

ÁREA DE PSICOPATOLOGÍA

Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual

Impulsive personalities and substance use disorders: something more than a dual diagnosis

BOLINCHES, F.*, DE VICENTE, P.**, CASTELLANO GÓMEZ, M.***, PÉREZ-GÁLVEZ, B.***, HARO, G.****, MARTÍNEZ-RAGA, J.***** y CERVERA, G.****

*Unidad de Conductas Adictivas. Área 3. Servicio Valenciano de Salud (SVS). **Unidad de Alcoholología. Áreas 16-18. SVS. ***Dirección General de Drogodependencias. Generalitat Valenciana. ****Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico de Valencia. SVS. *****Unidad de Conductas Adictivas. Área 9. SVS.

«Las personas creen ser libres simplemente porque son conscientes de sus acciones e inconscientes de las causas que determinan esas acciones»
Spinoza, siglo XVII.

RESUMEN: *Objetivo:* Los trastornos impulsivos de la personalidad están asociados frecuentemente a los trastornos por uso de sustancias, esta relación hay que entenderla en base a la vulnerabilidad que tienen estos trastornos de la personalidad para consumir sustancias, sin medir el riesgo que significa su uso, y caer en la adicción tras el consumo.

Material y método: Revisión bibliográfica acerca de los trabajos referidos a este campo de la psicopatología (desde la psicología a la psiquiatría), sin olvidar la importante aportación que las neurociencias hacen a este complejo campo del diagnóstico dual.

Resultados: Los trastornos impulsivos de la personalidad (límite y antisocial) son políthetos, con un espectro complejo de patrones de comportamiento en los que, cuando se presenta abuso de sustancias, hay que considerar la psicobiología del circuito de la recompensa y el funcionalismo de los lóbulos frontales.

Correspondencia:

GASPAR CERVERA
Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico de Valencia
Avda. Blasco Ibáñez, 17
46010 Valencia

Conclusiones: Desde estos posicionamientos psicobiológicos y genéticos, comprenderemos mejor la relación entre estos trastornos del Eje I y II del DSM-IV-TR, relación que consideramos como algo más que un diagnóstico dual, y que habría que asumir en la génesis de esta comorbilidad, así como en las estrategias de intervención.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de la personalidad. Impulsividad. Trastornos por uso de sustancias. Genética. Neurociencias. Diagnóstico dual.

ABSTRACT: *Objective:* Impulsive personality disorders are frequently associated with substance use disorders. This relationship needs to be understood on the basis of the vulnerability that individuals with these personality disorders have to use substances, without measuring the risks involved in developing an addiction after the initial use.

Material and methods: Bibliographic review on the papers on psychopathology focusing on this area (from psychology to psychiatry), without forgetting the important contribution made by neurosciences to this complex field of diagnosis.

Results: Impulsive personality disorders (borderline and antisocial) are polythetic, with a complex spectrum of behavioral patterns in which the complex psychobiology of the reward circuit and the functioning of the frontal lobes need to be considered when substance abuse is present.

Conclusion: From these psychobiological and genetic standpoints we can understand better the relationship between these Axes I and II disorders of

DSM-IV-TR, a relationship that we consider as something more than a dual diagnosis and that ought to be assumed in the genesis of this comorbidity as well as in the intervention strategies.

KEY WORDS: Personality disorders. Impulsivity. Substance use disorders. Genetics neurosciences. Dual diagnosis.

Introducción

Varios siglos antes de Cristo ya se describieron (Teofrasto, 372-288 a.c.)¹ diferentes tipos de seres humanos que presentan semejanzas con los trastornos de rasgo actuales. La relación entre la personalidad y sus bases biológicas también es más antigua de lo que se podría suponer; no olvidemos que la personalidad sanguínea (optimista y extrovertida), melancólica (pesimista y triste), flemática (impasible) o colérica (amarillo-gordo e irritable) se relacionaban, para la escuela hipocrática, con un exceso de sangre, bilis negra (del bazo), flema (mucosidad en la garganta), o bilis amarilla (del hígado). Estos rasgos hipocráticos se mantienen vigentes durante siglos hasta que Pinel primero, y otros maestros de la psiquiatría como Kraepelin, Kretschner, Schneider y Alexander, fueron integrando estos rasgos cuando son inflexibles y desadaptativos, en la psiquiatría clínica¹.

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales, constituyendo trastornos si causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Recordemos que la característica principal de un trastorno de la personalidad es un patrón persistente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y que se manifiesta al menos en dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos. Además, según los criterios DSM-IV-TR, este patrón es persistente e inflexible, se remonta al menos a la adolescencia, o al principio de la edad adulta y se extiende a una amplia gama de situaciones personales, provocando malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Sin duda el planteamiento categorial que el DSM adopta no suprime la perspectiva dimensional, en la que los trastornos de la personalidad representan variantes desadaptativas de los rasgos de personalidad

que se imbrican imperceptiblemente con la normalidad, y entre ellos mismos. Los modelos dimensionales son varios, e incluso los tres cluster del DSM (raro-excéntrico, dramático-emocional y ansioso-temeroso), también pueden considerarse dimensiones que representan el espectro de disfunciones de la personalidad en un *continuum* con los trastornos del eje I. La integración de los modelos dimensionales y sus relaciones con los categoriales son un reto que ayudará a la clínica de estos trastornos².

Los trastornos de la personalidad pueden estar sobrerepresentados en algunos grupos. Sin duda los sujetos con trastornos por uso de sustancias son uno de ellos, lo cual lleva a plantearse el problema de solapamiento de criterios diagnósticos o de diagnóstico diferencial, cuando no de jerarquía diagnóstica³.

La relación entre algunos trastornos de la personalidad y los trastornos por uso de sustancias está basada en una cuestión clave, y común a ambos trastornos, como es la impulsividad. Aunque la impulsividad aparece mencionada explícitamente entre los criterios diagnósticos de diversos trastornos, sigue presentando problemas de definición. Así se puede entender a la misma, desde su perspectiva ya clásica, como una acción rápida en ausencia de una reflexión previa o de una valoración consciente de los hechos. En la actualidad están en uso criterios más amplios, con una perspectiva bio-psico-social que incluyen: una menor sensibilidad para detectar las consecuencias negativas de una conducta, y reacciones rápidas, no planificadas, a los estímulos, antes de procesar completamente la información. Estos puntos determinan una predisposición, como parte de un patrón comportamental, más que como un acto único, y una acción rápida no planificada que sucede antes de poder sopesar deliberadamente las consecuencias de una conducta⁴.

Numerosos estudios han demostrado que los trastornos de la personalidad de tipo impulsivo son muy prevalentes entre los individuos con trastornos por uso de sustancias. En una reciente revisión³ se encuentra que el porcentaje del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en población normal es 1,7 y en adictos tratados sube a 17,7; mientras que el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP) pasa de 2,2 en población general a 22,9 en toxicómanos en tratamiento. Estos hallazgos se han confirmado en adictos no tratados, por lo cual no puede achacarse al sesgo de Berkson. La explicación a esta comorbilidad hay que buscarla en las formulaciones científicas contemporáneas de la etiología de la adicción, que deriva de una interacción recíproca continua entre la vulnerabilidad (biológica y psicológica) y las circunstancias psico-sociales por

otra. En lo que respecta al TLP y TAP se ha descrito una vía, la de la desinhibición del comportamiento, como una explicación a la forma por la cual los factores de la personalidad pueden representar un factor etiológico importante en la génesis del trastorno adictivo. Así esta vía predice que las personas con rasgos disociales e impulsivos tienen umbrales bajos para comportamientos desviados como son los trastornos por uso de sustancias. Muy probablemente la relación de la desinhibición del comportamiento lleva a un trastorno adictivo más temprano, deficiente socialización, fracaso escolar y relaciones con iguales. En el ámbito biológico se asocia esta vía a déficit en los sistemas serotoninérgicos³.

La impulsividad en los trastornos de la personalidad y la dependencia de sustancias

Los conocidos como trastornos impulsivos de la personalidad son el TLP y el TAP. Con respecto al primero es un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, con una notable impulsividad. En lo que respecta al TAP predomina un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás, en el que también la impulsividad constituye un criterio diagnóstico muy prevalente².

El TLP es una de las entidades clínicas que mayor interés despierta en la práctica psiquiátrica actual, interés que trasciende los ámbitos asistenciales y lleva a la creación de asociaciones, existiendo, cuanto menos, dos asociaciones en nuestro país (una catalana y una madrileña) de ayuda a la investigación del TLP.

La prevalencia del TLP en población general es de un 2%, se diagnostica con preferencia en mujeres (sobre un 75%) y forma el grueso en las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad (30 al 60%).

Existe, para algunos autores, un subtipo de TLP que sería el impulsivo, caracterizado por un predominio de dos criterios, el 4 (impulsividad en al menos dos áreas, potencialmente dañina para sí mismo) y el 5 (comportamientos, intento o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de auto mutilación), de los nueve criterios diagnósticos dados por el DSM-IV-TR. Con respecto a este subtipo impulsivo del TLP, dicho trastorno se definiría mejor como un trastorno del espectro impulsivo (como el trastorno por uso de sustancias o el otro trastorno impulsivo de la personalidad, el TAP) con una tendencia a la acción. Otros criterios, como el déficit cognitivo o las dificultades intermiten-

tes con la vivencia de realidad (noveno criterio, que fue añadido en el DSM-IV), podrían también presentarse. Este modelo de clasificación, en distintos subtipos de trastornos, puede ser útil como una forma de definir distintos tipos de TLP y para planificar un tratamiento adecuado y consecuente. De cualquier forma se han establecidos unas variables pronósticas negativas entre las que figuran la impulsividad o el abuso de sustancias⁵.

El TAP también tiene una definición política, lo cual significa que de los siete criterios diagnósticos deben de estar presentes al menos tres de ellos, y lleva a que exista un espectro complejo de patrones de comportamiento, de forma que el trastorno puede ser leve y modificable, o grave e incurable⁶.

El TAP presenta una prevalencia del 3% en hombres y del 1% en mujeres, si hablamos de población general. Sus criterios diagnósticos exigen tres, o más, de una serie de ítems entre los que figura, como punto 3, la impulsividad o incapacidad para planificar el futuro. Por supuesto que un paciente con los rasgos 2, 3 y 6 (deshonesto, impulsivo e irresponsable) será socialmente más adaptativo que uno que presente los criterios 4, 5 y 7 (irritabilidad y agresividad, despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás y falta de remordimientos)^{5,6}.

Un problema clásico del TAP es la relación entre el eje I, en este caso el trastorno por uso de sustancias y el rasgo disocial. En este sentido el DSM-IV-TR a la hora de hacer el diagnóstico diferencial tiene en cuenta que no se debe de hacer el diagnóstico de TAP en los drogodependientes si los rasgos no comenzaron en la infancia y continuaron en la edad adulta². Esta preocupación de falsos positivos continúa en la actualidad, como prueba de ello un reciente trabajo cuyo título es esclarecedor: «*¿Deberían los criterios diagnósticos de trastorno disocial del DSM-IV tener en cuenta el contexto social?*»⁷.

En lo que concierne al abuso / dependencia de sustancias, es una conducta compleja, con fuertes cargas ambientales y culturales por un lado; y biológicas, por el efecto de las sustancias en los circuitos de la recompensa, por el otro extremo. Pero la impulsividad, en base a los estímulos ambientales o al estrés, es sin duda una variable a tener en cuenta. De hecho en pacientes impulsivos (pirómanos y trastornos explosivos intermitentes), se encontraron índices superiores de consumo abusivo o de dependencia de sustancias que en población general. Por otra parte, en pacientes con trastorno con uso de sustancias se encontraron niveles superiores de impulsividad y los más impulsivos dependían de más sustancias⁴.

Genética y neurociencias de los trastornos impulsivos de la personalidad

En la actualidad no hay dudas que los factores genéticos influyen considerablemente en los caracteres complejos del comportamiento humano, lo cual posiblemente generó polémica por un concepto erróneo de la heredabilidad. Hoy se sabe que la influencia genética del comportamiento es únicamente esto, una influencia o un factor, no algo preprogramado o determinístico. La influencia ambiental generalmente es tan importante como la genética.

A nivel psicopatológico los estudios de gemelos y de adopción, apuntan en general a una influencia genética, especialmente para trastornos graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar del estado de ánimo. Otros trastornos como el trastorno por déficit de atención y del comportamiento incluye un trastorno heredable, el trastorno de hiperactividad con déficit de atención.

Con respecto a los trastornos de la personalidad la mayoría de las investigaciones se han centrado en el tipo antisocial, encontrándose que desde la adolescencia hasta la edad adulta la influencia genética aumenta y disminuye la del ambiente. También se han encontrado asociaciones entre varios genes candidatos y rasgos de personalidad como la búsqueda de novedades y la agresión impulsiva.

De cualquier forma los genes no son el destino, representan progresiones probabilísticas, no progresiones determinantes sobre todo para caracteres complejos (¿y hay algo más complejo que la conducta humana?); además cuando se habla de efectos genéticos se habla de efectos medios sobre la población, no sobre individuos en particular, y es erróneo pensar que las explicaciones ambientales son buenas y las genéticas peligrosas. El ambientalismo, predominante durante mucho tiempo, ha causado mucho daño, y hay que recordar que la Asociación Americana de Psicología reconoció que la genética del comportamiento es uno de los dos temas que mejores expectativas de investigación psicológica tienen⁸.

Los hallazgos más interesantes en los trastornos impulsivos de la personalidad, desde la perspectiva neurobiológica, están en relación al trauma traducido por un abuso crónico o precoz que involucran a este trastorno con los trastornos por stress postraumático, los cuales centran su acción en el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS), que es en buena medida el regulador de la respuesta central neuroendocrina ante el stress. Las técnicas para estudiar este eje van del conocido test de supresión con dexametasona (DST), a

la densidad de receptores glucocorticoides (RG). En conjunto parece que los trastornos de la personalidad, que no padecen diagnósticos comórbidos de stress postraumático ni de depresión mayor, presentan un descenso del cortisol basal e hipersupresión del cortisol, junto a un aumento de la densidad de RG. Los dos primeros hallazgos pueden ser un marcador de trastorno de la personalidad, mientras que el descenso de la densidad de los RG podría servir como medición del estado asociado con el estrés postraumático.

Llegados a este punto hay que valorar sistemas, que desde la perspectiva neuroendocrina, actúan sobre la vía o eje HHS. El sistema serotoninérgico es quizás el que más modula este eje y viceversa, por otra parte los niveles altos de cortisol dan lugar a un aumento de la actividad triptófano-hidroxilasa que es la enzima limitante de la formación de serotoninina⁹.

Para cerrar esta visión neuroendocrina hay que citar una reciente revisión¹⁰ sobre el trastorno por consumo de sustancias en pacientes con trastorno por estrés postraumático; lo cual nos ayuda a completar el circuito de trastorno de la personalidad, adicción y trastorno por estrés postraumático, que los clínicos vemos con frecuencia. En este trabajo se concluye que la investigación clínica sugiere que en estos pacientes la activación fisiológica de la abstinencia, especialmente a los depresores del SNC, podría ser mucho más fuerte (insopportable incluso), debido al efecto sumatorio que lleva a altos niveles de hormona liberadora de corticotropina (CRH), especialmente en la amígdala.

Otras técnicas neurocientíficas que están aportando datos son las de neuroimagen; en conjunto muchos de los datos de los estudios con tomografía por emisión de positrones (PET) parecen apoyar la hipótesis de que el control disminuido de la impulsividad y agresividad parece correlacionarse con una actividad metabólica disminuida en la corteza frontal orbital, y con algún descenso añadido en las áreas corticales circundantes y en los lóbulos temporales. A esto hay que añadir alteraciones en la actividad serotoninérgica, siendo importante recordar que la corteza frontal, así como el lóbulo temporal, tienen una rica innervación de neuronas serotoninérgicas. Estos datos nos permiten delimitar algunas de las alteraciones neurobiológicas que subyacen detrás de los síntomas de impulsividad y del mal control de la agresividad, que se observan en estos subgrupos de trastornos impulsivos de la personalidad^{10,11}.

La relación entre la personalidad y la adicción no se basa, solamente, en estudios clínicos y epidemiológicos. Los estudios neurobiológicos han llegado a conclusiones que nos permiten comprender mejor el tema. Así

se cree que el sistema dopaminérgico mesolimbocortical es especialmente importante para la función adecuada de los lóbulos frontales, y que la corteza cingulada (que junto a la amígdala y los hipocampos forman el llamado sistema límbico) que supuestamente trabaja con la incertidumbre, está íntimamente ligada a la corteza prefrontal¹¹. Recordemos que el circuito de la recompensa está muy imbricado con el sistema límbico¹².

Los lóbulos frontales que son cruciales para cualquier comportamiento finalista de orden superior (identificar el objetivo, proyectar la meta y establecer planes para lograr tales objetivos, controlar las consecuencias para ver que todo se ha conseguido tal como se pretendía); tienen más que ver con nuestra personalidad que cualquier parte del cerebro, y su daño produce un cambio en la personalidad, por lo cual, en buena medida las diferencias en los estilos de toma de decisiones deben de relacionarse con las diferencias en la autonomía y la química de estos lóbulos. En este sentido se ha encontrado una reducción del 11% en la materia gris de los lóbulos frontales en TAP^{11,13}.

Los hallazgos genéticos determinan que un mínimo de 10 genes son candidatos a tener relación con los rasgos de un trastorno de la personalidad, siendo la impulsividad uno de los rasgos más estudiados. En esta línea hay prometedoras líneas de investigación^{8,9} que permiten identificar la relación entre los genotipos relacionados con la transmisión serotoninérgica y la conducta agresiva-impulsiva.

Cada día se comprende mejor que la patogenia de los trastornos de la personalidad es multifactorial y se basa en los trastornos impulsivos, en la interacción de múltiples genes con antecedentes personales, en los casos más graves, de abuso o trauma. A nivel global la relación entre los trastornos por uso de sustancias y el diagnóstico dual, entre los que predominan los trastornos impulsivos de la personalidad, son, y serán todavía más en el futuro, un problema clínico de primera magnitud, y a su vez un campo abierto a la investigación en neurociencias. En este sentido los trastornos de personalidad después de décadas de escaso interés para la psiquiatría, están recobrando la importancia que nunca debieron perder y más si inciden sobre la evolución de otros trastornos en eje I^{1-3,5,14}.

Sin duda está por resolver la relación entre trastornos en eje I y eje II, e incluso hasta qué punto otras variables como es el caso de la impulsividad influyen en la génesis y evolución de estos trastornos. En el futuro, una mayor precisión diagnóstica y la comprensión de la psicopatología y psicobiología de estos trastornos, nos permitirán avanzar en su clasificación y tratamiento.

Estrategias de intervención

La asociación de un trastorno adictivo y ciertos trastornos de la personalidad comórbidos predicen, para algunos autores, una mala respuesta al tratamiento. Frente a ellos, otros autores³, aun reconociendo que estos trastornos se relacionan con mayor gravedad del trastorno adictivo, piensan que estos pacientes se benefician del tratamiento al menos tanto como los que no tienen esta comorbilidad.

En lo que respecta a estos trastornos de personalidad impulsivos (TLP y TAP) y de forma independiente a la posible toxicomanía comórbida, sus formas más graves pueden representar un riesgo de autolesiones y suicidio (cuando no de otras formas de muerte violenta) incluso mayor que la esquizofrenia^{5,6,14,15}. Para algunos autores estos diagnósticos pueden ser formas psicopatológicas muy relacionadas y las diferencias están probablemente relacionadas con el sexo, tanto desde una perspectiva genética como ambiental. Esta diferencia puede verse influida por las experiencias ambientales que fomentan la socialización en niñas y la competencia en las actividades de los niños¹⁶.

Groso modo se establece que el TAP (por lo menos en sus formas más graves), es relativamente resistente, con respecto a la comorbilidad que puede padecer el paciente (en este caso la toxicomanía), debe de ser tratado mediante los abordajes convencionales. En este sentido se considera la capacidad para cumplir el contrato terapéutico (acudir a las visitas concertadas y no hacerlo bajo el efecto de sustancias por ejemplo), o el nivel de funcionamiento (la escala global de funcionamiento se ha demostrado como un útil predictor), junto al compromiso para el cambio, paradigma muy conocido para los profesionales que trabajan en trastornos adictivos, como indicadores de un posible buen pronóstico. También se ha considerado el grado de antisocialidad como un factor de primer orden en lo que respecta a la comorbilidad entre TAP y trastorno por uso de sustancias, por lo cual hay que calibrar muy bien hasta qué punto el uso de sustancias «obliga» a una conducta antisocial, que puede reducirse o desaparecer tras la abstinencia^{5,6,13}.

En lo que concierne al TLP hay que comenzar con un interrogante, ¿qué tipo de TLP presenta? Ya con el DSM-III se publicó que había 56 formas en que un paciente podía recibir el diagnóstico de TLP en base a los 8 criterios políticos. Estas 56 formas aumentan con los 9 criterios que hoy tiene el DSM-IV-TR. Sin llegar a estas 56 formas, cada día se imponen más cinco subtipos de TLP, entre los que destaca el tipo impulsivo^{5,6,15}.

Como en la práctica muchos pacientes con trastorno de personalidad presentan más de un diagnóstico, siendo especialmente frecuente la asociación antisocial-límite (quizá por su raíz común de un trastorno de la impulsividad); a la hora de establecer las estrategias de intervención lo haremos desde una perspectiva integradora (psicoterapéutica y farmacológica), y con un enfoque diana en los síntomas, entre los que destacan los impulsivos-conductuales, siempre presente en estos pacientes. La perspectiva integradora se basa en impresiones clínicas, pues muchos pacientes con trastorno de la personalidad parecen presentar una evolución mejor con ella, en base a que los fármacos pueden incidir sobre el temperamento, sobre los síntomas diana específicos y, como es lógico, sobre los trastornos comórbidos del eje I.

Antes de continuar hay un problema de base que es la existencia de un terapeuta o dos. A este nivel y por diversos motivos (desde el cambio de la orientación clínica, hasta la integración de diversos profesionales), cada vez se tiende más a un modelo bipersonal, cuyo manejo de riesgos y demás cuestiones consideraremos más adelante. De cualquier forma resaltar que ningún fármaco puede tratar con eficacia un trastorno de la personalidad, sin una intervención psicoterapéutica asociada^{5,6}.

La actuación de algunos psicofármacos sobre el temperamento se basan en el modelo de Cloninger que determina que aproximadamente el 50% de la personalidad puede atribuirse al temperamento, fuertemente determinado por variables genéticas; y que fármacos como los ISRS, el litio, los neurolépticos y algunos anticomiciales, pueden modificar variables temperamentales como la impulsividad. De cualquier forma la orientación integradora tiene que tener en cuenta los síntomas diana. En primer lugar consideraremos que los síntomas cognitivo-perceptivos, como las ideas de referencia, despersonalización, desrealización y otras formas del trastorno del pensamiento, responden bien a los neurolépticos atípicos y dosis altas de fluoxetina.

Los síntomas impulsivo-conductuales responden a ISRS (solos o con neurolépticos a dosis bajas), valproato sódico y otros anticomiciales (gabapentina, topiramato, etc.), o incluso a naltrexona. Por último, el clonacepan en compañía de un ISRS también puede constituir una pauta apropiada, pero controlando la capacidad adictiva de esta benzodiacepina.

Por último, entre los síntomas diana figuran los afectivos que son tratados con ISRS^{1,4,5}. Hay que re-

saltar que los ISRS, como se ve, son fármacos de elección por su relativamente baja toxicidad y escasa aparición de efectos secundarios, así como por el apoyo empírico relativamente sólido a su eficacia¹⁶.

De cualquier forma esta separación de los tres síntomas diana no es tan clara, en un estudio longitudinal se vio que los TLP recibían 3,5 fármacos de media (¿terapia en perdiguada?), además la duración del tratamiento añade dificultades al tema^{1,5}.

Clínicamente se ha considerado que los trastornos en Eje I son egodistónicos y provocan malestar subjetivo en el paciente; mientras que los del Eje II se consideran trastornos egosintónicos, y por tanto es más probable que provoquen malestar en los demás. Sin embargo cada día hay mayor evidencia que los sujetos con trastornos de la personalidad presentan un malestar significativo y que probablemente no se supo comprender la idiosincrasia de estos trastornos, llegando a un punto de rechazo mutuo entre los afectados y los terapeutas, por lo cual no terminaríamos de forma adecuada este apartado de estrategias de intervención sin entrar en dos temas como son el manejo de las crisis y la flexibilidad, tan frecuentes en los trastornos de personalidad en general y en los TLP en particular. Con respecto a las crisis es importante hacer una prevención con identificación de sus desencadenantes. Como estos pacientes son muy sensibles al stress ambiental, es importante analizar cuidadosamente que situaciones particulares ambientales se sabe que son estresantes; entendiendo por crisis, algunos tipos de comportamiento, como la conducta suicida o autolesiva. También el comportamiento violento, la conducta desinhibida o peligrosa, pueden ser incluidas.

En lo concerniente a la flexibilidad, es fundamental pues estos pacientes presentan frecuentes fluctuaciones en cuanto al estado de ánimo, su motivación hacia el tratamiento, etc. En este sentido se han descrito una serie de intervenciones que incluyen: la contención, el apoyo, la estructura, el compromiso y la validación. Estas cinco funciones terapéuticas inherentes al tratamiento de pacientes con TLP, utilizadas de forma flexible y adecuada, nos sirven como pautas conceptuales y prácticas^{6,16}.

Para terminar recordar que en la última década se ha reconocido la elevada prevalencia de estos pacientes en poblaciones clínicas (la mayor de todas entre los trastornos por uso de sustancias), el elevado coste personal, familiar y social y la incapacidad que suponen estos trastornos, así como en la eficacia de los nuevos enfoques terapéuticos^{1,5,14,16}.

Bibliografía

1. Gradillas V. Trastornos de la personalidad en la práctica clínica. Barcelona: Masson ed., 2002.
2. López-Ibor JJ, Valdés M. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson ed., 2002.
3. Verhuel R. Comorbilidad de trastornos de la personalidad en individuos con trastorno por uso de sustancias. *Eur Psiquiatry (Ed Esp)* 2001;8:520-9.
4. Moeller FG, Barrat ES, Dougherty DM, et al. Aspectos Psiquiátricos de la impulsividad. *Am J Psychiatry (Ed Esp)* 2002;5:65-75.
5. Kay J. Tratamiento integrado de los trastornos psiquiátricos. Barcelona: Ars Médica ed., 2002.
6. Gunderson JG, Gabbard GO. Psicoterapia de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ars Médica ed., 2002.
7. Wakefield JC, Pottick KJ, Kirk SA. ¿Debían los criterios diagnósticos de trastorno disocial del DSM-IV tener en cuenta el contexto social? *Am J Psychiatry (Ed Esp)* 2002;5:335-41.
8. Plowin R, Defries JC, McClean GE, McGuffin P. La genética de la conducta. Barcelona: Ariel Ciencia ed., 2002.
9. Silver LS, New AS, Kirrane R, et al. Nuevas estrategias para la investigación biológica de los trastornos de la personalidad. En: *Advance Selected Topics in Psychiatry*. Barcelona: American Psychiatric Press ed., 2002.
10. Jacobsen LK, Southwick SM, Koster TR. Trastorno por consumo de sustancias en pacientes con trastorno por estrés postraumático: una revisión bibliográfica. *Am J Psychiatry (Ed Esp)* 2001;4:280-7.
11. Goldberg E. El cerebro ejecutivo. Madrid: Drakontos ed., 2002.
12. Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J. Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. *Trastornos Adictivos* 2001;3:17-25
13. Raine A, Sanmartín J. Violencia y psicopatía. Barcelona: Ariel ed., 2000.
14. Kosky N, Thorne P. Trastornos de la Personalidad. Las reglas del contrato. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice (Ed Esp)* 2002;1:19-22.
15. Sansone RA, Songer DA, Gaither GA. Aproximación diagnóstica a la personalidad borderline y su relación con la conducta autolesiva. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice (Ed Esp)* 2002;1:95-100.
16. Gunderson JG. Trastorno límite de la personalidad: guía clínica. Barcelona: Ars Médica ed., 2002.