

ÁREA DE PSICOPATOLOGÍA

La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad

The comorbidity between the impulse-control disorders, the substance use disorders and the personality disorders

CERVERA MARTÍNEZ, G.*; RUBIO VALLADOLID, G.**; HARO CORTÉS, G.*; BOLINCHES CLARAMONTES, F.****;
DE VICENTE MANZANARO, P.***, y VALDERRAMA ZURIÁN, J. C.***

Unidad de desintoxicación hospitalaria. Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. **Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital «12 de Octubre» de Madrid. *Unidad de Alcohología. Dirección de Atención Primaria. Área 18. Dirección General para la Prestación Asistencial. Subsecretaría para la Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. ****Unidad de Conductas Adictivas. Dirección de Atención Primaria. Área 13. Dirección General para la Prestación Asistencial. Subsecretaría para la Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.*

RESUMEN: *Objetivo:* avanzar en el conocimiento de la comorbilidad existente entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad, así como en las dificultades de su jerarquización diagnóstica y orientación terapéutica.

Material y método: revisión bibliográfica que incluye los aspectos diagnósticos y estadísticos de estos tres grupos de trastornos, su análisis psicopatológico y los posibles substratos psicobiológicos.

Resultados: existen varios aspectos psicobiológicos comunes entre estos trastornos, destacando la dimensión impulsiva de la personalidad, importante para los trastornos del control de los impulsos y los trastornos relacionados con el uso de sustancias, y determinados neurotransmisores, como el sistema serotoninérgico. La categorización de estos trastornos es controvertida pues entre los extremos de comorbilidad/copresentación morbosa existen múltiples posibilidades intermedias. La orientación terapéutica debe basarse en la sustancia y el trastorno de la personalidad, sin descartar el tratamiento de la impulsividad que frecuentemente presentan.

Conclusiones: con el conocimiento de la frecuente comorbilidad, y su valoración en el marco de la historia clínica, se podrá realizar un diagnóstico y abordaje integrado de estos trastornos.

PALABRAS CLAVE: Trastornos de la personalidad. Trastornos por uso de sustancias. Trastornos del control de los impulsos. Comorbilidad. Impulsividad.

ABSTRACT: *Objective:* to advance in the knowledge of the comorbidity of the Impulse-Control Disorders, Substance-Related disorders and Personality Disorders, as well as in the difficulties of its hierarchical diagnose and therapeutic guidance.

Material and method: bibliographical review enclosing the diagnostic and statistical aspects of these three disorders groups, their psychopathological analysis and their psychobiological substratum.

Results: there are some common psychobiological aspects as the impulsive dimension of personality, significant for the Impulse-Control Disorders and the Substance-Related Disorders, and certain neurotransmitters, as the serotonergic system. There is controversy in the categorisation of these disorders because there are a lot of halfway possibilities between the comorbidity/co-presentation extremes. The therapeutic guidance has to consider mainly the substance and the personality disorders, without excluding the treatment of the impulsivity.

Correspondencia:

GASPAR CERVERA MARTÍNEZ.
Servicio de Psiquiatría.
Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Avda. Vicente Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia.
e-mail: valderra@setox.org

Conclusions: the unitary diagnose and guidance will be obtained by the knowledge of the frequent comorbidity and its valuation in the case-history framework.

KEY WORDS: Personality Disorders. Substance-Related Disorders. Impulse-Control Disorders. Comorbidity. Impulsive Behavior.

Introducción

La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos (TCI), los trastornos relacionados con sustancias (TRS) y los trastornos de la personalidad (TP) son una constante de la práctica clínica y con frecuencia cuestiona el carácter independiente derivado de su clasificación como entidades separadas.

El término impulso, de origen psicodinámico, manifiesta la disposición a actuar para disminuir la tensión de un instinto, o por el descenso de las defensas contra ellos. *Los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados (DSM-IV)* son un grupo diagnóstico heterogéneo en el que predomina la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. Una característica común es la sensación de tensión o activación interior previa, para pasar tras la consumación al placer, gratificación o liberación. Es frecuente el arrepentimiento, autorreproches o culpa, e incluye este grupo al trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía, juego patológico, tricotilomanía y al trastorno del control de los impulsos no especificado. Estos trastornos tienen en común el síntoma impulsivo intenso y maladaptativo al que el individuo no sabe resistirse¹.

Los trastornos relacionados con sustancias tienen muchas implicaciones en la investigación sobre las llamadas neurociencias. De forma sencilla estos trastornos se deben al consumo abusivo de una determinada sustancia; tal simplificación del fenómeno no responde a la cuestión del por qué sólo algunas personas, y no otras, presentan estos trastornos. En la actualidad los modelos que intentan explicar la etiología de estos trastornos tienen razonamientos basados en las teorías psicosociales, psicodinámicas, conductuales y biológicas.

Un autor psicodinámico (Glover, 1932) fue uno de los pioneros en destacar el papel de los impulsos agresivos en el abuso de sustancias². Los TRS tienen un elemento intrínseco, el *craving* que podría ser considerado un nexo de unión entre los impulsos y la per-

sonalidad. El DSM-IV considera al *craving* como un criterio diagnóstico, de los generales, de dependencia de sustancias psicoactivas, y ha sido conceptualizado en base a dos modelos. El modelo basado en la evitación de los efectos negativos de la abstinencia, propuesta no utilizable en los casos que la abstinencia está superada —con la crítica hecha desde los posicionamientos de abstinencias tardías en los opiáceos—, y el modelo sustentado en los efectos positivos asociados al consumo. Ambos modelos comparten principios básicos comunes entre los que destaca la existencia de ciertas respuestas fisiológicas y también respuestas condicionadas a señales asociadas a la sustancia, como explicación básica.

Tradicionalmente la medicina analiza la enfermedad como algo que ocurre en el cuerpo del sujeto enfermo olvidando en parte la personalidad, pues tal como manifestó Sydenham, uno de los padres de la medicina moderna, «las enfermedades agudas son un trastorno de la naturaleza corporal, pero en las crónicas es fundamental la participación de la personalidad del hombre»³. Este autor permite entrar en la última parte de esta tríada, *los trastornos de la personalidad*, que no están categorizados nosológicamente a partir de planteamientos teóricos, sino de agrupamientos de síntomas y alteraciones de conducta que se pueden observar en distintas poblaciones de pacientes; lo que no hace más que reflejar la ausencia de una teoría unificada sobre la personalidad y sus trastornos, y consecuentemente de una base psicobiológica, que explique el sufrimiento y la inadaptación de estos pacientes. La relación entre el control de impulsos y los trastornos de la personalidad es tal que antes del DSM, dos sistemas teóricos de clasificación (Kernberg y Millon) citaban la pérdida del control de impulsos como la primera, de una serie de características, para clasificar la gravedad del trastorno de la personalidad⁴.

Los criterios diagnósticos generales para un TP son los de un patrón persistente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto.

Este patrón, además de reunir cinco condicionantes (persistente e inflexible, provocar malestar clínicamente significativo o deterioro en diversas áreas, etc.) se manifiesta en dos (o más) de las dimensiones siguientes:

1. Cognición.
2. Afectividad.
3. Actividad interpersonal.
4. «Control de los impulsos».

No es necesario resaltar la importante correlación que hay entre los trastornos de la personalidad y los

de control de los impulsos del DSM-IV, sobre todo los del Cluster B que incluye a los que se caracterizan por su dramatismo, emotividad e inestabilidad⁵.

La frecuente comorbilidad entre los tres trastornos (control de los impulsos, relacionados con sustancias y de la personalidad) se entiende como la existencia de una clínica conjunta o sucesiva (sintomática o sindrómica) de origen patoplástico, y que puede explicarse por la falta de teorías específicas sobre la historia natural de estos trastornos⁶.

Aspectos psicobiológicos

Sin duda este apartado de psicobiología difícilmente podría haberse realizado hace unos años, pues tanto los trastornos por uso de sustancias, como los del control de impulsos, y los de personalidad, estaban fuera de lo biológico.

Con respecto a la *personalidad* sin entrar en los diferentes modelos teóricos de Eysenck, Cloninger y Siever & Devis (ver revisión de Carrasco)⁷, destacan las bases biológicas de algunos elementos claves en la organización de la misma.

En primer lugar la *organización cognitiva*, que es sin duda la dimensión de la personalidad más condicionada por los procesos del aprendizaje durante el desarrollo, y por lo tanto, por la influencia del medio.

Numerosos hallazgos permiten sustentar la hipótesis de que la actividad dopaminérgica en los lóbulos frontales está relacionada con el funcionamiento cognitivo básico. La presencia de estas características deficitarias del pensamiento se asocian a indicadores biológicos de déficit de función frontal que se refleja en una disminución de la amplitud de la onda P300 de los potenciales evocados y agrandamiento de ventrículos cerebrales. Estos déficits cognitivos incluyen la capacidad para discriminar los contenidos emocionales de los estímulos y conceptos, y podrían explicar las dificultades de los individuos con rasgos antisociales para apreciar los mensajes emotivos tanto de necesidad afectiva propia y de otros, como de castigo. También podrían explicar algunas de las interpretaciones suspicaces y/o respuestas hiperemotivas que los trastornos de la personalidad antisocial y límite presentan ante estímulos del ambiente. Los sujetos que muestran una disfunción en la organización cognitiva se encuentran, sobre todo, entre los TP esquizoides, esquizotípicos, antisociales y probablemente algunos límites. La característica clínica común de todos ellos sería una deficiente interpretación de la realidad externa.

En segundo término, la *dimensión exploratoria* que estaría ligada a conductas como la sociabilidad, la tendencia a la acción, la escasa reflexión, la intolerancia a la monotonía, junto a la necesidad de estímulos excitantes para mantener un buen tono vital.

Algunos hallazgos permiten deducir que la dimensión exploratoria está relacionada con la actividad dopaminérgica subcortical o los niveles de testosterona, mientras que la función de la noradrenalina está menos clara. Sin embargo, el indicador biológico más relacionado con este rasgo es la actividad monoaminoxidasa (MAO) plaquetaria. En resumen, la dimensión exploratoria se rige por los sistemas que regulan el nivel de arousal (en especial la actividad de noradrenalina) y los sistemas que regulan la actitud psicomotora (en especial la actividad de la dopamina). Otros factores individuales, como las características hormonales, podrían influir en la manifestación de este rasgo. La afectación clínica de la disfunción de esta dimensión estaría relacionada con el síndrome de hiperactividad, déficit de atención y con los trastornos límite, histriónico y antisocial, de la personalidad.

Otra parte a tener en cuenta es la *dimensión anímica*, que de forma metafórica se podrían calificar como la que colorea toda la actividad psíquica del individuo. La acetilcolina (Ach) y la serotonina (5-HT) están implicadas en la regulación del tono anímico endógeno. Así se ha demostrado que los individuos con trastornos de la personalidad, caracterizados por un alto grado de inestabilidad anímica, tienen una hipersensibilidad colinérgica. En la misma línea está la serotonina, de forma que los fármacos serotoninérgicos son un eficaz estabilizador del ánimo en sujetos con trastornos de la personalidad emocionalmente inestables, entre los que hay que destacar a los límite e histriónicos.

Una dimensión básica en este estudio psicobiológico de la personalidad es la *dimensión impulsiva*. La transformación de la vivencia psíquica en conducta está modulada por la impulsividad que puede ser expresada, en los casos extremos, por intentos de suicidio, accesos de ira o abuso de sustancias. Los estudios genéticos han demostrado la existencia de una herencia de la dimensión impulsividad, mucho mayor que la herencia global del trastorno de la personalidad como tal. La dimensión impulsividad tiene claros fundamentos biológicos entre los que el sistema serotoninérgico es clave. La afectación clínica de los trastornos de la dimensión impulsiva serían los trastornos límite, histriónico y antisocial de la personalidad, así como otros trastornos del control de los impulsos y trastornos por uso de sustancias. Para algunos autores esto incluye otras conductas adictivas que estarían en-

tre los trastornos del control de impulsos y los trastornos por uso de sustancias, con lo cual se entraría en el concepto de adicción.

Por último, la *dimensión ansioso/temerosa* regula la conducta de evitación al peligro y parece estar regulada por una hiperactividad del receptor serotoninérgico postsináptico. Su repercusión en la clínica se centra en los trastornos de la personalidad por evitación, por dependencia y obsesivo.

La relación entre las diferentes dimensiones de la personalidad no está suficientemente aclarada, pues los neurotransmisores y vías implicadas no son específicas, además todos los sistemas neurobiológicos están interconectados de tal forma que la activación de unos influye sobre los otros, y participan mutuamente en su regulación.

Respecto al *trastorno de control de los impulsos*, algunos autores⁸ señalan, a nivel general, un predominio de los hallazgos que demuestran alteraciones en los sistemas serotoninérgicos. En este sentido, para este autor, se encuentran los estudios realizados por Virkunnem (1987) en pirómanos; Moreno, Saiz et al (1992) en ludópatas y en cierto sentido, pues lo único demostrado es una respuesta eufórica («high») a un agonista serotoninérgico, en la tricotilomanía. En la cleptomanía y en otros trastornos «candidatos» a ser incluidos en los TCI como las compras compulsivas y el trastorno por atracón, no se disponen de datos.

Entre las posibles *causas biológicas* de los TCI, especialmente en aquellos pacientes que presentan una conducta claramente violenta, hay disfunciones en áreas cerebrales específicas como el sistema límbico, y la mediación de ciertas hormonas, en especial la testosterona. En algunos trabajos se ha señalado una relación entre la epilepsia del lóbulo temporal y ciertas conductas impulsivas violentas. Hay múltiples pruebas que indican que el sistema serotoninérgico podría mediar en los síntomas más evidentes del descontrol de los impulsos^{7,8}.

La hiposerotonergia encontrada en los TCI, ocasiona que haya una buena respuesta a los fármacos potenciadores de la serotonina (ISRS), la cual no se presenta en todos los trastornos, ni en todos los pacientes del mismo tipo de trastorno, por lo que se sospecha que existe una heterogeneidad biológica en los TCI todavía no resuelta, eso sin resaltar la importante carga psico-social de estos trastornos y la compleja respuesta, en ocasiones con funciones opuestas, de los diferentes receptores serotoninérgicos.

Se han publicado trabajos que relacionan las conductas impulsivas con otras vías como la existencia de una posible hiperactividad noradrenérgica⁸, o una im-

plicación de la dopamina⁹, en la que se sugiere que la deficiencia de dopamina en regiones mesolímbicas disminuye el umbral para reaccionar ante ciertas señales, iniciándose rápidamente la acción.

Por otra parte se trabaja en modelos integrativos que justifiquen los trastornos por pérdida del control de los impulsos como el de Fogel y Stone (1992), citado por Gibert¹⁰, el cual formula que un acto impulsivo precisa de activación (tronco cerebral, hipotálamo), un motivo (córtex frontal) y un plan para llevarlo a cabo (córtex motor, ganglios basales). El plan debe eludir la inhibición (córtex orbitofrontal) y es importante la percepción de la situación (áreas asociativas) y el análisis del contexto (dorsolateral frontal) así como el estado de ánimo (sistema límbico). Todo esto pone en evidencia la compleja trama de circuitos que condicionan estos trastornos llamados impulsivos.

Con respecto a los *aspectos psicosociales*, se han identificado en estos pacientes¹¹ modelos inadecuados de identificación y figuras parentales que presentan problemas para controlar sus propios impulsos.

Para terminar este apartado de aspectos psicobiológicos debe hacerse un análisis de éstos en los *trastornos por uso de sustancias*. Los estudios al respecto son escasos y se han centrado en el campo del alcoholismo. Así, la definición de pérdida de control¹², procede de la descripción de la forma de beber del alcohólico gamma en el que el alcohol produce una reacción que le impide o dificulta al sujeto su intención de tomar sólo una o dos copas, y le lleva a continuar bebiendo más y más. Esta pérdida de control parece diferenciarse del *craving*, que sería más el deseo de beber, pero estas diferencias son poco claras, tal como se verá más adelante. La psicobiología de esta pérdida de control en el alcoholismo se ha explicado fundamentalmente en base a las hipótesis de la adaptabilidad neuronal, disfunción de la vía fronto-estriado-pálido-tálamo-frontal, y opioides endógenos. También se han considerado modelos matemáticos y neurobiológicos, basados en el condicionamiento del incentivo por el patrón de consumo, como explicaciones a la pérdida de control¹².

Se ha caracterizado al adicto a sustancias psicoactivas por rasgos de impulsividad, búsqueda de emociones y experiencias excitantes, indiferencia a los convencionalismos sociales, búsqueda de la gratificación inmediata, incapacidad de responder a propósitos a largo plazo, escasa tolerancia a lo predecible y lo rutinario, evitación de la monotonía, y con dificultad para mantener relaciones duraderas¹³. Los adictos pueden presentar un estilo perceptivo y cognitivo diferente, pues se ha asociado la adicción con una externaliza-

ción del locus de control, es decir, sienten que sus conductas están determinadas por factores externos, fuera de su control, siendo fácilmente influidos por factores ambientales^{13,14}.

A esto hay que añadir que los pacientes que consumen sustancias, y que además presentan un TP pueden ser el prototipo de la automedicación^{5,14}, pues, por ejemplo, la impulsividad (base de muchos de estos trastornos) en los alcohólicos se ha relacionado con bajos niveles de ácido homovalínico y ácido 5-hidroxiindolacético en líquido cefalorraquídeo, sin descartar la participación del sistema opioide, pues la naltrexona puede disminuir los actos autolesivos en los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP)¹³.

Aspectos de categorización

Tal como se apuntó en la introducción, la comorbilidad entre estos tres trastornos es muy frecuente, posiblemente por una vulnerabilidad común que, cuanto menos, en un alto porcentaje estaría basada en una interacción entre el temperamento y las circunstancias ambientales⁴. Esta interacción llevaría al consumo, que a su vez agravaría cada uno de los tres trastornos. Por otra parte, también es posible que esta interacción se produzca por la existencia de criterios diagnósticos compartidos en los sistemas nosológicos¹³.

La impulsividad es una dimensión psicológica que se ha definido como la tendencia a reaccionar espontáneamente con vehemencia⁹. Desde el punto de vista clínico se ha considerado que puede ser el sustrato común a diferentes trastornos en los que hay dificultades para el control de los impulsos, tales como las conductas adictivas, trastornos de alimentación, conductas autolíticas y determinados trastornos de la personalidad^{5,7,9}. La impulsividad es una de las dos dimensiones (la otra es la ansiedad) que Gray en 1981 (ver revisión de Bernardo⁷) propone como dimensiones de personalidad que serían diagonales respecto a las de Eysenck. También Siever y Davis en 1991 construyen un modelo psicobiológico de personalidad en el que la impulsividad tiene su importancia. Estos autores distinguen diferentes dimensiones como son: la organización cognitivo/perceptiva, la inestabilidad/agresividad y la ansiedad/inhibición. Las anomalías de estas dimensiones ocurren en un continuum en el que los extremos darán lugar a los trastornos del Eje I del DSM, mientras que las desviaciones más ligeras constituirían, al hacerse persistentes, la patología del Eje II⁷. La dimensión impulsividad/agresividad define el

umbral del individuo para la reacción conductual agresiva y está particularmente afectada en los trastornos del Cluster B del DSM-IV⁶⁻⁸.

Desde una perspectiva psicológica algunos autores, Eysenck (1983), Roy (1983), consideran que esta dimensión puede tener un componente hereditario, diferenciando en ella dos componentes: resistencia-cesión a los impulsos y respuesta inmediata-planificación.

Por otra parte, para algunos autores el trastorno del control de impulsos debería incluir algunos trastornos que están en la actualidad en otros apartados del DSM-IV como por ejemplo el trastorno por atracón⁸.

Para la CIE-10, y dentro del capítulo de trastornos de los hábitos y del control de los impulsos, destaca un grupo de trastornos de comportamiento que no son clasificables en otros apartados, en los que la alteración del control de los impulsos debe considerarse un estado claramente adictivo (es por ello que estas alteraciones se denominan también adicciones comportamentales). Para algunos clínicos estos trastornos están dentro del espectro afectivo, o del obsesivo-compulsivo. En todo caso, tanto los mecanismos de reforzamiento cerebral como los sistemas afectivos, en constante regulación recíproca (en definitiva los sistemas motivacionales) parecen suficientemente relevantes como para establecer patrones conductuales alterados en determinadas personas y para determinadas circunstancias. Existen además potentes factores etiológicos (biológicos, de aprendizaje, sociales, etiológicos y demográficos) que pueden haberse desencadenado de forma particular en cada caso y para cada estímulo adictivo¹⁵. Entre esta multitud de trastornos, que no deben considerarse como verdaderas entidades nosológicas, destacan la adicción al trabajo, al sexo, al enamoramiento, al ejercicio y a las compras, entre otras. En algunos pacientes puede darse un estado poliadictivo o adicciones alternantes, como varias adicciones conjuntamente o más de una adicción a lo largo de la vida, pero no durante el mismo período de tiempo¹⁵.

La personalidad se concibe como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas que son en mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y de aprendizaje y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, afrontar y comportarse de un individuo. Solamente si los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo, o bien malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad⁴.

La relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la personalidad se ha basado, de forma tradicional, en la búsqueda de una personalidad adictiva. En esta línea, las primeras ediciones del DSM daban por establecida esta relación causal, y aunque en las últimas se consideran las drogodependencias como trastornos primarios e independientes, cada vez es mayor el interés por estudiar la relación de los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de la personalidad, sobre todo los del Cluster B del DSM-IV^{4,5}.

El consumo de sustancias es evidente que altera el funcionamiento «normal» del individuo y para algunos autores produce cambios de personalidad, y otros cambios psicopatológicos, no atribuibles a una categoría concreta del Eje II del DSM, pudiendo favorecer el desarrollo de trastorno antisocial de la personalidad (TAP) y TLP. En este sentido hay que destacar la hipótesis de la automedicación, según ésta el consumo de drogas aliviaría los impulsos agresivos y la disforia de los sujetos con TLP, mejorando la ira, agresividad y sentimientos depresivos^{13,14}.

Los dos trastornos de la personalidad más asociados al consumo de sustancias y déficit de control de impulsos son el TAP y el TLP. Con respecto al primero hace más de un siglo Prichard (1851), citado por Millon⁴, ya centró el diagnóstico en las alteraciones del humor y del control de los impulsos. A mediados de este siglo, tal y como referencian Millon⁴ y Arias¹³, Cleckley (1941) describió un síndrome, en individuos no psicóticos, que son incapaces de aprender de la experiencia y carecen de control sobre los impulsos. La presencia de un TAP se ha relacionado con una mayor severidad en la dependencia de drogas, ya sea opiáceos, cocaína o alcohol, y con más consecuencias adversas. Incluso este trastorno puede conllevar un mayor riesgo de uso de la vía endovenosa y de tener anticuerpos del VIH^{13,16}. En lo que respecta al TLP, el trastorno por uso de sustancias comórbido aumenta el riesgo de conductas auto-destructivas y trastornos del humor¹³. Es quizás el TLP uno de los diagnósticos psiquiátricos más controvertidos, pues se discute si se trata de un trastorno subafectivo o un solapamiento entre patología afectiva y de la personalidad^{4,6,7}. En estos pacientes, cuando presentan dependencia de opiáceos, se recomienda un programa de mantenimiento con metadona por el efecto de esta sustancia en controlar manifestaciones psicopatológicas frecuentes en esta población, como son la sintomatología depresiva y las manifestaciones violentas¹⁴.

La categorización exige una clara separación entre entidades, por lo cual la comorbilidad precisa de la existencia de diversos trastornos que permiten diag-

nósticos múltiples (o por lo menos dobles) y refleja la carencia de teorías específicas sobre la historia natural de la enfermedad, cuando no es la resultante de errores diagnósticos o de identificación tardía de la enfermedad. Por el contrario y siguiendo a Medina⁶, el término copresentación morbosa se aplica cuando se produce el diagnóstico secuencial o sindrómico de dos entidades nosológicas que no puede ser solventado por el método del imperativo jerárquico, mientras la comorbilidad quedaría reservado para los casos en los que existiera clínica conjunta o sucesiva (sintomática y sindrómica) de origen patoplástico, y en la que existen determinantes patogénicos de muy variada índole. Por otra parte, en los estudios revisados sobre el tema de la comorbilidad y copresentación, se encuentran rasgos distintivos de ambos conceptos entremezclados. Para algunos⁶, el interés por la comorbilidad actual es el resultado directo de la forma de definir en el DSM a las entidades morbosas, un cierto desconocimiento de la «antigua» psicopatología, y los resultados de la psicopatología cuantitativa de las muestras poblacionales llevadas a cabo con entrevistas semiestructuradas.

En la clínica, la comorbilidad (no excluyendo de este concepto la copresentación morbosa, por los límites tan estrechos que hay) entre el trastorno por uso de sustancias y otro diagnóstico psiquiátrico (tanto en Eje I como en Eje II), ha recibido el nombre de diagnóstico dual, y sin ser un término reconocido en la nosología actual, es aceptado a nivel general por los profesionales. La relación entre el Eje I (trastornos por uso de sustancias y/o del control de los impulsos, entre otros) y el Eje II (trastornos de la personalidad), suponen la existencia de algunas de las siguientes posibilidades (Lyons y Tyrer, 1997⁶):

1. Asociación morbosa por azar, en la que el sujeto sufriría simultáneamente dos síndromes.
2. Asociación por superposición, en que una alteración genotípica ofrece diferentes trastornos fenotípicos. Por ejemplo un trastorno de personalidad evitativo (Eje II) y un trastorno por ansiedad fóbica (Eje I).
3. Asociación reductiva, en que trastornos con distintas etiologías y fisiopatologías pueden tener síntomas compartidos. Por ejemplo el trastorno de personalidad esquizotípico y el trastorno de personalidad límite.
4. Asociación espectral, en que trastornos con el mismo origen etiopatogénico difieren solamente en una expresión sintomática. Por ejemplo el trastorno de personalidad esquizotípico y la esquizofrenia.
5. Asociación por predisposición, en que la presencia de un trastorno predispone a padecer otro diferen-

te. Por ejemplo la personalidad dependiente y episodios de depresión mayor.

La asociación más frecuente, o diagnóstico dual, entre dos diagnósticos en el Eje I, sería la del trastorno de control de los impulsos y la del uso de sustancias. Dicha asociación ha sido estudiada, en los pacientes alcohólicos, en base a lo nuclear de la misma que es la propia pérdida de control que tienen frente al alcohol algunos pacientes alcohólicos. Fruto de dichos estudios ha dado lugar a diversas clasificaciones en las que la pérdida de control se refleja en los tipos gamma de Jellinek, tipo I de Cloninger, tipo B de Babor o el alcoholómano de Alonso-Fernández, citado por Rubio¹².

La asociación con los trastornos por uso de sustancias en la ludopatía es una constante (cercana al 50%), así como en la cleptomanía, el trastorno por atracón y las compras compulsivas, particularmente el alcohol que afecta hasta un 40% de los pacientes. Juntos a éstos, la prevalencia de otros TCI asociados al diagnóstico principal es también cercana al 40% de los pacientes⁸.

Orientación terapéutica

La orientación terapéutica de estos trastornos se basará en la sustancia y en el trastorno de la personalidad preferentemente, sin descartar como primario el tratamiento del control de los impulsos, en cualquiera de sus manifestaciones, cuando este diagnóstico sea el que predomine. Con respecto a la sustancia se hará hincapié en los opiáceos, en primer lugar, y en el alcohol en segundo término, con la salvedad que en el primer grupo hay un alto porcentaje de policonsumidores (además de los opiáceos, cocaína y, con frecuencia, benzodiacepinas con o sin alcohol).

Los dependientes a opiáceos con TAP (como los dependientes a otras sustancias con este trastorno de la personalidad) presentan mayor severidad en la dependencia y en los problemas médicos, sociales y legales; lo cual lleva a un peor pronóstico¹³. Aunque en un principio incluso se encontró peor evolución de estos pacientes en programas de mantenimiento con metadona (PMM), posteriormente no se confirmó este peor pronóstico¹³, incluso podría ser un tratamiento más apropiado que otros¹⁷, con la salvedad, ya clásica, de si en estas muestras pudiesen predominar más o menos conductas antisociales consecuencia del consumo de opiáceos ilegales (heroína), frente a psicópatas más puros^{5,7,14}. De cualquier forma la psicoterapia se considera imprescindible ya que el PMM disminuye el

uso de drogas pero no influye en otros aspectos propios del TAP¹³. Por otra parte, el grado de severidad del TAP tiene mayor poder predictivo que la consideración de ser, o no, un TAP^{13,14}. Además se han sugerido diversos subtipos de adictos con TAP, según la capacidad de experimentar distrés, establecer relaciones interpersonales, la relación causal de las conductas antisociales con la necesidad de conseguir las drogas (conductas antisociales primarias o secundarias) y la presencia concomitante de otros TP^{7,13,14}.

Los dependientes de opiáceos con TLP tienen como primera dificultad el ser este trastorno una categoría heterogénea, mal delimitada y con elevada comorbilidad, tanto con otros TP como con diagnósticos del Eje I¹⁴.

En el caso de la dependencia al alcohol con un TP comórbido también se produce mayor dificultad al tratamiento del alcoholismo y obliga al clínico a enfocar el abordaje con otra óptica, tanto en lo psicoterapéutico como en lo psicofarmacológico. En este sentido hay que recordar el posible efecto de la naltrexona en la impulsividad¹³ de los límites, el cual puede ser aprovechado, junto al efecto *anticraving*, como tratamiento de elección para el TLP con dependencia del alcohol. En esta misma línea se debe aprovechar el efecto de los ISRS sobre diversos rasgos psicopatológicos¹⁸.

Se podría realizar una síntesis del tratamiento del trastorno de la personalidad, tanto biológico como psicoterapéutico, independiente del consumo de sustancias. En este sentido el tratamiento psicofarmacológico de estos trastornos del Eje II Cluster B del DSM-IV, que son los más representativos^{5,13,14}, se ha centrado en tres puntos: inestabilidad emocional, desorganización cognitiva e impulsividad y agresividad.

En lo que respecta a la inestabilidad emocional los antidepresivos son útiles en la modulación de la conducta impulsiva y agresiva, siendo recomendables los ISRS. Con la finalidad de evitar las oscilaciones anímicas se ha propuesto el uso de eutimizantes o estabilizadores del estado de ánimo. La carbamacepina (400-1.400 mg/día), y el valproato sódico (1.200-1.500 mg/día) son tratamientos de elección. Se están estudiando la gabapentina y la lamotrigina. La desorganización cognitiva ha sido tratada con neurolepticos clásicos (haloperidol, 2-10 mg/día, y trifluoperacina 5-20 mg/día) y atípicos (risperidona 3-6 mg/día; olanzapina 10-20 mg/día). También se ha propuesto el uso de betabloqueantes (propranolol 40-120 mg/día) para minimizar los efectos de la activación emocional y facilitar el control de la respuesta agresiva. Por último, para la impulsividad y agresividad estarán indicados el

uso de antidepresivos y eutimizantes o de neurolépticos según las pautas indicadas. Esta intervención farmacológica debe ser siempre parte de un completo tratamiento psicobiológico^{6,7}.

La otra parte, de gran importancia, es la intervención psicoterapéutica, en la que se han empleado técnicas psicoterapéuticas muy parecidas tanto para los trastornos por uso de sustancias como para los trastornos de la personalidad, tales como: modificación de conducta con cambios de hábitos desadaptativos, prevención de respuesta, control de los estímulos y prevención de las recaídas; técnicas cognitivas con especial actuación en la concienciación del trastorno, de auto-eficacia, control y manejo de situaciones de frustración de los estados de ánimo, etc. Por último, no hay que olvidar el uso de técnicas grupales¹⁵.

En el tratamiento del trastorno del control de los impulsos se hará hincapié en el grupo de los no especificados. Aunque no existen demasiados estudios controlados, es muy probable que los principios que sustentan el tratamiento psicológico y farmacológico de los restantes trastornos del control de los impulsos,

o adicciones comportamentales, sean los mismos que deben aplicarse para tratar los trastornos adictivos clásicos, pero ajustándolos a sus características. El tratamiento más efectivo incluye estrategias biológicas, conductuales, de manejo de contexto social, información sobre la alta predisposición a la cronicidad y a las recaídas, y sobre todo las repercusiones objetivas sobre la salud y otros ámbitos vitales^{4,6,7,15}.

En lo que respecta al tratamiento farmacológico, los ISRS han sido usados así como otros fármacos de los descritos en el abordaje de los TP, con la salvedad de existir pocos estudios controlados, siendo la mayoría de casos únicos o con un número muy limitado de pacientes^{8,15}.

El tratamiento psicoterapéutico se basará en una modificación de conducta con cambios de hábitos desadaptativos, prevención de la respuesta, control de estímulos y prevención de las recaídas; y en técnicas cognitivas de autocontrol, de conciencia del trastorno con control y manejo de situaciones de frustración, control de los estados de ánimo y con frecuencia técnicas grupales¹⁵.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
2. Frances R, Franklin J, Borg L. Teorías psicodinámicas. En: Galanter M, Cléber HO. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. Barcelona: Masson; 1997. p. 243.
3. Wunenberg W. Significado de la embriaguez bajo el aspecto de toxicomanía. *Fob Human* 1969;74:159-72.
4. Millon T, Davis RD, ed. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson; 1998.
5. Cervera G, Bolinches F, Valderrama JC. Trastornos de la personalidad y drogodependencias. *Trast Adict* 1999;1:91-9.
6. Medina A, Moreno MJ, ed. Trastornos de la personalidad. Un estudio médico filosófico. Córdoba: Novartis; 1998.
7. Bernardo M, Roca M. Trastornos de la personalidad. Evaluación y tratamiento. Perspectiva psicobiológica. Barcelona: Masson; 1998.
8. Carrasco JL, Díaz M. Ubicación nosológica de los trastornos del control de impulsos. *Aul Med Psiquiatr* 1999;1:22-3.
9. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, et al. Validación de la Escala de Impulsividad de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol* 1998;61:223-32.
10. Gibert J. Trastornos por pérdida del control de los impulsos. En: Gibert J. Serotonina y psiquiatría. Cádiz; 1994. p. 115.
11. Trastorno del control de los impulsos no clasificados en otros apartados. En: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, editores. Sinopsis de psiquiatría. 7.ª ed. Madrid: Médica Panamericana SA; 1996. p. 734-43.
12. Rubio G, Ponce G, Jiménez-Arriero MA, Santo-Domingo J. La pérdida de control en la dependencia alcohólica: conceptualización. *Adicciones* 1999;11:143-58.
13. Arias F. Trastornos de personalidad y dependencia de opiáceos. *Monogr Psiquiatr* 1999;11:30-40.
14. Casas M. Trastornos de la personalidad en pacientes adictos a los opiáceos: incidencia, modelos explicativos de interrelación y repercusiones clínico-asistenciales. En: Casas M, Gutiérrez M, San L, editores. Trastornos psíquicos en las toxicomanías. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1993. p. 305.
15. Sánchez LI, González A, Morales M, Pérez, Romagosa J, Sánchez R. Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. En: Soler PA, Gascón J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1999. p. 216.
16. Cervera G, Valderrama JC, Bolinches F, Salazar A, Martínez J. Variables relacionadas con las conductas de riesgo para la transmisión del VIH en pacientes drogodependientes. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1998;26:155-64.
17. Cervera G, Valderrama JC, Bolinches F, Martínez J. Pauta de desintoxicación frente a estabilización y mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos con trastornos de la personalidad. *Psiquiatr Biol* 1997;4:181-6.
18. Arranz B, San L. Dependencia de alcohol y sistema serotoninérgico: implicaciones terapéuticas. *Med Clin* 1997;109:45-51.