la prevención y el tratamiento de la adicción al tabaco (Rondina et al., 2007).

En resumen, aunque los resultados aún son controvertidos, los fumadores tienden a ser más extrovertidos, tensos, ansiosos, depresivos e impulsivos, y a presentar más neuroticismo, psicoticismo y búsqueda de sensaciones y novedades, tendiendo a conductas antisociales/no convencionales/arriesgadas cuando se les compara con no fumadores o fumadores anteriores. Es interesante destacar que los estudios centrados en el tabaco habitualmente hacen referencia a rasgos y dimensiones de personalidad, no aludiendo por lo general a trastornos, lo que sí ocurre con el resto de sustancias.

a.2.4. Cannabis

Pocos estudios han abordado la relación entre trastorno de personalidad y adicción al cannabis. Un estudio realizado en consumidores importantes de esta sustancia obtuvo tasas elevadas de trastorno de personalidad y depresión en comparación con consumidores de otras drogas, y muy leve aumento de la prevalencia de esquizofrenia (Gorman y Derzon, 2002). Flory et al. (2002) encontraron en su estudio anteriormente citado 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 da lugar a esquizotipia al alterar la sincronización neural, o bien si 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 trastornos de personalidad 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.

- **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 trastornos de personalidad como el antisocial en adultos, existiendo de hecho estudios que relacionan el trastorno antisocial con el cannabis. En el trastorno borderline algunos estudios reconocen su uso habitual 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 lo utilizarían para mejorar su malestar de forma amplia, pero puede favorecer la aparición de psicopatología, como por ejemplo síntomas pseudoparanoides. Sobre el trastorno histriónico y narcisista no existen datos por el momento, pero por sus características psicopatológicas se podría presumir que no sería el cannabis la sustancia 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 realmente esta relación. Desde la experiencia clínica se podría orientar que probablemente sea el trastorno evitativo el que más habitualmente lo utilizaría, y el trastorno obsesivo el que menos (Szerman y Peris, 2008).

a.2.5. Cocaína

Existen pocos estudios que valoren de forma independiente los trastornos de personalidad en dependientes de cocaína, y todos ellos muestran cierta variabilidad en los resultados, aunque con mayor preponderancia de trastornos del cluster B. Kranzler et al. (1994) encontraron una prevalencia de un 70% de al menos un trastorno de personalidad en pacientes dependientes de cocaína que ingresaban para rehabilitación, siendo el más común borderline (34%), seguido por antisocial y narcisista (28%), evitativo y paranoide (22%), obsesivo-compulsivo (16%) y dependiente (10%).

Por su parte, utilizando el MCMI-II López y Becoña (2006) encontraron como rasgos básicos más prevalentes en estos pacientes los pasivos-agresivos, antisociales, narcisistas e histriónicos, y borderline y paranoide como más prevalentes en cuanto a patología de personalidad.

b) Desde los trastornos de personalidad

El hasta ahora llamado cluster B es, como hemos visto, el que más se ha relacionado con el consumo de sustancias y en el que más se ha estudiado con diferencia. En cambio, son muy escasos 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 falta de estudios sobre el tema que nos ocupa realizados por investigadores y clínicos dedicados a los trastornos de personalidad, 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. (2005) subrayaron la alta comorbilidad en concreto entre el trastorno borderline y los trastornos por uso de sustancias en los estudios, argumentando que la impulsividad está ligada al desarrollo y mantenimiento de ambos. Casillas y Clark (2002) sugirieron que desinhibición y temperamento negativo/neuroticismo son factores fundamentales en el cluster B y trastorno por uso de sustancias, y que dos rasgos derivados, impulsividad y autoagresividad, tendrían un importante papel en ambos y en su asociación, aunque James y Taylor (2007) plantearon si la emocionalidad negativa no podría ser más relevante que la impulsividad para entender la coocurrencia trastorno por uso de sustancias-cluster B. También autores como Dom et al. (2006) observaron en alcohólicos con trastornos del cluster B una alteración en el control inhibitorio pero no en la activación de la habilidad para retrasar la gratificación, lo que daría lugar a conductas impulsivas y autodestructivas.

En concreto, en cuanto al trastorno borderline (con diferencia el más estudiado del eje II en todos los aspectos), la coexistencia 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. 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.

La práctica ausencia de estudios específicos en los otros dos clusters no debería dar lugar a la errónea conclusión de poca coexistencia con el consumo de sustancias, puesto que la experiencia clínica demuestra con frecuencia su existencia, quizá de forma más llamativa en trastornos como el paranoide y el esquizotípico en el cluster A, y el dependiente y el evitativo en el C.

2. Neurobiología

El hecho de que sólo una pequeña parte de los individuos desarrollen una adicción tras ser expuestos a sustancias lícitas o ilícitas ha provocado la búsqueda de los mecanismos neurocomportamentales y los endofenotipos que predisponen a este uso compulsivo. Un creciente número de investigaciones han favorecido el cada vez más amplio conocimiento de las bases neurobiológicas de las adicciones, mientras que, aunque existe fuerte evidencia de que los rasgos de personalidad están influidos por determinantes de naturaleza genética y neurobiológica entre otros, no existe aún suficiente información sobre las innegables bases biológicas de la personalidad y sus trastornos, ni de la relación entre ellos y los trastornos por uso de sustancias. Los avances evidentes hacia la comprensión de los endofenotipos neurocomportamentales asociados con las adicciones llevados a cabo en los últimos años gracias a las diferentes técnicas de neuroimagen y a la genética, han permitido reconocer las adicciones como un trastorno cerebral que implica complejas interacciones entre rasgos predisponentes, influencias del entorno y alteraciones neurales.

Hasta la aparición del DSM-III, el uso de sustancias era valorado como un epifenómeno del núcleo psicopatológico, fundamentalmente relacionado con los trastornos de personalidad y expresado por ciertos comportamientos, lo que se enunciaba como la "personalidad pre-adictiva", un constructo muy apoyado en métodos empíricos, como ciertas medidas psicométricas. Dicha personalidad pre-adictiva mostraría niveles elevados de reactividad emocional, tendencia al estrés, impulsividad y afecto negativo (Addiction Scale del EPI-R).

En la actualidad se han abandonado tanto dicho concepto como las actitudes opuestas que negaban cualquier papel de los trastornos de personalidad en el origen de los trastornos por uso de sustancias, considerándose la existencia de ciertos rasgos específicos como marcadores de riesgo. Aunque la relación entre factores genéticos y conductas adversas con sustancias es compleja, se considera que factores genéticos comunes contribuyen al abuso de sustancias. Los efectos genéticos estarían modulados por muchos procesos del desarrollo, incluyendo diferencias individuales en personalidad y su interacción con factores ambientales, como exposición a conductas adictivas.

Rasgos de personalidad biológicamente basados parecen ocupar un lugar destacado en el riesgo de adicciones, constituyendo la personalidad el lazo clave entre vulnerabilidad genética y resultados conductuales (Davis y Loxton, 2013). En concreto, los rasgos de personalidad que se ha demostrado como asociados con mayor vulnerabilidad a los trastornos por uso de sustancias son impulsividad, búsqueda de sensaciones y emocionalidad negativa.

a) Impulsividad y búsqueda de sensaciones

La impulsividad ha sido repetidamente destacada como el rasgo de personalidad más directamente relacionado con el consumo de sustancias, aunque algunos autores hayan discrepado en este punto, indicando que aspectos como la emocionalidad

negativa podrían ser más relevantes. La adicción a sustancias ha sido resumida por Koob (2009) como 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 ciertas 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, y algunos autores incluso llegan a dudar de la simbiótica relación entre ellas.

En cuanto a la búsqueda de novedades, hay un cierto debate sobre si verdaderamente representaría un endofenotipo del riesgo de adicción. Aunque algunos investigadores han propuesto atribuirle toda la responsabilidad tanto del inicio como de la transición a un uso compulsivo de las sustancias, es posible que su contribución dependa en parte de interacciones con la impulsividad (Jupp y Dalley, 2014).

En una revisión sobre el papel de la conducta impulsiva en el uso de sustancias, Perry y Carroll (2008) resumen que hay evidencias para apoyar tres hipótesis no excluyentes entre sí:

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

2. las sustancias de abuso pueden aumentar la impulsividad (lo que sería una contribución añadida a la escalada/disregulación), y

3. hay una relación entre impulsividad y otros factores de vulnerabilidad al uso de sustancias –como el sexo, estatus hormonal, reactividad a recompensas no relacionadas con sustancias y experiencias tempranas del entorno– que podrían afectar a la toma de sustancias en todas las fases de la adicción.

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

En cualquier caso, hasta la actualidad existe una importante base de investigación que corrobora su relación con las adicciones, tanto desde el punto de vista clínico como de investigación

- **Datos clínicos;** la presencia de un 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 trastorno por uso de sustancias, la mayor impulsividad en dependientes de varias sustancias que si se trata 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:** un ingente volumen de estudios apoya su relación, como los comunicados paralelismos entre circuitos cerebrales y sistemas neuroquímicos implicados tanto en dependencia de sustancias como en conducta impulsiva (Winstanley, 2007), o la evidencia de que variaciones genéticas pueden subyacer parcialmente a rasgos de personalidad como impulsividad, 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 los distintos estadios de la adicción (Schreckenberger et al., 2008), entre tantos otros.

En un interesante estudio con ratas de laboratorio con funcionamiento impulsivo se observó que la disponibilidad del receptor D2/3 está significativamente reducida en el núcleo accumbens, lo que predecía altas tasas de autoadministración de cocaína (Dalley et al., 2007); de hecho, basándose en éste y otros estudios similares, se ha planteado que estas alteraciones en la unión a receptores D2 y la liberación de dopamina constituyen marcadores neurobiológicos de impulsividad. Con un paradigma de estudio semejante, se demostró que las ratas de laboratorio con alta búsqueda de novedades tendían a probar la cocaína, pero sólo continuaban los consumos las que presentaban igualmente alta impulsividad (Belin et al., 2008). Es decir, la alta búsqueda de novedades predeciría la propensión a iniciar la autoadministración de cocaína, mientras que la alta impulsividad predeciría el desarrollo de conductas de tipo adictivo incluyendo la toma persistente o compulsiva de sustancias, y sólo la presencia de ambos rasgos daría lugar a comportamientos adictivos.

De hecho, se podría plantear que la adicción estaría sustentada en realidad por dos fenotipos de vulnerabilidad: uno propenso al uso de sustancias que haría que un individuo desarrolle su uso y otro propenso a la adicción que facilitaría el cambio a un uso compulsivo y la adicción (Belin et al., 2011).

Las diferencias individuales en la disponibilidad de receptores D2/D3 en el mesencéfalo se asocian con la expresión de la impulsividad, efecto que parece ser mediado en parte por un control disminuido del

autorreceptor inhibidor sobre la estimulación de la liberación de dopamina estriatal. Esta disregulación en las proyecciones ascendentes dopaminérgicas, que favorece la recompensa y la motivación, puede producir déficits en el control de impulsos, un hecho crítico en la arquitectura psicopatológica subyacente al uso de sustancias (Buckolz et al., 2010).

La alta impulsividad y baja puntuación en deliberación se han asociado significativamente con mayores concentraciones regionales del receptor mu-opioide y mayor activación del sistema opioide endógeno inducido por el estrés. Estos efectos fueron obtenidos en córtex prefrontal y orbitofrontal, cingulado anterior, tálamo, accumbens y amígdala basolateral, todos implicados en el comportamiento motivacional y los efectos de las drogas de abuso. Ello indicaría que las diferencias individuales en la función del sistema del receptor mu endógeno predecirían rasgos de personalidad que confieren vulnerabilidad o resistencia contra conductas de riesgo, como la predisposición a desarrollar trastornos por uso de sustancias. Estos rasgos de personalidad también están implicados en estados psicopatológicos (trastornos de personalidad por ejemplo) (Love et al., 2009).

Los estudios de neuroimagen, tanto en referencia a los correlatos neurales como a los neuroquímicos, evidencian una clara relación entre los rasgos de impulsividad y búsqueda de novedades, el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias, y el desarrollo de la adicción. Los hallazgos sugieren la presencia de varios marcadores neuroconductuales robustos asociados con impulsividad y búsqueda de sensaciones/novedades que se localizan en circuitos corticoestriatales y supuestamente subyacentes a una vulnerabilidad individual a la adicción. Indican la implicación común de una disminución de la disponibilidad de receptores D2/D3 estriatales, tanto en correlación con rasgos predisponentes como en cuanto marcador de uso de sustancias. Se aprecian también importantes disociaciones entre el volumen frontal y estriatal, así como en el metabolismo frontal, relacionadas a impulsividad, búsqueda de sensaciones y adicción, lo que podría corresponder a la tendencia de los buscadores de novedades a iniciar y mantener un uso de sustancias pero no a desarrollar signos de adicción relevantes desde el punto de vista diagnóstico como ocurre con los individuos impulsivos o los que asocian ambas características (Jupp y Dalley, 2014).

Desde el punto de vista genético, se han propuesto varios genes candidatos con variantes asociadas con la impulsividad y la búsqueda de sensaciones. Estudios futuros sobre el papel de la impulsividad y sus variantes genéticas en estadios específicos de la adicción podrán ofrecer nuevos datos sobre los mecanismos neurobiológicos en la base del proceso de adicción, recaída y restablecimiento (Kreek et al., 2005).

b) La emocionalidad negativa

Mucho menos estudiada que la impulsividad como factor predisponente a la adicción, la emocionalidad negativa se evidencia como el otro rasgo de personalidad directamente relacionado con el consumo de sustancias, mientras que la emocionalidad positiva se asociaría con la resistencia, habiéndose relacionado con la disponibilidad de receptores dopaminérgicos D2 en controles sanos.

Los receptores D2 estriatales modulan la actividad en el córtex orbitofrontal y cingulado, regiones cerebrales que procesan las recompensas naturales y a las drogas. La emocionalidad positiva se correlacionó positivamente con ambas regiones corticales, así como con otras frontales, parietales y temporales. Dado que la disfunción del córtex orbitofrontal y el cingulado son un sello de la adicción, los hallazgos apoyan una base neural común subyacente a factores de personalidad protectores y una disfunción cerebral subyacente a los trastornos por uso de sustancias (Volkow et al., 2011).

Las diferencias estructurales en el sistema corticolímbico observadas en relación con el fenotipo comportamental asociado con los rasgos de emocionalidad negativa sugerirían alteraciones en el procesamiento y la transmisión de la información. Estos rasgos están unidos igualmente a vulnerabilidad para trastornos afectivos y ansiosos (Mincic, 2015).

Es interesante resaltar cómo el avance y el perfeccionamiento de las técnicas de investigación están dando lugar a hallazgos progresivamente más específicos, como la constatación de que variantes del gen del receptor 1 de la hormona liberadora de corticotropina interaccionan con el estrés modulando el consumo excesivo de alcohol, jugando el córtex prefrontal ventrolateral derecho un papel crítico en la asociación entre dichas variantes y la emocionalidad negativa (Glaser et al., 2014).

En el estadio actual de la investigación se asume implícitamente que las conductas adictivas dependen de características que preceden la conducta que los definen, y su identificación debería llevar al conocimiento de los factores basales que predisponen a presentar un trastorno determinado. El estudio de esos rasgos basales o **endofenotipos** tiene sin duda toda la dificultad inherente a los estudios neurobiológicos en pacientes con uso de sustancias, pero los resultados son muy prometedores.

Ersche et al. (2012a) plantearon que el hecho de que la adicción sea ampliamente favorecida por circuitos cerebrales que también han sido asociados con el control ejecutivo (específicamente inhibición de la respuesta, planificación mental, memoria de trabajo y control atencional), posiblemente disfuncionales antes del uso de sustancias, hablaría de una vulnerabilidad previa.

Estudiando pares de gemelos en los que uno de ellos era consumidor activo, concretamente de estimulantes, y comparando los fenotipos característicos de los individuos dependientes con los de sus gemelos no afectados y con voluntarios sanos no relacionados con ellos, se observaron anomalías compartidas en los pares de gemelos en dominios de control ejecutivo, cognitivo y de respuesta, funcionamiento emocional, rasgos de impulsividad-compulsividad y autoevaluación. Los déficits cognitivos en dependientes de sustancias y sus gemelos serían un rasgo familiar compartido que puede ser un factor de riesgo predisponente al desarrollo de dependencia de sustancias, existiendo una posible disfunción del desarrollo del control prefrontal, con un riesgo familiar de control inhibitorio alterado. Y los altos niveles de ansiedad rasgo, sensibilidad al estrés e impulsividad observados en los pares de gemelos sugieren déficits subyacentes en la regulación de la emoción (que se desarrolla a través de la maduración de los sistemas cerebrales frontolímbicos).

Individuos dependientes de estimulantes o que usaron cocaína de forma recreacional presentaron rasgos de búsqueda de sensaciones aumentados y volumen orbitofrontal y parahipocampal anormal, mientras que individuos dependientes de estimulantes y sus gemelos no afectados tenían niveles aumentados de rasgos de personalidad impulsivos y compulsivos y aumento limbicoestriatal. Distintos fenotipos neurobiológicos estarían asociados con vulnerabilidad familiar para la dependencia o con uso habitual de estimulantes. Algunos individuos con rasgos de alta búsqueda de sensaciones pero sin vulnerabilidad familiar para la dependencia pueden usar cocaína pero tendrían relativamente bajo riesgo de desarrollar dependencia (Ersche et al., 2012b).

Los factores genéticos representan el 30-60% de la varianza en el riesgo para desarrollar adicciones a sustancias, aunque puede haber diferentes influencias de factores ambientales o genéticos según distintos estadios. La predisposición a la adicción puede deberse tanto a variaciones genéticas comunes a todas las adicciones como a las específicas de una adicción concreta. La genética de la adicción abarca factores hereditarios que influencian los diferentes estadios de la trayectoria de iniciación y progresión de la adicción, incluyendo la gravedad de la dependencia o la abstinencia y el riesgo de recaída. Las variaciones en las dimensiones de personalidad (como la impulsividad o la búsqueda de novedades) pueden contribuir al inicio del uso tanto como a la transición al consumo habitual. Cada una de esas dimensiones de personalidad puede tener sus propias bases genéticas en parte, y es interesante señalar que muchos de los genes sobre los que hay evidencia de asociación o linkage en adicción contribuyen potencialmente a la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, la ansiedad, la depresión y la respuesta al estrés (Kreek et al., 2005).

La evidencia actual demuestra que los rasgos de personalidad pueden usarse como fenotipos de los trastornos por uso de sustancias, creando un puente entre genes y trastorno por uso de sustancias y permitiendo una mejor comprensión de las diferencias individuales en circuitos cerebrales concretos que ofrecen vulnerabilidad o resiliencia. Así, circuitos cerebrales específicos, inextricablemente unidos a específicas asociaciones de genes, modulan ciertos rasgos bien definidos de personalidad de rango superior (Belcher et al., 2014). Los autores de este estudio muestran que un continuum de tres variables independientes interaccionan dinámicamente y con el ambiente y las sustancias para determinar el grado de vulnerabilidad o resiliencia al desarrollo de trastorno por uso de sustancias:

- Baja emocionalidad positiva/extraversión (EMP/E), alta emocionalidad negativa/neuroticismo (EMN/N) y bajo constreñimiento/inhibición (CON) hacen los sujetos más vulnerables.
- En cambio, alta emocionalidad positiva/extraversión, baja emocionalidad negativa/neuroticismo y alto constreñimiento/inhibición dan lugar a menor vulnerabilidad.

Para terminar, es importante apuntar que la investigación se ha centrado fundamentalmente hasta ahora en los rasgos que favorecen el inicio y la persistencia de las adicciones. Sin embargo, no se conocen las razones por las que estos rasgos predicen el desinterés por los reforzantes naturales, cuando conocer mejor los mecanismos de resistencia podría facilitar el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento, y sería un campo de investigación fundamental en un futuro cercano (Vanhille et al., 2015).

Adicciones comportamentales

Cada vez más documentadas en la clínica, incluyen actividades que se convierten en compulsivas en algunos pacientes, como el juego, la comida, el sexo, el ejercicio o las compras. Igual que las adicciones a sustancias, estas adicciones comportamentales se manifiestan con síntomas que incluyen craving, control alterado de la conducta, tolerancia, abstinencia y altas tasas de recaída. El interés relativamente reciente hacia ellas no ofrece excesiva información en cuanto a la relación con personalidad o sus alteraciones, aunque los estudios que las documentan recogen de forma general los mismos patrones de impulsividad, búsqueda de sensaciones y emocionalidad negativa (neuroticismo/ansiedad) que en las adicciones a sustancias.

Las dos patologías probablemente más estudiadas hasta el momento presente son el juego patológico y el trastorno por atracón. Sobre la primera los

estudios evidencian la presencia de impulsividad y rasgos relacionados con ella, observándose una prevalencia de hasta un 50% de trastorno de personalidad comórbidos. En el caso del trastorno por atracón, hasta en un 80% presentan una comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico, incluidos los trastornos por uso de sustancias; la alta emocionalidad negativa y el bajo autocontrol se han destacado como rasgos importantes en estos pacientes, y neurobiológicamente se han evidenciado alteraciones en la impulsividad y el circuito de recompensa, con potenciales alteraciones relacionadas en la neurotransmisión dopaminérgica y opioidérgica endógena (Citrome, 2015).

4. Evaluación y abordaje terapéutico

De una manera general y dentro de las posibilidades, sería aconsejable que todos los pacientes que presentan trastornos por uso de sustancias, además de los protocolos habituales en relación con el proceso adictivo, fueran evaluados sistemáticamente desde el punto de vista de la personalidad:

- clínicamente: evaluación del paciente, información de las personas cercanas,
- con la utilización de los diferentes test y cuestionarios disponibles:
  - medidas de autoinforme: PDQ-4, Inventario Clínico Multiaxual de Millon- III, MMPI-2, Inventario de Personalidad para el DSM-5, Escala de Impulsividad de Barratt-11...
  - entrevistas clínicas tales como SCID-IV eje II, IPDE o PDI-IV.

Los resultados obtenidos pueden orientar mejor la planificación del tratamiento y el seguimiento, tanto en el caso de rasgos disfuncionales como en el de un claro trastorno de la personalidad.

Igualmente es necesario evaluar la presencia de posibles síntomas de otros trastornos psiquiátricos comórbidos, y diferenciarlos de síntomas que pudieran estar relacionados con el consumo de una sustancia, y, asimismo, evaluar la situación psicosocial y las posibilidades de intervención, lo que podría tener en muchos casos una influencia beneficiosa en el proceso evolutivo.

a) Evolución y resultados del tratamiento de los pacientes con trastorno por uso de sustancias y trastorno de personalidad

Durante cierto tiempo se extendió la idea de que la comorbilidad con trastornos de personalidad predecía respuestas pobres al tratamiento y resultados, de una forma en general bastante especulativa. Estudios recientes muestran que aunque las personalidades patológicas presentan problemas más graves tanto en el pretratamiento como en el postratamiento, los adictos con trastornos de personalidad 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 (Verheul y van den Brink, 2000).

Se ha observado que la baja persistencia es un fuerte predictor del tiempo de recaída, y que alto neuroticismo y baja autotrascendencia predicen el tiempo a la recaída tras el alta, apareciendo especialmente mayor riesgo de recaída cuando se combinan ambas (Fisher et al., 1998). Ross et al. (2003) 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 predictor de recaída entre los individuos menos motivados pero no entre los más, 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.

Por otro lado, una revisión de los estudios de seguimiento a corto-medio plazo de pacientes con trastorno por uso de sustancias señala 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 cinco años (Fisher et al., 1998). En este

sentido, un estudio de seguimiento prospectivo con 287 pacientes con trastorno por uso de sustancias a seis años indica, en cuanto al eje II (valorado con el Inventario Clínico Multiaxial de Millon), que 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. 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 muestran que eliminar la conducta adictiva no siempre lleva a la reducción clínicamente significativa del malestar psíquico y que, por ello, los trastornos de los ejes I y II deberían estudiarse y abordarse en el mismo programa terapéutico tanto como los trastornos por uso de sustancias, con lo que están de acuerdo la mayoría de investigadores en este tema (Thomas et al., 1999).

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

En una revisión realizada por Staiger et al. (2007), los autores concluyeron que no se identificó ningún tratamiento que fuera eficaz tanto para los trastornos psiquiátricos como para trastornos relacionados con sustancias, pero 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 qué tratamientos funcionan para cada grupo de pacientes duales.

Una interesante revisión sobre los estudios en pacientes con adicciones y trastornos de personalidad de van den Bosch y Verheul (2007) 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 trastornos de personalidad y la evolución de los trastornos por uso de sustancias.

- **Centrados en el uso de sustancias.** En general muestran que la patología de la personalidad se asocia con problemas más grandes y más graves en el pretratamiento y el postratamiento, aunque no es un predictor robusto de la cantidad de mejoría, y algunos destacan igualmente el papel en la cronicidad de la adicción y el impacto significativo del sexo en el tratamiento de estos pacientes.

- **Centrados en los trastornos de personalidad.** A menudo suelen excluir a los pacientes con trastornos por uso de sustancias 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 dialéctica comportamental en mujeres con trastorno borderline, no encontrando diferencias en la efectividad del tratamiento en pacientes con y sin trastorno por uso de sustancias.

- **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 terapia dialéctica comportamental, modificadas para las necesidades específicas de los pacientes duales, y que han mostrado algunos resultados prometedores. En esta línea, Ball (1998) planteó que la terapia dual centrada en los esquemas podría ser útil para los trastornos de personalidad 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 trastornos de personalidad, que recomiendan "la psicoterapia cuando sea posible asociada a farmacoterapia centrada en los síntomas cuando sea necesaria o útil", serían igualmente recomendables de manera general para los pacientes duales, aunque se requieran modificaciones de los programas tradicionales.

Estos mismos autores destacan algunos ingredientes esenciales para el tratamiento efectivo de los pacientes con trastornos de personalidad y trastorno por uso de sustancias:

- Siempre es necesaria 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 tendrá éxito solamente 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, trastornos de personalidad 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 postratamiento.

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

De acuerdo con la mayoría de autores, y como paso previo imprescindible, se debe insistir en que 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 adaptar el tratamiento y las intervenciones de manera más adecuada para cada paciente.

b.1. Tratamiento psicoterapéutico

Desde un punto de vista psicoterapéutico, Staiger et al. (2007) recuerdan que los rasgos de personalidad relacionados con la impulsividad, como la búsqueda de sensaciones, la búsqueda de novedades, la sensibilidad a la recompensa y la 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 coexistencia 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. Proponen así adecuar el tratamiento de cada paciente a su estilo de personalidad, especialmente si son pacientes con niveles elevados de sensibilidad a la recompensa, la impulsividad y la ansiedad. Habría que considerar que la personalidad parece mostrarse como un importante predictor del resultado del tratamiento y, recordando que aún es necesaria más investigación, intentar desarrollar un tratamiento adecuado para ese tipo de personalidad e implementar esos tratamientos en la práctica clínica.

De forma 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 abstinencia con dinero.

- I**mpulsividad no planificada**. Técnicas bien establecidas de la terapia cognitiva conductual, como el entrenamiento atencional, utilizado en la terapia dialéctica conductual, 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 cognitivas conductuales desarrolladas en el campo de la ansiedad son prometedoras, lo que debe ser confirmado con los estudios adecuados.

Un último punto 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 cuanto a los 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 trastorno de personalidad; existen estudios que sugieren que los pacientes antisociales se benefician más de una intervención terapéutica estructurada de orientación conductual (Grestley JL et al, 1989). Sobre el trastorno borderline, la terapia dialéctica comportamental ha demostrado en distintos estudios su utilidad para el trastorno borderline comórbido con uso de sustancias, y especialmente en los que presentan manifestaciones suicidas frecuentes (Lineham, 1999).

Algunos de los llamados tratamientos con foco doble han sido desarrollados como:

- **Terapia de esquemas de foco dual.** Incorpora prevención de recaídas, coping skills y discusión de esquemas maladaptativos. Es comparable a otros tipos de terapia y quizá presenta ventajas de mejor alianza terapéutica y mejor utilización para estos pacientes.

- **Terapia dialéctica comportamental.** Específicamente es para trastorno de personalidad con trastorno por uso de sustancias. Se han observado de momento resultados positivos en trastorno borderline con trastorno por uso de sustancias, y no está estudiado aún en otros trastornos de personalidad.

Igualmente, otros nuevos enfoques posibles deben todavía mostrar su utilidad, como la psicoterapia dinámica deconstructiva (de Goldman y Gregory), el tratamiento guiado de la personalidad en la dependencia del alcohol (Nielsen et al.) o el tratamiento integrado para los trastornos duales (van Wamel et al.).

b.2. Tratamiento farmacológico

El campo de los abordajes neurobiológicos en esta patología dual se encuentra casi en sus comienzos y presenta grandes posibilidades futuras.

Se ha sugerido que sustancias aprobadas para el tratamiento de ciertas adicciones podrían ser útiles en pacientes duales, como naltrexona, que podría ser más efectiva en pacientes con mayor sensibilidad a la recompensa o búsqueda de novedades, o acamprosato, que sería efectivo en los que tengan mayor reactividad al estrés o sensibilidad a la ansiedad (Verheul y van den Brink, 2000). Aunque los estudios son todavía escasos, existen datos como la constatación en pacientes duales dependientes de heroína caracterizados por más "sensitividad-neuroticismo" de la mayor efectividad de metadona, mientras que buprenorfina lo fue en pacientes con sintomatología de "violencia-suicidio" (Maremmani AG et al, 2011).

Asimismo, sustancias aprobadas para el tratamiento de distintas patologías psiquiátricas han ido evidenciando cierta utilidad en el campo de las adicciones, como sería el antidepresivo bupropion (único aprobado por el momento para estas condiciones, en este caso para el tratamiento de la adicción al tabaco) y ciertos anticomiciales como topiramato, oxcarbazepina o gabapentina, así como también algunos de los llamados antipsicóticos "atípicos" (aunque no existen aún claras evidencias en cuanto al uso de sustancias, excepto alguna comunicación de mejora del craving con olanzapina o aripiprazol).

En concreto, 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 de topiramato, del que se han publicado resultados positivos tanto en agresividad e impulsividad en dicho trastorno de personalidad como en adicción a tabaco, cocaína o 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 en la sintomatología del trastorno de personalidad puede favorecer la mejor evolución de los trastornos comórbidos.

- **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 mejoría 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 a las características de cada trastorno, tanto antidepresivos como anticonvulsivantes 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 anticonvulsivantes, fundamentalmente valproato, topiramato, oxcarbazepina, gabapentina o lamotrigina, y entre los antipsicóticos, "atípicos" como risperidona, quetiapina, olanzapina, amisulpride, ziprasidona, aripiprazol o paliperidona.

- **Trastornos del cluster C.** Los antidepresivos, especialmente de perfil serotoninérgico o mixto, y los 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 trastorno de personalidad.

Por otro lado, se debe 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 o antagonistas de diversas sustancias). Por ejemplo, algunos pacientes con un trastorno borderline y dependencia del alcohol podrían beneficiarse de agonistas opioides como buprenorfina o antagonistas como naltrexona o nalmefene, más allá del uso de ciertos anticomiciales.

b.3. Otros

Con los avances en investigación, en un futuro más o menos cercano se pueden perfilar diferentes posibilidades de tratamiento, como las distintas técnicas de estimulación cerebral o de neurocirugía, o incluso posibilidades de intervención en relación con alteraciones genéticas.

5. Plan terapéutico

Aunque queda mucho por realizar antes de poder establecer protocolos y guías clínicas consensuadas en estos complejos pacientes, con los datos existentes en la actualidad se pueden resumir unas líneas básicas de actuación.

1. En primer lugar, para poder realizar una evaluación adecuada, sería recomendable lograr la abstinencia de las sustancias de uso, sea de manera ambulatoria u hospitalaria, según las características del paciente, las sustancias de consumo y la situación psicosocial. Para ello 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. Al mismo tiempo, y de manera más específica cuando se haya podido lograr la abstinencia, 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 trastornos de personalidad subyacentes, tanto con la evaluación clínica como con la ayuda de escalas y cuestionarios, para la evaluación de rasgos de personalidad o de trastornos de la misma. No existe un consenso sobre el momento de realizar esta evaluación, pero es aconsejable un tiempo de abstinencia mínimo o una reevaluación posterior. Aunque el diagnóstico de un trastorno de personalidad se debe realizar de manera longitudinal, tanto un estado de intoxicación como de abstinencia pueden favorecer resultados erróneos.

4. Dentro de las posibilidades actuales y tal como se ha comentado previamente, planteamiento de un tratamiento lo más a medida posible para las características clínicas de cada paciente, tanto las intervenciones psicoterapéuticas como farmacológicas. En este sentido, la revisión de van den Bosch y Verheul (2007) resume muy adecuadamente la forma de abordaje y resulta de especial utilidad.

5. Dada la destacada prevalencia de trastornos de personalidad 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 sigue necesitando un amplio esfuerzo investigador a todos los niveles, tanto sobre las bases neurobiológicas y psicosociales como sobre clínica y terapéutica en este complejo aspecto de la patología dual. El perfeccionamiento de técnicas que permitan una mayor comprensión de las adicciones y los mecanismos cerebrales que confieren vulnerabilidad individual para su aparición favorecerá el desarrollo de nuevas terapias. Sin embargo, lo conocido hasta el momento actual nos debería ayudar en la valoración e intervención más adecuada para la mayor parte de los pacientes que atendemos.

6. Bibliografía

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition.* Arlington: American Psychiatric Association; 2013.

Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. *Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patologia dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente.* Adicciones 2013;25(1):118-27.

Ball SA. *Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy.* Addict Behav 1998;23(6):883-91.

Belcher AM, Volkow ND, Moeller FG, Ferré S. *Personality traits and vulnerability or resilience to substance use Disorders.* Trends Cogne Sci 2014;18(4):211-7.

Belin D, Mar AC, Dalley JW, Robbins TW, Everitt BJ. *High impulsivity predicts the switch to compulsive cocaine-taking.* Science 2008;320(5881):1352-5.

Belin D, Berson N, Balado E, Piazza PV, Deroche-Gamonet V. *High-novelty-preference rats are predisposed to compulsive cocaine self-administration.* Neuropsychopharmacology 2011;36(3):569-79.

Bornovalova 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(6):790-812.

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(4):373-81.

Buckholtz JW, Treadway MT, Cowan RL, Woodward ND, Li R, Ansari MS, et al. *Dopaminergic network differences in human impulsivity.* Science 2010;329(5991):532.

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(5):424-36.

Citrome L. *A primer on binge eating disorder diagnosis and management.* CNS Spectr 2015 Dec;20 Suppl 1:44-50.

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(2):149-58.

Conrod PJ, Pihl 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(3):243-56.

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(5816):1267-70.

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(1):77-83.

Davis C, Loxton NJ. *Addictive behaviors and addiction-prone personality: associations with a dopamine multilocus genetic profile.* Addic Behav 2013;38(7):2306-12.

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(4):412-20.

Echeburúa E, Bravo de Medina R, Aizpiri J. *Variables de personalidad, alteraciones psicopatológicas y trastornos de personalidad en pacientes con dependencia de alcohol en función de la tipología de Cloninger.* Psicothema 2008;20(4):525-30.

Ersche KD, Jones PS, Williams GB, Turton AJ, Robbins TW, Bullmore ET. *Abnormal brain structure implicated in stimulant drug addiction.* Science 2012a;335(6068):601-4.

Ersche KD, Turton AJ, Chamberlain SR, Müller U, Bullmore ET. *Robbins TW Cognitive dysfunction and anxious-impulsive personality traits are endophenotypes for drug dependence.* Am J Psychiatry 2012b;169(9):926-36.

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(4):425-34.

Fisher LA, Elias JW, Ritz K. *Predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimensions.* Alcohol Clin Exp Res 1998:22(5):1041-7.

Glaser YG, Zubieta J-K, Hsu DT, Villafuerte S, Mickey BJ, Trucco EM, et al. *Indirect effect of corticotropin-releasing hormone receptor 1 gene variation on negative emotionality and alcohol use via right ventrolateral prefrontal cortex.* J Neurosci 2014;34(11):4099-107.

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(4):508-12.

Gorman DM, Derzon JH. *Behavioral traits and marijuana use and abuse: a meta-analysis of longitudinal studies.* Addict Behav 2002;27(2):193-206.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. *Co-ocurrence of 12-months alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States.* Arch Gen Psychiatry 2004;61(4):361-8.

Grekin ER, Sher KJ, Wood PK. *Personality and substance dependence symptoms: modeling substance-specific traits.* Psychol Addict Behav 2006;20(4):415-24.

Hasin D, Fenton MC, Skodol A, Krueger R, Keyes K, Geier T, et al. *Personality disorders and 3-year course of alcohol, drug and nicotine use disorders.* Arch Gen Psychiatry 2011;68(11):1158-67.

James LM, Taylor J. *Impulsivity and negative emotionality associated with substance use problems and cluster B personality in college students.* Addict Behav 2007;32(4):714-27.

Jupp B, Dalley JW. *Behavioral endophenotypes of drug addiction: Etiological insights from neuroimaging studies.* Neuropharmacology 2014;76 Pt B:487-97.

Kashdan TB, Vetter CJ, Collins RL. *Substance use in young adults: associations with personality and gender.* Addict Behav 2005;30(2):259-69.

Koob GF. *Neurobiological substrates for the dark side of compulsivity in addiction.* Neuropharmacology 2009;56 Suppl 1:18-31.

Kornør H, Nordvik H. *Five-factor model personality traits in opioid dependence.* BMC Psychiatry 2007 Aug 6;7:37.

Kranzler HR, Satel S, Apter A. *Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients.* Compr Psychiatry 1994;35(5):335-40.

Kreek MJ, Nielsen DA, Butelman ER, LaForge KS. *Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction.* Nature Neurosci 2005;8(11):1450-7.

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(1):8-17.

Lineham MM, Schmidt H 3rd, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. *Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence.* Am J Addict 1999;8(4):279-92.

Livesley WJ. *Practical management of personality disorder.* New York: Guilford Press; 2003, pp 17-8.

López A, Becoña E. *Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento.* Psicothema 2006;18(3):578-83.

Love TM, Stohler CS, Zubieta JK. *Positron emission tomography measures of endogenous opioid neurotransmission and impulsiveness traits in humans.* Arch Gen Psychiatry 2009;66(10):1124-34.

Malouf JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. *The five-factor model of personality and smoking: a meta-analisis.* J Drug Educ 2006;36(1):47-58.

Maremmani AG, Rovai L, Pani PP, Pacini M, Lamanna F, Rugani F, et al. *Do methadone and buprenorphine have the same impact on psychopathological symptoms of heroin addicts ?* Ann Gen Psychiatry 2011 May 15;10:17.

Mincic AM. *Neuroanatomical correlates of negative emotionality-related traits: A systematic review and meta-analysis.* Neuropsychologia 2015 Oct;77:97-118.

Munafo MR, Black S. *Personality and smoking status: a longitudinal analysis.* Nicotine Tob Res 2007;9(3):397-404.

Pedrero Pérez EJ, Rojo Mota G. *Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general.* Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. Adicciones 2008;20(3):251-61.

Perry JL, Carroll ME. *The role of impulsive behavior in drug abuse.* Psychopharmacology (Berl) 2008;200(1):1-26.

Rondina R de C, Gorayeb R, Botelho C. *Psychological characteristics associated with tobacco smoking behavior.* J Bras Pneumol 2007;33(5):592-601.

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(2):263-79.

Sáiz PA, González MP, Paredes B, Martínez S, Delgado JM. *Personalidad y uso-abuso de cocaína.* Adicciones 2001;13(3):47-59.

Schreckenberger M, Klega A, Gründer G, Buchholz HG, Scheurich A, Schirrmacher R, et al. *Opioid receptor PET reveals the psychobiologic correlates of reward processing.* J Nucl Med 2008;49(8):1257-61.

Sher KJ, Trull TJ. *Substance use disorder and personality disorder.* Curr Psychiatry Rep 2002;4(1):25-9.

Skindstad AH, Swain A. *Comorbidity in a clinical sample of substance abusers.* Am J Drug Alcohol Abuse 2001;27(1):45-64.

Skodol AE, Oldham JM, Gallagher PE. *Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders.* Am J Psychiatry 1999;156(5):733-8.

Staiger PK, Kambouropoulos N, Dawe S. *Should personality traits be considered when refining substance misuse treatment programs?* Drug Alcohol Rev 2007;26(1):17-23.

Stone MH. *Abnormalities of personality.* Within and beyond the realm of treatment. New York: WW Norton & Company; 1993. p. 4.

Szerman N, Peris L. *Cannabis y trastornos de personalidad. En: Arias Horcajadas F, Ramos Atance JA, eds.* Aspectos psiquiátricos del consumo de cannabis: casos clínicos. Madrid: Sociedad Española de Investigación en Cannabinoides. CEMA; 2008, pp 89-103.

Szerman N, Martínez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, et al. *Rethinking dual disorders/pathology.* Addict Disord Treat 2013;12(1):1-10.

Szerman N, Peris L. *Personality disorders and addiction disorders.* En: Textbook of addiction treatment: international perspectives. el Guebaly N, Galanter M, Carrá G, eds. Berlin: Springer-Verlag; 2015. p. 2063-83.

Terraciano A, Löckenhoff CE, Crum RM, Bienvenu OJ, Costa PT Jr. *Five-factor model personality profiles of drug users.* BMC Psychiatry 2008 Apr 11;8:22.

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(2):271-7.

Torgensen S, Kringlen E, Cramer V. *The prevalence of personality disorders in a community sample.* Arch Gen Psychiatry 2001;58(6):590-6.

Trull TJ, Waudby CJ, Sher KJ. *Alcohol, tobacco and drug use disorders and personality disorders symptoms.* Exp Clin Psychopharmacol 2004;12(1):65-75.

Van den Bosch LM, Verheul R. *Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications.* Curr Opin Psychiatry 2007;20(1):67-71.

Vanhille N, Belin-Rauscent A, Mar AC, Ducret E, Belin D. *High locomotor reactivity to novelty is associated with an increased propensity to choose saccharin over cocaine : new insights into the vulnerability to addiction.* Neuropsychopharmacology 2015;40(3)577-89.

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(1):101-10.

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.

Verheul R. *Comorbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders.* Eur Psychiatry 2001;16(5):274-82.

Volkow ND, Tomasi D, Wang GJ, Fowler JS, Telang F, Goldstein RZ, Alia-Klein N, Woicik P, Wong C, Logan J, Millard J, Alexoff D. *Positive emotionality is associated with baseline metabolism in orbitofrontal cortex and in regions of the default network.* Mol Psychiatry 2011;16(8):818-25.

Widiger TA, Simonsen K. *Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground.* Journal Pers Disord. 2005;19(2):110-30.

Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, Livesley WJ, Verheul R. *Personality disorder research agenda for the DSM-V.* J Pers Disord. 2005;19(3):315-38.

Winstanley CA. *The orbitofrontal cortex, impulsivity and addiction: probing orbitofrontal dysfunction at the neural, neurochemical and molecular level.* Ann N Y Acad Sci 2007;1121:639-55.

Caso clínico

Paciente de 45 años, con ingresos psiquiátricos repetidos desde los 20 años, que ingresa de nuevo en el contexto de grave ideación suicida.

Antecedentes somáticos

Hernia discal operada en 2008. Tiroidectomia total en 2009 en relación con un carcinoma; tratamiento hormonal sustitutivo.

Adicciones

- Alcohol: consumo episódico de forma importante desde los 20 años, y de 1 litro de vino/día (hasta 2 litros los fines de semana) desde 2012.
- Cannabis de forma esporádica entre los 18 y los 20 años, y diaria los dos últimos años, sin precisar nunca la dosis.
- Cocaína de manera ocasional.
- Dos paquetes de tabaco al día.

Evidente banalización de los consumos.

Biografía

Nacida en 1970. La menor de dos hermanos. Hija de padres divorciados desde 1977, vivió hasta los 14 años con su madre, aunque con 11 quiso regresar con el padre, lo que la madre no aceptó; explica su petición por la sensación de que su hermano siempre era más favorecido que ella, y la mala relación con la nueva pareja de su madre. A los 14 años se trasladó con el padre, casado de nuevo y con otra hija nacida en 1978; posteriormente la pareja murió. La paciente experimentó algunos problemas con el padre, que abusaba del alcohol; casado por tercera vez en 1985, tuvo otra hija 4 años después.

La paciente se casó por primera vez con 17 años, con un hombre anteriormente dependiente de heroína; explica este matrimonio como una manera de salir de casa y ayudar al tiempo a su pareja. Planteado el divorcio por él 3 años después, la paciente presenta episodios de crisis histeriformes en relación con la demanda. Tuvo una hija, cuya guardia fue atribuida al padre porque la paciente quería continuar sus estudios. Casada de nuevo a los 26 años, tras el nacimiento de su segunda hija. El marido, consumidor de alcohol de manera abusiva y en paro 6 años más tarde, comenzó a presentar episodios de violencia verbal hacia ella y las dos hijas de ambos, y posteriormente, violencia física hacia la paciente. Se separaron un año después, tras diferentes intentos de solución y promesas de cambio de parte del marido, al que describe como excesivamente celoso y paranoide. Él inició una relación extraconyugal con una hermanastra de la paciente, y ella misma tuvo una corta relación con otro hombre.

Tuvo diferentes problemas laborales y personales un año después, entre ellos la ruptura con una nueva pareja.

Inició el proceso de divorcio en 2012, viviendo con su nuevo compañero, de origen marroquí desde el verano de 2012, con nuevo matrimonio el año siguiente. Las dos hijas de su anterior relación viven con el padre en el mismo edificio y es la paciente quien tiene la custodia. Buen entendimiento actual con el exmarido y su familia.

La relación con la pareja presente evoluciona de manera problemática desde el año 2014.

Titular de un diploma en Comercio, trabajó hasta 2008 como contable independiente. En incapacidad laboral total desde 2008.

Evolución

La paciente dice haber presentado ideas de suicidio desde que era niña (habría planificado tirarse por una ventana), situando el inicio de sus problemas psíquicos a los 11 años. A los 14 años presentó alteraciones del sueño y refiere que le prescribieron hipnóticos. En 1986, con 16 años, tuvo un breve periodo de tratamiento en relación con problemas de familia.

Ha precisado múltiples hospitalizaciones desde los 21 años:

- 1991: síntomas depresivos y abuso de benzodiacepinas en relación con la separación matrimonial, tras momentos difíciles e incluso violencia verbal y amenazas; noción de consumo de cannabis juntos.
- 1999: segunda hospitalización por alcoholización masiva y síntomas depresivos con intento autolítico con fármacos y venosección, como "llamada de socorro"; se sugiere el diagnóstico de trastorno borderline de personalidad.
- 2004: nuevo episodio autolítico e ingreso, siendo diagnosticada de episodio depresivo moderado.

- 2008: un primer ingreso tras problemas laborales, diagnosticada de episodio depresivo y rasgos de personalidad emocionalmente lábil, y uno posterior tras nuevo intento autolítico, diagnosticada de trastorno depresivo recurrente, personalidad emocionalmente lábil y abuso de fármacos.

- 2009: un primer ingreso por riesgo autolítico importante y mismos diagnósticos, y otro posterior diagnosticada de trastorno depresivo recurrente, trastorno borderline de personalidad y abuso de alcohol y benzodiacepinas.

- 2010: nuevo ingreso con diagnóstico de trastorno borderline de personalidad y trastorno depresivo recurrente episodio actual leve.

- 2011: ingreso para desintoxicación de benzodiacepinas y trabajo sobre las dependencia, diagnósticos de dependencia a ansiolíticos, trastorno depresivo recurrente episodio actual leve y trastorno de personalidad evitativa.

- 2012: tres nuevos ingresos, por intentos autolíticos impulsivos con fármacos tras aumento del consumo de alcohol; diagnósticos al alta de trastorno borderline de personalidad y abuso de alcohol.

- 2013: dos nuevos ingresos en el mismo contexto.

- 2014: tres ingresos en relación con intentos autolíticos aparecidos tras diferentes situaciones estresantes para la paciente. Diagnósticos de trastorno borderline de personalidad y dependencia a cannabis.

- 2015: tres nuevos ingresos breves en un contexto similar, favorecido por problemas importantes de pareja. En el primero refiere haber dejado el cannabis pero haber aumentado de nuevo el consumo de alcohol.

Durante los diferentes ingresos, se han objetivado claros criterios diagnósticos de un trastorno borderline de personalidad, con inestabilidad afectiva, impulsividad marcada, relaciones interpersonales inestables y conflictivas, y sensación de vacío interior. En relación con momentos más o menos estresantes, muestra esquemas de evitamiento con toma de fármacos asociados a alcohol, lo que elabora como “para calmar la ansiedad”, negando la mayor parte de ocasiones que se trate de un intento autolítico, pese a lo aparatoso que puedan llegar a ser los consumos.

La actitud en los ingresos, generalmente al inicio poco colaboradora e incluso hostil en ocasiones, o marcada por síntomas de tipo depresivo y ansioso, evoluciona progresivamente hacia una mayor colaboración e implicación en su tratamiento, pero minimizando siempre sus consumos. En los últimos ingresos se aprecia una actitud más adecuada desde el inicio, con resolución rápida de la sintomatología de la crisis.

La puesta en marcha de diferentes tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos (fundamentalmente terapia dialectiva comportamental en el segundo caso), adaptados a sus síntomas y sus características de personalidad, ha resultado difícil ante la poca adherencia terapéutica de la paciente después de algunos meses tras los ingresos. El último año, pese a la repetición de los abusos de alcohol en el contexto de situaciones estresantes importantes, ha comenzado a mantener el tratamiento con regularidad y se aprecia una cierta mejor introspección, persistiendo sin embargo la minimización de sus consumos de sustancias.