



TRANSTORNOS DE PERSONALIDAD (TP) Y TRASTORNOS DEL USO DE SUSTANCIAS (TUS)

Néstor M. S. Koldobsky

Ex Profesor Asociado de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Director de la Carrera de Post-grado de Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Vicepresidente de la Rama Latinoamericana de la ISSPD (International Society for Study of Personality Disorders)

Director del IAEPD (Instituto Argentino para el Estudio de la Personalidad y sus Desórdenes)

iaepd@iaepd.com.ar

RESUMEN:

La patología Dual tal como se presenta en los TP-TUS (Trastornos de personalidad y abuso de sustancias) se ha establecido como un tópico de gran interés por su prevalencia, sus formas de presentación y por el desafío para su tratamiento. Desde hace mucho tiempo hemos discutido en foros nacionales e internacionales la necesidad de enfocar estos trastornos en conjunto. La comorbilidad presenta serios desafíos diagnósticos, una desventajosa influencia en el pronóstico, en la adaptación e integración del tratamiento de los dos trastornos. Ambos se involucran en diferentes niveles de la etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. En el Instituto Argentino para el Estudio de la Personalidad y sus Desórdenes – IAEPD, los indicadores de patología dual en pacientes internados y externados tienen una muy fuerte presencia. Presentamos las estadísticas y técnicas terapéuticas del IAEPD.

La Patología Dual (PD) se han instituido en un tema clínico de sumo interés por su prevalencia, por las formas de su presentación y por los desafíos para su tratamiento(1). Desde largo tiempo hemos discutido en los foros nacionales e internacionales acerca de la necesidad de abordar el tratamiento de los Trastornos de Personalidad (TP) y las patologías asociadas o comórbidas (Patología Dual) en forma conjunta, dado que esta comorbilidad presenta serios desafíos diagnósticos, una influencia desventajosa en el pronóstico, y una adaptación e integración de los tratamientos específicos para ambos trastornos(2). Los trastornos de personalidad (TP - EJE II del DSM IV) participan frecuentemente asociadas al diagnóstico de otros trastornos, lo que se denomina como ya vimos, Trastorno o Patología Dual (TD), en especial a los trastornos de uso de sustancias (TUS). Estos dos T se involucran en diferentes niveles: etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Los sistemas de clasificación multiaxiales han mostrado un interés creciente en la comorbilidad de las patologías del Eje I y los TP (Eje II). Se supera el viejo concepto que el TUS desarrolla un TP, y se asocian otras opiniones como que el TP predispone a la aparición de T sintomáticos, o que ambos T concurrirían de forma casual

La comorbilidad entre estos dos T oscila entre un 50% a un 86%. Los niveles más graves de TUS se asocian a una patología del carácter (rasgos) más que a un TP pleno (3) (Cuadro IV). El abuso de sustancias tiene más de un 30% de comorbilidad con condiciones psiquiátricas, principalmente T afectivos y de la P(4). Del 20% de la población con serios T mentales, el 29% padece problemas de alcohol y drogas. Los TUS se asocian en un 52% con otros T psiquiátricos. En la prisión y en los hospitales mentales, el 80 % de los internos tienen T mentales asociados a abuso de sustancias, es decir el 80 % tiene diagnóstico de PD (5).

Cuando analizamos internamente los TP, el Trastorno Borderline o Límite de la Personalidad (TBP) se asocia con TUS en un 35 % y el TUS se asocia con el TBP en un 10%. El 10 % de los TUS en tratamiento tienen un Trastorno antisocial (TAP) mientras que el 90 % de los antisociales se asocian con TUS. Los pacientes tratados por TUS y alcohol tienen asociadas altas tasas de TP. Cuando se evaluaron 216 pacientes drogadictos y 64 alcohólicos en un servicio de atención de drogadictos, estos mostraron un 37% de presencia de TP; cuando se lo hizo en los servicios de alcoholismo, el 53% tenía un TP. Uno de cada tres pacientes de este estudio tenían un TP complejo o severo(6)

La cronicidad y el trastorno de la personalidad figuran entre las características más importantes para la severidad de la adicción. (7) Los TP, antisocial, dependiente e histriónico, están vigorosamente asociados con alcohol y drogas. La comorbilidad entre el TUS y los T del Eje I (Por Ej. T del humor y T de ansiedad) es corrientemente reconocida por los profesionales de salud mental. En contraste, menos atención se ha puesto en la prevalencia de los TP en la población general, así

como sobre la comorbilidad con los T del Eje II (la única excepción son los antisociales)(8).

Muestra de pacientes internados en el Instituto Argentino para el Estudio de la Personalidad y sus Desórdenes - IAEPD

De los 2803 pacientes internados en nuestra institución, en el período 2000-2009, el 19 % del total de la muestra presentaron criterios diagnósticos para el TUS. El porcentaje de pacientes con patología dual se incrementó en el último año (24 %) (Cuadro I)

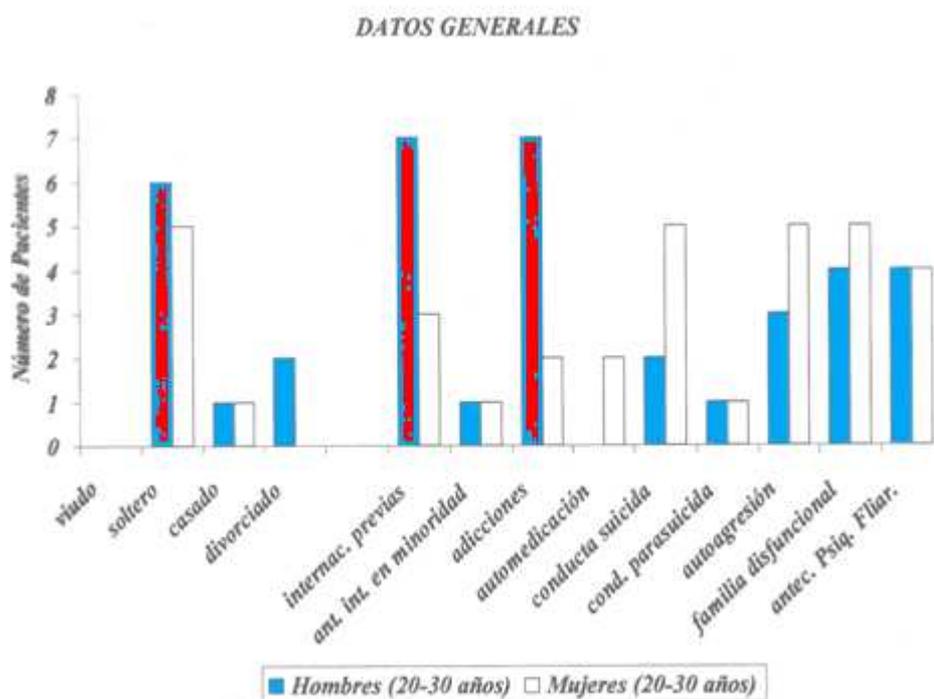
Cuadro I

Año	Internaciones	Patología dual (TUS)	% TUS
2000-2005	1700	255	15%
2006-2008	865	173	20%
2008-2009	238	58	24,37%
TOTAL	2803	486	19%

Cuadro II: porcentajes de patologías que componen en general los ingresos

EJE I	HOMBRES	MUJERS	N 76	HOMBRES	MUJERES
ESQUIZOFRENIA	5	5		3,8%	3,8%
T HUMOR	6	18		4,56%	13,68%
T ANSIEDAD	0	0			
T SOMATIZACION	0	0			
ABUSO DE SUSTANCIAS	24	10		18,24%	7,6%
T ALIMENTACION	0	2			1,52%
D DE IMPULSOS	3	3		2%	2%

Cuadro III. Algunos datos generales que caracterizan a las muestras.



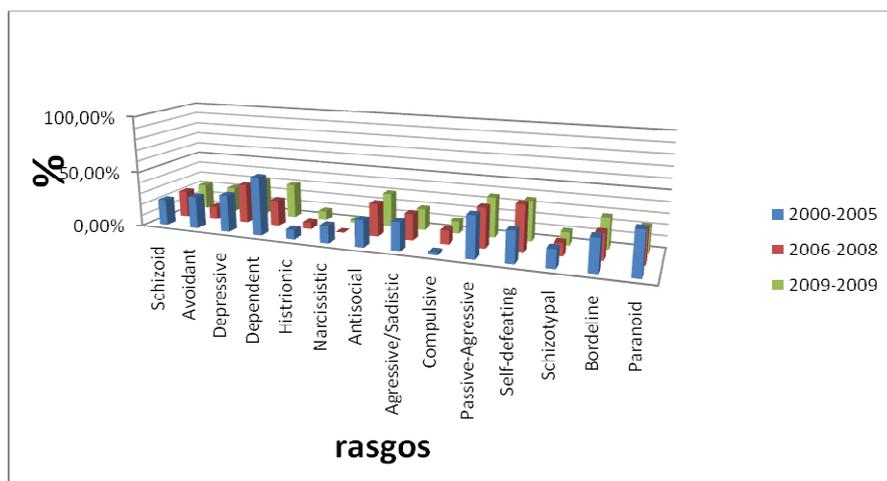
¿Por qué la Internación?

En el IAEPD Ingresan pacientes con T graves de la Personalidad, con riesgo para su seguridad y para otras personas, por descontrol impulsivos (suicidio y parasuicidio), conductas de "acting out" severas, por episodios psicóticos transitorios, e internaciones judiciales. Los pacientes en el grado 2 y 3 de la escala de severidad de Tyrer, en nuestro país, a pesar del buen nivel de atención brindado por los profesionales de salud mental, no cuentan con redes sociales que les permitan en muchas oportunidades el tratamiento sin internación(9).

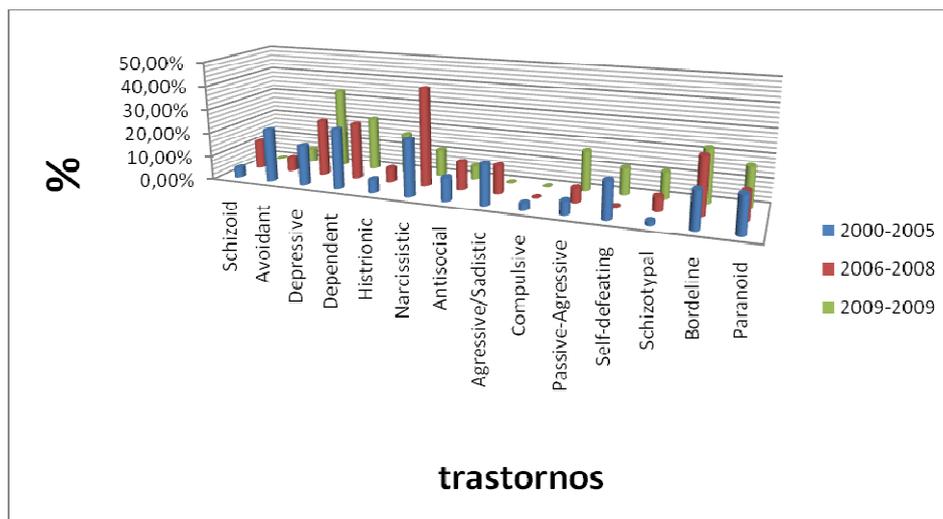
El IAEPD se ha constituido en un centro de derivación a nivel nacional y de otros países.

De 3 muestras extraídas al azar, de los pacientes internado en los períodos 2000-2005; 2005-2008 y 2008-2009, las que fueron evaluadas, como se realiza con todos los pacientes con el MCMI III, se extrajeron los siguientes datos (Cuadro IV-V).

Transtornos de Personalidad (TP) y Trastornos del Uso de Sustancias (TUS)



Cuadro IV. Los rasgos preponderantes, utilizando el MCMI III, fueron: Depresivo, Dependiente, Antisocial, Agresivo/sádico, Pasivo-agresivo, Autodestructivo, Borderline y Paranoide. Las tendencias entre el 2000-2009: esquizoide: mantiene el nivel ; Evitativo ; Depresivo: mantiene el nivel; Dependiente ; Antisocial ;Agresivo-sádica ; Compulsiva ; pasivo-agresiva: mantiene el nivel; Autodestructiva ; Esquizotípica ; Borderline ; Paranoide .

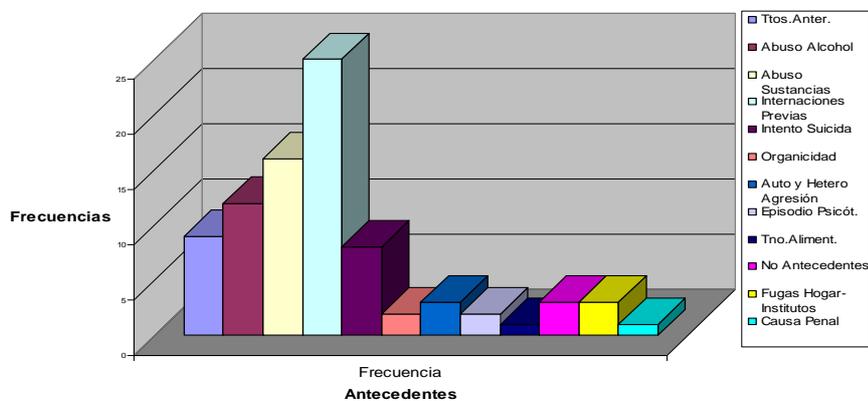


Cuadro V. Los datos obtenidos sobre los TP, utilizando el mismo instrumento de evaluación (MCMI III), muestra una mayor prevalencia de T. Depresivo, T. Dependiente, T. Narcisita, T. Antisocial, T. Pasivo-agresivo; T. Borderline, T. Paranoide. Las tendencias 2000-2009: Esquizoide ; Evitativo ; Depresivo ; Dependiente: mantiene el nivel ; Narcisista ;Antisocial ;Agresivo-sádica ; Compulsiva ; Pasivo-agresiva ; Autodestructiva ; Esquizotípica ; Borderline ; Paranoide .

El número de rasgos y T excede el número total de pacientes, lo que refleja un hecho muy frecuente, no solo hay patología Dual con el Eje I, sino que los TP se asocian entre sí en forma significativa.

Entre los antecedentes de estos pacientes: El abuso de alcohol y el abuso de sustancias, muestran una frecuencia relevante (CuadroVI).

Cuadro VI. Antecedentes de los pacientes internados



Las posibles causas de asociación de los T del Eje I y los del Eje II se describen en la tabla No. I

Tabla I. Asociación eje I / EJE II(10)

Alianza
al cumplimiento
continuidad.
2.TP predispone al TUS
3.TP-TUS igual T
Criterio Superposición
4. TP-TUS ligados por un 3er. factor
5. TUS incrementa ciertos rasgos de tp
6. Uno o mas TP influyen (- o +) el curso y tratamiento del TUS
Muy importante
directa
Indirectamente
nivel de compromiso

Los rasgos y dimensiones de la P que predisponen a TUS son la toma de riesgo, la búsqueda de novedad y de sensaciones, la desinhibición, los temperamentos negativos y el neuroticismo, mientras que los T psiquiátricos que aumentan el riesgo de TUS son la esquizofrenia, el T bipolar, la depresión, el THDA y los TP(11).

Si bien es significativa la presencia de TP como diagnóstico dual del TUS, se encuentran diferencias en la forma e intensidad, los aspectos etiológicos, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de esa asociación. El TUS dispara o empeora, afecta el curso y la severidad de los TP, ambos T interactúan y se refuerzan mutuamente. Se creía que los TP precedían al TUS, sin embargo este T puede generar o empeorar un TP, producir síntomas compatibles con un diagnóstico de TP, incrementa las conductas regresivas y puede originar un TP secundario. (transformación de la Personalidad(12).

Los TP son habitualmente ignorados, dado que no siempre son fáciles de evaluar y tratar. Siempre tienen gran impacto sobre otras condiciones psiquiátricas. Se hace necesario entonces estar alerta ante la posibilidad que existan TP cuando hay un caos en la evolución y el tratamiento, debido a que no se había diagnosticado previamente el TP. La evaluación de los TP es un requisito necesario y decisivo para la elección de las opciones de tratamiento. SI los TP no son reconocidos, con mucha facilidad se considera que los tratamientos no funcionan porque los trastornos se han vuelto "*crónicos*" o "*resistentes*". Los criterios para el diagnóstico de TP no son siempre claros, dependen de la perspectiva del clínico, varían con el tiempo y la situación. Cuando se usan entrevistas clínica estructuradas, estas ayudan en la precisión del diagnóstico. Los TUS y el Trastorno Antisocial de Personalidad (TAP) se confunden por las conductas relacionadas (P: Ej. problemas legales, violencia). Un concepto incorporado recientemente, la noción de TP Severo, que no está formalmente reconocido, comprende a uno o más TP del cluster B. Es un cuadro difícil de identificar, pero cada vez es más necesario reconocerlo, ya que constituye un problema para la comunidad. El TP Severo se asocia con la conducta antisocial y la violencia. Si analizamos la tasas de prevalencia de TP en la población general es de entre el 5 Y 13.5%; de ese porcentaje, el 10% corresponde a TP Severos. Se hace necesario entonces, cuando analizamos un TP, incorporar el criterio de severidad. Los TP más severos afectan notoriamente el resultado del tratamiento del cuadro comórbido. La severidad predice los resultados más pobres en la evolución y el tratamiento. (13) .

El 80% de los TUS no son identificado como asociados a un TP en un primer contacto, pero cuando son reevaluados, en especial el grupo más agresivo, con menor adhesión al plan de

tratamiento y de cuidados, se confirma entonces la presencia de uno o varios tipos de TP asociados. Esta asociación entre TP y TUS lleva a un incremento de morbilidad psiquiátrica, con casi cuatro veces más de probabilidad de intento de suicidio(14).

Son síntomas frecuentes, cuando un paciente con TP usa sustancias, la disminución de la auto-estima y de los sentimientos de individualidad, el aumento de los sentimientos de culpa, de los afectos negativos, de vacío y de aburrimiento. Los TP son muy vulnerables al TUS, se relacionan con este T en forma más temprana y con mayor frecuencia. Ambos tienen escasa tolerancia a la frustración, intolerancia afectiva, impulsividad y egocentrismo. La asociación TBP-TUS se constituye en un predictor importante de intentos de suicidio dentro de los dos años posteriores al inicio de la asociación(15). Ambos también llevan a un desmejoramiento de la depresión, la que también es un factor determinante del suicidio.

Dentro de los TP, el TBP es extremadamente complejo: tienen vulnerabilidad genética y constitucional; disfunciones neurofisiológicas de la regulación del afecto; baja respuesta al estrés, disminución del control ejecutivo y alteraciones de la corteza prefrontal. Presentan también historias psicosociales de maltrato infantil y desorganización del sistema conductual afiliativo, en especial el vincular. Presentan frecuentes disturbios conductuales, suicidios y parasuicidios, determinando un tipo crónico-caracterológico, con severos T de la alimentación, abuso de alcohol, drogas y conducta antisocial. Hay un creciente conocimiento de las bases neurobiológicas de estos aspectos y su interrelación con las bases neurobiológicas de los TUS. Por todo lo anteriormente expuesto, el tratamiento es complejo, debiendo ser integrado y debe afrontar e incluir cada uno de los aspectos del cuadro.

El TBP Y el TUS, cuando comórbidos muestran desesperación, impulsividad, relaciones riesgosas para el self. Se impone determinar si estas reacciones tipo B son realmente un TBP, o son conductas producto del uso de las drogas(16).

EL trastorno antisocial de la personalidad (TAP) se asocia con el TUS a lo largo de la vida. Esta relación permanece significativa después de compararlos con los otros TP. No hay evidencia que este TP incremente la cronicidad del abuso de sustancias, sino que pareciera que esta comorbilidad está asociada con un mayor desmejoramiento global. En un estudio donde los pacientes referidos para tratamiento de un TP, con evaluación semiestructurada, se comprobó un impacto de los TP en el TUS, el que está caracterizado por cronicidad e impedimentos generales(17).

Muchas familiares de pacientes con TBP con TUS no se comprometen con el tratamiento, usan la negación como mecanismo de defensa, ocultan por vergüenza, temen ser denigrados, presentan una paternidad irresponsable y abusiva. Si la pareja se mantiene unida, muestran

diferencias en la aceptación por ambos del tratamiento, ya que involucrarse muchas veces cataliza el divorcio y para evitarlo abandonan el compromiso.

La prevención y campañas contra el uso de drogas, deben considerar aspectos de la P. Cuando los programas consideran que todos los individuos presentan los mismos riesgos, se ve que no siempre son efectivos, dado que las poblaciones son heterogéneas, y se ubican en un medio físico, social y cultural distintos, con diferentes normas estándar y disponibilidad de droga. Entonces el riesgo no es el mismo para toda la población. Los programas más efectivos son aquellos que mejoran la autoestima y las habilidades sociales (enfocando en la etiología individual), y que reconocen la heterogeneidad de la población. Cuando analizamos los estados de riesgo, se observa que la susceptibilidad individual a la droga es altamente variable por la severidad de la disposición, la calidad de los atributos, factores que requieren intervención individualizada, por eso al realizar el análisis para un plan de prevención, se deben especificar cada uno de los riesgos y las diferentes vulnerabilidades. Lo ideal es prevenir el uso de drogas psicoactivas en toda la población, pero lo más práctico y eficiente en costo, es destinarlo a aquellos que tienen atributos identificables de mayor vulnerabilidad.

Impulsividad

Los rasgos de impulsividad, están ampliamente ligados a estos dos T (TP-TUS), y sus componentes son la desinhibición, las diferentes motivaciones, la búsqueda de novedades y sensaciones, y los estados emocionales inestables. La impulsividad es un constructo multidimensional que abarca la agresión impulsiva, la desinhibición conductual, una pobre evitación pasiva, la dificultad para postergar la gratificación, la búsqueda de recompensas inmediatas, la dificultad para inhibir las respuestas motoras, no fijan la atención en indicadores de castigo, y persisten en la conducta a pesar de las consecuencias negativas(18).

La impulsividad es un criterio central para el diagnóstico de los TBP y los TUS. Estos T muestran frecuentes conductas de riesgo impulsivas, relacionadas al sufrimiento emocional, a los T de la alimentación, al suicidio, al auto daño deliberado, y al abuso de drogas. Por el fracaso en la autorregulación, los TBP se inclinan al TUS como soluciones alternativas a sus problemas, lo que se basa en sus propias deficiencias.

Los traumas severos, agudos y cataclísmicos, o los crónicos, con un arousal menos intenso, pueden inducir cambios relativamente rápidos en el self (aún en adultos maduros). El trauma altera la experiencia de personalización y la vida en general, lo que los hace muy proclives al TUS(19).

Los T impulsivos de la P (Límite y Antisocial) son politéticos, son un espectro complejo de patrones de comportamiento. Cuando presentan TUS hay que considerar la psicobiología del circuito

de la recompensa, y el funcionalismo de los lóbulos frontales

Violencia

Hay pruebas sustanciales de que la toxicomanía es un factor importante de riesgo para la violencia y la agresión, en pacientes con trastornos mentales, especialmente esquizofrenia y TP. Aun así, son frecuentemente ignoradas o mal documentados. El rasgo Antisocial de la personalidad, la importancia de la intoxicación, la exacerbación de los síntomas psicóticos, los factores sociales y la no adhesión al tratamiento son también factores de riesgo(20;21).

Las comunidades fracturadas son sitios de acumulación de problemas mentales y sociales: violencia civil, violencia doméstica, suicidio, depresión, descompensación de los TP, PTSD, y el abuso de sustancias (21)

La exposición creciente de los jóvenes a la violencia en el medio, en la escuela, en la comunidad, en la casa, requiere de un incremento del esfuerzo para identificar los factores de riesgo que contribuyen a la violencia, planear las intervenciones y medir el resultado de esas intervenciones. El estudio de 107 pacientes (12-18 años), mostró la existencia de 2 grupos: 1. alta exposición a la violencia; 2. baja exposición a la violencia. Los de alta exposición mostraron un aumento de los síntomas de PTSD, abuso de droga y alcohol, depresión, desesperanza, gran potencial para la violencia. Informaron acerca de abuso y negligencia en su niñez temprana. Diferentes autores recomiendan integrar métodos de enfrentamiento a la violencia comunitaria y al trauma, como parte del tratamiento global para los chicos y adolescentes hospitalizados. Con intervención temprana los chicos traumatizados pueden aprender mejores habilidades de afrontamiento, evitar el acting out sexual, la agresión hacia los demás, y el uso de drogas. A corto plazo los beneficios de la intervención se hacen evidentes.

Toda conducta social, incluida la agresión, es el resultado de la convergencia de factores situacionales (instigadores o inhibidores de agresión); factores personológicos (propensión o preparación para agredir o evitar agresión). Una variedad de estímulos influyen en la conducta social, determinando el estado interno actual y la subsecuente evolución y dirección de los procesos. La maldad violenta surge con más probabilidad en un medio con múltiples factores de riesgo. El medio provee de modelos agresivos; la P, la frustración y la victimización de la gente, refuerzan la agresión, y enseñan que la agresión es una forma de actuar aceptable y exitosa.

La correlación violencia y trastornos mentales influye para dar claridad conceptual a aspectos como: la internación legal civil, el tratamiento coercitivo por mandamiento judicial, la

responsabilidad "Tarasoff" (confidencialidad), llevando a cambios en los servicios de tipo comunitario, mitigando el estigma de la enfermedad mental, y mejorando la salud pública.

Los pacientes sometidos a estrés, trauma, y violencia extremas, sufren cambios patológicos de identidad, de la imagen corporal, de la imagen de los demás, de los valores e ideales, del sentido del yo, fragmentación del yo (P múltiple), tendencia a la victimización, y abuso de los demás. La violencia como causa de los TP, produce una acción temprana (familiar, cercanos, adopción, institutos), que lleva a la violencia sexual, la negligencia, el abandono, la calle, el desapego, y el desarraigo.

Los factores que previenen el ejercicio de la violencia son: el sentido de autonomía, una adecuada autoestima, buena empatía, habilidades sociales, habilidades para relacionarse con los pares, protección por parte del medio (escuela, familia, amigos, organizaciones sociales y religiosas), y relaciones de pareja estables. Hay que considerar que las conductas violentas son estables a lo largo del tiempo.

El riesgo de violencia puede ser comprendido en términos de cuatro dimensiones fundamentales de la P: 1) el control de impulsos; 2) la regulación del afecto; 3) el narcisismo; 4) y el estilo cognitivo paranoide de P.

Las injurias cerebrales que están en la base de muchos de los TP (del L temporal, áreas ventromediales frontales), frecuentemente se asocian con conducta violenta, debido a alteraciones perceptivas o cognitivas o fallas del control inhibitorio.

La P es fuente de selección y de auto-selección para roles posteriormente violentos. Las razones de esa unión son la necesidad de identidad y conexión, la baja auto-estima, el deseo de encontrar líderes, la necesidad de una ideología definida, el afán del éxito en la profesión, la pérdida de sensibilidad, límites, prohibiciones y controles internos.

Hay mecanismos de heterogeneidad etiológica como: el descontrol de impulsos, la rabia y el splitting, el aprendizaje de los afectos, el aprendizaje de los valores, la sociedad post moderna (contingente o no, P.Ej. las bandas juveniles); la riqueza fácil, el juego, la corrupción, el terrorismo, las inmigraciones legales e ilegales, las nuevas formas de vida y de trabajo (acentuación del individualismo), la violencia y el sexo en relación a la pornografía.

Estudios transversales sugieren que los pacientes antisociales, evitativos, borderline, histriónicos, narcisistas, paranoides, pasivo-agresivos y esquizotípicos pueden asociarse con conductas violentas en la adultez(22). Estos pacientes se vuelven actores de violencia y victimizan a otros individuos(23), (24), (25).

Sexo

La adolescencia es uno de los períodos en que el riesgo de uso inicial de drogas es alto. Entre las razones que conducen al uso de drogas están los trastornos sexuales, los que hasta la fecha han sido mal investigados. Las disfunciones sexuales influyen en la decisión de iniciar el consumo de drogas ilícitas destinadas a mejorar el impulso sexual. Cuando más grave era la disfunción sexual, mayor el porcentaje de los que afirmaron que la disfunción sexual influyó en su decisión de comenzar a tomar drogas. (26;27). El segundo aspecto ligado a la sexualidad, en los pacientes con TUS y TP, ya sea independientes o como patología dual, es el sexo de riesgo, intentado durante la internación o realizado en la vida diaria. Son relaciones sin afecto y sin amor, circunstanciales, sin profilácticos o medicación anticonceptiva, bajo el efecto del alcohol, las drogas, la sensación de vacío y soledad, o la búsqueda de novedades. Estas conductas requieren del equipo terapéutico un alto nivel de dedicación para realizar su abordaje temprano, junto a todas las otras conductas de riesgo (suicidio, parasuicidio, etc.), intentando evitar la transmisión de enfermedades de riesgo sexual, los embarazos adolescentes o los no deseados.

Correlatos neurobiológicos

Ambos trastornos presentan rasgos neurobiológicos específicos (P.Ej. los mecanismos adictivos en la base del craving y la abstinencia), pero muchas veces se los ve estrechamente ligados y modificados por la patología dual (la impulsividad, la labilidad afectiva, la ansiedad, los trastornos conductuales, las relaciones interpersonales, la percepción y comprensión de la realidad, la violencia, el delito).

Panorama de las regiones del cerebro relacionadas con los TP.

Los T internalizados y externalizados en la gente joven constituyen una predisposición caracterológica (vulnerabilidad), la que asociada con el estrés psico-social, favorece el desarrollo de los TP y los TUS. El T de conducta conlleva al riesgo de TUS y los TP, en los adolescentes, sin importar el género. El T de déficit atencional con hiperactividad por sí mismo no incrementa la posibilidad del TUS, pero si adquiere importancia cuando se une a otros factores de riesgo.

Los individuos necesitan a función adecuada de los lóbulos frontales (LF), la corteza cingulada (que junto a la amígdala y los hipocampos forman el llamado sistema límbico), los que supuestamente *trabajan con la incertidumbre*, y está íntimamente ligada a la corteza prefrontal (CPF). El circuito de la recompensa está muy imbricado con el sistema límbico (SL). Los LF son cruciales para cualquier comportamiento finalista de orden superior (identificar un objetivo, proyectar la meta y establecer planes para lograr tales objetivos, y controlar las consecuencias para ver que todo se ha conseguido, tal como se pretendía). El LF es el sector del cerebro que *más tiene*

que ver con nuestra personalidad, su importancia excede a cualquier otra parte del cerebro, y su daño produce cambios notorios en la personalidad. Las diferencias en los estilos de toma de decisiones, debe relacionarse con las diferencias en la autonomía y la química de este lóbulo. El daño del circuito de la recompensa produce cambios significativos en la P y en el TUS, se encuentran diferencias en los estilos de toma de decisiones, en la autonomía y en la química. En el TAP se encuentra una reducción del 11% en la materia gris de los LF, en las tomografías por emisión de positrones (PET) se encuentra un metabolismo disminuido en la corteza frontal orbital, descenso de la actividad en las áreas corticales circundantes, y en los lóbulos temporales (LT). Hay alteraciones en la actividad serotoninérgica de la corteza frontal y del LT, lo que lleva a un control disminuido de la impulsividad y la agresividad.

Los lazos afiliativos también participan en las dos fases de la recompensa. El estímulo afiliativo distal del cerebro medio, es el principal sustrato neural del apetito motivacional, definido como movilización para una conducta de acercamiento. Las estructuras que median lo hedónico son la concha del núcleo accumbens, la pálido ventral, el núcleo parabraquial del cerebro medio, innervadas por el sistema de dopamina (DP) de esa zona cerebral. El circuito central determina la reactividad hedónica, que despierta ante una variedad de estímulos de recompensa. Otras estructuras también median las conductas consumatorias. Las vías que atraviesan el hipotálamo medial y ventral, intervienen en las conductas de alimentación (hambre y saciedad), y el área medial pre-óptica del hipotálamo en la conducta sexual. Abarcan el acercamiento motivado a una meta afiliativa, acompañado por sentimientos motivacionales (querer, desear y la activación positiva). La fase de acercamiento no sólo comprende interacciones sociosexuales con el objeto afiliativo, sino la adquisición de una red o ensamble de la memoria del contexto en el que se da el acercamiento. La recompensa y la adquisición de metas ocurren posteriormente.

El estímulo afiliativo proximal emana de la interacción con el objeto afiliativo, despierta fuertes sentimientos de recompensa consumatoria, placer, disfrute y tranquilidad fisiológica, todos los cuales se asocian con estos estímulos y con el contexto predictivo de recompensa. El resultado final es una *red de memoria afiliativa*, incentivo-codificada, que continúa motivando el acercamiento a través y en interacción con el objeto afiliativo. Incluye la construcción del marco contextual, vía los estímulos afiliativos, que inducen una potenciación del proceso dopamínico. Los factores permisivos o facilitadores son también influidos por los esteroides gonadales, la oxitocina y la vasopresina las que actúan sobre: 1) el proceso sensorial perceptual y la atencional al estímulo afiliativo y 2) la formación de la memoria social. La recompensa afiliativa es una asociación entre rasgos y sistemas conductuales (extraversión y motivación incentivada). La motivación incentivada en los humanos está compuesta de sentimientos emocionales positivos: elación y euforia; el deseo, el querer, el craving, la potencia y la auto-eficacia. Ambas formas afiliativas son usadas por las drogas psicoestimulantes activadores.

Los factores de riesgo en la adolescencia son similares a los de los niños, predicen el potencial para el TUS. Los factores que protegen también son similares a los de los niños. Los factores de riesgo, identificados 26 años atrás llevan a comportamientos agresivos y agresivo-tímidos más tarde. Hay predictores válidos de los niveles de consumo de cocaína en la adultez. *Algunos adolescentes con TUS y un modelo distintivo de personalidad, pueden ser identificados en la niñez temprana, los Jóvenes investigados una década atrás, y que se describieron como inquietos, nerviosos, traviosos, con cambios emocionales, desobedientes, nerviosos, autoritarios, inmaduros ante el estrés, e hiperreactivos ante la frustración, son proclives al TUS (28).*

El vínculo seguro es esencial en los TP para el desarrollo óptimo de las estructuras mentales que sostienen la mentalización (desarrollo de la mente)(29). La contribución del vínculo seguro a la mentalización, permite comprender los niveles neurobiológicos y psicosociales del papel de la mentalización en el desarrollo de la P, y su rol en la psicoterapia, para ambos terapeuta y paciente. En el desarrollo de la P, el cerebro derecho está especializado en la emoción y cognición sociales, es dominante en los tres primeros años de vida, provee una oportunidad para que las relaciones vinculares participen en la conformación de los sustratos de la conducta social-emocional y en la regulación emocional del self. Las relaciones vinculares intervienen en la maduración del sistema cerebral derecho, en el enfrentamiento del estrés por el niño, y en la capacidad para regular las emociones en las relaciones interpersonales (30). La corteza orbito-frontal es el mecanismo regulatorio del modelo de trabajo interno de las relaciones vinculares. La amígdala y la corteza órbito-frontal, en conjunto, contribuyen a la experiencia emocional, y son altamente plásticas a lo largo de la vida. *Las relaciones vinculares pueden continuar jugando un rol en el desarrollo de la regulación cerebral de las emociones, a lo largo de la vida.* Las bases neurobiológicas de la mentalización implican a diversas áreas cerebrales en el proceso de la inclusión social, la cognición social y la mentalización (31)

Las respuestas a las expresiones faciales comunicativas son prototípicas de la mentalización. Tales respuestas dependen del elevado procesamiento de la información visual, en la que participa el lóbulo temporal (sulcus temporal superior), y proveen identificación de lo individual y de los indicadores expresivos individuales. Esta información identificada es procesada rápidamente para alcanzar la significación emocional en la amígdala. La mentalización depende del funcionamiento óptimo de la corteza pre-frontal (32). Las cortezas pre frontal medial y orbital regulan las relaciones inter-personales, la cooperación social, la conducta moral, y la agresión social (33). El nivel de activación cortical aumenta a través de los sistemas de norepinefrina alfa 2 y dopamina D1. La función pre frontal cortical mejora las capacidades de anticipación (cambio de atención), organización, planificación y la memoria de trabajo. Si la corteza PF sale de línea y asumen sus funciones la corteza posterior y la sub corteza (funciones más autonómicas). Si el aumento de los niveles de norepinefrina y DP interactúan por encima del umbral, producen un cambio del

funcionamiento ejecutivo de la corteza PF y de la codificación de la memoria mediada por la amígdala y posteriormente de las respuestas automáticas sub-corticales (fuga-lucha-parálisis). Un vínculo inseguro o desorganizado aumenta la sensibilidad a los encuentros interpersonales íntimos, experimentándose alto arousal (34). La activación cortical medial PF (incluye la corteza ventromedial PF), lo que se demuestra en neuroimágenes, permite un amplio rango de inferencias de la teoría de la mente en ambos dominios visual y verbal (35). Una extensa porción de la corteza PF está involucrada en la mentalización interactiva, requiriendo la representación del estado mental de los otros. Hay evidencias de que la corteza anterior del cíngulo tiene un rol en la mentalización del self, al menos en el dominio de los estados emocionales. Los hallazgos, que resultan intrigantes son aquellos relacionados a las neuronas en espejo, los que muestran las representaciones del self y los otros, que se sostienen en la interpretación de la acción intencional, y promueven la mentalización por medio de circuitos anatómicos compartidos. Las estructuras corticales hipocámpicas influyen en la memoria autobiográfica, y en la provisión de material para la mentalización. Hay evidencias de déficit funcional o atrofia de estas áreas del cerebro, en individuos con historia de maltrato severo y con TBP (36;37)

Se ve la disminución de la integración del hemisferio izquierdo-derecho, por disminución del cuerpo caloso, en pacientes con historia de abuso en la niñez. Este modelo asume que los individuos con TBP pueden tener problemas, porque cambian rápidamente de un estado que sobrevalúa el hemisferio izquierdo lógico, a un estado alternativo que es fatalmente negativo, crítico e indudablemente emocional, neurológicamente sostenido por el hemisferio derecho. La pérdida de integración de los dos hemisferios es puesta de relieve por la reducida efectividad de la mentalización. Una fuente alternativa de material para la mentalización son las memorias implícitas. Los hechos no accesibles normalmente a la reflexión, pero que están conscientemente influidos y mantienen la mentalización explícita, son sostenidos por las estructuras neuroanatómicas de la amígdala y el tálamo. La mentalización se basa en el rol prominente de la corteza PF, donde se dan las funciones ejecutivas, las que incluyen planificar y efectuar el ordenamiento temporal de las respuestas, en el contexto de la novedad y la ambigüedad. La interacción social es la que requiere una alta demanda de capacidades ejecutivas, la corteza PF es la más relacionada con el sustrato neural del sujeto social, lo que es consistente con la extensa evidencia de la unión de la teoría de la mente con las funciones ejecutivas (38). La teoría de la mente y las funciones ejecutivas desarrolladas en tándem, requieren que se compartan sustratos neurobiológicos, los que son distintos uno de otros. La actividad de la mentalización es contingente con un óptimo nivel de arousal del funcionamiento del sistema PF. En los TP las fallas vinculares pueden minar el desarrollo de estructuras corticales que son esenciales para la actividad de mentalizar, se unen los círculos de desarrollo vicioso, en los cuales los disturbios vinculares, el hiperarousal afectivo, las fallas de mentalización, todos interconectados, determinan catastróficas consecuencias(29;30).

Panorama de las regiones del cerebro relacionadas con la adicción.

El sistema dopamínérgico del cerebro medio procesa el estímulo de recompensa, ayuda a prestar atención a los indicadores de recompensa, energiza la conducta dirigida a una meta, y hace que los estímulos neutrales alcancen relevancia, promueve la asociación primaria o secundaria con eventos recompensantes. La destrucción de este sistema disminuye el interés en los indicadores de recompensa, cuya función es disfrutar el estímulo recompensante, e impiden así el alcance activo de la recompensa. La sensibilización del sistema Dopa por estimulación repetida e intensa (P. Ej. drogas), puede llevar a sentimientos o deseos intensos (búsqueda de droga). La investigación del "predicador del error de recompensa" e incentivo a la preferencia, usan de drogas psicoactivas y la comida como estímulos de recompensa, y tienen un rol similar a otros impulsos básicos de apetito (sed, sexo).

El núcleo accumbens definitivamente desempeña un papel central en el circuito de recompensa. Su operación se basa principalmente en dos neurotransmisores esenciales: la dopamina, que promueve deseo, y la serotonina, cuyos efectos incluyen saciedad y la inhibición. Muchos estudios en animales han demostrado que todas las drogas aumentan la producción de dopamina en el núcleo accumbens, reduciendo el de serotonina. Pero el núcleo accumbens no funciona en forma aislada. Mantiene estrechas relaciones con otros centros involucrados en los mecanismos de placer relacionadas con la adicción, y, en particular, con el área tegmental ventral (VTA), situado en el cerebro medio, en la parte superior del tronco encefálico, el VTA es una de las partes más primitivas del cerebro. Las neuronas del VTA sintetizan dopamina, que sus axones envían al núcleo accumbens. El VTA también está influido por endorfinas cuyos receptores son el blanco de opiáceos como la heroína y morfina. Otra estructura de ligada al mecanismo del placer es la corteza prefrontal, cuyo papel en la planificación y la motivación está bien establecido. La corteza prefrontal es un importante relevo en el circuito de recompensa, y también está modulada por dopamina. El locus coeruleus, una centro de alarma del cerebro, repleto de norepinefrina, es otra estructura cerebral que desempeña un papel importante en adicción a las drogas. Cuando estimulado por la falta de la droga en cuestión, el locus coeruleus impulsa al adicto a hacer todo lo necesario para obtenerla. Dos estructuras en el sistema límbico desempeñan también un papel activo en el circuito del placer y, en consecuencia, en la dependencia a la droga. La primera es la amígdala, que imparte coloraciones afectivas agradables o desagradables a las percepciones. La segunda es el hipocampo, donde asienta la memoria, que preserva los recuerdos agradables asociados con la droga y, por asociación, todos los detalles del medio ambiente en que se la ha tomado. En algún momento, en el futuro, estos detalles pueden despertar el deseo de tomar la droga y tal vez contribuya a la reincidencia en el paciente.

El abuso a largo plazo también causa cambios en otros sistemas y circuitos químicos del cerebro. El glutamato es un neurotransmisor que influye sobre el circuito de gratificación y la

habilidad para aprender. Cuando el abuso de drogas altera la concentración óptima del glutamato, el cerebro intenta compensar este desequilibrio, lo que puede deteriorar la función cognitiva. Las drogas de abuso facilitan el aprendizaje subconsciente (condicionado), lo que hace que el usuario sienta deseos incontrolables de usar drogas cuando ve un lugar o una persona que asocia con ellas, aún cuando la droga en sí no está disponible. Los estudios de imágenes del cerebro de los drogadictos muestran cambios en las áreas del cerebro esenciales para el juicio, la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el control del comportamiento. En conjunto, todos estos cambios pueden hacer que una persona se vuelva adicto a las drogas, es decir, que las busque y las use compulsivamente a pesar de las consecuencias adversas.

La disfunción del eje hipotalámico-suprarrenal-pituitario (HPA) participa en la vulnerabilidad para el alcoholismo y la farmacodependencia en seres humanos, posiblemente subyace a los comportamientos adictivos, la susceptibilidad a la depresión y los TP. Las experiencias adversas en la infancia, los síntomas depresivos y los TP muestran alteración de la función del eje HPA en pacientes adictos, en comparación con controles. Los adictos mostraron significativamente mayor abandono, depresión y niveles plasmáticos de ACTH y cortisol. Los niveles plasmáticos de ACTH fueron directamente asociados con medidas de descuido en la infancia. Los niveles de cortisol estaban relacionados con la antipatía hacia padre, entre adictos a la cocaína. Estos resultados sugieren la posibilidad de que la experiencia infantil de abandono puede tener un efecto persistente sobre el eje HPA del adulto, y contribuir parcialmente, junto con los factores genéticos y otras condiciones ambientales, tanto para la vulnerabilidad biológica para los rasgos depresivo, los TP y el abuso de sustancias(39).

Los trastornos impulsivos de la personalidad (límite y antisocial) son politéticos, constituyen un espectro complejo de patrones de comportamiento, cuando se presenta abuso de sustancias. Hay que considerar la psicobiología del circuito de la recompensa; el funcionalismo de los lóbulos frontales. Desde la psicobiología y la genética comprenderemos mejor la relación entre estos trastornos del eje I y II; esta relación es algo más que un diagnóstico dual; asumirlo permite comprender la génesis de esta comorbilidad, y las estrategias de personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: aspectos que algo más que un diagnóstico dual, ya que incluye la comprensión del sistema dopaminérgico mesolímbico-cortical, la función adecuada de los lóbulos frontales, de la corteza cingulada (las junto a la amígdala y los hipocampos forman el llamado sistema límbico), las que supuestamente *trabajan con la incertidumbre*, y están íntimamente ligadas a la corteza prefrontal.

Motivos para el abuso de sustancias

El TAP y otros TP tienen un estilo de poliabuso que incluye alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas. Este estilo de abuso es influido por la "cultura ilegal" en la que existe una visión de un

mundo abrumador y dramático, con la necesidad de mantener la auto imagen. Estos individuos se pueden ver involucrados en el *crimen, la búsqueda de sensaciones*, todas conductas de alto riesgo. Los estados severos de TP prefieren estimulantes, cocaína y anfetaminas. Los violadores usan alcohol para *justificar sus conquistas*. Los menos severos usan cocaína y alcohol para *disminuir la depresión y la ira*.

Los motivos para el abuso en los TP son: disminuir los síntomas del T, aumentar la auto estima, disminuir los sentimientos de culpa, y aumentar sentimientos de una individualidad disminuída. Los TBP a menudo abusan en forma caótica e impredecible, se auto medican con polidrogas - alcohol e hipnóticos sedativos y tienen severos problemas con las benzodicepinas, prescritas por sus quejas acerca de la ansiedad, las que llevan a recaídas para las drogas de primera elección. Los opiáceos, alcohol, barbitúricos, calman los sentimientos intensos de rabia, vergüenza, soledad, vacío, ansiedad, y depresión. Los psicodélicos contrarrestan el aburrimiento, el vacío y la falta de sentido, e inducen a la ilusión de un self sin limites, místico y grandioso. Los estimulantes influyen en el dominio, la invencibilidad y la grandiosidad.

Hay tres vías para un modelo de "hambre de droga" (craving): 1. la recompensa o craving positivo con desregulación dopaminérgica u opioide, con estilos de P tipo búsqueda de recompensa . 2. alivio o craving negativo , con desregulación gabaérgica o glutaminérgica y un estilo de P de tipo reactividad al estrés. 3. el craving obsesivo con deficiencia serotoninérgica y un estilo de P tipo bajas contención e inhibición.(40;41).

Tratamiento de la patología dual TUS-TP

Es necesario distinguir los TUS de los TP, pero a la vez considerar que tienen rasgos comunes como el ser irresponsables, impulsivos, centrados en sí mismos, agresivos, promiscuos, incapaces de amar o de sostener relaciones empáticas cálidas. Ambos carecen de capacidad para la culpa y tienen dificultades en la percepción y la comprensión de la realidad. Cuando asocian abuso, mienten, roban, conducen intoxicados, pelean. En los períodos de abstinencias adhieren a otros tipos de conducta impulsiva como los T de la alimentación, los gastos compulsivos, el juego patológico, el sexo compulsivo, y los problemas de relación pueden incrementarse.

La adicción es un T propio y debe ser tratado en forma específica, sin embargo los TP asociados al TUS determinan cambios profundos en la percepción del self y del mundo, los que influyen negativamente en la recuperación del TUS. La preocupación por los T comórbidos llevó a la integración de los servicios especializados y a la presencia de equipos de expertos, lo que derivó en un incremento del uso de los servicios que influyen positivamente en los resultados del tratamiento. Muchas veces, los tratamientos que son eficaces en el TUS no lo son o son inapropiados para los TP, por ello las técnicas deben integrarse. En la actualidad sólo la mitad de los pacientes reciben un

tratamiento especializado en T duales.

Los predictores del éxito del tratamiento son: una relación terapéutica empática, esperanzada, continua, respetuosa, centrada en los intereses del paciente, con integración del tratamiento y coordinación del cuidado. El TP severo que complica el tratamiento obliga a anticiparse más que a reaccionar tardíamente. Los acercamientos de auto-ayuda para el TUS no son efectivos, mientras que la psicoeducación tiene un efecto muy positivo.

Un diagnóstico diferencial seguro obliga a analizar el modelo de uso de sustancias, el estilo de ajuste interpersonal, el estilo cognitivo y el modo afectivo. Si la evaluación y el ajuste del tratamiento se realiza para ambos, TUS Y TP comorbidos, esto se traduce en mejores resultados terapéuticos. Los T psiquiátricos asociados a TP severos puedan requerir tratamientos adicionales o diferentes, no hay un solo tipo de programa de tratamiento. El tratamiento apropiado depende del subtipo de T dual, del diagnóstico específico, la fase evolutiva, el nivel de agudeza, la severidad, la discapacidad, y la motivación (Senay E, Dual Diagnosis: advanced clinical applications. American Psychiatric Association 153rd Annual Meeting. day 4 - MAY 17, 2000.)

Las estrategias de tratamiento para los TP de un solo cluster se basan en la teoría del apego y en la transferencia. Cuando son varios los clusters afectados (formas más severas) generan problemas adicionales. No sorprende que los TUS-TP no cumplan o saboteen los tratamientos, dado que ambos son cuadros presentan egosintonía. Se logra un buen resultado en los tratamientos si hay adaptación y funcionamiento social adecuados, ayudado por el ajuste sistemático del ambiente físico y social, entonces los TP se hacen menos prominentes (P. Ej. usando nidoterapia), puede entonces mejorarse la adaptación, aún sin haber logrado cambios en el T de base(42).

A la vez que se alcanza la abstinencia y establecen todos los medios para mantenerla, las metas de tratamiento para TUS/TP comprenden: 1. Prevenir el suicidio y/o el homicidio; 2. La regulación emocional y conductal; 3. Eliminar conductas adictivas dañinas; 4. Integrar modelos vinculares, 5. Desarrollo de un medio físico y psicológico estable y de sostén, 6. Tratar los TP, del humor, la ansiedad y psicóticos con medicación y 7. Funcionamiento de trabajo y social en forma lo más amplia posible (24). Para lograr éxito hay que incluir la investigación del riesgo, la atención profesional especializada, un paquete de medidas terapéuticas integrado, poner énfasis en la validación y la motivación, todo asociado a un programa regular y al consejo individual, lo que permite establecer una alianza terapéutica firme, evita el abandono temprano del tratamiento y genera un contacto con el paciente por largos periodos, con mejor pronóstico, sobre todo si está asociada a la atención directa de rasgos desadaptativos y de las habilidades de afrontamiento. El tratamiento logra un mayor éxito si se implementa un marco suficientemente estructurado y seguro, combinado con programas de entrenamiento de habilidades y prevención de recaídas.

Los terapeutas deben tener gran habilidad, extensa educación y entrenamiento en psicoterapia y la farmacoterapia de los TP Y TUS; están obligados a la supervisión o consulta, deben aceptar que estos tratamientos consumen una enorme cantidad de tiempo y esfuerzo. Ante el desmejoramiento en el afrontamiento y el funcionamiento social se debe considerar que hay una asociación con índices de desgaste, dificultades para afrontar los problemas perceptivos, motivacionales e interpersonales. El programa de tratamiento debe incluir terapia conductal, de sostén y adecuados planes de cuidado estructurados para largos períodos. Se debe enfrentar la pobre adherencia y la falta de fidelidad de estos pacientes al tratamiento. Una mayoría, particularmente los T severos, no desean tratarse. Los individuos del tipo r (resistentes al tratamiento) exceden a aquellos de tipo b, que son los que buscan tratamiento, en una relación de 3 a 1(43).

Dos tratamientos psicoterapéuticos han sido probados, la Schema Focused Therapy y la DBT, originariamente diseñados para el tratamiento de los TP, los que han sido modificados para las necesidades de los pacientes con TUS-TP (44) La terapia cognitiva breve tiene resultados menos satisfactorios para aquellos con TBP que sufren de autodaño. En un estudio en el que la terapia dialéctico- conductal (TDC) fue usada con pacientes con TBP-TUS, durante tres semanas intensivas, resulto más efectiva que el tratamiento usual, en pacientes con TBP que experimentaron crisis a lo largo de su vida (41-43).

Se impone, por el alto nivel de estrés que estos pacientes producen en los terapeutas, la supervisión clínica de los miembros de los equipos que trabajan con pacientes borderline/TUS, para educarlos y apoyarlos, aunque ninguna de estas estrategias ha sido evaluada sistemáticamente todavía. Las características de los posibles predictores de la respuesta al tratamiento de pacientes con TUS han sido más estudiadas que las características personales de los terapeutas que los tratan, la investigación de las relaciones entre las características de los terapeutas y el resultado de los tratamientos es insuficiente (22).

Los sistemas más efectivos son aquellos servicios combinados dirigidos al TP y al TUS en un mismo marco de tratamiento y los menos efectivos son aquellos que utilizan servicios diferentes. El seguimiento del tratamiento de estos pacientes produce desconcierto ya que hay resultados a corto plazo positivos, a pesar que los TP por definición tienen efecto persistente y son difíciles de tratar. Es posible que los TP produzcan un efecto negativo en los resultados de aquellos con un T psiquiátrico de largo plazo, por la tendencia a una recaída y a incrementar la comorbilidad con otros TP. El TP evitativo-comórbido es un predictor fuerte de resultados positivos, en un período de 6 meses (28). Los planes de tratamiento dirigidos a múltiples áreas de necesidad, no solo al TUS, son más efectivos (26).

La selección de los tratamientos apropiados para los problemas múltiples obliga a tener en

cuenta el tiempo y la secuencia en la que se proveen. La complejidad lleva a usar más de un tipo de técnicas. Los profesionales y sus tareas con estos pacientes exige especialistas en salud mental y TUS, una alianza terapéutica firme, el manejo de la empatía, el respeto por la experiencia, los requerimientos y las necesidades de los pacientes, evitar las discusiones polémicas cuando están enojados, proveer objetivos claros generales y específicos, brindar un nivel adecuado de estructura, permitir el manejo de las ambivalencias y evitar presionar a los pacientes para que acepten el diagnóstico o la necesidad de cambio. Para retener a los pacientes en el tratamiento hay que estimular y desarrollar la motivación. La intensidad y la duración del tratamiento dependen de la gravedad del TUS-TP. Los alcohólicos con una dependencia menor demandan un tratamiento menos intenso y más breve.

La terapia intensa en internación, como primera etapa brinda resultados positivos,. Los pacientes con alta dependencia al alcohol obtienen mejores resultados con tratamientos intensivos al inicio, responden bien a la técnica de los doce pasos, asociada al apoyo de un grupo homogéneo. Hay que evaluar y organizar la atención de otras necesidades del paciente (médicas y/o de servicio social). Es imprescindible el *apoyo en los factores contextuales* como es el hecho de involucrar a "otros importantes", ayudando a los pacientes a reestructurar sus ambientes sociales, incluyendo a personas que apoyen el cambio y la abstinencia.

La psicoeducación es sumamente útil en aquellos con escaso compromiso con el tratamiento. Es necesario involucrar a la familia en la psicoeducación y en el proceso terapéutico, así como a otros miembros del sistema de apoyo social, para que fomenten la permanencia del paciente en el tratamiento. A los adolescentes con TUS hay que integrarlos en sistemas múltiples que incluyan a la familia, los pares y otros significativos.

Se impone utilizar tratamientos basados en la evidencia. Con las pacientes mujeres, hay que utilizar tratamientos específicos para el género. Los problemas prácticos que se deben abordar (objetivos específicos) son la manipulación, la rabia, las demandas, el centrarse en sí mismo y los impulsos. Muchos con cuadros severos pierden las sesiones, rechazan pagar su tratamiento, mienten, amenazan físicamente al terapeuta, son propensos al acting out agresivo a esposas, hijos y otros familiares, experimentan recaídas y baja motivación para el tratamiento. El marco de trabajo se extiende a la policía, patronos, abogados, fiscales, asistentes sociales.

Se informó de una tasa aumentada de prescripción de psicotrópicos en aquellos con diagnóstico de TP, aún después de 5-6 años de su admisión, más del 50% de los pacientes con TP tomaban dos o más medicamentos (49). La medicación se utiliza para el tratamiento de síntomas específicos, no para "curar" el TP, muchas veces con un "sprinkling" – espolvoreado, salpicado - que consiste en la dosis mínima de un antipsicótico en forma intermitente, para estabilizar los síntomas

Trastornos de Personalidad (TP) y Trastornos del Uso de Sustancias (TUS)

terapia cognitivo conductal

Sistema Disposicional terapia cognitivo conductal

Desajuste terapia cognitivo conductal

fármacos

Sistema Situacional terapia cognitivo conductal

entrenamiento de habilidades

Tratamiento Sintomático terapia cognitivo conductal

fármacos

Cuadro No VIII. Rasgos de los TP y su tratamiento (38)

Rasgos centrales

Técnicas generales

Patología formal del Self.

Patología formal interpersonal.

Rasgos específicos

Técnicas específicas

Síntomas.

Factores situacionales.

Desregulación del afecto y el impulso.

Rasgos.

Dificultades interpersonales.

Problemas del Self.

Patología dual.

Riesgo.

Cuadro No IX. Encuadre para el tratamiento de los TP (38)

Estructura operacional

Fases de tratamiento: la total secuencia de temas e intervenciones

Contención: intervenciones para contener la inestabilidad conductual y afectiva.

Control y regulación: intervenciones para reducir síntomas, controlar afectos e impulsos y mejorar el automanejo de afectos e impulsos.

Exploración y cambio: intervenciones para cambiar los factores cognitivos, afectivos y situacionales que contribuyen al problema conductual.

Integración y síntesis: intervenciones designadas para dirigirse a la patología central y forjar un nuevo sentido del self, y un self y un sistema interpersonal más integrado y adaptativo.

Estadios de cambio: La secuencia a través de la que los síntomas individuales y rasgos de los TP cambian.

Reconocimiento de los problemas: conductas o características problemáticas son reconocidas y se acuerda un compromiso preliminar de cambio.

Exploración: examen de la naturaleza, causas, y consecuencias de las conductas blanco y de los mecanismos cognitivos y afectivos involucrados.

Adquisición de alternativas: exploración e implementación de conductas alternativas.

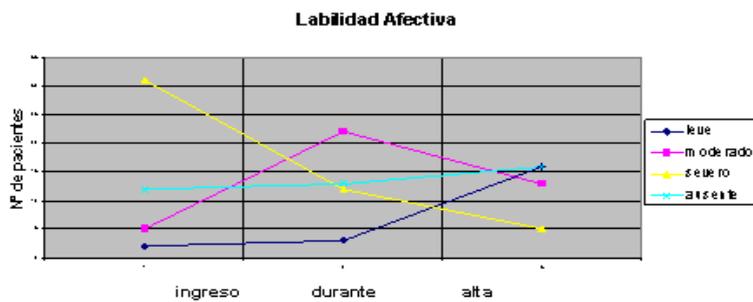
Consolidación y generalización: consolidación de un nuevo aprendizaje y su generalización a las situaciones de todos los días. Erados o leves

El tratamiento incluye todas las medidas para lograr la abstinencia y los tendientes a mantenerla en el tiempo.

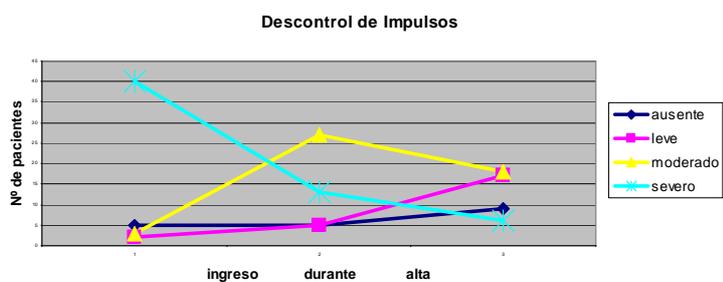
En una muestra de 50 pacientes internados en el IAEPD con TP y severos T desadaptativos y TUS. Se usó el MCM III y el IPDE para diagnosticar TP. Se evaluaron las conductas desadaptativas con 2 escalas administradas al comienzo, en la mitad y al final de la internación. El IAEPD está organizado como una Comunidad Terapéutica donde los pacientes reciben tratamiento farmacológico y psico-social. Las conductas desadaptativas mejoraron con intervenciones integradas institucionales, psicoterapéuticas, conductuales y tratamientos farmacológicos combinados. Los TP necesitan un tratamiento a largo plazo, pero una adecuada evolución con tratamientos integrados como paciente internado, facilita el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica y los contratos para la prosecución del tratamiento. De las múltiples variables(47) analizadas, se han tomado a la labilidad afectiva, el descontrol de impulsos y la ansiedad como ejemplos para medir el comportamiento desde el momento de la internación hasta el alta. Es notoria la disminución que ocurre durante el tratamiento internado en los casos graves, en especial como los síntomas severos cambian a moderados o leves (Cuadros XI; XII y XIII). El tratamiento se basa en tratamiento farmacológico y social, con psicoterapia individual y grupal, y actividades terapéuticas

complementarias en forma de tratamiento integrado para cada paciente.

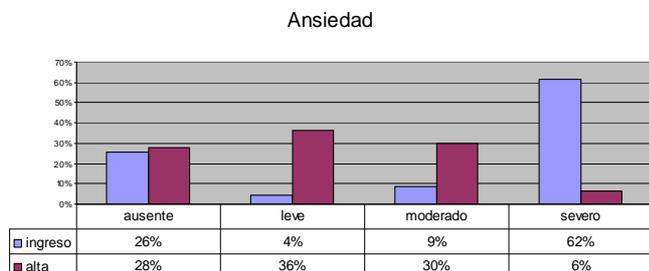
Cuadro XI



Cuadro XII



Cuadro XIII



Algunas consideraciones finales sobre tratamiento

Insistimos que es imprescindible que el terapeuta tenga en cuenta, para sostener la alianza terapéutica y lograr realizar un adecuado tratamiento de estos pacientes, que ponga especial atención en: el enfoque en la conducta del paciente, no en la explicación de su conducta; evite las luchas de poder en los equipos; reduzca sus expectativas emocionales; defina y clasifique, evitando la desvalorización; redirija el foco, alejándolo de las quejas repetidas; mantenga una posición de colaboración; no se convierta en padre o tutor; monitoree las fantasías de rescate y permita ser ayudado; ponga límites a las conductas que amenacen al paciente, a la terapia y/o al terapeuta; no recrimine, pero haga al paciente responsable de su conducta; la contratransferencia intensa es inevitable, por lo que debe buscar sostén en pares y supervisores.

EL tratamiento debe incluir psicoterapia grupal o individual a largo plazo, combinada con un programa de doce pasos y medicación que se utiliza para el tratamiento de síntomas específicos, no para "curar", muchas veces con un "sprinkling" –espolvoreado, salpicado que consiste en la dosis mínima de un antipsicótico en forma intermitente para estabilizar los síntomas psicóticos transitorios en los TBP. El tratamiento de síntomas de conductas impulsivas descontroladas requiere de inhibidores de serotonina selectivos, neurolépticos atípicos y estabilizadores del ánimo. La opción de tratamiento inicial debe abarcar la amenaza a la seguridad propia o de terceros. Esto puede requerir la inclusión de una dosis baja de neurolépticos sumada a la eficacia parcial de un inhibidor de serotonina, la que puede ser incrementada por el uso de un estabilizador del ánimo. Si el inhibidor de recaptación de serotonina no es efectivo se debe cambiar o agregar un estabilizador del ánimo sumados a un neuroléptico atípico.

Conclusiones

Existe una alta comorbilidad entre TUS y TP. En nuestro medio, el tratamiento bajo internación de la patología dual permite un mejor manejo de las conductas altamente desadaptativas, posibilitando una mejoría en el control de impulsos, labilidad afectiva, conductas suicidas, ansiedad, irresponsabilidad, control de la ira y mentira. Si bien, el tratamiento para esta patología debe ser planificada a largo plazo, el tratamiento integrado bajo internación brinda una notoria mejoría para estos pacientes con trastornos comórbidos y la base para la continuidad del mismo

Bibliografía

- (1) Koldobsky NMS. Patología dual. IAEP, editor. PERSONA (Online) www.iaepd.com.ar 8[2], 15-28. 2008.
- (2) Koldobsky NMS. Patología Dual. Persona 8[2], 15-28. 2008.
- (3) Teplin D, O'Connell T, Daiter J, Varenbut M. A psychometric study of the prevalence of DSM-IV personality disorders among office-based methadone maintenance patients. Am.J Drug Alcohol Abuse 30[3], 515-524. 2004.
- (4) FALKAI P. DELUSIONAL DISORDERS DUE TO MEDICAL CONDITIONS OR SUBSTANCE ABUSE. WPA JOURNAL VOLUME 2 SUPPLEMENT 1 . 2003.
- (5) Finley JRLBS. The Chemical Dependence Treatment- Documentation Sourcebook. 1999. United States of America, Wiley. Jongsma Jr., A. E.
- (6) Bowden-Jones O, Iqbal MZ, Tyrer P, Seivewright N, Cooper S, Judd A, Weaver T. Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. Addiction 99[10], 1306-1314. 2004.
- (7) Krampe H, Wagner T, Stawicki S, Bartels C, Aust C, Kroener-Herwig B, Kuefner H, Ehrenreich H. Personality disorder and chronicity of addiction as independent outcome predictors in alcoholism treatment. Psychiatr.Serv. 57[5], 708-712. 2006.
- (8) Trull TJ, Sher KJ. Personality disorders commonly occur in people with alcohol and drug use disorders. Evid.Based.Ment.Health 7[4], 124. 2004.
- (9) Tyrer P, Johnson T. Establishing the severity of personality disorder. Am.J.Psychiatry 153[12], 1593-1597. 1996.

- (10) Reich J. Personality Disorders. Current Research and Treatments. 2005. New York-London, Routledge.Taylor & Francis Group.
- (11) Cami J, Farre M. Drug addiction. N.Engl.J Med. 349[10], 975-986. 4-9-2003.
- (12) OMS. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Organización Mundial de la Salud, editor. 7-424. 1992. Madrid, FORMA S.A.
- (13) Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Persistent social dysfunction in anxious and depressed patients with personality disorder. Acta Psychiatr.Scand. 109[2], 104-109. 2004.
- (14) Darke S, Ross J, Lynskey M, Teesson M. Attempted suicide among entrants to three treatment modalities for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence and risk factors. Drug Alcohol Depend. 73[1], 1-10. 7-1-2004.
- (15) Shea MT, Stout RL, Yen S, Pagano ME, Skodol AE, Morey LC, Gunderson JG, McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Bender DS, Zanarini MC. Associations in the course of personality disorders and Axis I disorders over time. J Abnorm.Psychol. 113[4], 499-508. 2004.
- (16) Gunderson JG, Shea MT, Skodol AE, McGlashan TH, Morey LC, Stout RL, Zanarini MC, Grilo CM, Oldham JM, Keller MB. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, aims, design, and sample characteristics. J.Personal.Disord. 14[4], 300-315. 2000.

Ref Type: Journal

- (17) Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. Am.J.Psychiatry 156[5], 733-738. 1999.
- (18) Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. J.Pers.Disord. 18[1], 36-51. 2004.
- (19) Grigsby J, Stevens D. Neurodynamics of Personality. The Guilford Press, editor. 1-436. 2000. New York.
- (20) Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the
- (21) Kleinman A. Arch Gen Psychiatry 56[11]. 1999.

- (22) Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS. Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatr.Scand.* 102[4], 265-275. 2000.
- (23) Koldobsky NMS. Psicopatía, violencia, delincuencia y desorden antisocial de la personalidad. *Vertex X[Suplemento II]*. 1999. 99.
- (24) Gunn J. *Psychopathy: An Elusive Concept with Moral Overtones*. The Guilford Press, editor. *Psychopathy*

Antisocial, Criminal, and Violent Behavior. [2], 32-39. 1998. New York.

- (25) Arcidiacono F. Studying the practice of cooperation and collaboration within an international research project on the everyday lives of families. *Integr.Psychol.Behav.Sci.* 41[2], 139-153. 2007.
- (26) La PG, Carderi A, Marianantoni Z, Peris F, Lentini M, Taggi F. Sexual dysfunction prior to first drug use among former drug addicts and its possible causal meaning on drug addiction: preliminary results. *J Sex Med.* 5[1], 164-172. 2008.
- (27) La PG, Carderi A, Marianantoni Z, Lentini M, Taggi F. The role of sexual dysfunctions in inducing the use of drug in young males. *Arch.Ital.Urol.Androl* 78[3], 101-106. 2006.
- (28) Swendsen JD, Conway KP, Rounsaville BJ, Merikangas KR. Are personality traits familial risk factors for substance use disorders? Results of a controlled family study. *Am J Psychiatry* 159[10], 1760-1766. 2002.
- (29) Schore AN. Attachment and the regulation of the right brain. *Attach.Hum.Dev.* 2[1], 23-47. 2000.
- (30) Schore AN. Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Aust.N.Z.J.Psychiatry* 36[1], 9-30. 2002.
- (31) Allen JG, Huntoon J, Fultz J, Stein H, Fonagy P, Evans RB. A model for brief assessment of attachment and its application to women in inpatient treatment for trauma-related psychiatric disorders. *J.Pers.Assess.* 76[3], 421-447. 2001.
- (32) Blair RJ, Cipolotti L. Impaired social response reversal. A case of 'acquired sociopathy'. *Brain* 123 (Pt 6), 1122-1141. 2000.

- (33) Corrigan FM, Davidson A, Heard H. The role of dysregulated amygdalic emotion in borderline personality disorder. *Med.Hypotheses* 54[4], 574-579. 2000.
- (34) Arnsten AF, Mathew R, Ubriani R, Taylor JR, Li BM. Alpha-1 noradrenergic receptor stimulation impairs prefrontal cortical cognitive function. *Biol.Psychiatry* 45[1], 26-31. 1-1-1999.
- (35) Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J. Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen.Hosp.Psychiatry* 17[3], 192-200. 1995.
- (36) Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr.Clin North Am* 25[2], 397-viii. 2002.
- (37) Driessen M, Herrmann J, Stahl K, Zwaan M, Meier S, Hill A, Osterheider M, Petersen D. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch.Gen.Psychiatry* 57[12], 1115-1122. 2000.
- (38) Richell RA, Mitchell DG, Newman C, Leonard A, Baron-Cohen S, Blair RJ. Theory of mind and psychopathy: can psychopathic individuals read the 'language of the eyes'? *Neuropsychologia* 41[5], 523-526. 2003.
- (39) Gerra G, Leonardi C, Cortese E, Zaimovic A, Dell'Agnello G, Manfredini M, Somaini L, Petracca F, Caretti V, Baroni C, Donnini C. Adrenocorticotrophic hormone and cortisol plasma levels directly correlate with childhood neglect and depression measures in addicted patients. *Addict.Biol.* 13[1], 95-104. 2008.
- (40) de Win MM, Jager G, Booij J, Reneman L, Schilt T, Lavini C, Olabarriaga SD, den Heeten GJ, van den Brink W. Sustained effects of ecstasy on the human brain: a prospective neuroimaging study in novel users. *Brain* 131[Pt 11], 2936-2945. 2008.
- (41) de BC, Korzec A, Koerselman F, van Den BW. Craving and withdrawal as core symptoms of alcohol dependence. *J Nerv.Ment.Dis.* 192[7], 494-502. 2004.
- (42) Tyrer P, Sensky T, Mitchard S. Principles of nidotherapy in the treatment of persistent mental and personality disorders. *Psychother.Psychosom.* 72[6], 350-356. 2003.
- (43) Tyrer P, Mitchard S, Methuen C, Ranger M. Treatment rejecting and treatment seeking

personality disorders: Type R and Type S. J.Pers.Disord. 17[3], 263-268. 2003.

- (44) Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. Br.J.Psychiatry 176, 345-350. 2000.
- (45) Koldobsky NMS. Trastornos de Personalidad. Aspectos generales para su tratamiento. Koldobsky NMS, editor. 6-238. 2008. Buenos Aires, Ed. Polemos.
- (46) Koldobsky NMS. Trastorno Borderline de la Personalidad. Un desafío clínico. 9-421. 2005. Buenos Aires, Ed. Polemos.
- (47) Koldobsky NMS, Galeano A, Sanchez ME, Monti JM. Impulsividad y Agresividad: su evolución durante la hospitalización. Persona 5[1], 27-28. 2005.