

Trastornos de personalidad y conductas adictivas. Intervenciones psicosociales

LANA MOLINER, F

Centres Asistenciales Torribera. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona

Personality disorders and substance abuse disorders. Psychosocial strategies

Resumen

Al inicio, el artículo hace referencia a la frecuente coexistencia de enfermedad mental y trastornos por consumo de sustancias (TPCS) tanto en la población general como en muestras clínicas, y subraya la necesidad de desarrollar servicios adecuados para tratar a estas personas. Diversos estudios han revelado un impacto muy negativo de la comorbilidad de trastornos de la personalidad en el tratamiento, retención y pronóstico de los TPCS, y viceversa. Se revisan los hallazgos que sobre el curso de estos trastornos duales tienen los sistemas de tratamiento tradicionales, que proporcionan tratamientos separados para el trastorno mental y el TPCS, y se describen los nuevos programas que integran ambos tipos de tratamiento. A continuación, se describen las principales dificultades relacionadas con el pronóstico y el mantenimiento de estos pacientes en los programas terapéuticos. Finalmente, se revisa la efectividad de varios programas terapéuticos específicos para pacientes que presentan a la vez trastornos graves de la personalidad y TPCS. Estos programas incluyen: programas integrados breves basados en el modelo enfermedad-compensación o en el modelo cognitivo-conductual, programas integrados globales asertivos y programas intensivos de hospitalización parcial. Se concluye que, aunque, algunas características de algunos programas se asocian a una mayor efectividad, no hay datos suficientes que avalen la superioridad de unos programas sobre los otros cuando coexiste un TPCS con un trastorno grave de la personalidad. Por tanto, el desarrollo de nuevos servicios para patología dual deberá basarse en estudios controlados bien diseñados.

Palabras clave: Dependencia. Trastorno de personalidad. Patología dual. Tratamiento integrado. Comorbilidad.

Summary

The article begins with a review of the high prevalence of concurrent mental illness and substance abuse disorders among general and clinical populations, highlighting the need for development of appropriate services to treat these persons. Several studies have revealed a significant adverse impact of comorbid personality disorders on treatment tenure and outcome in substance abuse populations and vice versa. We review findings on the longitudinal course of dual disorders in traditional treatment systems, which provide separate mental health and substance abuse programs, and describe new programs that integrate both types of treatment at the clinical level. This is followed by a description of main difficulties to do with outcome and treatment retention. Finally, we review the effectiveness of several specific treatments programs within psychiatric care for patients who have a dual diagnosis of a severe personality disorder and a substance abuse disorder. Such programs include, brief integrated programs based on the disease-and-recovery model or on the cognitive-behavioral model, comprehensive integrated assertive programs and intensive partial hospitalization programs. We conclude, that although several program features appear to be associated with effectiveness, there is no clear evidence supporting an advantage of any type of program when co-occurring substance abuse with severe personality disorder. Implementation of new specialized services for dual disorders should be within the context of simple, well designed controlled studies.

Key words: Substance abuse. Personality disorder. Dual disorders. Integrated treatment. Comorbidity.

Es probable que Tyrer (1) tenga razón cuando sentencie que el desarrollo de los servicios de salud mental y de los servicios de drogodependencias en el Reino Unido ha dependido más de la ansiedad pública y de la ideología política que de los hallazgos de la investigación (2). El desarrollo de estas dos redes de servicios en muchos países occidentales ha discurrido literalmente en parale-

lo: dos líneas que nunca se encuentran. En la práctica este fenómeno se ha agigantado porque el modelo médico de los servicios psiquiátricos, que incluso recurre al tratamiento involuntario, se ha confrontado con el modelo psicosocial de buen número de servicios de drogodependencias. También porque los criterios de derivación de ambos, con frecuencia, excluían explícitamente

a pacientes con comorbilidad, tóxica en un caso, psiquiátrica en el otro.

Sin embargo, desde principios de los ochenta, se evidenció (3) que el consumo de sustancias complicaba la evolución de los pacientes jóvenes con trastornos mentales severos (TMS). La gravedad del problema de la comorbilidad quedó demostrada en uno de los estudios epidemiológicos más divulgado, el estudio ECA (4). El 76% de los varones y el 65% de las mujeres, que cumplían criterios de abuso o dependencia de drogas, cumplían criterios para al menos otro diagnóstico psiquiátrico. Los trastornos más prevalentes fueron: el alcoholismo, el trastorno antisocial de la personalidad (TASP), los trastornos fóbicos y los afectivos. Por el contrario, si la prevalencia vida de los trastornos por consumo de sustancias (TPCS) en la población general fue de 16,7%, entre los TASP fue de 84%, entre los trastornos esquizofrénicos de 47%, de 32% entre los trastornos afectivos (56% en los trastornos bipolares) y de 23,7% en los trastornos de ansiedad.

Actualmente conocemos que ciertas características de personalidad se asocian a TPCS más graves, tanto en la cantidad y número de tóxicos consumidos como en la respuesta a diversos tratamientos (5, 6). Por otra parte, cualquier trastorno psiquiátrico que no responda al tratamiento habitual obliga a descartar conductas adictivas ocultas. Además, estudios prospectivos evidencian que la respuesta al tratamiento psiquiátrico es peor en los pacientes con diagnóstico dual que en aquellos con un único diagnóstico y que el coste económico es mayor, pues los pacientes con comorbilidad, aunque tienden a abandonar los tratamientos, reingresan y acuden más a urgencias (7, 8).

Uno de los mitos más corrientes supone que en caso de comorbilidad, si tratamos con éxito la psicopatología de base, la conducta adictiva mejorará (9). Lo cierto es que la mayoría de las intervenciones terapéuticas, incluidas las psicofarmacológicas, son ineficaces mientras persiste el consumo de tóxicos. Este punto de vista entraña el peligro de subestimar el valor de las intervenciones propias de los TCSP y dedicarse casi en exclusiva a la psicopatología (no adictiva/tóxica) del paciente. Quizá, cuando el trastorno asociado a la conducta adictiva es un trastorno de la personalidad (TP) este riesgo consista más en «psicologizar» («si se consiguiera cambiar la estructura, los rasgos caracteriales o el estilo cognitivo de la persona se atenuaría la drogodependencia») que en «psiquiatrizar» el problema, tal vez más probable si se trata, por ejemplo, de un trastorno depresivo mayor («si se consiguiera una remisión de la sintomatología depresiva a lo mejor no necesitaría seguir consumiendo»). Sin embargo, como nos recuerda la APA (10), cualquier programa terapéutico para los TPCS debe incluir técnicas de prevención de recidivas y, posiblemente, de potenciación de la motivación.

En el extremo contrario, se encuentran aquellos profesionales o dispositivos asistenciales de salud mental que, si existen conductas adictivas, aun en el caso de comorbilidad clara, deciden no intervenir. Esta actitud se ve todavía más favorecida si la comorbilidad es conse-

cuencia de un TP, pues conviene recordar que diversos modelos de intervención en los TP establecen límites estrictos para permanecer en los programas terapéuticos, y que incluso, a veces, la indicación es no tratar en un formato psicoterapéutico (11). Sin embargo, en los TPCS el objetivo terapéutico principal ya no es la abstinencia total, puede ser suficiente una abstinencia parcial con reducción de la cantidad consumida (10). Más aun, está estudiado que la mera permanencia en el programa se asocia a menor consumo y complicaciones médicas (10, 12). Este dato es de una importancia capital, dado que los pacientes con diagnóstico único de TPCS o TP son los que más tienden a abandonar los tratamientos. La comorbilidad dificulta más aun la retención pero, a la vez, la vuelve más necesaria para intentar reducir la cantidad consumida, las complicaciones médicas y las infecciones, entre ellas el SIDA. La vinculación al programa también mejora el funcionamiento social y familiar, y con ello podría incidir en la tasa de suicidio y de muerte violenta (10, 12, 15). Ningún esfuerzo está de más en esta difícil tarea, que puede y debe incluir a la atención primaria (16).

No obstante, en la práctica clínica, la coexistencia de un TP y de un TPCS plantea problemas muy diferentes según las características individuales de cada paciente. De hecho, unos profesionales defienden modelos terapéuticos paralelos/secuenciales, tratamiento simultáneo/secuencial de los dos trastornos en centros distintos, y otros modelos integrados, tratamiento simultáneo en el mismo dispositivo. Una manera de agrupar a estos pacientes de manera más homogénea podría ser la siguiente:

1. Pacientes con rasgos o TP del cluster C del DSM IV y consumo muy importante de varios tóxicos. Lo prioritario sería el tratamiento de la conducta adictiva, en régimen de ingreso o ambulatorio, una vez controlada podría derivarse a salud mental y seguir con controles periódicos.

2. Cualquier TP con consumo muy moderado. En estos casos, los servicios de salud mental podrían tomar la iniciativa y, una vez lograda cierta adherencia al tratamiento y una buena relación terapéutica, solicitar consulta al centro de atención de drogodependencias (CAD).

3. Consumo suficientemente importante junto a psicopatología severa, bien por el TP (impulsivo, antisocial) o bien por el TP más síntomas psicóticos, transitorios o no, primarios o secundarios al TPCS o difíciles de etiquetar, como sucede en no pocos casos. Son, sin duda, los pacientes más complejos. Muchas veces quedan fuera de la red asistencial o sólo entran en contacto por medio de visitas a urgencias o ingresos breves, que muchas veces terminan en alta voluntaria. Constituyen el grupo donde la polémica entre tratamiento integrado vs tratamiento en paralelo/secuencial es más viva.

4. Pacientes con situaciones intermedias.

A continuación se revisa el tratamiento psicosocial de los TPCS, para luego presentar los modelos de intervención en patología dual, las dificultades que se encuentran en vincular y mantener estos pacientes en los programas

TABLA I Intervenciones psicosociales (TPCS)

- Consejo respecto a drogas.
- Terapias conductuales:
 - Contratos de contingencias.
 - Técnicas de refuerzo (C. operante).
 - Terapias de exposición (C. clásico).
- Terapias cognitivo-conductuales:
 - Terapia modificada de Beck.
 - Prevención de recaídas (Marlatt).
 - Terapia de potenciación de la motivación (Miller).
- Terapias psicodinámicas: Expresiva/Apoyo/Breve.
- Terapia interpersonal (Klerman y Rounsaville).
- Terapias de grupo:
 - Modelo «Enfermedad-compensación».
 - Cognitivo-conductual.
 - Racional emotiva.
 - Psicodinámica modificada.
 - Interpersonal.
 - Psicodrama.
- T. de familia: sistémica/conductual/psicodinámica.
- Grupos de autoayuda (paciente y familia).

y, finalmente, algunas intervenciones específicas para los casos de comorbilidad. Antes de finalizar esta introducción, es necesario justificar que las bases biológicas y el tratamiento psicofarmacológico de los TPCS y de los TP han progresado notablemente en los últimos años (17, 18), sin embargo, su actualización excede con mucho el propósito de esta revisión. No obstante, como se verá más adelante, los tratamientos biológicos y los tratamientos psicosociales no sólo no están contraindicados, sino que se potencian mutuamente (10).

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS EN LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Todos los pacientes con patología dual precisan algún tipo de intervención de las empleadas en los programas terapéuticos para TPCS. Parece, pues, aconsejable un breve resumen de estas intervenciones que, por otra parte, suelen ser poco conocidas por los profesionales de la red de salud mental (9, 19).

La APA es rotunda cuando afirma que los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un programa de tratamiento integral de los TPCS. Además, esta afirmación es una recomendación de la categoría I, es decir, indica una confianza clínica sustancial (10). Sin embargo, también conviene recordar la conclusión a la que llegan el grupo de Lester Luborsky y Aaron Beck: no está probado que la psicoterapia cure las adicciones o que sea eficaz si no forma parte de un programa de tratamiento integrado (20).

¿Qué elementos formarían parte de un tratamiento integrado de las conductas adictivas? La APA (10) sostiene que los objetivos generales a largo plazo del tratamiento de los TPCS son: la abstinencia o reducción del

consumo y los efectos de las sustancias objeto de abuso, la reducción de la frecuencia de las recaídas y la rehabilitación: mejora de la función psicológica y de la adaptación social. Por otro lado, un programa para TPCS debería considerar unos requisitos mínimos, a saber:

1. Con frecuencia se requiere un tratamiento que incorpore varias modalidades o técnicas terapéuticas.

2. Siempre debe proporcionar técnicas para la prevención de recaídas.

3. En caso de comorbilidad, la mejoría del trastorno mental (TM) no implica mejoría del TPCS, que también deberá abordarse.

4. Incluir algún tipo de intervención psicosocial, dirigida a mejorar las relaciones interpersonales, las habilidades sociales, la adaptación familiar y/o laboral.

5. Flexibilidad. Ésta debe afectar a las técnicas, según el perfil personal del paciente, al tiempo de evolución, pues las necesidades pueden variar, y a los objetivos, abstinencia total versus abstinencia parcial.

6. Tasa de retención. No olvidar nunca que cuanto mayor es el tiempo de adherencia al programa, menor es el consumo y mejora el estado de salud y la adaptación social (13).

7. Alianza terapéutica. Relacionada con el punto anterior, es el factor pronóstico principal en cualquier terapia, además se establece o no muy temprano (21).

A pesar de que muchas de estas cuestiones básicas se apoyan en datos procedentes de la investigación, algunos programas para TPCS continúan arraigando deficiencias históricas (22). Éstas afectan a la denominación de los programas o técnicas, pues sigue sin lograrse un consenso en la nomenclatura e, incluso, una misma denominación no garantiza el mismo contenido. Otro problema frecuente afecta a la rigidez de los programas en dos aspectos, primero porque es el individuo el que debe adaptarse a los mismos y es raro que aquéllos se adapten a las peculiaridades de la persona, y segundo porque se aplica el mismo formato terapéutico para todos cuando puede que en algunos casos esté contraindicado. Finalmente, el dogmatismo de escuela parece autoperpetuarse, de manera que «parece haber sólo una modesta correlación entre que una técnica o intervención evidencie que es efectiva y la probabilidad de que sea ampliamente utilizada» (22).

Por este motivo, a continuación se resumen las recomendaciones y la nomenclatura propuesta por la APA (10) para el tratamiento psiquiátrico y las intervenciones psicosociales de los TPCS. Las intervenciones psicosociales consideradas por la APA para los TPCS están resumidas en la tabla I. Por su parte, el tratamiento psiquiátrico de los mismos debería incluir los siguientes objetivos específicos:

1. Establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica (23).

2. Vigilancia del estado clínico del paciente.

3. Tratamiento de los estados de intoxicación y abstinencia.

4. Desarrollo y facilitación del cumplimiento de un programa terapéutico individualizado (PTI).

TABLA II Prevención de recaídas. Técnicas

- Técnicas específicas de prevención de recaídas.
- Contratos de contingencias.
- Técnicas específicas de potenciación de la motivación.
- Exposición a estímulos que inducen el deseo y evitación del consumo.
- Exposición más relajación y entrenamiento para rechazar la droga.
- Técnicas de autovigilancia de los estados afectivos o cognitivos asociados al deseo.
- Técnicas de habilidades sociales, resolución de problemas y asertividad.

5. Prevención de las recaídas.

6. Educación sanitaria individual y familiar.

7. Reducción de la comorbilidad y las secuelas del TPCS.

8. Integración de las intervenciones realizadas, lo cual supone coordinarse con profesionales de otras disciplinas, organismos comunitarios y programas y organizaciones no profesionales.

Antes de terminar este apartado, es necesaria la alusión a la prevención de las recaídas, elemento imprescindible de cualquier programa. Las diversas técnicas empleadas para la prevención de recaídas figuran en la tabla II. Sin embargo, existen una serie de medidas más generales que o bien pueden reforzar las técnicas mencionadas o bien pueden ser suficientes en programas menos intensivos de corte más psicoeducativo. En este sentido, conviene recordar que no siempre las intervenciones más intensivas dan mejores resultados y que todavía no es posible determinar qué pacientes necesitan unas u otras (12). Para la prevención de recaídas se suele proponer que el terapeuta siga una serie de recomendaciones:

1. Incremento de la motivación. También existen técnicas específicas, debidas, sobre todo, a Miller (24).

2. Fomento de la participación en grupos terapéuticos o de autoayuda.

3. Estímulo para la formación de grupos con compañeros abstinentes.

4. Desarrollo de actividades que permitan la adquisición de técnicas para mejorar las relaciones interpersonales familiares, sociales y laborales.

5. Aliento para la búsqueda de experiencias y actividades que posibiliten el desempeño de nuevos roles compatibles con una vida sin drogas.

6. Desaconsejar grandes cambios de vida.

7. Tratamiento médico psiquiátrico en caso de comorbilidad.

MODELOS TERAPÉUTICOS EN PATOLOGÍA DUAL

Existen dos modelos conceptuales en el tratamiento del paciente con patología dual (25), el modelo secuencial o en paralelo y el modelo integrado. El primero ofrece tratamiento secuencial o simultáneo, pero de forma separada en dos dispositivos distintos por expertos en salud mental y en conductas adictivas. Los defensores de este modelo lo consideran ventajoso porque utiliza los recursos ya existentes de la red de salud mental y de drogodependencias (26), ambas pueden mejorar sus prestaciones previas y agilizar la necesaria coordinación entre los centros. También porque permite a los pacientes una elección personal más flexible y evita el rechazo que algunas personas sienten bien hacia los centros psiquiátricos o bien hacia los CAD, a la vez que facilita el tránsito de un centro a otro en función de la evolución del trastorno (25). Por otra parte, algunos dispositivos que trabajan de manera integrada, cuando los pacientes mejoran muy poco o nada el consumo, los derivan a otros dispositivos para desintoxicación o al hospital (27). Asimismo, otros estudios con modelos integrados muestran que los consumidores muy severos obtienen resultados pobres (28), lo cual sugeriría la necesidad de los dispositivos más estructurados de la red de drogodependencias.

En el modelo integrado los servicios son prestados simultáneamente y conjuntamente por clínicos de un mismo dispositivo expertos en salud mental y drogodependencias. Las ventajas del modelo integrado serían las siguientes

1. Coordinación más estrecha entre los profesionales que al trabajar en el mismo equipo compartirían una filosofía asistencial afín (28). En este sentido, aunque los defensores del modelo secuencial propugnan mejorar la coordinación entre ambos dispositivos, y mejorar la comunicación nunca es malo, conviene recordar que los profesionales de las dos redes suelen adherirse a modelos psicopatológicos diferentes. Por tanto, es posible que el lenguaje común deseable para comunicarse y coordinarse no exista en la práctica (2).

2. Intervención precoz y coordinada en caso de reagudización simultánea de ambas patologías (27).

3. La «fragilidad» o la intolerancia a la frustración de estos pacientes muchas veces no resiste las técnicas de confrontación de los CAD (29).

4. Los trastornos graves de la personalidad pueden convertir la estructura y las normas de los CAD en objeto de su particular rabia, manifestada como descalificación y ataque al vínculo terapéutico (30). Esto suele terminar con la expulsión del programa o el alta voluntaria.

Los componentes básicos de los programas integrados, según Fisher y Bentley (25), incluirían la evaluación y diagnóstico preciso, la formulación de objetivos terapéuticos focalizados en la abstinencia, screening de tóxicos, tratamiento psicopatológico, entrenamiento en habilidades sociales o en técnicas de control de síntomas clave como la cólera/ira, psicoeducación y prevención de recaídas.

Por su parte, Drake et al (7), en una excelente revisión, describen cuatro tipos de intervenciones integradas en patología dual, de las que se han publicado estudios. El primero consiste simplemente en asociar un grupo

para conductas adictivas al tratamiento habitualmente prestado por los servicios de salud mental. El segundo, es un tipo de intervención intensiva, varias sesiones al día, con la intención de lograr una rápida abstinencia, que se ofrece en dispositivos de internamiento, residenciales y en hospitales de día. El tercero procede de los proyectos de programa piloto de apoyo comunitario (CSP) del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los EEUU para adultos jóvenes con patología dual, que progresivamente fueron introduciendo los elementos que comentaremos ahora en la última clase de intervención. El cuarto tipo constituye un programa integrado global cuyos elementos centrales son el abordaje asertivo, el *case management*, y un abordaje motivacional, longitudinal por etapas de la conducta adictiva.

Aunque diversos autores recomiendan el modelo integrado (31, 32), otros muestran cierto escepticismo inicial, a la vez que reclaman más estudios para que las políticas asistenciales se basen en la investigación y no en otros factores espurios (2). En este sentido, la revisión de Drake et al (7) muestra que dentro del modelo integrado sólo los programas integrados globales ofrecen resultados alentadores.

DIFICULTADES PARA LA VINCULACIÓN DE LOS PACIENTES

Cualquiera que sea el modelo adoptado, existe acuerdo que uno de los elementos centrales de cualquier programa, y una de las tareas más difíciles, es retener al paciente en el mismo. A continuación se revisan las dificultades derivadas de ciertos prejuicios profesionales, aspectos generales de la alianza terapéutica, las dificultades derivadas de ciertas características de la personalidad y del estilo cognitivo de estos pacientes y, finalmente, el papel de la contratrasferencia en la vinculación y permanencia de los TP en los programas terapéuticos.

Dificultades relacionadas con los profesionales

Ciertos prejuicios profesionales y costumbres asistenciales dificultan la adherencia al tratamiento y favorecen la negación o minusvaloración del problema por parte del paciente. Gastfriend (9) los ha resumido en tres mitos:

– El primero se refiere a la práctica de preguntar la cantidad consumida para hacer el diagnóstico. La cantidad consumida no es relevante en el diagnóstico, existe una gran variación individual y de género en las consecuencias de los TPCS, e invita al paciente a mantener desde el inicio una actitud de «negociación a la baja» y dificulta la alianza terapéutica.

– El segundo procede de la creencia de que siempre se debe mantener una actitud neutral, incluso cuando es evidente el consumo, pues de lo contrario se puede dañar la relación: parecer desconfiado, no empático o rechazante. Esta actitud facilita la fantasía de que los tratamien-

tos inespecíficos serán efectivos o seguros e inhibe al terapeuta a la hora de confrontar el consumo. Sin embargo, una confrontación persistente de lo destructivo de la conducta adictiva puede ser más empático con el deseo de salud del paciente. Éste se puede quejar de que es rechazado, pero el terapeuta no rechaza al paciente sino la negación del paciente de la adicción. También puede afirmar: «Usted ya no confía en mí», pero la respuesta es: «Yo confío en usted para trabajar conmigo, pero ninguno de los dos debería confiar en la adicción» (9).

– El tercero sostiene que si tratamos con éxito la psicopatología de base, la conducta adictiva mejorará. Lo cierto es que la mayoría de las intervenciones terapéuticas, incluidas las psicofarmacológicas, son ineficaces mientras persiste el consumo de tóxicos.

La alianza terapéutica

El fomento y mantenimiento de la alianza terapéutica (AT) es un elemento clave de cualquier intervención psicosocial, pero especialmente en patología dual. La investigación en psicoterapia (21, 23, 33) ha permitido detectar algunos factores generales que afectan a la misma y que a continuación se resumen:

1. Los resultados de la psicoterapia dependen menos de la teoría o las técnicas que de la calidad de la AT.
2. Los ingredientes activos son los factores no específicos de cada modelo psicoterapéutico ligados a la AT.
3. Los elementos fundamentales son: la comprensión, el respeto, el interés, el estímulo, el perdón, la aceptación, etc.
4. La AT se establece muy pronto: 3^a-4^a sesión.
5. Strupp y Binder (33) llegan a afirmar: «No hemos encontrado un solo caso en el cual una actitud negativa y hostil fuese resuelta con éxito».
6. Es necesario investigar más sobre la AT en los pacientes difíciles.

Dificultades asociadas a los rasgos de personalidad

El estudio científico de la personalidad ha abierto nuevas perspectivas en el tratamiento de estos pacientes. Los diversos rasgos, factores, dimensiones y otros aspectos de la personalidad asociados a las conductas adictivas afectan de manera decisiva a la vinculación de los pacientes con patología dual a los programas *ad hoc* y, por tanto, al resultado final.

En general, los peores resultados se asocian a puntuaciones altas en neuroticismo y búsqueda de novedades, y puntuaciones bajas en extraversión, amabilidad, responsabilidad y autodirección (5, 6, 34). Los datos sobre evitación del daño y dependencia de la recompensa son menos consistentes (35). Por otra parte, los estudios (36) con el MMPI describen bien un perfil 4-2/2-4 (psicopatía y depresión) o bien un perfil 4-8/8-4 (psicopatía y trastorno del pensamiento).

TABLA III Conductas adictivas: estilo cognitivo

- Locus de control externo*.
- Dependencia del campo**.
- Flexibilidad escasa.
- Discapacidad para percibir los problemas y concebir soluciones para los mismos.
- Discapacidad para autoobservarse verbalmente.
- Discapacidad en la autorregulación de impulsos y conductas.
- Dificultad para mantener la atención fija en una meta.
- Dificultad para anticipar consecuencias futuras.

* Percepción de los acontecimientos como autoinfluidos o controlados externamente. ** Tendencia a ser más influido por los estímulos procedentes del entorno que por la propia percepción interna, interpretación y juicio.

Dificultades asociadas al estilo cognitivo

Aunque la evaluación del rendimiento neuropsicológico en los pacientes con TPCS plantea problemas específicos (37), puede aportar información muy valiosa. En una exhaustiva revisión de los estudios de las funciones cognitivas en las conductas adictivas, Miller (38) describe un peor pronóstico asociado a una eficiencia cognitiva más pobre en las siguientes funciones:

- Capacidad de abstracción.
- Capacidad de resolución de problemas.
- Integración perceptivomotora.
- Memoria compleja.
- Autoobservación de la conducta.
- Autorregulación de la conducta.
- Habilidades del lenguaje.
- Razonamiento verbal.

Miller concluye que estas características cognitivas dan origen a un estilo cognitivo no reflexivo e impulsivo cuyas características se resumen en la tabla III.

Dificultades asociadas a la contratransferencia

Los puntos de vista psicodinámicos son, a veces, etiquetados de especulativos e imposibles de objetivar. Sin embargo, los sentimientos que un profesional siente frente a un paciente concreto por lo menos se pueden verbalizar y transmitir a un tercero. Por otra parte, sería demasiado demagógico aceptar como válidos los sentimientos que subjetivamente refiere un paciente para puntuar una escala de evaluación y, al mismo tiempo, sostener que los sentimientos del terapeuta no son mensurables. Aunque, últimamente, han proliferado diversos trabajos sobre la contratransferencia en los trastornos graves de la personalidad, este apartado resumirá las ideas de Kernberg (30). Los principales afectos, cogniciones y conductas que un profesional puede presentar mientras está tratando un TP grave son los siguientes:

- Bloqueo, parálisis, falta de creatividad.
- Desaliento. Patrón repetitivo de rendirse y comenzar de nuevo en cada sesión.

- Vacío: Sentimiento de que en la relación con el paciente uno ha sido eliminado del campo, pues el paciente sólo le habla para influirle o sólo se habla a sí mismo sobre sí mismo.

- Distanciamiento emocional defensivo y oscilante.

- Desvalorización, impericia. Suele estar presente desde el principio una desvalorización del terapeuta por parte del paciente. Ésta puede ser explícita o implícita y manifestarse verbalmente o por medio de la conducta del paciente.

- Sentimiento de «no decir nada inoportuno» durante la entrevista. A veces se manifiesta mediante continuas autojustificaciones del terapeuta. Es una respuesta a las frecuentes reacciones de ira del paciente, al temor de que pueda pasar al acto (los pacientes chantajean con este temor con frecuencia) y para evitar nuevas descalificaciones.

- Desconfianza con actitudes microparanoideas.

- Temor a la agresión «física» de uno mismo o de su familia.

- Rechazo, ira; desear, soñar «quitárselo de encima».

- Reparación de rasgos caracterológicos previos del terapeuta.

- Contraidentificación complementaria: actuar como el «objeto interno» proyectado (ej. padre hiper-critico y controlador) del que el paciente se defiende y ataca.

- Omnipotencia. «Espíritu mesiánico», inauténtica total dedicación. Este paciente se convierte en el paciente más importante y el terapeuta se aísla con él en una especie de isla desierta, sin atender los comentarios de otros compañeros.

- Descalificación de compañeros e instituciones.

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS EN PATOLOGÍA DUAL

A continuación se presentan algunos programas específicos para casos de comorbilidad. Son programas integrados con metodología clara y que o bien han demostrado su bondad en estudios controlados o bien estos estudios se están llevando a cabo en la actualidad.

Programa integrado breve con técnicas específicas

Fisher y Bentley (25) han presentado los resultados de dos modalidades de intervención en formato grupal y especialmente diseñadas para pacientes con patología dual. El tratamiento se realizó tanto en un medio hospitalario como en un medio ambulatorio. En los dos lugares se constituyeron aleatoriamente tres tipos de grupos. Uno basado en el modelo cognitivo-conductual, otro en el modelo «enfermedad-compensación» y el tercero recibía terapia de grupo convencional. El 80% de la muestra había presentado conductas violentas, el 37% había intentado suicidarse, un 53% fue diagnosticado de un TP

del cluster B y un 47% del cluster C, pero sólo menos del 1% consumía drogas vía IV.

Los mejores resultados se produjeron en los pacientes ambulatorios y en el grupo cognitivo-conductual que redujo el consumo, mejoró su estado psicopatológico y su funcionamiento personal y social. En el hospital los dos grupos experimentales fueron superiores al control, pero sólo mejoraron su funcionamiento familiar y social y no los otros parámetros pronósticos.

Las características de los dos modelos de intervención se resumen a continuación.

Modelo enfermedad-compensación. Se trata de un enfoque integrado y breve que se puede aplicar en formato individual o grupal. Sigue la misma filosofía de tratamiento de las enfermedades crónicas. Considera que las personas que padecen trastornos mentales y TPCS podrían comprender mejor su psicopatología si se la explicáramos según el modelo de enfermedad médica. Es decir, el objetivo en los dos trastornos sería la estabilización, la mejora de la educación sanitaria del mismo e incrementar la capacidad de autocuidado. Su mayor ventaja es que aplica un modelo similar al aplicado en otros trastornos psiquiátricos. Utiliza técnicas de apoyo, confrontación y feedback.

Como hemos comentado, las bases teóricas en las que se apoya son, por un lado, considerar los TPCS como una enfermedad crónica, progresiva que, a veces, puede ser fatal. Por otro lado, la enfermedad mental, si bien no suele ser fatal (aunque no se pueden olvidar los suicidios consumados y las muertes violentas), su curso también puede ser crónico, progresivo y provocar gran deterioro psicosocial. En ambos trastornos subyacería una vulnerabilidad biológica expresada por pérdida de control sobre la conducta adictiva y el trastorno mental. Los objetivos de los programas basados en este modelo serían:

- El desarrollo de una identidad de enfermo «adicto».
- Toma de conciencia de la pérdida de control sobre el consumo de la sustancia.
- Toma de conciencia de los efectos del trastorno mental.
- Aceptación de la abstinencia como meta.
- Participación en actividades de apoyo: alcohólicos o narcóticos anónimos (AA/NA).

Modelo cognitivo-conductual. El enfoque, el formato y la técnica son similares al anterior: integrado, breve, individual o grupal. Las bases teóricas son las del modelo cognitivo-conductual de Beck adaptado a las conductas adictivas (39). Incorpora la teoría de la automedicación: el consumo de sustancias pretende modificar ciertos síntomas, sobre todo, estados afectivos dolorosos. En este sentido, algunos autores (9) relacionan el consumo de ciertos tóxicos con el malestar asociado a determinados estados afectivos o situaciones personales. Así, los estimulantes aliviarían afectos asociados al aburrimiento, depresión, hipomanía, hiperactividad, intolerancia a la frustración y baja autoestima. Los opiáceos, los estados de desorganización, rabia y agresión. Por último, el alcohol

y otros depresores del SNC aliviarían el malestar relacionado con la intimidad, dependencia, autoafirmación y alexitimia. El TPCS sería una conducta desadaptada aprendida que ha originado creencias distorsionadas sobre el poder de la sustancia y una dependencia del uso de la misma como conducta de afrontamiento. Los objetivos de los programas basados en este modelo serían:

- Conseguir alguna comprensión de la relación existente entre TPCS y trastorno mental.
- Potenciación del sentimiento de autoeficacia.
- Mejoría de las habilidades de afrontamiento frente al consumo y a los síntomas psíquicos.
- Aumento de la capacidad de prevención de recaídas.
- Logro de unas expectativas más reales sobre el efecto de la sustancia en los síntomas del trastorno mental.

Programa integrado global y asertivo

Estos programas se han diseñado para casos de comorbilidad en los que la conducta adictiva se asocia a un trastorno mental severo, generalmente un trastorno psicótico. El motivo de exponerlos aquí es que muchos de estos pacientes presentan conductas, afectos y rasgos caracteriales parecidos a los TP. Además, los estudios (40) realizados con este modelo incluyen algunos pacientes con TP y, finalmente, porque Links (41), sin duda una autoridad en TP, ha reclamado recientemente programas asertivos para los pacientes con diagnóstico en el eje II, sobre todo, en casos de comorbilidad.

Las principales diferencias (7) de estos programas con los tradicionales de los CAD y otros programas integrados se pueden resumir como sigue:

- Focalización en prevenir el aumento de ansiedad más que trabajar a través de la negación.
- Énfasis en la confianza, comprensión y aprendizaje más que en la confrontación, crítica y expresión.
- Énfasis en reducir el daño causado por el tóxico más que en la abstinencia inmediata.
- Ritmo lento y perspectiva a largo plazo más que rápida abstinencia en formatos breves.
- Trabajo por etapas y técnicas motivacionales más que confrontación.
- Los profesionales están disponibles en lugares familiares o próximos al paciente en lugar de encontrarse sólo en horas de oficina en los centros asistenciales.
- Los grupos de autoayuda son opcionales y se aconsejan en función de las peculiaridades personales en lugar de ser obligatorios.
- Se administran psicofármacos según la psicopatología del paciente en lugar de estar contraindicados mientras permanezca el consumo.

Además, también disponen de intervenciones específicamente dirigidas a la reducción del consumo:

- Evaluación especializada en drogodependencias.
- Intervenciones grupales para la conducta adictiva.
- *Case management*.
- Consejo individual.
- Soporte para alojamiento.

TABLA IV Programa intensivo (hospitalización parcial)

<i>Horario:</i> L a V, 4h. 30'/día.	<i>Duración:</i> 6-8 semanas.
<i>Capacidad:</i> 20 pacientes.	<i>Urgencias:</i> Hospital.
<i>Ratio terapeuta-paciente:</i> 1:4.	
<i>Staff:</i> Psiquiatra, Psicólogo, TS, Enfermero, T. ocupacional.	
<i>Formato:</i> Grupal, individual (coordinador de caso y terapeuta).	
<i>C. inclusión:</i> Comorbilidad, nivel de adaptación bajo, necesidad de tratamiento, intensivo, motivación.	
<i>C. exclusión:</i> Incompatibilidad con T. de grupo, complicaciones médicas, síntomas de abstinencia severos, vivienda inestable.	
<i>Control medicación:</i> Psiquiatra propio o del programa, MAP.	
<i>Evaluación</i>	<i>Objetivos</i>
Consulta con el derivante	Abstinencia
Informes previos	Estabilización sintomática
Entrevista clínica	Adquisición de habilidades
Inventario depresión Beck	Planificación de objetivos
Test screening alcohol. Michigan	Resolución de problemas
Test screening abuso sustancias	Psicoeducación
Cuestionario clínico multiaxial de Millon-II (1 sem. después).	Facilitación emocional
	Apoyo familiar y social
	Planificar el alta.

- Psicoeducación familiar.
- Rehabilitación psicosocial.

Drake et al (7) ha revisado los estudios realizados con este tipo de programas. Se trata de 10 estudios, de los cuales seis eran ensayos clínicos abiertos, cuatro incluían más de 130 pacientes y en tres el seguimiento fue superior a tres años. Los resultados mostraron una reducción muy significativa del consumo, en algunos casos con remisión, y reducción de las hospitalizaciones y mejora de diversas medidas de adaptación personal y social. Los elementos del programa ligados a un mejor pronóstico fueron: abordaje asertivo, *case management*, planteamiento a largo plazo, por etapas y con técnicas motivacionales.

Programa intensivo en hospitalización parcial

El centro médico de la universidad de Rochester ha diseñado un programa integrado e intensivo (6-8 semanas) en régimen de hospitalización parcial para pacientes con patología dual. Las características del programa se resumen en la tabla IV. Se ha iniciado ya un estudio (27) con una primera muestra de 50 pacientes de los que la mitad cumplía criterios de TP del cluster B y C.

CONCLUSIONES

El consumo de sustancias complica la evolución de los pacientes con trastornos mentales severos, entre ellos los trastornos de personalidad. Existen dos modelos terapéuticos para abordar los casos con comorbilidad, el modelo secuencial/paralelo y el modelo integrado. Un aspecto clave de cualquiera de estos programas es conseguir la

vinculación y permanencia del paciente en los mismos, es decir, mantener la alianza terapéutica. Las dificultades para la misma provienen de los propios profesionales y de las características de personalidad y del estilo cognitivo de los pacientes. Se dispone ya de estudios que muestran la eficacia de alguno de los programas específicamente diseñados para casos de comorbilidad. También hay datos sobre las características de estos programas que se asocian a una mayor efectividad: abordaje asertivo, *case management*, planteamiento a largo plazo, por etapas y con técnicas motivacionales. Algunos autores sostienen que los programas integrados son superiores a los no integrados (7), pero hasta la fecha no se dispone de evidencias suficientes que avalen la superioridad de unos sobre los otros (42). Son necesarios más estudios para conocer mejor los ingredientes activos de cada programa y para individualizar la aplicación de los mismos. Es decir, qué pacientes se benefician de intervenciones de tipo intensivo y cuáles no, y qué técnicas son mejores para cada tipo de situación personal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tyrer P. Cost-effective or profligate community psychiatry? *Br J Psychiatry* 1998;172:1-3.
2. Weaver T, Renton A, Stimson G, Tyrer P. Severe mental illness and substance misuse. *BMJ* 1999;318:137-8.
3. Caton CLM. The new chronic patient and the system of community care. *Hosp Community Psychiatry* 1981;32:475-8.
4. Regier DA, Farnier 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;264:2511-8.
5. Quirk SW, McCormick RA. Personality subtypes, coping styles, symptom correlates, and substances of choice among a cohort of substance abusers. *Assessment* 1998;5:157-69.
6. Ball SA, Tennen H, Poling JC, Kranzler HR, Rounsaville BJ. Personality, temperament, and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *J Abnorm Psychol* 1997;12:545-53.
7. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophr Bull* 1998;24:589-608.
8. Ochoa Mangado E. Cocaína y comorbilidad psiquiátrica. *Actas Esp Psiquiatría* 2000;28:40-52.
9. Gastfriend DR. When a substance use disorder is the cause of treatment resistance. En: Pollack MH, Otto MW, Rosenbaum JF, eds. *Challenges in clinical practice. Pharmacologic and psychosocial strategies*. New York: Guilford Press; 1996. p. 329-54.
10. American Psychiatric Association. *Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastornos por consumo de sustancias*. Barcelona: Edika Med; 1997.

11. Caballero L. Relación médico-enfermo y psicoterapia en los trastornos de la personalidad. En: Bernardo M, Roca M. *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Masson; 1998. p. 123-51.
12. Gottheil E, Weinstein SP, Sterling RC, Lundy A, Serota RD. A randomized controlled study of the effectiveness of intensive outpatient treatment for cocaine dependence. *Psychiatr Serv* 1998;49:782-7.
13. Ravndal E, Vaglum P. Psychopathology, treatment completion and 5 years outcome. A prospective study of drug abusers. *J Subst Abuse Treat* 1998;12:135-42.
14. Cacciola JS, Rutherford MJ, Alterman AI, McKay JR, Snider EC. Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:234-9.
15. Compton WM, Cottler LB, Spitznagel EL, Ben Abdallah A, Gallagher T. Cocaine users with antisocial personality improve HIV risk behaviors as much as those without antisocial personality. *Drug Alcohol Depend* 1998;49:239-47.
16. Synder CM, Kaempfer SH, Ries K. An interdisciplinary, interagency, primary care approach to case management of the dually diagnosed patient with HIV disease. *J Assoc Nurses AIDS Care* 1996;7:72-82.
17. Bernstein DP, Handelsman L. The neurobiology of substance and personality disorders. En: Ratey JJ, ed. *Neuropsychiatry of personality disorders*. Cambridge: Blackwell Science; 1995. p. 120-48.
18. Carrasco Perera JL. Neurobiología. En: Bernardo M, Roca M, eds. *Trastornos de personalidad*. Barcelona: Masson; 1998. p. 59-75.
19. Group for the Advancement of Psychiatry Committee. Substance abuse disorders: A psychiatric priority. *Am J Psychiatry* 1991;148:1291-9.
20. Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J, Herman I, Hole A. Psychotherapy for opiate addicts: does it help? *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:639-45.
21. Horvath AO, Luborsky L. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:561-73.
22. Jaffe JH. Substance-related disorders. Introduction and overview. En: Kaplan HI, Sadock B, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry/VI*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 755-74.
23. Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry* 1983;42:602-11.
24. Freixa N. Entrevistas motivacionales. *Coloquios en drogodependencias* 1999;7:8-9.
25. Fisher MS, Bentley KJ. Two group therapy models for clients with a dual diagnosis of substance abuse and personality disorder. *Psychiatr Serv* 1996;17:1244-50.
26. Penick EC, Nickel EJ, Cantrell PF, Powell BJ, Read Mr, Thomas MM. The emerging concept of dual diagnosis: An overview and implications. *J Chem Dependency Treat* 1990;3:1-54.
27. Conner KR, Silverstein SM, McCulloch-Melnyk KA, Maxey JT. The development of a partial hospitalization program for mentally ill chemical abusing (MICA) patients. *J Subst Abuse Treat* 1995;12:311-8.
28. Meisler N, Blankertz L, Santos AB, McKay C. Impact of assertive community treatment on homeless persons with co-occurring severe psychiatric and substance use disorders. *Community Ment Health J* 1997;33:113-22.
29. Case N. The dual-diagnosis patient in a psychiatric day treatment program: A treatment failure. *J Subst Abuse Treat* 1991;8:69-73.
30. Kernberg O. *Trastornos graves de la personalidad*. México: El Manual Moderno; 1987.
31. Ridgely MS, Goldman HH, Wilenbring M. Barriers to the care of persons with dual diagnoses. *Schizophr Bull* 1990;16:123-32.
32. Drake RE, Yovetich NA, Bebout RR, Harris M, McHugo J. Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:289-305.
33. Strupp HH, Binder JL. *Una nueva perspectiva en psicoterapia: Desclée de Brouwer*. Bilbao; 1993.
34. Battaglia M, Przybeck TR, Bellodi L, Cloninger CR. Treatment dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Compr Psychiatry* 1996;12:292-8.
35. Howard MO, Kivlahan D, Walker RD. Cloninger's tri-dimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders. *J Stud Alcohol* 1997;58:48-66.
36. Donovan JM, Soldz S, Kelley HF, Penk WE. Four addictions: the MMPI and discriminant function analysis. *J Addict Dis* 1998;17:41-55.
37. Pereda M, Ayuso-Mateos JL, Gomez del Barrio A, Echevarria S, Fariñas CM, García Palomo D, González Macías J. Datos normativos para la exploración neuropsicológica de usuarios de drogas por vía parenteral. *Actas Españolas de Psiquiatría* 1998;26:363-70.
38. Miller L. Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. *J Subst Abuse Treat* 1991;8:277-91.
39. Wright FD, Beck AT, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. *NIDA Res Monogr* 1993;137:123-46.
40. Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA. Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1995;46:248-51.
41. Links PS. Development effective services for patients with personality disorders. *Can J Psychiatry* 1998;12:251-159.
42. Ley A, Jeffery DP, McLaren S, Siegfried N. *Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse*. The Cochrane Library. Oxford; 2000.

Correspondencia:
 Fernando Lana Moliner
 Centres Asistenciales Torribera
 Prat de la Riba, 171
 Santa Coloma de Gramenet
 Barcelona 08921
 E-mail: lanamf@diba.es