PATOLOGÍA DUAL Y TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

LOS EXPERTOS RESPONDEN A SUS PREGUNTAS

Coordinador:
Néstor Szerman

Comité Expertos:
Prof. José Luis Carrasco Perera
Dr. José Martínez Raga
Dr. Juan Ramirez López
Dr. Carlos Roncero Alonso
Dr. Vicente Rubio Larrosa

Sociedad Española de Patología Dual
SEPD
Adicciones y otros Trastornos Mentales
WPA

PATOLOGÍA DUAL Y TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

LOS EXPERTOS RESPONDEN A SUS PREGUNTAS

Coordinador:
Néstor Szerman

Comité Expertos:
Prof. José Luis Carrasco Perera
Dr. José Martínez Raga
Dr. Juan Ramirez López
Dr. Carlos Roncero Alonso
Dr. Vicente Rubio Larrosa

ADAMED
ESPECIALIZADOS EN ESPECIALISTAS

Título original:
Patología dual y Trastorno de la personalidad

© Copyright contenidos: los autores
© Copyright Edición 2013: ADAMED S.L.U.

Reservados todos los derechos.
Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida
ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico
o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en
cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información,
sin el permiso escrito de los titulares del copyright.

ISBN: 978-84-15905-08-0
Depósito legal: M-28646-2013

Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica.
El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios, conclusiones
y/o hallazgos propios de sus autores, los cuales pueden no coincidir
necesariamente con los de ADAMED Laboratorios S.L.U. patrocinador de la obra.

Edita: Enfoque Editorial S.C.
Avda. de Europa 16, chalet 13
28224 Pozuelo de Alarcón. Madrid

Comité de Expertos

Dr. Néstor Szerman
Jefe Servicio Salud Mental Retiro
Hospital Gral. Universitario G. Marañón, Madrid
Presidente Sociedad Española Patología Dual (SEPD)

Dr. José Luis Carrasco Perera
Catedrático de Psiquiatría
Director de la Unidad de Trastornos de la Personalidad
Hospital Clínico San Carlos
Universidad Complutense de Madrid

Dr. José Martínez-Raga
Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Médica,
Facultad de Medicina, Universidad de Valencia
y Agencia Valenciana de Salut
Vocal de Relaciones Internacionales de la
Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)

Dr. Juan Ramírez López
Psiquiatra. Coordinador Asistencial Servicio Provincial
de Drogodependencias y Adicciones de Huelva
Vocal Andalucía Occidental de la Sociedad Española
Patología Dual (SEPD)

Dr. Carlos Roncero Alonso
Coordinador CAS Drogodependencias Vall d'Hebron
Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario Vall d'Hebron Universidad
Autónoma de Barcelona

Dr. Vicente Rubio Larrosa
Profesor de Psiquiatría. Universidad de Zaragoza
Unidad de Trastornos de la Personalidad
Hospital provincial de Zaragoza

Autores Colaboradores

José Antonio Acal Gutiérrez
USMC Baza. Granada

Javier Adriaensens Lázaro
USMC La Palma del Condado. Huelva

Maria Isabel Aguilar Sáez
CAD de Murcia. Murcia

Irene Agulló Carcía
Hospital Universitario La Ribera Valencia

Juan Antonio Albaladejo Martínez
Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Murcia

Jesús Alberdi Sudupe
Hospital A Coruña. A Coruña

José Antonio Algarra Biedma
USMC Gualdalmedina. Málaga

Iciar Alonso García
CSM Molina de Segura. Murcia

María José Alonso Blanco-Morales
USMC Camas. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Benjamín Altozano Aguilar
Hospital Vinaros. Castellón

Francisco José Alvarado Vázquez
USMC Vejer de la Frontera. Cádiz

Pedro Álvarez Camarero
USMC Linares. Jaén

Susana Álvarez Avello
Clínica San Rafael. Oviedo

Ramón Arias Martino
Hospital Civil. Málaga

Sergio Arqués Egea
Hospital La Fe. Valencia

Jorge Auladell Saniger
Equipo Andujar. Jáen

Pilar Aznarte López
Comunidad Terapeútica de Salud Mental. Granada

Francisco Ballester Sánchez
Usm Gandia. Valencia

José Luis Ballesteros Ramos
Hospital Universitario San Cecilio Granada

Vicente Balanzá Martínez
CSM Catarroja. Valencia

Miguel Barberán Navalón
Hospital Lluis Alcanyis. Xàtiva

Roberto Bataller Alberola
USM Pere Bonfill. Valencia

Ramón Bellot Arcís
USM Xàtiva. Valencia

José Luis Benavente García
Hospital Virgen de las Nieves. Granada

José Manuel Bertolín Guillén
Hospital Arnau Vilanova Valencia

Eva Bravo Barba
USMC Baza. Granada

Amparo Buján López
C.H.U. A Coruña

Pedro Francisco Bustos de Abajo
CSM Atarfe. Granada

Mª Ángeles Caballero González
Comunidad Terapeútica Hospital Virgen del Rocio. Sevilla

Arturo Cabezas Sánchez
CSM Cartagena. Murcia

Claudio Cabrera Vega
USMC. Alta

Carmen Cáceres Jerez
S.P.D.A. Almería

José Antonio Campos Pérez
Hospital de Ourense

José Miguel Cano Gra
UCA Elda

Justo Cano Sánchez
USMC. Úbeda

Anselmo Cañabate Prados
USMC. Almería

Ernesto Cañada Sanz
USMC. Montilla

Carmen Capilla Sevilla
Hospital Lepe. Huelva

José Eduardo Carreño Rendueles
Clínica MP. Asturias

Indalecio Carrera Machado
ACLAD. A Coruña

María de los Ángeles Carrillo Córboba
H.U. V. de la Arrixaca. Murcia

María Cristina Casas Gómez
Hospital Valme. Sevilla

Patricia Castañeda Gordillo
Hospital La Fe. Valencia

Rocío Castell Sempere
Hospital La Fe. Valencia

Gracia María Castillo Fernández
Adicciones Loja. Granada

Inmaculada Cervera
UCA Requena

Marta Chamorro Fernández
CSM Limonar. Málaga

Manuel Conde Díaz
USMC Sur. H. Virgen del Rocío Sevilla

Carmen Conseglieri Portela
SPDA. Huelva

Pedro Cordero Asanza
H.U. Bellvitge. L 'Hospitalet de Llobregat

Julio Costa Airos
Hospital La Fe. Valencia

Félix Luis Crespo Ramos
CSM Caravaca. Murcia

Álvaro Crespo Portero
HGU Reina Sofía de Murcia

Diego de la Vega Sánchez
Hospital Vázquez Díaz. Huelva

Ana de Luxán de la Lastra
Hospital U. Reina Sofía. Córdoba

Ana Isabel de Santiago Díaz
USM Vargas HUMV. Cantabria

Tomás Delgado Durán
UGC Salud Mental Huelva

Solange Denise Basaluzzo
USMC Puerta Blanca

Ana Domínguez Cejudo
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Encarna Domínguez Ballesteros
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Luis Donaire Adánez
CEDT Torrijos

Virginia Dones Luengo
CSM Molina de Segura

Álvaro José Doña Díaz
USMC Benalmadena

Elisa Egea Cánovas
CSM Infante

José Luis Escobar Fernández
CSM Caravaca. Murcia

Belén Estepa Zabala
Comunidad Terapeútica Hospital Virgen del Rocio. Sevilla

Gladis Esteve Blasco
Hospital Arnau Vilanova

Valentín Estévez Pérez
UCA Ourense

Cristina Fabre Bernal
U.H.Psiquiatrica H.J.R. Jiménez Huelva

José Antonio Fernández Benítez
Hospital Quirón. Málaga

Manuel Fernández Molina
C.P. Drogodependencias. Huelva

Francisco Javier Fernández Osuna
USMC Macarena Norte. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Celestino Fernández Díaz
USMC La Palma del Condado Huelva

Alfonso Fernández Gálvez
USMC Macarena Norte. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Gloria Fernández Ruiz
CSM Águilas. Murcia

Clara Fernández Burraco
USMC Alcala de Guadaira. Hospital de Valme. Sevilla

Alba Fernández Díaz
CHU A Coruña

Elvira Fernández
Hospital Comarcal de Vinaròs

José Ferragud Masia
CSM Malvarrosa. Valencia

Ernesto V. Ferras Sardiñas
UCA Xàtiva

Beatriz Ferreiro Fernández
USM Carballo

Mónica Florido Rodríguez
USM Vecindario

Andrés Fontalba Navas
USMC Huércal-Overa

Rita Franco de la Cruz
CTA Huelva

Virginia Fuentes Leonarte
UCA San Marcelino

Carolina Franco Porras
Centre Higiene Mental Les Corts Barcelona

Rosa María Galán Armenteros
USMC Lucena

Sara Galiano Rus
Hospital Virgen de las Nieves Granada

Gemma Gámiz Poveda
UCA San Macelino. Valencia

Claudio Garay Bravo
Hospital General ULC

Yara Rosa García
USMC Las Albarizas, Marbella

Remedios García Grimaldo
CSM Algeciras

Soledad García
Hospital De Clínicas. Uruguay

Jesús García Jiménez
USMC Loja. Granada

Héctor García Rabelo
USM Mental Bañaderos. Canarias

Elena García del Moral
CSMA El Prat Escobedo

Elena García-Ligero del Rincón
USMC Oriente Hospital Virgen del Rocio. Sevilla

María Paz García-Portilla González
Universidad de Oviedo

Francisco Gázquez Martínez
Hospital Torrecardenas

Melania Georgiana Gotia
Hospital Comarcal de Vinaros

Susana Gil Flores
Hospital Reina Sofía. Córdoba

Alfonso Gil Martínez
Centro Comarcal. Linares

Alfonso Gil Sánchez
Hospital Rosell

José Manuel Giménez García
Hospital Virgen de Altagracia. Manzanares. Ciudad Real

Laia Giménez Orts
Hospital Arnau. Valencia

Francesc Giner Zaragozà
USM Sueca

Pedro Gómez Benítez
USM Bañaderos. Canarias

Maria Dolores Gómez Gutiérrez
Hospital Virgen de Valme. Sevilla

Luis Gómez-Angulo Alférez
Consulta privada. Almería

Ildefonso Gómez-Feria Prieto
USMD Macarena Centro
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Jaime Gómez González
USMD Macarena Centro
Hospital Virgen Macarena. Sevilla

José Luis Gómez Juárez
USM Vecindario

Carmen González Macías
Hospital Vázquez Díaz. Huelva

Luis González Domínguez
USM Lugo

María del Carmen González González
CSM Sants

Susana González Jovellar
CSMA Prat De Llobregat

Alfonso Gómez Rebollo
USMC Lepe. Huelva

Eva González Ríos
CSM Villamartín

Rafael M. Gordillo Urbano
USMC Montilla

Miguel Graciani Pérez-Regadera
USMC La Palma del Condado Huelva

Mariona Guardia Sans
CSMA Santa Eulalia

Almudena Guerra García
H. San Juan De Dios

Manuel Guillén Benítez
USMC Carmona. Sevilla

Jorge Guillot Mosterin
UCA San Marcelino

Luis Gutiérrez Rojas
USMC Loja. Granada

José Guzmán Sánchez
USMC Cartuja

Susana Hernández Campos
Hospital Arnau De Valencia

Anibal Hernandez Rodriguez
USM Telde

Francisco Herrera Benitez
CPD de Motril. Granada

María Herrera Giménez
HGU Morales Meseguer

Eva Imbernón Pardo
CSM Molina de Segura

César Jávega Manjón
Hospital La Fe. Valencia

Gloria Jiménez Ruiz
USMC Valverde. Huelva

Francisco José Jiménez Sánchez
USMC Puerta Blanca

Javier Jiménez Sánchez
USMC Puerta Blanca

Cristóbal Jiménez Prieto
UCA Puertollano

Julia Joya Redondo
Centro provincial de Drogodepencias Granada

Germán Jurado de Flores Yépez
C.P.D. Granada

José Labrador Freire
USMC Tomillar. Hospital Valme Sevilla

Ignacio Lara Ruiz
USM Villamartín

Amparo Lara García
Unidad de Alcohol

Guillem Lera Calatayud
USM Sueca

José María Lomba Borrajo
USM Puente. Ourense

Cristóbal López Martín
USM Estepona

Isabel López Requena
UCA Requena

Caridad López Callejas
CPD Granada

Carla López Martínez
Hospital Arnau de Vilanova

Pilar Lucas Borja
USMC Huércal-Overa

María Luisa Dorado
UCA Gandía

José Manuel Manso García
CSM Este. Hospital Virgen del Rocio

Emilio Montanet Fernández
CPD Úbeda

Francisco J. Márquez Ligero
Hospital Juan Ramón Jiménez Huelva

Inés Martín Durán
CSM Oriente. Hospital Virgen del Rocio

Aurora Martín Monjo
USMC Camas. Hospital Virgen Macarena

Lucia Martín Calvo
CSM Cabra. Córdoba

Pedro Martínez Moya
USM Xàtiva

María José Martínez Mirete
CSM/CAD Lorca

Cristina Martínez Martínez
CSM San Antonio Abad

Jorge Martínez Salvador
Hospital Arnau de Vilanova

Carlos Martínez Acien
CSM Alescorts

Carlos Martínez Hinojosa
USMC Atarfe

Beatriz Mata Sáenz
Hospital Virgen de la Macarena Sevilla

José Matamoros Castillo
Hospital La Fe

Juan José Melián Morales
CSM Ciudad Alta

Ignacio Millán Lozano
CSM Miraflores. Alcobendas

Javier Mico Chofre
USM Torrente

Javier Min Kim
Hospital Santa Isabel. Asturias

Carlos Miró Bujosa
CSM Carlet

María del Mar Molina Valiente
ESM Lucena Córdoba

José Luis Montero Horche
CSM San Marcelino

María Montes Gámez
USMC Gualdalmedina

Cristina Montilla Bueno
CCD Andújar

Margarita Morales De La Torre
CSM Sector Sur Córboba

Juan A. Moreno Nieto
USMC Cabra

Francisco Moreno Tovar
UCA Ourense

Pilar Moya Corral
CSM Cádiz

José Pablo Muñoz López
CTA Torreblanca. Sevilla

Eva María Navarro López
USMC Jaén Centro

José Luis Navarro González
CCDA Roquetas

Santiago Navarro Pérez
Sevilla Norte. Sevilla

Reyes Navarro Pablo
USMC Morón Hospital de Valme Sevilla

Maite Novo del Valle
Calde

Eva Ojeda Rodríguez
Salud Mental La Coma

María del Carmen Ontiveros Ortega
Comunidad Terapéutica de Salud Mental

Elena Orquín Segura
Hospital Universitario de la Ribera

Francisco Ortega Ruibal
CHU A Coruña

Francisco Javier Páez Osuna
USMC Macarena Norte. Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla

Yolanda Palanca
USM Burjassot

Carmen Palau Muñoz
Unidad de Conductas Adictivas

Mario Páramo Fernández
Hospital Conxo

Guillermo Pardo Castillo
USMC Baza

María Paz Puchades
USM Sueca

Cristina Peinado Fernández
Hospital Virgen del Rocio. Sevilla

Iván Pérez Eguiagaray
USMC Lepe. Huelva

Manuela Pérez García
Unidad de Hospitalización

Bartolomé Pérez Gálvez
Unidad de Alcohología Hospitalaria Hospital Universitario Sant Joan Alicante

Maria Perez-Hita Albaladejo
Psicoclínica Francisco Toledo Romero

María Dolores Piqueras Acevedo
Hospital Santa María del Rossell

Beatriz Oda Plasencia García de Diego
UGC Salud Mental Virgen Macarena. Sevilla

María Paz Puchades Muñoz
USM Sueca

Diego Pulido Cubero
ESM Lucena. Córboba

Joana Quilis Olivares
USM Xàtiva

María Cinta Ramírez Domínguez
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Antonio Ramírez García
Hospital General. Ciudad Real

Juan Francisco Ramírez López
C.P.D. Huelva

Mercedes Raposo Hernández
Hospital Rosell

Manuel Reus Martínez
CSM Caravaca

Pablo Navarro Reyes
USMC Morón Hospital de Valme Sevilla

Ana Belén Rico del Viejo
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Mercedes Raposo Hernández
Hospital Rosell

Fernando Rivas Marín
USMC Guadalquivir Hospital Virgen del Rocio

María Robles Martínez
CSM Cádiz

Salvador Rodríguez Rus
CP Drogodependencias. Jaén

Luis Miguel Rojo Bofill
Hospital La Fe

Emma Román Fernández
CHU A Coruña

María del Carmen Romero Mohedano
Hospital Merced Osuna. Sevilla

Samuel Leopoldo Romero Guillena
USMC Carmona. Hospital Macarena. Sevilla

Mª Dolores Romero Lemus
SAMU Sevilla

José Ruiz Riquelme
CSM Caravaca

Juan Alberto Ruiz Sánchez
USMD Úbeda. Jaén

Ana Belén Ruiz Aranda
USMD Úbeda. Jaén

Manuel Ruiz Martínez
CPD Granada

Rocio Saéz Povedano
Hospital Arnau Vilanova

Pilar Alejandra Sáiz Martínez
Universidad Oviedo

Lucía San Narciso Izquierdo
Clínica San Narciso

Gemma Isabel San Narciso Izquierdo
Unidad de Tratamiento Toxicomanías Aviles

Andrés Sancha Aranda
Hospital Virgen del Rocio. Sevilla

Cristina Sánchez Robles
Hospital Juan Ramón Jiménez Huelva

María Carmen Sánchez Vázquez
Hospital de Día de Salud Mental V. de la Victoria (El Consul)

Ana María Sánchez Viñas
C.P.D. Granada

Amparo Sánchez Mañez
UCA Paterna

Ana María Sánchez Delgado
CHU A Coruña

María Rosa Sánchez-Waisen Hernández
CH Torrecardenas

Alberto Sancho Muñoz
Unidad de Alcohol

Luis Santa-María Pérez
USMC Este. Hospital Virgen del Rocio. Sevilla

Elvira Santamaría
Hospital Gómez Ulla

Juana Santiago Paris
USMC Sur. Jaén

Pedro Sanz Asín
CAS Sants

Alfredo Sapiña Rocher
Hospital Arnau Vilanova

Inmaculada Segura Chaves
USMC Guadalquivir. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Miguel Ángel Silva González
USMC El Alamillo. Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla

María Dolores Sin Cabrero
CS Fuente de la Villa Martos

Agustín Soler Iborte
USMC Linares

Manuel Soria Dorado
USMC Cartuja

Mª Guadalupe Sorribés Molina
Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva

Miguel Soto Ontoso
Hospital Torrecardenas

María Tello Garzón
CP Drogodependencia

Vicente Tordera Tordera
Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva

Amanda Trigo Campoy
CSM Infante

Carmen Urbano Santos
USMC Puerta Blanca

Cristina Valdera García
Hospital Virgen Del Rocío

Raquel Valdés Torres
UCA Requena

Laura Valero Tocohulat
Hospital La Fe

Marta Vallcanera Cabrera
CASD Vilanova

Sonia Vargas Rodríguez
Hospital Torrecardenas

Clara Isabel Vázquez Arjona
USMC Guadix

Ana P. Vázquez González
Hospital Baza

Eduardo Velázquez Navarrete
USMC Alcalá la Real

Dolores Velo Camacho
CTA Sevilla Norte

Miguel Verdeguer Dumont
San Marcelino. Hospital Peset

Ana Sara Viedma Martín
Hospital Juan Ramón Jiménez Huelva

Ana María Villafuerte Díaz
Facultad de Psicología. Sevilla

Visitación Villafuerte Márquez
CTA Camas. Sevilla

María Luisa Zabala Fernández
Jaén

SUMARIO

Introducción 13.

I. Generalidades 15.

II. Relación TP y adicción 21.

III. Clínica de Patología Dual en Trastornos de Personalidad 31.

IV. Tratamiento 41.

Bibliografía 49.

Glosario de Abreviaturas 51.

INTRODUCCIÓN

La Sociedad Española de Patología Dual comprometida con la formación en este campo se complace en presentar esta nueva y original guía de actualización.

Desde un punto de vista clínico se conoce que una de las "comorbilidades" más importantes es la que existe entre Conductas adictivas- y los Trastornos de Personalidad-TP. El Trastorno por Uso de Sustancias-TUS (Alcohol, Tabaco y otras Sustancias) presenta elevada prevalencia en pacientes con Trastornos de Personalidad y viceversa y se asocia con una elevada carga social, económica y de salud general.

Los Trastornos de Personalidad y las Adicciones constituyen un área problemática de la salud Mental y han dado lugar a un gran debate en todos los intentos de reformular las clasificaciones psiquiátricas. Como todos conocen ambos trastornos han sido valorados como huérfanos en su condición de enfermedad mental, los TP confinados (hasta el DSM-IV) al "Eje II" y los TUS como un problema ajeno a la Psiquiatría.

Pero las neurociencias y la epidemiologia han puesto en evidencia la sólida asociación entre cualquier trastorno mental y la posibilidad de progresión desde el uso al Trastorno por Uso de Sustancias, particularmente para los trastornos psicóticos (tratado en una guía similar en 2011) y los rasgos y trastornos de personalidad.

Conscientes de este desafío de la Patología Dual, se decidió elaborar un nuevo material didáctico que pueda orientar a los profesionales que tratan a estos pacientes.

Para ello hemos vuelto a poner en práctica un procedimiento que consistió en elaborar una encuesta abierta entre los médicos españoles de todo el país y en la cual éstos podían formular hasta tres preguntas sobre Patología Dual y Trastornos de Personalidad, dirigidas a este Comité de Expertos seleccionados por la SEPD.

Durante varios meses del año 2013, con el soporte de ADAMED laboratorios, y con total independencia, fueron recogidas un total de 655 preguntas formuladas por 263 profesionales, que son por tanto también autores de pleno derecho de este material didáctico.

El Comité de Expertos seleccionó las preguntas que valoró como más frecuentes y útiles, las agrupó por temas y, posteriormente, fueron respondidas por cada uno de los expertos de forma separada. El único requisito exigido fue que las respuestas fueran, además de basadas en las evidencias científicas, como no puede ser de otro modo, pero también en la experiencia clínica de cada uno de

ellos. Hemos vuelto a repetir el procedimiento por el que cada experto no conocía las respuestas de sus colegas y este método "ciego" garantizó respuestas que como se podrá apreciar guardan sesgos y diferencias, que solo han producido un efecto enriquecedor para este material didáctico.

Al finalizar este trabajo y entrar en proceso de edición, nos queda la sensación que como es lógico en un tema tan amplio, muchas de las preguntas y temas no han podido por razones obvias de espacio y practicidad, haber sido desarrolladas.

La SEPD asume este desafío abierto y sigue comprometida en intentar respuestas que ayuden al tratamiento de nuestros pacientes.

Dr. Néstor Szerman

I. GENERALIDADES

1. ¿Es verdad que los Trastornos de Personalidad (TP) no se consideran un trastorno mental, como plantean algunas corrientes de la psiquiatría?

Dr. Néstor Szerman

La clasificación y el conocimiento de los trastornos mentales han estado durante el pasado siglo limitada a la perspectiva psicoanalítica y fenomenológica y ha ignorado las bases biológicas de estos trastornos cerebrales.

Las neurociencias van aportando evidencias de que los rasgos de personalidad deben tenerse en cuenta en cualquier trastorno mayor, incluidos los llamados trastornos de personalidad. Estos hasta ahora se basaban en explicaciones exclusivamente psicologicistas y su estatus era al menos ambiguo al quedar relegados y en estado de orfandad al Eje II de las clasificaciones. Así no es infrecuente oír, aún hoy, en día comentar que no es un trastorno mental ya que se trata de un TP.

Dr. José Luis Carrasco

Ciertamente el pensamiento psiquiátrico de la última mitad del siglo XX consideró los TP como un sustrato estructural sobre el que se daban los trastornos mentales, pero no como trastornos mentales verdaderos. Bajo esta concepción, los TP se consideran desviaciones de la personalidad normal, es decir, anomalías cuantitativas del carácter. Algunos TP se ajustan a este concepto, como el trastorno evitativo o el obsesivo-compulsivo. Pero otros, como el trastorno límite de la personalidad, constituyen verdaderos estados sintomáticos que no se corresponden con rasgos acentuados de la personalidad normal.

Dr. Vicente Rubio

No es verdad ya que afectan a la conducta, las emociones, las relaciones interpersonales, control de impulsos, afectividad, etc., de quien lo padece. Tienen un sustrato biológico diferenciado, bien es cierto que son alteraciones de nuestra “forma de ser” que es nuestra personalidad

y hay que diferenciar claramente entre normalidad, rasgos y trastorno de la personalidad. De una manera simple podríamos decir que un trastorno aparece en el momento que no controlamos nuestros rasgos de personalidad y "pueden" con nuestro yo.

Dr. Juan Ramírez

Actualmente los límites entre Trastorno Mental-TM (Eje I) y Trastorno de Personalidad-TP (Eje II) no siempre están claros y cada vez son más los clínicos que conciben los TP como auténticos TM. Así podemos observar la estrecha relación existente entre el trastorno esquizotípico y la esquizofrenia; entre el trastorno paranoide de la personalidad y el trastorno delirante; entre los trastornos del estado de ánimo y el trastorno por inestabilidad (límite); entre los trastornos del control de los impulsos y el trastorno por impulsividad (límite); entre el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad; entre la fobia social y el trastorno ansioso- evitativo de la personalidad. Asimismo hay trastornos de ansiedad o del humor de inicio precoz absolutamente indistinguibles de un TP, lo que plantea la posibilidad de considerar a los TP como variantes de inicio precoz de trastornos del Eje I, es decir como auténticos trastornos mentales.

Dr. Carlos Roncero

Hay múltiples estudios sobre las bases biológicas de los TP, y la interacción gen-ambiente, lo que no significa que sólo existen determinantes biológicos o que también influyan factores ambientales y del aprendizaje (Carpenter *et al*. 2013; Depue *et al*. 2012).

Dr. José Martínez-Raga

Tal como se explica en el DSM-5, se intenta abordar esta confusión suprimiendo el sistema multiaxial e incluir todos los trastornos mentales, incluyendo los TP dentro de una amplia sección de criterios y códigos diagnósticos, en parte para suprimir la confusión de la distinción o separación de los TP de otros trastornos mentales. En cualquier caso en el DSM-5 se mantiene una visión categorial de los TP, según la cual estos serían síndromes clínicos cualitativamente diferenciados. Frente a esta perspectiva categorial los TP se pueden contemplar desde una aproximación dimensional según la cual los TP serían variantes maladaptativas de rasgos de personalidad, tal como se recoge en la Sección 3 del DSM-5 en la que aparece una descripción detallada del modelo dimensional de los TP (APA, 2013).

2. ¿Constituyen los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) y Adictivos un Trastorno Mental como los demás o son un "problema del carácter"?

Dr. Néstor Szerman

Las investigaciones actuales han puesto en evidencia que las conductas adictivas constituyen una enfermedad cerebral como las otras y ha desechado para siempre que sea un problema del "carácter". No es adicto quien quiere, sino a quien le toca. Hay individuos predispuestos genéticamente y que al no tomar contacto con sustancias, de hecho un factor medioambiental, no desarrollan este trastorno. Esta vulnerabilidad a sufrir un trastorno por uso de sustancias está vinculada a factores genéticos, neurobiológicos y desde la clínica la vulnerabilidad se asocia a sufrir otros trastornos mentales (Szerman *et al*. 2013). Entre estos otros trastornos mentales destacan en todos los estudios epidemiológicos la psicosis y los rasgos y trastornos de personalidad.

Dr. José Luis Carrasco

Aunque tengan relación en su origen con problemas del carácter, los TUS tienen la naturaleza de un trastorno. En el TUS se alteran los mecanismos fisiológicos de las emociones y del control de la conducta, constituyéndose nuevo esquemas patológicos de regulación emocional.

Dr. Juan Ramírez

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*American Psychiatry Association, APA*) en su primera edición de 1952, tipificaba los TUS como un "disturbio sociopático de la personalidad" y en el posterior DSM-II de 1968 los agrupaba junto con la "desviación sexual y las conductas antisociales". Pero en 1980 la APA, en el DSM-III, clasifica el uso de sustancias en dos categorías diagnósticas mayores: abuso y dependencia, y las incluye en un capítulo específico denominado "trastorno por uso de sustancias" (codificables en el Eje I) y los considera como un auténtico trastorno mental, siendo considerado nuevamente en el DSM-5. Por lo tanto, en la actualidad los trastornos adictivos están conceptualizados como auténticas enfermedades cerebrales y no meros problemas sociales o del carácter.

Dr. Vicente Rubio

Son un trastorno mental y así están considerados en las clasificaciones internacionales al uso, si bien es cierto que las características y rasgos de personalidad de un individuo hacen que exista una vulnerabilidad hacia la adicción y el TUS. Rasgos impulsivos, dependientes, evitadores, inestabilidad emocional, etc., son favorecedores y potenciadores de esta patología.

Dr. Carlos Roncero

Sin olvidar que las adicciones son enfermedades complejas, efectivamente hoy se conoce que los TUS son un trastorno mental más. Existen múltiples estudios, sobre las bases biológicas- genéticas de la enfermedad, (Fernández-Castillo, 2013, 2011, 2010).

Dr. José Martínez-Raga

Incidiendo en lo comentado en la respuesta anterior en relación a los TP, debemos huir de opiniones estigmatizantes como es el afirmar que los *trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos* son meramente un "problema del carácter". Décadas de investigación básica y clínica han permitido empezar a conocer los substratos neurobiológicos que subyacen la vulnerabilidad a los trastornos adictivos y permiten entender la importancia de la predisposición genética y de otros factores biológicos como la comorbilidad psiquiátrica o los cambios en la estructura y el funcionamiento que las drogas provocan en el cerebro.

3. El DSM-5, ¿aporta algunan novedad en este campo?

Dr. Néstor Szerman

El DSM-5 ha introducido algunos criterios dimensionales en algunos trastornos mentales, incluidos las adicciones, pero en su sección principal ha dejado sin cambios a los trastornos de personalidad. El grupo de trabajo de trastornos de personalidad del DSM-5 intento clarificar estos diagnósticos e integrarlos mejor en la práctica clínica con el objeto de mejorar el tratamiento. Sin embargo los esfuerzos chocaron con gran oposición. Estas propuestas innovadoras vuelven a aparecer en la sección III, "trasera "del manual, con una perspectiva diferente, quizás más basada en rasgos pero sin incorporar datos biológicos.

Respecto a los trastornos adictivos, el capítulo se denomina "Trastorno por Uso de Sustancias y Adicciones", eliminando la "dependencia" ya que este concepto, en palabras de la Dra. Nora Volkow, es un criterio fisiológico que no se parece ni clínica ni biológicamente a las adicciones. También incorpora en este capítulo a las adicciones comportamentales, al menos al "trastorno por Juego". Esta incorporación puede tener más trascendencia que la que puedan pensar algunos de los miembros del grupo de trabajo del DSM-5, ya que la adicción deja de plantearse solo como una neuroadaptación al uso de ciertas sustancias con potencial de abuso.

Dr. Vicente Rubio

La última clasificación de la APA, recientemente aprobada, no aporta novedades significativas tanto en los TUS como en los TP. Inicialmente parecía que los TP tendrían un vuelco con la desaparición y agrupamiento de varios pero la versión final ha modificado los TP del grupo A semejándolos a la clasificación CIE-10. Es destacable la aparición de opciones y medidas dimensionales para predecir evolución y pronóstico en los TP pero por su poca claridad y escasa concreción las hacen poco operativas para su aplicación clínica y consecuentemente para la terapéutica.

Dr. Juan Ramírez

Los diagnósticos "dependencia de sustancias" y "abuso de sustancias", ambos presentes en el DSM-IV, se funden en uno solo en el DSM-5: "Trastorno por uso de sustancias" categoría que consta de once ítems y que, por primera vez en los DSM, incluye el "*craving*" o deseo imperioso de consumo de la sustancia. El DSM-5 propone la unión de los trastornos por uso de sustancias y los trastornos adictivos sin sustancias dentro de la misma categoría diagnóstica; de esta manera, el juego patológico abandonaría el grupo de los trastornos del control de los impulsos y se integraría en esta categoría.

Dr. Carlos Roncero

No se han añadido indicativos específicos sobre la situación de consumo o dependencia en los criterios diagnósticos de los TP en el DSM-5.

Dr. José Martínez-Raga

Uno de los grandes cambios con el DSM-5, relacionado estrechamente con los TP y tal como se ha mencionado, es que se pasa de un sistema multiaxial a un nueva aproximación diagnóstica que suprime los límites arbitrarios entre los TP y otros trastornos mentales. De hecho, hasta el DSM-5 los diagnósticos se habían organizado en cinco ejes, que abordaban los diferentes aspectos e impacto de los trastornos mentales. Por diversos motivos, los TP fueron emplazados dentro del Eje II. Dado que se ha evidenciado que no existen diferencias fundamentales entre los Ejes I y II del DSM-IV, en el DSM-5 se ha optado por un sistema monoaxial.

El DSM-5 mantiene 10 TP y se pueden encontrar tanto dentro de la Sección II o principal correspondiente a los criterios y códigos diagnósticos generales (el antiguo Eje I), así como dentro de la Sección III (modelos y medidas emergentes), en la que se incluye el modelo de investigación propuesto para el diagnóstico y conceptualización de los TP desarrollado por el Grupo de Trabajo de la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad del DSM-5, de cara a futuras revisiones y ediciones del Manual Diagnóstico (APA, 2013).

II. RELACIÓN TP Y ADICCIÓN

4. ¿Puede un TUS originar un TP, o un TP favorecer un TUS o no guardan relación alguna?

Dr. Néstor Szerman

En la actualidad no hay evidencia alguna que apoye el modelo que postula que el TUS contribuya al desarrollo de un TP y si existe de hecho alguna evidencia indirecta en contra. Por el contrario, existen sólidas evidencias científicas que describen como rasgos patológicos de personalidad si contribuyen y predisponen al desarrollo de un TUS (Verheul *et al*. 2009).

Dr. José Luis Carrasco

La interacción entre los TP y los TUS se produce en ambas direcciones. Algunos trastornos de la personalidad caracterizados por la disforia histeroide, la ira o el sentimiento de vacío (principalmente los del cluster B) se encuentran en una situación favorecedora del desarrollo de un TUS. De la misma manera, el consumo mantenido de estimulantes produce alteraciones de los mecanismos de regulación emocional que remedan los trastornos de la personalidad por inestabilidad emocional e impulsividad, de la misma manera que ocurre con el consumo dependiente de alcohol.

Dr. Juan Ramírez

La alta prevalencia de consumo de sustancias en pacientes con TP ha sido reiterada en muchos estudios. El NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*), realizado en Estados Unidos, pone de manifiesto la fuerte asociación entre TP y TUS. En España, un reciente estudio epidemiológico sobre Patología Dual en población clínica, promovido por la Sociedad Española de Patología Dual, obtuvo una prevalencia de TP del 71%. Es decir, los TP son 4 veces más prevalentes en muestras clínicas que entre la población general, lo que se ha encontrado que ocurre igualmente con el uso de sustancias. Un investigador muy acreditado en este campo, Verheul insiste que los TP y los

TUS co-ocurren de forma mucho más destacada de lo que sería simplemente casual, sugiriendo que adicción y personalidad están relacionadas causalmente de algún modo. Sher y Trull proponen tres hipótesis sobre la comorbilidad entre TP y TUS y plantean que quizá es posible que los tres modelos sean ciertos en distintos grados, aunque resulta difícil argumentar el tercero: TUS y TP están causados por una influencia común. Los TP causan TUS. Los TUS causan los TP.

Dr. Vicente Rubio

Son muchos los trabajos que plantean la mutua influencia de una y otra variable sin que los resultados sean concluyentes. Es evidente la comorbilidad entre ambos factores y es sabido como una gran cantidad de TP tienen TUS. Se sabe que en los tiempos pasados del abuso de heroína, su marginalidad e ilegalidad favorecía la aparición de rasgos y personalidades disociales en consumidores precoces. También cómo los estimulantes del SNC favorecen los rasgos de impulsividad y la consolidación de personalidades paranoides. Pero la experiencia clínica nos dice que son los rasgos de personalidad lo que mayoritariamente induce al TUS, la superación de la evitación, el "llenado" del vacío, la búsqueda de sensaciones, favorecer la relación interpersonal, hacen que el TP favorezca un TUS.

Dr. Carlos Roncero

La existencia de rasgos de personalidad desadaptativos, como puede ser la impulsividad, se ha asociado a mayor riesgo de desarrollo de adicción. Además, la existencia de alta impulsividad se ha asociado a mayores complicaciones psicopatológicas en pacientes adictos (Roncero *et al*. 2013).

Dr. José Martínez-Raga

Existe una estrecha interrelación entre los TP y los TUS que permite explicar la elevada comorbilidad TUS-TP. De hecho se ha evidenciado que no sólo los TP aumentan la vulnerabilidad de desarrollar un TUS, sino que además afectan la evolución de los mismos. De hecho, en un estudio de tres años de seguimiento, realizado a partir de realizado a partir de datos provenientes del *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) con una muestra representativa a nivel nacional (en Estados Unidos) determinados trastornos de la personalidad, en particular el trastorno antisocial, el límite y el esquizotípico se asociaban de forma significativa con el curso y evolución del abuso o dependencia de alcohol, de cánabis y tabaco (Hasin *et al*. 2011).

5. ¿Existen por una parte personalidades pre-adictivas y, por otra personalidades resilientes a la adicción?

Dr. Néstor Szerman

El concepto de personalidad pre-adictiva fue desechado en 1980 con la salida del DSM-III como un residuo de teorías psicodinámicas. En estos últimos años las neurociencias han puesto al descubierto la existencia de rasgos de personalidad y sus bases neurobiológicas que señalan, por ejemplo, a la dimensión "emocionalidad negativa" (disforia- ansiedad síntomas depresivos etc.) cuyo correlato es el hallazgo de una hipodopaminérgia en el cortex prefrontal como factor de vulnerabilidad a conductas adictivas y también otros trastornos mentales.

También y al mismo tiempo se ha descrito la dimensión "emocionalidad positiva" (un constructo de personalidad saludable, cercana, motivada con logros adecuados y con buena competencia social) que se podría relacionar a procesos corticales que son activos durante el descanso o introspección y que se asocian disponibilidad del receptor de dopamina D2 del núcleo estriado cerebral y que se considera como un factor protector contra el TUS y otros trastornos mentales (Volkow *et al*. 2011).

Dr. José Luis Carrasco

Las personalidades que predisponen a las adicciones son aquellas que se caracterizan por la combinación de un alto neuroticismo (inestabilidad emocional) con tendencias impulsivas (bajo control de impulsos). Podría decirse también que las personalidades con rasgos de evitación del daño e inhibición están más protegidas del desarrollo de un TUS. En todo caso, las personalidad más resilientes son aquellas con un mejor desarrollo de la autoidentidad y una mayor estabilidad emocional.

Dr. Juan Ramírez

La personalidad pre-adictiva fue considerada en los años 70-80 la causa primaria de la adicción a sustancias (Craigh, 1979, 1982, 1988; Kosten, 1982). Así lo expusieron el DSM-I (adicción como trastorno sociopático de la personalidad) y el DSM-II (adicción como trastorno de personalidad). Esta categoría, sustentada en corrientes tanto psicoanalíticas como de la psiquiatría social, fue combatida por la emergente psiquiatría biológica, llegando a negar cualquier papel relevante a los trastornos de personalidad en la génesis de los TUS. Sin embargo, en la actualidad, autores como Barnes y cols. (2005) siguen sugiriendo la posible intervención de la personalidad pre-adictiva y, en concreto, determinadas dimensiones o rasgos como los propuestos por Verheul: la desinhibición conductual y la impulsividad, la reactividad al estrés, la sensibilidad a la recompensa o la extraversión. Estas dimensiones explicarían la mayor parte de la comorbilidad observada entre TP y TUS, así como la resiliencia hacia los mismos.

Dr. Vicente Rubio

No se puede hablar categóricamente de personalidades preadictivas y/o personalidades resilientes si bien es muy alta la comorbilidad, los datos también son muy variables en función de la sustancia consumida, la experiencia clínica nos habla que los TLP tienen una "predisposición" y "predilección" hacia casi todas las sustancias predominando alcohol, cánabis, benzodiazepinas (BDZ) y estimulantes del SNC, los evitadores y ansiosos, hacia alcohol, cocaína y BZD, los disociales a todas, los del grupo A tienden a cánabis y derivados anfetamínicos, el perfil narcisista hacia cocaína. Respecto a personalidades resilientes no encontramos a ninguna si bien las personalidades con rasgos obsesivos son las más abstinentes.

Dr. Carlos Roncero

Algunos rasgos de personalidad se han asociado, por ejemplo la impulsividad, para pasar del contacto con las drogas a la dependencia.

Otros rasgos como el neuroticismo solo o asociado a la impulsividad también parecen estar muy relacionado, por lo tanto se puedo hipotetizar que los bajos niveles de estos rasgos "protegerían frente al desarrollo de la enfermedad. Esta afirmación se ve corroborada por un reciente trabajo de nuestro grupo y pendiente de publicación.

6. ¿Explica la teoría de la automedicación la relación TP y TUS?

Dr. Néstor Szerman

La teoría de la automedicación fue formulada por un psicoanalista de los EE. UU. llamado Edward Khantzian [Khantzian, 1997] en los años setenta del pasado siglo y que propone la relación entre el consumo de sustancias y dimensiones psicopatológicas a las que este consumo procura alivio. Esta interesante descripción clínica, muy defendida en España por el Dr. Miguel Casas, fue también muy criticada. Sin embargo, los hallazgos recientes de la neurobiología describen la existencia de disfuncionalidad de algunos sistemas neurobiológicos como por ejemplo el sistema opioide o nicotínico endógeno y cuando el individuo por ensayo y error prueba opioides o nicotina exógena se produce tal sensación de alivio que involucra a la persona en conductas compulsivas de repetición de esta ingesta y da lugar a la adicción.

Dr. José Luis Carrasco

En algunos casos sí, principalmente en el uso de alcohol en los trastornos límite de la personalidad. En otros casos en los que predominan los rasgos antisociales, es la búsqueda de excitación, más que la reducción del dolor emocional, la que explica el uso de las drogas.

Dr. Juan Ramírez

El modelo etiológico acerca de los TUS "centrado en el individuo", propone que diferentes factores, clínicos, genéticos y biológicos, juntos o de forma individual, contribuyen a generar rasgos o estados psicobiológicos que hacen a un sujeto mas vulnerable a desarrollar una Adicción o un TP, y que recoge la denominada Patología Dual. Este modelo ha desplazado al modelo "centrado en las drogas" o modelo de exposición, donde las sustancias inducen cambios neuronales (neuroplasticidad) que da lugar a una vulnerabilidad adquirida para llegar a ser adicto o a generar alteraciones conductuales como los TP. La Hipótesis de la Automedicación plantea que los

TUS son el resultado de la existencia de una vulnerabilidad neurobiológica, de origen genético o adquirido, que forzaría al sujeto adicto a consumir estas sustancias como un proceso de autotratamiento del distrés que le provocan dichas alteraciones. Al intentar paliar con drogas los trastornos provocados por su enfermedad, en este caso TP, desarrollarían conductas adictivas.

Dr. Vicente Rubio

No, sin duda la teoría de la automedicación explica una parte pero no el todo de la relación TP-TUS. Esta teoría, con gran predicamento hace unos años, ha perdido consistencia. Puede tener validez con las personalidades evitadoras en los que los estimulantes y el alcohol facilitan su mejor "relacionabilidad" o el cánabis como "relajante" en muchos TLP, pero la relación TP-TUS es mucho más compleja y multifactorial como para explicarla mediante la automedicación, medicación que por otra parte ya nos encargamos de proporcionar más que cumplidamente los profesionales.

Dr. Carlos Roncero

Efectivamente, el consumo de algunas sustancias, como por ejemplo los opiáceos podría estar relacionado con el manejo de estados internos disfóricos o de rasgos de personalidad desadapativos. Los estimulantes podrían ser utilizadas por las personas con rasgos de neuroticismo u obsesivos, para poder superar algunas de sus inhibiciones.

Dr. José Martínez-Raga

Según la teoría de la auto-medicación, al menos un subgrupo de sujetos con un TP consumirían drogas de abuso en un intento de auto-medicarse los síntomas, malestar psíquico, o las carencias emocionales o de otro tipo causadas por este trastorno (Khantzian, 1997). Dada la cronicidad del trastorno es frecuente la aparición de baja auto-estima y sentimientos de desmoralización y fracaso, que junto con la ansiedad y la impulsividad comunes a los TP son factores que frecuentemente se asocian con el abuso de sustancias en la adolescencia y que se han sugerido estarían relacionados con la progresión y desarrollo de un TUS en pacientes con TP. Sin embargo, aunque es plausible que una pequeña proporción de pacientes consuman tabaco, alcohol u otras drogas de abuso para mejorar su estado de ánimo, para dormir mejor o para intentar aliviar estados de ansiedad, la teoría de la auto-medicación no es aplicable a la gran mayoría de pacientes con TP.

7. Pero ¿es posible diagnosticar y conocer qué tipo de TP tiene un sujeto con un TUS activo?

Dr. Néstor Szerman

Durante mucho tiempo este planteamiento fue el argumento para no diagnosticar ningún trastorno psicopatológico incluyendo los rasgos psicopatológicos de la personalidad. Pero no sólo se puede sino que se debe intentar este diagnóstico en situaciones de consumo activo salvo cuando, como es evidente, esté afectado el estado de conciencia del individuo.

Dr. José Luis Carrasco

En realidad no es posible hacer un diagnóstico adecuado de la personalidad en un individuo que está en situación de dependencia de sustancias. El síndrome de dependencia domina las tendencias motivacionales del sujeto, enmascarando las deficiencias y el malestar emocional y acentuando los matices antisociales de la personalidad. Es preciso tratar primero el síndrome de dependencia para poder hacer un diagnóstico certero de la personalidad de base.

Dr. Juan Ramírez

Diferentes estudios, han puesto de manifiesto que la prevalencia de TP es similar entre los consumidores activos de sustancias y los que tienen un diagnóstico antiguo de tales trastornos, 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). Aunque no existe una relación totalmente definida entre el tipo de TP y especificidad de la sustancia consumida, sí existe cada vez mayor evidencia entre rasgos y dimensiones de personalidad y el tipo de TP y la sustancia consumida. Así, se ha sugerido que la impulsividad no planificada podría tener un papel prominente en la comorbilidad entre TP del clúster B y abuso de sustancias, especialmente alcohol. Los dependientes de opiáceos suelen presentar más rasgos y trastornos de los clústeres B y C, y especialmente del trastorno antisocial de personalidad, señalando algunos autores que un 90% de estos adictos presentaban patología en su personalidad. El trastorno esquizotípico es uno de los TP que más se ha puesto en relación con el consumo y adicción al cánabis. Los fumadores adictos al tabaco tienden a ser más extrovertidos, tensos, ansiosos, depresivos, impulsivos y a presentar mayor neuroticismo, psicoticismo, búsqueda de sensaciones y novedades, tendiendo a conductas antisociales/no convencionales/arriesgadas, cuando se les compara con no fumadores o exfumadores.

Dr. Vicente Rubio

Evidentemente el TUS activo y fundamentalmente en función de la sustancia que se consuma distorsionara los resultados de un diagnóstico categorial y de corte transversal, pero si el TP es estudiado dimensionalmente y contemplando todas las variables dimensionales y psicobiográficas comprobaremos que **sí** es posible diagnosticar y conocer qué TP tiene el paciente con TUS. Considero procedente citar un muy reciente estudio (Fernández Mayo, L. 2013) donde se pone de manifiesto que no hay diferencias significativas de personalidad en pacientes con TUS activo o abstinente.

Dr. Carlos Roncero

Efectivamente, es posible realizar diagnósticos de trastornos de personalidad en consumidores activos. Sin embargo, el clínico debe contemplar que el proceso diagnóstico de un trastorno de personalidad es complejo y debe realizarse de manera longitudinal, evitando realizar las entrevistas en los momentos de intoxicación.

Dr. José Martínez-Raga

El diagnóstico de un TP requiere una evaluación en la que se evidencia un patrón maladaptativo a nivel cognitivo, emocional y del funcionamiento general del paciente. Para ello, generalmente son necesarias varias entrevistas con el paciente. En períodos en los que el paciente se presenta con intoxicación o experimentando síntomas de abstinencia es poco aconsejable llevar a cabo una entrevista diagnóstica de los trastornos mentales comórbidos.

8. ¿Cuál es el motivo de la alta comorbilidad de Trastorno Antisocial de la Personalidad y TUS?

Dr. Néstor Szerman

En población clínica de sujetos con un trastorno por uso de alcohol, el trastorno antisocial de la personalidad-TASP se relaciona con un curso grave, que comienza muy precozmente y con rápida progresión a la adicción. Disponemos de estudios que señalan que el diagnostico de TASP precede en cerca de 4 años al comienzo del trastorno por uso de alcohol (Bahlman *et al*. 2002). También la investigación revela que rasgos de TASP como un déficit en la función ejecutiva junto a rasgos impulsivos-ansiosos representan un endofenotipo asociado al riesgo de uso de cocaína y estimulantes. (Ersche *et al*. 2012). En general la relación con TUS se ha atribuido a la impulsividad que se cree tienen estos individuos. Sin embargo en la psicopatía- incluida en el TASP pero no reconocida por el DSM- no es clara ni necesaria la existencia de impulsividad reactiva-. Si parece clara la existencia de anormalidades límbicas que podrían dar lugar a alteraciones de sistemas y circuitos subyacentes que darían lugar a esta tendencia al consumo impulsivo de sustancias.

Es de hacer notar que el tratamiento del TUS en estos individuos podría ser tan o más exitoso que en los sujetos con otros trastornos de personalidad aunque no modifican el subyacente y persistente TASP.

Dr. Juan Ramírez

Clásicamente, el trastorno de personalidad que más se asocia a los trastornos por uso de sustancias es el trastorno antisocial. En el estudio llevado a cabo por Hasin D. y colaboradores en la Universidad de Columbia, y publicado en noviembre de 2011 en *Archives General Psychiatry*, analizan esta asociación y evidencian una fuerte relación entre la persistencia del consumo de sustancias a los tres años y TP, especialmente T antisocial, *borderline* y esquizotípico. Los TUS y el TASP tienen sólidos componentes genéticos, según revela un estudio sobre niños adoptivos y gemelos. Existe una transmisión genética bastante robusta de la conducta antisocial y los trastornos de abuso de sustancias, aun cuando los niños no crecen con sus padres biológicos". Estudios recientes señalan el gen COL25A1, ubicado en el cromosoma 4q25, que codifica el colágeno, que podría estar asociado con el TSAP y el TUS (Dawei li *et al.* 2012) Los TASP presentan altas puntuaciones en impulsividad y búsqueda de sensaciones, rasgos también presentes en algunos de los pacientes con TUS.

Dr. Vicente Rubio

Independientemente de lo "artefactado" del diagnóstico de TASP, es evidente la alta comorbilidad de estos sujetos con el TUS, sin duda la trasgresión que en sí mismo tiene el consumo de sustancias, la "facilitación" y/o atenuación de responsabilidad en muchas acciones disociales, hacen que la comorbilidad sea mayor.

Dr. Carlos Roncero

La comorbilidad entre el TASP y TUS ha sido documentada en múltiples estudios (Mackesy-Amiti *et al.* 2012). Sin embargo no se conoce totalmente los motivos de la asociación, sí se ha descrito que hay algunos rasgos de personalidad asociados a esta comorbilidad (Alcorn *et al.* 2013).

Dr. José Martínez-Raga

No debemos pensar exclusivamente en el trastornos antisocial de la personalidad en relación a la elevada comorbilidad entre los TP y los TUS. De hecho dependiendo de la muestras estudiadas el Trastorno dependiente de la personalidad, el límite entre otros TP específicos presentan una comorbilidad tanto o más elevada de TUS que el trastorno antisocial de la personalidad (TASP). Las características propias del TASP son las que nos ayudan a entender la asociación entre este TP y los TUS, por lo tanto, la elevada impulsividad, la baja tolerancia a la frustración, la búsqueda de sensaciones, la falta de consideración por las normas o las consecuencias negativas de sus actos, juntos con la labilidad emocional, son algunos de los rasgos que permiten ayudar a explicar la comorbilidad TASP - TUS. Además, el TASP con frecuencia viene precedido de un trastorno de conducta durante la infancia, que también es una factor de riesgo conocido de una mayor vulnerabilidad al abuso de sustancias (De Sanctis *et al.* 2008)

III. CLÍNICA DE PATOLOGÍA DUAL EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

9. ¿El, tan poco diagnosticado, Trastorno Esquizotípico de la Personalidad guarda relación con un TUS?

Dr. Néstor Szerman

El trastorno esquizotípico de la personalidad -TEP- es un trastorno incluido en el espectro de la esquizofrenia en el DSM-5. Se caracteriza por compartir anormalidades fenomenológicas, genéticas, cognitivas, fisiológicas, neuroquímica y neurofuncionales con la esquizofrenia, pero en grado muy atenuado. La clínica incluye un rango de características personales incluyendo percepciones y creencias inusuales, ansiedad y retirada social, junto a conductas y pensamientos desorganizados. La investigación actual relaciona la ansiedad social y las ideas de referencia como sólidos predictores de TUS persistente y algunos autores encuentran que la ansiedad social es un factor de riesgo para la adicción al cánabis. (Buckner *et al.* 2012). Esta relación continua siendo objeto de intensa investigación y algún autor indica que la esquizotipia precede al uso de cánabis. (Schiffman, 2005). También la relación entre esquizotipia y tabaco está recibiendo una gran atención por sus vínculos neuroquímicos.

Dr. Juan Ramírez

Desde hace años se viene evidenciando una estrecha relación entre el trastorno esquizotípico de la personalidad (TEP) y el consumo de sustancias, concretamente el cánabis (THC) y tabaco. El consumo agudo de cánabis aumenta la esquizotipia y el uso crónico se asocia con tasas elevadas de psicosis (Schafer *et al.*). Según Fenton *et al.* (2012), las ideas de referencia y la ansiedad social son los predictores esquizotípicos más fuertemente asociados al consumo de THC. La posible tendencia a la anhedonia, apatía y disforia de los sujetos con baja actividad dopaminérgica observada tanto en diversas patologías psiquiátricas como en las adicciones parece llevarlos a buscar drogas que produzcan una corrección hacia la euforia, en este caso parece que los cannabinoides podrían incrementar los niveles de dopamina a nivel cortico-subcortical.

Dr. Vicente Rubio

Es, posiblemente, el TP menos comórbido,las características clínicas de estos pacientes con su pensamiento mágico, tendencias y afinidades esotéricas,cubren las “necesidades” del sujeto no necesitando otros aportes “exógenos” , siendo un TP generalmente egosintónico.

Dr. José Martínez-Raga

En efecto el trastorno esquizotípico de la personalidad (TEP) está muy infra-diagnosticado. El TEP engloba una amplia gama de características y rasgos de personalidad, incluyendo percepciones y creencias anómalas, ansiedad o aislamiento social, y pensamientos o conductas desorganizadas. Estos rasgos se agrupan en factores positivos, negativos y desorganizados, de forma similar a las dimensiones sintomáticas de la esquizofrenia.

Sin embargo, existe una relación bidireccional entre rasgos de esquizotipia y el consumo y abuso de cánabis (THC), de modo que se han observado puntuaciones elevadas en escalas de esquizotipia en consumidores de THC y se ha sugerido que el consumo de cánabis puede dar una mayor vulnerabilidad a la psicosis en aquellos individuos con elevados rasgos esquizotípicos (Barkus y Lewis, 2008). Los síntomas esquizotípicos parecen reflejar una mayor vulnerabilidad a desarrollar un trastorno psicótico que, al interaccionar con factores de riesgo ambientales pueden resultar en la aparición de un trastorno psicótico.

10. ¿Es la impulsividad la explicación más plausible de la relación Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) -TUS?

Dr. Néstor Szerman

E Impulsividad y emocionalidad negativa han sido los aspectos nucleares descritos en el sujeto con TLP y probablemente con la patología dual. La emocionalidad negativa involucra una disfunción de los sistemas fronto-límbicos. Sin embargo, mucho menos se conoce acerca de los sistemas neuroquímicos involucrados, en especial los neuropéptidos incluyendo al sistema opioide endógeno que regula regiones cerebrales implicadas en conductas filiativas y en estados afectivos. Un déficit de estos circuitos y sistemas crearía un estado de vulnerabilidad a opioides y alcohol.

Dr. José Luis Carrasco

En el TLP, el núcleo patológico que más empuja al abuso de alcohol es la vivencia de angustia asociada al sentimiento de vacío y desesperanza. La impulsividad no es un componente de rasgo de muchos trastornos límite de la personalidad y es más (característicos) característica de trastornos antisociales e histriónicos.

Dr. Juan Ramírez

La impulsividad según datos procedentes de la clínica y de la investigación básica es el rasgo de personalidad más relacionado con el consumo de sustancias. Perry y Carroll (2008), plantean tres hipótesis explicativas no excluyentes acerca del papel etiológico de la impulsividad en el consumo de sustancias:

a) Los niveles altos de impulsividad llevan a la adquisición del abuso de sustancias y las subsecuentes escalada de su consumo
b) Las sustancias de abuso pueden aumentar la impulsividad
c) Hay una relación entre impulsividad y otros factores de vulnerabilidad al uso de sustancias; como sexo, estatus hormonal, reactividad a recompensas no relacionadas con sustancias y experiencias tempranas del entorno, que podrían afectar el desarrollo del TUS

Investigadores como Bornovalova *et al.* subrayan la alta comorbilidad entre el trastorno *borderline* y los TUS en los estudios, argumentando que la impulsividad está ligada al desarrollo y mantenimiento de ambos. Casillas y Clark sugirieron que desinhibición y temperamento negativo/neuroticismo son factores relevantes en el cluster B y TUS, y que dos rasgos derivados, impulsividad y autoagresividad, tendrían un importante papel en ambos. En el caso del trastorno *borderline*, la comorbilidad es tan frecuente que en algunos estudios se llega a hablar de un 95%, produciéndose como consecuencia de la impulsividad y/o la automedicación de sus estados disfóricos o buscando conseguir una desinhibición.

Dr. Vicente Rubio

Categóricamente no. Sin duda es un factor importante, pero se pueden encontrar otros factores que justifican mejor esa relación, siendo lo lógico pensar que en un cuadro tan complejo y multifactorial como el TLP sean muchas las explicaciones que justifiquen y expliquen la tendencia del TLP al TUS. La búsqueda de sensaciones, la "facilitación" social de determinadas sustancias, la atenuación de sentimientos de vacío que pueden facilitar algunas sustancias, la "mejora" de su estado de ánimo, etc., hacen que sean varias las explicaciones.

Dr. Carlos Roncero

La impulsividad ha sido uno de los rasgos más estudiados en pacientes adictos y ha sido relacionada tanto con la mayor facilidad para entrar en contacto con las sustancias, como con el desarrollo de la adicción o con el desarrollo de las complicaciones psicopatológicas (Roncero *et al*. 2013), sin embargo no el único factor, otros rasgos, como el neuroticismo, deben ser considerados.

Dr. José Martínez-Raga

La impulsividad es un rasgo común no sólo a la asociación TLP – TUS, sino también un componente común al resto de TP y es claramente un nexo común con los TUS. Sin embargo, los síntomas disfóricos y de inestabilidad afectiva y los síntomas del espectro ansioso nos ayudan a entender también la fuerte relación entre el TLP y otros TP con los TUS. Además, los TP se definen por presentar un patrón persistente que provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, todo lo cual aumenta la vulnerabilidad al abuso de sustancias. Asimismo, el patrón persistente de síntomas que caracterizan a los TP es estable y de larga duración y sus inicios se remontan, al menos, a la adolescencia o al principio de la edad adulta, época de la vida que, por otro lado, es del inicio y mayor prevalencia de consumo y abuso de sustancias.

11. ¿Cuál será la relación entre el Trastorno Evitativo de la Personalidad y Trastorno por Uso de Alcohol?

Dr. Néstor Szerman

El trastorno de personalidad por evitación comparte bases genéticas con el trastorno por ansiedad social. La existencia de una ansiedad crónica se vincula a una disfuncionalidad de los sistemas neurobiológicos del estrés, con alteraciones del CRF y el sistema opioide endógeno en el locus ceruleus, lo que predispone al uso de opioides y alcohol.

Dr. José Luis Carrasco

Los trastornos evitativos que tienen un alto componente de dependencia emocional pueden abusar del alcohol para superar sus dificultades de adaptación. Otros trastornos evitativos se encuentran más cercanos a la ansiedad social esquizotípica y son más proclives al consumo de cánabis que al de alcohol.

Dr. Juan Ramírez

Las personas con trastorno evitativo de la personalidad, tienden al uso de drogas y alcohol como forma de escapar / evitar los sentimientos dolorosos y las situaciones que provocan estos sentimientos. Las sustancias ayudarían a modular la hiperactividad, los pensamientos y sentimientos negativos que aparecen cuando se exponen a determinados escenarios sociales. Las sustancias preferidas por estas personas son los ansiolíticos y el alcohol, ya que son las que mejor les ayudan a modular sus niveles de ansiedad.

Dr. Vicente Rubio

La gran accesibilidad que tiene el alcohol, su legalidad e incluso reconocimiento, bajo coste y los "beneficios" casi inmediatos que ocasiona a los "tímidos patológicos", hace que esta relación sea la que más explica la teoría de la automedicación, generando un importante refuerzo conductual que dificulta la progresión del tratamiento y/o en muchas ocasiones les lleva al abuso sustitutorio de BZD.

Dr. Carlos Roncero

El consumo de sustancias depresoras con efecto "ansiolítico", podrá explicar el desarrollo del trastorno por uso de alcohol en personas con un trastorno evitativo de la personalidad o incluso de la fobia/ansiedad social. En población en tratamiento por Uso de Sustancias, es el trastorno de personalidad más frecuente después del trastorno antisocial y *borderline* (Skinstad *et al.* 2001).

Pese al conocimiento de la frecuencia de esta patología dual, es frecuentemente infradiagnosticado en pacientes alcohólicos. En algunos estudios se encuentra un 24,7% de pacientes que demandan tratamiento por alcohol con Fobia social. Esta precede a la dependencia al alcohol en un 90,2% de los pacientes (Terra *et al.* 2006).

12. ¿Es la cocaína la adicción más prevalente en el TLP? ¿Y en otros TP?

Dr. Néstor Szerman

La existencia de impulsividad marcada en los pacientes con TLP se relaciona probablemente con la comorbilidad con un TDAH, fenotipo más propenso al uso de estimulantes y cánabis. También el trastorno histriónico de personalidad se detecta una elevada impulsividad y la tendencia al consumo de estimulantes.

Dr. Juan Ramírez

El grupo de trabajo de Trastorno de Personalidad del DSM-5, propone que los dominios y rasgos asociados con el TLP son los siguientes: emocionalidad negativa: labilidad emocional, autolesiones, inseguridad de separación, ansiedad, baja autoestima, depresividad. También antagonismo: hostilidad, agresión. Desinhibición: impulsividad; esquizotipia: propensión a la disociación.

La evidencia disponible sugiere que impulsividad juega un papel importante en el uso de la cocaína y en el TLP y podría muy bien ser debido a la desregulación de la corteza orbitofrontal. Volkow *et al.* 2011 y Kranzler *et al.* encontraron una prevalencia del 70% de TP en pacientes dependientes de cocaína que ingresaban para rehabilitación, siendo el más común el *borderline* (34%), seguido por antisocial y narcisista (28% cada uno), evitativo y paranoide (cada uno 22%), obsesivo-compulsivo (16%) y dependiente (10%).

Dr. Vicente Rubio

Cuantitativamente no, la accesibilidad económica hace que el alcohol, el cánabis y la metanfetamina sean las más prevalentes. En el TASP y el Trastorno Narcisista puede ser la cocaína la más prevalente.

Dr. Carlos Roncero

Es muy frecuente el trastorno por uso de cocaína y la presencia de TLP (Herrero *et al.* 2008). Sin embargo, los resultados sobre que TP es más prevalente no son concluyentes totalmente. Por otra parte, la relación es bidireccional ya que la probabilidad (OR) en la adicción a cocaína de TP es del 29.2 y viceversa, en TP la presencia de dependencia a cocaína es del 29.6 (Regier *et al.* 1990). En relación a las otras adicciones la situación es similar.

Dr. José Martínez-Raga

La adicción más prevalente tanto en pacientes con TLP como con otros TP son el tabaco, el alcohol y el cánabis. De hecho, entre las drogas ilegales, es el cánabis la sustancia más habitual.

13. Entre los adictos a los opioides hay elevada prevalencia de TLP. ¿Cuál es el motivo?

Dr. Néstor Szerman

En muestras clínicas de adictos a opioides se detecta hasta casi un 50% de sujetos que cumplen criterios rigurosos para TLP. También entre sujetos con un trastorno por uso de alcohol. Las causas son la disfuncionalidad de diversos neuropéptidos y, en especial, al sistema opioide endógeno que regula el dolor sensorial, pero también el dolor emocional y social.

Dr. Juan Ramírez

Las alteraciones del sistema opioide endógeno, ya sea por alteración de la sensibilidad de los receptores opioides o por la disminución de la disponibilidad de los opioides endógenos; subyace en la fisiopatología del TLP. Los síntomas y comportamientos autodestructivos de los pacientes afectados pueden ser explicados por los intentos incontrolables e inconsciente para estimular su sistema opioide endógeno (SOE) y el sistema de recompensa dopaminérgico. Los esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, autolesiones, prácticas sexuales de riesgo, y la búsqueda de atención, se pueden explicar por los intentos de hacer uso de los efectos gratificantes de apego humano mediados por el SOE. Anhedonia y sentimientos de vacío pueden ser una expresión de la actividad reducida del SOE. Los pacientes con TLP tienden a abusar de las sustancias que se dirigen a los receptores opioides mu. Autolesión, restricción de alimentos, comportamiento agresivo, y búsqueda de sensaciones pueden interpretarse como intentos desesperados para ajustar artificialmente el cuerpo a modo de supervivencia con el fin de movilizar a las últimas reservas del SOE (Gunderson *et al.*). Síntomas de TLP como el abuso de sustancias, la anorexia, la autolesión, despersonalización y sobreestimulación sexual, pueden ser tratados con éxito con antagonistas opioides. Bandelow *et al.* 2010, Prossin AR *et al.* 2010. Stanley B, Siever LJ. 2010.

Dr. Vicente Rubio

Discrepo del planteamiento de la pregunta. En la actualidad los pacientes con TLP están usando otras sustancias y la mayor prevalencia con opioides sigue siendo en los antisociales.

Dr. Carlos Roncero

Se ha planteado la hipótesis del posible uso de opiáceos en pacientes TLP, para modular estados internos desagradables o disforia que mejoraría con estas sustancias.

14. ¿Tienen los llamados "anticomiciales" un papel en el abordaje terapéutico de estos pacientes? De ser así, ¿destacaría alguno?

Dr. Néstor Szerman

Las actuales evidencias científicas de ensayos controlados y randomizados sugieren que el tratamiento psicofarmacológico, con anticomiciales y antipsicóticos atípicos podrían ser útiles para tratar algunas dimensiones sintomáticas del TLP, como la desregulación emocional y la disforia. Pero las evidencias no soportan que la mejoría sea para todas las dimensiones sintomáticas del TLP. A finales de la pasada década se presentaron varios ensayos controlados (Loew *et al.* 2008) que demostraron la eficacia de topiramato en agresividad e impulsividad de sujetos con TLP. Topiramato, anticomicial sin indicación para síntomas psiquiátricos también ha demostrado utilidad en el trastorno por uso de alcohol y el trastorno por atracón, síntomas que pueden presentar algunos subtipos de TLP.

Dr. Juan Ramírez

Los anticomiciales juegan un papel importante en el tratamiento de los pacientes con TP+TUS, especialmente para el manejo de la impulsividad y sus descontroles y la inestabilidad emocional. Entre los clásicos destacamos la carbamacepina y valproato y entre los nuevos el topiramato, oxcarbamacepina, gabapentina y lamotrigina, todos estos últimos con menos efectos secundarios que los clásicos. El topiramato destaca por haber demostrado, en estudios controlados, eficacia en el manejo de la impulsividad y en la reducción del consumo de alcohol.

Dr. Vicente Rubio

Sí. La evidencia es mucha en la literatura científica, mejoran la impulsividad, estabilizan el estado de ánimo. Destacaría topiramato y lamotrigina.

Dr. Carlos Roncero

El uso de antiimpulsivos-anticomiciales ha sido ampliamente documentado en pacientes adictos, aunque no existen ensayos clínicos definitivos.

Dr. José Martínez-Raga

Los anticomiciales son probablemente el grupo de fármacos más ampliamente utilizados en el tratamiento de pacientes con esta patología dual. El topiramato es uno de los escasos fármacos que se ha mostrado útil tanta para algunos de los síntomas nucleares del TLP y otros TP, como el *craving* de cocaína y alcohol. La lamotrigina es otro anticomicial que podría ser útil en el tratamiento de pacientes y diversos estudios han evidenciado la eficacia de este en reducir la impulsividad, la labilidad emocional, y la ira en pacientes con TP (Gianoli *et al.* 2012).

15. ¿Cómo tratar una persona con un TLP y un TUS?

Dr. Néstor Szerman

En primer lugar se debe valorar el fenotipo de TLP (como se presenta la enfermedad en la naturaleza) y ver cuál es la vinculación de la sustancia con sus síntomas relevantes. El tratamiento debe ir dirigido a la retirada del alcohol, si hay dependencia fisiológica y a su sustitución por anticomiciales, agonistas opioides como buprenorfina o antagonistas como naltrexona o nalmefene, y al tratamiento de otros síntomas mentales vinculados. El tratamiento psicológico dispone de modelos diferenciados para tratar la patología dual de TLP y adicción a la heroína, como es el caso de la terapia cognitiva-conductual de Marsha Linehan.

Dr. Jose Luis Carrasco

El tratamiento farmacológico, en particular el orientado a la regulación emocional, es similar y válido para ambos trastornos. En cuanto al tratamiento psicológico, es necesario resolver antes los trastornos de uso de sustancias porque impiden la mentalización y subjetivación de los estados internos. La necesidad de la sustancia desvía la atención de los estados emocionales internos y crea una falsa apariencia de identidad consistente.

Dr. Juan Ramírez

No existe un protocolo con líneas de actuación bien definidas, pero como en cualquier cuadro de Patología Dual, es muy importante el abordaje integral de ambas patologías y que este sea realizado por un equipo experto en el abordaje de estos trastornos y como regla general siguiendo los siguientes pasos:

1. Realizar un buen diagnóstico de ambas patologías.
2. Abordar las posibles necesidades de atención urgente.
3. Decidir si el abordaje es hospitalario o ambulatorio, siempre que sea posible llevar a cabo abordaje ambulatorio u hospital de día.
4. Estabilizar el TUS, mediante desintoxicación, tratamiento con agonistas o deshabituación
5. Tratar farmacológicamente las comorbilidades y dimensiones psicopatológicas del TLP
6. Incluir en programa de psicoterapia, tipo dialéctico-conductual y la psicoterapia centrada en la transferencia
7. Realizar un Plan Terapéutico Individualizado (PTI) con distintos itinerarios terapéuticos

Dr. Vicente Rubio

Centrar la actuación terapéutica en el abordaje de los rasgos y estructura de personalidad, desfocalizar la intervención respecto al TUS, por lo general el paciente tiene una personalidad que le lleva a consumir, por lo que el abordaje troncal será su personalidad cuidando sintomáticamente el TUS.

Dr. Carlos Roncero

Es muy importante tratarlo simultáneamente, abordando tanto el consumo y sus consecuencias, como los episodios de pérdida de control, auto-heterogaresividad, vacio, además en múltiples ocasiones ambos están relacionados.

Dr. José Martínez-Raga

Junto con diversos abordajes psicoterapéuticos, fundamentalmente la terapia cognitivo-conductual, la terapia dialéctica conductual y determinadas terapias de origen dinámico, el tratamiento farmacológico es una herramienta necesaria en el manejo del paciente con TLP y TUS comórbido. Y aunque la investigación en este campo es limitada y no existe ningún medicamento aprobado para este diagnóstico, existen evidencias que sugieren que los anticonvulsivantes y los antipsicóticos de segunda generación se han visto útiles tanto el control de la ira en pacientes con TLP y también pueden ser útiles en el control del *craving* y del consumo de sustancias (Gianoli *et al.* 2012).

16. Un individuo con un TUS+TLP+TDAH, de existir esta combinación diagnóstica, ¿Cómo se trata? ¿todo al mismo tiempo?

Dr. Néstor Szerman

La existencia de esta combinación diagnóstica podría involucrar hasta un 15% de sujetos con TLP. En estos casos suele existir trastorno por uso de estimulantes, tabaco y también cánabis. El tratamiento debe consistir en tratar el TUS, la desregulación emocional, el TDAH con fármacos específicos para ello (estimulantes/ atomoxetina). Si se puede con un tratamiento simultáneo y en caso contrario en el orden aquí señalado.

Dr. Juan Ramírez

Esta trimorbilidad TUS + TLP + TDAH, fue evidenciada en nuestro país por el Prof. Miguel Casas, el cual diseñó un programa específico en el Hospital Vall d'Hebron. Todos estos trastornos comparten intensos problemas de impulsividad, que comportan graves disfunciones sociales. El enfoque que proponemos se centra, inicialmente, en realizar un correcto diagnóstico del TDAH, una comorbilidad que es muy frecuente en el TLP y que origina una peor evolución y del TUS. Con el tratamiento combinado de esta trimorbilidad, será posible mejorar la evolución de estos pacientes.

Dr. Vicente Rubio

Sin entrar en el "*totus revolutum*" de esta combinación diagnóstica (mucho menos frecuente de lo que pudiera parecer y sin entrar en "artefactos diagnósticos"), podríamos entender que el TUS sería una consecuencia de la suma de TLP + TDAH, por lo tanto insistiría, siguiendo el esquema de la pregunta anterior, abordaría el TLP, intervendría farmacológicamente en el TDAH y sintomáticamente en el TUS.

Dr. Carlos Roncero

Existen evidencias sobre la comorbilidad y sus peculiaridades clínicas (Ferrer *et al.* 2013). No existen algorítmico definitivos, sin embargo se ha planteado el abordaje jerárquico, primero estabilizar (controlar o disminuir) el consumo y los rasgos de personalidad. Una vez que está estabilizado mínimamente se puede plantear el tratamiento de TDAH.

Dr. José Martínez-Raga

En primer lugar, es necesario establecer la relación entre el TDAH y otros antecedentes ligados al neurodesarrollo con la psicopatología del TLP y de los TUS, por la tanto, establecer lo más claramente posible el diagnóstico diferencial en un paciente con una compleja presentación sintomática (Philipsen *et al.* 2007). Por ello y particularmente en un paciente previamente no diagnosticado que presenta consumos activos y que pudiera estar con síntomas de recidiva de su TP, es importante como primer objetivo estabilizar clínicamente al paciente, tanto en relación al TUS como al TLP antes de proceder a completar una evaluación del posible TDAH y, en cualquier caso, antes de iniciar su tratamiento. Existen muy escasas evidencias científicas del tratamiento con fármacos específicos para el TDAH en pacientes con un TLP comórbido; no obstante, en un estudio abierto con una pequeña muestra con chicas adolescentes con TLP y TDAH comórbido, el metilfenidato no sólo fue bien tolerado, sino que se mostró útil en el tratamiento de algunos de los síntomas compartidos entre el TDAH y el TLP (Golubchik *et al.* 2008).

17. Respecto a los antipsicóticos, existen meta-análisis (TLP) y ensayos clínicos (esquizotipia) en el tratamiento de estos pacientes, ¿cree que son útiles en presencia de patología dual. Y si es así, ¿destacaría alguno?

Dr. Néstor Szerman

Una reciente revisión de la guía Cochrane sugiere el beneficio del uso de segunda generación de antipsicóticos en pacientes con TLP como olanzapina o aripiprazol, aunque sus efectos adversos limitan su uso a los casos más graves y cuando la presencia de síntomas "cuasi-psicóticos es más relevante", lo que ocurre cuando el TLP se solapa de forma sintomática con el trastorno esquizotípico de la personalidad. Pero no disponemos de evidencia alguna que estos tratamientos mejoren el trastorno por uso de sustancias, que debe ser tratado de forma combinada con los fármacos *ad-hoc*.

Dr. Jose Luis Carrasco

Los denominados fármacos antipsicóticos, en especial la olanzapina, la paliperidona y el aripiprazol, poseen un efecto de estabilización emocional que resulta beneficioso para el tratamiento del TUS en el TLP y otros trastornos graves de la personalidad.

Dr. Juan Ramírez

Pacientes con TLP con síntomas psicóticos, impulsivos o suicidas, así como aquellos pacientes con esquizotipia pueden beneficiarse de los antipsicóticos atípicos. Un meta-análisis de 14 estudios anteriores, realizado por Grootens KP y Verkes RJ, publicado en el *Pharmacopsychiatry* en el 2005, ha sugerido que algunos antipsicóticos atípicos, como la olanzapina, clozapina, aripiprazol quetiapina y risperidona puede ayudar a los pacientes con síntomas de tipo psicótico, impulsivo

o suicida. En una revisión sistemática Cochrane, realizada por Lieb K, Völlm B, Rücker G, Timmer A Stoffers JM y publicada en el *Br J Psychiatry* en 2010, destacan el aripiprazol y la olanzapina para el manejo de los síntomas diana del TLP. En otro metanálisis realizado por Ingenhoven TJ, Duivenvoorden HJ y publicado en el *J Clin Psychopharmacol* (2011); evalúan las diferencias en efectividad de los diferentes antipsicóticos atípicos y concluyen que a corto plazo, los antipsicóticos pueden tener efectos significativos en los síntomas cognitivos, percepción, la ira, y labilidad emocional, pero el uso a largo plazo de los antipsicóticos en estos pacientes sigue siendo controvertido.

Dr. Vicente Rubio

Sí, son muy útiles como atenuantes de la sintomatología paranoide, micropsicótica, disociativa, impulsiva, mágica que pueden presentar los diferentes tipos de TP y los diferentes efectos de las sustancias consumidas. Recomendaría, aripiprazol en pacientes con perfil más inhibido y paliperidona inyectable en pacientes mas productivos, facilitando la adherencia al tratamiento.

Dr. Carlos Roncero

Los antipsicóticos se han utilizado en los TP no sólo para para manejar los síntomas psicóticos como la ansiedad y, en ocasiones, para evitar el uso de benzodiacepinas. Se utilizan con gran frecuencia los que tienen un perfil más sedativo.

Dr. José Martínez-Raga

Los antipsicóticos de segunda generación están entre los escasos fármacos que han mostrado eficacia en pacientes con un TP (Stoffers *et al.* 2010) y muestran cierta utilidad en reducir el *craving* en pacientes duales, en particular el aripiprazol o la olanzapina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcorn JL 3rd, Gowin JL, Green CE, Swann AC, Moeller FG, Lane SD. Aggression,impulsivity, and psychopathic traits in combined antisocial personality disorderand substance use disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2013 Jul 1;25(3):229-32.doi:10.1176/appi.neuropsych.12030060
2. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edn. Washington DC: APA; 2013.
3. Bahlmann M, Preuss UW, Soyka M (2002). Chronological relationship between antisocial personality disorder and alcohol dependence. *Eur Addict Res*, Nov, 8(4): 195-200.
4. Barkus E, Lewis S. Schizotypy and psychosis-like experiences from recreational cannabis in a non-clinical sample. *Psychol Med* 2008; 38(9):1267-76.
5. Carpenter RW, Tomko RL, Trull TJ, Boomsma DI. Gene-environment studies and borderline personality disorder: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2013 Jan;15(1):336. doi: 10.1007/s11920-012-0336-1. Review.
6. Deborah Hasin D, Fenton MC, Skodol A, Kruege Rr, Keyes K, Geier T, Greenstein E, Blanco C, Grant B. Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68(11): 1158–1167.
7. Depue RA, Fu Y. Modeling borderline personality disorder based on theneurobehavioral foundation of major personality traits. *Psychodyn Psychiatry*. 2012 Mar;40(1):131-80.
8. De Sanctis VA, Trampush JW, Harty SC, Marks DJ, Newcorn JH, Miller CJ, *et al.* Childhood maltreatment and conduct disorder: independent predictors of adolescent substance use disorders in youth with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37(4):785–93.
9. Ersche KD, Turton AJ, Chamberlain SR, Müller U, Bullmore ET, Robbins TW (2012). Cognitive dysfunction and anxious-impulsive personality traits are endophenotypes for drug dependence. *Am J Psychiatry*, 1, 169 (9): 926-36.
10. Fernàndez-Castillo N, Cormand B, Roncero C, Sánchez-Mora C, Grau-Lopez L,Gonzalvo B, Miquel L, Corominas R, Ramos-Quiroga JA, Casas M, Ribasés M.Candidate pathway association study in cocaine dependence: the control of neurotransmitter release. *World J Biol Psychiatry*. 2012 Feb;13(2):126-34. doi: 10.3109/15622975.2010.551406. Epub 2011 Mar 23. PubMed PMID: 21426264.
11. Fernàndez-Castillo N, Ribasés M, Roncero C, Casas M, Gonzalvo B, Cormand B.Association study between the DAT1, DBH and DRD2 genes and cocaine dependence in a Spanish sample. *Psychiatr Genet*. 2010 Dec;20(6):317-20. doi:10.1097/YPG.0b013e32833b6320. PubMed PMID: 20505554
12. Fernàndez-Castillo N, Roncero C, Grau-Lopez L, Barral C, Prat G, Rodriguez-Cintas L, Sánchez-Mora C, Gratacòs M, Ramos-Quiroga JA, Casas M,Ribasés M, Cormand B. Association study of 37 genes related to serotonin and dopamine neurotransmission and neurotrophic factors in cocaine dependence. *Genes Brain Behav*. 2013 Feb;12(1):39-46. doi: 10.1111/gbb.12013. Epub 2013 Jan 10.PubMed PMID: 23241418.
13. Ferrer M, Andión O, Matalí J, Valero S, Navarro JA, Ramos-Quiroga JA, Torrubia R, Casas M. Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline patients defines an impulsive subtype of borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2010 Dec;24(6):812-22. doi: 10.1521/pedi.2010.24.6.812.
14. Gianoli MO, Jane JS, O'Brien E, Ralevski E. Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: a review of the evidence and future recommendations. *Exp Clin Psychopharmacol* 2012; 20(4):333-44.

15. Golubchik P, Sever J, Zalsman G, Weizman A. Methylphenidate in the treatment of female adolescents with cooccurrence of attention deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder: a preliminary open-label trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2008; 23(4):228–31.

16. Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT; ITINERE Investigators. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*. 2008 Feb;103(2):284-93. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02076.x.

17. Loew TH, Nickel MK (2008) Topiramate treatment of women with borderline personality disorder, part II: an open 18-month follow-up. *J Clin Psychopharmacol*.28(3):355-7.

18. Mackesy-Amiti ME, Donenberg GR, Ouellet LJ. Prevalence of psychiatric disorders among young injection drug users. *Drug Alcohol Depend*. 2012Jul 1;124(1-2):70-8.doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.12.012.

19. Philipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, *et al.* Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2008;192(2):118–23.

20. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK.Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990 Nov 21;264(19):2511-8.

21. Roncero C, Daigre C, Grau-López L, Rodríguez-Cintas L, Barral C, Pérez-Pazos J, Gonzalvo B, Corominas M, Casas M. Cocaine-induced psychosis and impulsivity in cocaine-dependent patients. *Journal of Additive Diseases* 2013 32:3, 263-273 DOI:10.1080/10550887.2013.824330).

22. Schiffman J, Nakamura B, Earleywine M, LaBrie J (2005). Symptoms of schizotypy precede cannabis use. *Psychiatry Res*, Mar 30, 134(1): 37-42.

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

24. Stoffers J, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jun 16;(6):CD005653.

25. Szerman N, Martinez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, Ruiz P, Casas M (2013). Rethinking dual disorders/pathology. *Addiction Disorders & their Treatment*, 12 (1), 1-10

26. Terra MB, Barros HM, Stein AT, Figueira I, Jorge MR, Palermo LH, Athayde LD, Gonçalves MS, Spanemberg L, Possa MA, Daruy Filho L, Da Silveira DX. Social anxiety disorder in 300 patients hospitalized for alcoholism in Brazil: high prevalence and undertreatment. *Compr Psychiatry*. 2006 Nov-Dec; 47(6):463-7.

27. Verheul R, van den Bosch LMC, Ball SA (2009). Substance abuse. En: Oldham J, Skodol AE, Bender DS (eds) *Essential of personality disorders*. Washington. American Psychiatric Publishing Inc. pp:361-380.

28. 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 Aug, 16(8): 818-25.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

APA: *American Psychiatric Association*

BZD: Benzodiacepinas

CRF: Péptido liberador de corticotropina

DSM-IV-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association* (APA), cuarta edición. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría

DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association* (APA), quinta edición.

NESARC: *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*

OR: *Odd ratio*

PTI: Plan Terapéutico Individualizado

SEPD: Sociedad Española de Patología Dual

SNC: Sistema Nervioso Central

SOE: Sistema Opioide Endógeno

TASP: Trastorno Antisocial de la Personalidad

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

TEP: Trastorno Esquizotípico de la Personalidad

THC: *Cannabis*

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

TM: Trastorno Mental

TP: Trastorno de la Personalidad

TUS: Trastorno por Uso de Sustancias

ZOL-1306

ADAMED

ESPECIALIZADOS
EN ESPECIALISTAS