

Tratamiento farmacológico de los trastornos y cambios de personalidad concomitantes a una adicción

Pharmacological treatment of personality changes and disorders when associated with an addiction

PÉREZ DE LOS COBOS PERIS, J.

Unidad de Conductas Adictivas – Servicio de Psiquiatría. Hospital de la «Santa Creu i Sant Pau». Barcelona.

RESUMEN: *Objetivo:* describir un procedimiento de tratamiento farmacológico de los trastornos y cambios de personalidad asociados a una adicción.

Material y métodos: el procedimiento propuesto se basa en los puntos de vista de Yudofsky et al (1995) y Trestman et al (1995), así como en la experiencia del autor.

Resultados: el procedimiento se basa en la identificación de cuatro síntomas diana (distorsión cognitiva, déficit del control de impulsos, inestabilidad afectiva y ansiedad) y en la administración de psicofármacos de bajo potencial adictivo (neurolepticos, ISRS y eutimizantes).

Conclusiones: el tratamiento de los cambios y trastornos de la personalidad podría contribuir a mejorar la adicción.

PALABRAS CLAVE: Adicción. Trastorno de personalidad. Tratamiento farmacológico.

ABSTRACT: *Objective:* to describe a pharmacological treatment for personality disorder and changes associated with an addiction.

Material and methods: this treatment is based on Yudofsky et al (1995) and Trestman et al (1995) point of view, and also on the author's experience.

Results: the procedure is based on the identification of four target symptoms (cognitive distortion, low impulse control, affective instability and, anxiety) and the administration of agents with low abuse liability (neuroleptics, SSRIs and, mood stabilizers).

Conclusions: treatment of personality disorders and changes could contribute to improve addiction.

KEY WORDS: Addiction. Personality disorders. Pharmacological treatment.

Introducción

La psicofarmacología de los trastornos de personalidad es una de las áreas menos desarrolladas de la terapéutica psiquiátrica. El número de ensayos clínicos realizados para valorar la eficacia de un medicamento en el tratamiento de las alteraciones del eje II es muy bajo si se compara con los llevados a cabo en otros trastornos mentales, como la depresión o la psicosis. El resultado de esta falta de estudios es el escaso soporte experimental de las directrices más recomendadas para el tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad.

Las directrices recomendadas en este texto están inspiradas en las opiniones o evidencias expuestas por Yudofsky et al¹ y Trestman et al² para tratar la agresividad y los trastornos de personalidad, respectivamente. Además, el texto refleja la experiencia del autor en el manejo de los problemas de personalidad concomitantes a una adicción. Este artículo, por último, no es una revisión bibliográfica sino la descripción de una forma de intervenir en la práctica clínica.

Correspondencia:

JOSÉ PÉREZ DE LOS COBOS PERIS.
Unidad de conductas adictivas.
Servicio de Psiquiatría.
Hospital de la «Santa Creu i Sant Pau».
Av. Sant Antoni Maria Claret, 167.
08025 Barcelona.
e-mail:jperezc@hsp.santpau.es

Síntomas diana

Los trastornos de personalidad comprenden una amplia variedad de síntomas relacionados con el procesamiento de la información, la afectividad, la motivación, las creencias, la identidad y el comportamiento. La característica común de esta fenomenología tan dispar es, probablemente, su honda repercusión sobre la interacción con los demás. Los rasgos de personalidad más accesibles al tratamiento farmacológico, tal vez por estar relacionados más inmediatamente con procesos biológicos, son, según Siever y Davis³, la distorsión cognitiva, el déficit en el control de impulsos, la inestabilidad afectiva y el nivel de ansiedad.

Distorsión cognitiva

Es un rasgo propio del grupo A de los trastornos de personalidad del DSM-IV⁴. Éstos son los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. Las personas que presentan estas alteraciones suelen parecer raras o excéntricas.

En la experiencia interna de las personas que sufren este síntoma, la realidad se encuentra muchas veces distorsionada. Así, sus familiares y allegados no comparten sus juicios de realidad caracterizados por el pensamiento mágico, las ideas de referencia o la sospecha de engaños, perjuicios o infidelidades. No resulta sencillo explorar la distorsión cognitiva. Los datos aportados por los familiares o allegados pueden ser muy útiles para detectarla. En su defecto, la relación continuada con el paciente revela antes o después la presencia de este síntoma.

Déficit en el control de impulsos

Es un rasgo característico del grupo B de los trastornos de personalidad del DSM-IV⁴. Éstos son los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista. Las personas que presentan estas alteraciones suelen parecer dramáticas, emotivas o inestables.

Las manifestaciones de este déficit son muy amplias y conviene explorar todas las áreas del autocontrol. La exploración, que es bastante sencilla, permite determinar si la impulsividad se circunscribe al área del consumo de sustancias o afecta a múltiples facetas del funcionamiento personal. La multimpulsividad es un dato de gravedad y un criterio para instaurar un tratamiento farmacológico que favorezca el control de impulsos.

Los comportamientos que pueden ser explorados con facilidad, para conocer la extensión y profundidad

del déficit en el control de impulsos, se enumeran a continuación:

- A) Consumo de sustancias
 - Antecedentes de intoxicaciones graves debidas al consumo de dosis que superan la tolerancia que el propio paciente se atribuye; por lo tanto, no se incluyen aquí las sobredosis claramente accidentales.
 - Politoxicomanía.
 - Duración de los períodos intercalados de abstinencia absoluta.
 - Antecedentes de altas voluntarias del tratamiento.
- B) Gasto de dinero
 - Compras excesivas.
 - Incapacidad de ahorrar.
 - Deudas.
 - Juego patológico.
- C) Conducta sexual
 - Elevado número de parejas sexuales en cortos períodos de tiempo.
 - Relaciones sexuales sin prevención del embarazo o del contagio de enfermedades infecciosas.
- D) Conducta alimentaria
 - Atracciones
 - Bulimia
- E) Agresividad
 - Heteroagresividad: peleas, discusiones, pertenencia a grupos caracterizados por actividades violentas, etc.
 - Autoagresividad: intentos de suicidio (violentos y no violentos) y autolesiones sin propósito suicida (cabezazos, golpes con las extremidades, mordeduras, tricotilomanía, quemaduras, cortes, hurgamiento de heridas o cicatrices, etcétera).

Inestabilidad afectiva

También es un rasgo propio del grupo B de los trastornos de personalidad del DSM-IV⁴. La estabilidad del estado del ánimo es una función muy compleja que resulta de cambios adaptativos constantes ante los acontecimientos vitales. Algunas personas reaccionan excesivamente ante estos acontecimientos y presentan, como consecuencia, una marcada inestabilidad afectiva. Ésta se puede explorar preguntando al paciente y a sus familiares si en el transcurso de uno o varios días se producen cambios del estado de ánimo muy marcados y de escasa duración (horas o 1-2 días). Así la persona puede estar contenta por la mañana, irritable al mediodía y muy abatida por la noche. Como consecuencia, los amigos o familiares tienen dificultades para predecir cuál será el estado de ánimo del paciente cada vez que se relacionan con él.

Nivel de ansiedad

Es un rasgo característico del grupo C de los trastornos de personalidad del DSM-IV⁴. Éstos son los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo. Las personas que presentan estas alteraciones suelen parecer ansiosas o temerosas.

Las personas diferimos por el nivel de preocupación que mantenemos durante el desenvolvimiento normal de la vida diaria. En este acontecer hay factores ansiógenos como la incertidumbre ante el futuro, la separación física de otras personas (viajes, desplazamientos), las señales internas que se derivan del funcionamiento de nuestro organismo o las relaciones sociales. En algunos casos, estos factores no modifican el nivel de ansiedad. En otros, condicionan significativamente el comportamiento de una persona. Por ejemplo, la ansiedad puede motivar gastos de dinero con el fin de adivinar el futuro, o bien generar expectativas de accidentes y enfermedades. También es posible que imprima un estilo de vida muy dependiente de algunas personas o tendente a evitar el contacto interpersonal.

Indicaciones

El DSM-IV⁴ define los trastornos de personalidad como «un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento..., (que) comporta malestar o perjuicios para el sujeto». El consumo compulsivo de sustancias psicoactivas se asocia frecuentemente con trastornos o cambios de la personalidad. Si la adicción se asocia con un trastorno de personalidad, los rasgos desadaptativos anteceden claramente o ya están presentes, cuando el consumo compulsivo de sustancias se desarrolla. Otras veces no se observa un trastorno de personalidad en los orígenes de la adicción, sino un cambio muy negativo de la experiencia interna y el comportamiento que está relacionado con el consumo de sustancias. Así, únicamente durante los episodios de dependencia activa, o tan sólo en las situaciones de intoxicación o abstinencia, se despliega transitoriamente la sintomatología propia de los trastornos de personalidad.

La intoxicación y la abstinencia de sustancias psicoactivas son dos diagnósticos etiológicos de fenomenología muy diversa. Muchas veces las personas afectadas por estas alteraciones presentan cuadros depresivos o psicóticos que remedan alteraciones del eje I. En otras ocasiones lo que predomina son síntomas propios de los trastornos de la personalidad, como

susplicia, irritabilidad e inestabilidad emocional. Estas situaciones también son tributarias de tratamiento farmacológico, aunque sólo durante un breve período de tiempo.

Durante la dependencia activa, ya sea por la propia psicopatología de este trastorno o por la sucesión de cuadros de intoxicación o abstinencia, se producen descompensaciones de la personalidad que repercuten gravemente en la capacidad de adaptación al medio y en las relaciones interpersonales. En estos casos el funcionamiento social mejora radicalmente cuando cesa el consumo, la persona logra la abstinencia y se reduce la frecuencia de situaciones estresantes. A este desenlace podría contribuir un tratamiento que fortaleciese, por ejemplo, la capacidad de autocontrol que socava la dependencia.

En resumen, las indicaciones potenciales de tratamiento farmacológico en el área de las alteraciones de la personalidad asociadas a las adicciones son las siguientes:

- Trastornos de personalidad.
- Abstinencia.
- Intoxicación.
- Dependencia de sustancias.

Preparación

La indicación de psicofármacos para tratar las alteraciones de la personalidad debe ser preparada detenidamente con el paciente y, si es posible, sus familiares. Los preparativos más importantes son los siguientes²:

Comentario de la indicación al paciente

La devolución al interesado de la valoración de personalidad es una de las intervenciones más complejas y, desgraciadamente, menos frecuentes en la práctica clínica. Sin embargo, los síntomas diana del tratamiento farmacológico, con la única excepción de las distorsiones cognitivas, pueden ser comentados sin demasiadas dificultades con el interesado. Tras este comentario procede el ofrecimiento de un tratamiento farmacológico para reducir el nivel de ansiedad, la inestabilidad afectiva o la impulsividad.

Cualquier intervención dirigida a reducir la ansiedad suele ser muy bien acogida por los que la sufren. Por lo tanto, una indicación basada en este síntoma no suele ser rechazada. El tratamiento de la inestabilidad afectiva o del déficit de control de impulsos también es bien aceptado generalmente, pero a algunas perso-

nas les preocupa que la intervención vaya dirigida a modificar su personalidad. En estos casos conviene argumentar que el tratamiento no cambiará su manera de ser, sino que va dirigido a corregir una descompensación de su personalidad. Tal descompensación ha sido causada por el efecto biológico de las sustancias autoadministradas, el auge del deseo de consumir y la acumulación de acontecimientos estresantes.

La indicación basada en la distorsión cognitiva es mejor no comentarla por la propia naturaleza del síntoma. En estos casos lo más útil es fundamentar el tratamiento en alguno de los otros síntomas diana que generalmente también están presentes en mayor o menor grado. A continuación es recomendable introducir un tratamiento farmacológico de amplio espectro, como los neurolépticos, que reduzca la distorsión cognitiva y el síntoma diana comentado con el paciente. Si el proceso terapéutico avanza positivamente y las distorsiones se reducen, entonces sí que es oportuno devolver al paciente el problema de la distorsión cognitiva y las dificultades que ocasionó.

Advertencia sobre las limitaciones del resultado

El tratamiento farmacológico no genera una nueva personalidad, a lo sumo puede mejorar la adaptación si se combina con otras intervenciones terapéuticas. Por lo tanto, los familiares o el propio interesado no deben abrigar esperanzas de remisión completa de los rasgos desadaptativos.

Énfasis en el efecto principal de la abstinencia de psicotropos

El efecto positivo del tratamiento farmacológico es insuficiente para contrarrestar el efecto negativo de la intoxicación y la abstinencia de sustancias. Si estas alteraciones persisten con toda su gravedad, el tratamiento farmacológico seguramente resultará ineficaz. La persistencia de los ciclos de intoxicación y abstinencia aconseja precaución en las dosis de medicación indicada. Los mencionados ciclos pueden detenerse con tratamientos farmacológicos de mantenimiento.

Diseño de un plan de tratamiento

Antes de instaurar el tratamiento conviene haber planificado una secuencia de alternativas terapéuticas. Es posible que la primera alternativa no sea eficaz o produzca efectos secundarios que obstaculicen el cumplimiento de la prescripción. Entonces hay que tener preparada otra opción para poder ser instaurada

rápidamente, sin que se produzca una solución de continuidad en el proceso terapéutico. El paciente debe conocer que se ha diseñado este plan de tratamiento. Así, se transmite la idea de que se inicia un proceso terapéutico a medio o largo plazo y que se ha previsto la presentación de incidencias y las soluciones para las mismas.

Seguimiento

Prevención de efectos indeseados de los medicamentos

La presentación de efectos secundarios puede poner en riesgo todo el plan de tratamiento farmacológico. Por este motivo hay que seguir una política muy estricta de prevención de efectos indeseables, mediante la elección más idónea de los fármacos y la instauración lenta del tratamiento. Además, conviene conocer cuáles son las áreas del funcionamiento personal que el paciente valora más. Por ejemplo, en algunos casos la disfunción sexual inducida por un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) puede provocar una fuerte reacción de rechazo, mientras que el torpor mental causado por una sustancia con efectos anticolinérgicos apenas tiene repercusiones sobre las preocupaciones del afectado.

Dosificación flexible

Las dosis necesarias para corregir las descompensaciones de la personalidad varían con los requerimientos del medio. Ante el afrontamiento de acontecimientos vitales estresantes suelen ser necesarias dosis más elevadas de la medicación dirigida, por ejemplo, a reducir la ansiedad o disminuir la suspicacia. Cuando las dificultades amainan, la dosis debe ser reducida a los niveles basales para volver a un nuevo incremento si fuese necesario.

Valoración de los resultados a largo plazo

Como la personalidad es constante, el efecto de cualquier intervención farmacológica realmente útil sobre este fenómeno debe ser prolongado y continuo. Otra razón que obliga a valorar los resultados a medio o largo plazo es que los cambios esperables se producen, por varios motivos, paulatinamente. En primer lugar, la medicación debe ser instaurada lentamente. Además, el cambio desde el estilo de funcionamiento actual a otro más adaptativo, que también pertenece al

repertorio de estilos de funcionamiento del individuo, no se produce de un día para otro. Se logra como resultado de un proceso, que el tratamiento farmacológico pone en marcha a través de la reducción de los síntomas diana.

Cuando la descompensación de personalidad está relacionada con la dependencia de sustancias, el período de tratamiento y observación de los resultados se limita. En estos casos se valora especialmente, si la mejoría de los síntomas diana incide positivamente sobre el consumo de sustancias. Si la intervención está dirigida a mejorar los cambios del comportamiento y la experiencia interna típicos de la abstinencia conviene instaurar tratamientos de acción rápida durante un período de tiempo que no suele ser superior a un mes. En el caso de las intoxicaciones, el período de valoración del resultado suele ser de horas ya que las alteraciones de los síntomas diana antes descritos son agudas.

Documentación objetiva de los resultados

Los resultados deben ser medidos continua y objetivamente. Por ejemplo, los episodios de autolesiones que se han producido durante una unidad de tiempo deben ser contados. Si estos episodios no cesan del todo, los familiares o el paciente pueden considerar que el tratamiento está siendo ineficaz. Pero si se ha producido una reducción clínicamente significativa del número de episodios de autolesiones esta impresión es errónea. Para argumentar en contra de esta equivocación y abogar por la continuidad del tratamiento, nada mejor que describir el número de episodios mensuales de autolesiones que existía al principio del tratamiento y el que se ha conseguido con la indicación del fármaco, entre otros factores. La documentación objetiva de los resultados, obviamente, sirve sobre todo para decidir si el tratamiento está siendo eficaz al margen de la impresión que puedan tener los familiares del paciente.

Posibilidad de resistencias intencionadas al tratamiento

El paciente puede iniciar el tratamiento poco motivado pero presionado por su entorno después de la enésima repetición de algún incidente, como un episodio de descontrol de la agresividad. Las distorsiones cognitivas también pueden ser otra causa de baja motivación por el tratamiento. Las resistencias suelen traducirse en el incumplimiento de las tomas, con la consiguiente confusión respecto a la eficacia del tratamiento administrado.

Tratamiento

El bajo riesgo de abuso es un aspecto importante a tener cuenta, cuando se elige un psicofármaco para tratar las alteraciones de personalidad de un paciente que también sufre una adicción. También es deseable que el medicamento administrado no tenga interacciones medicamentosas con las sustancias que consume el sujeto. Por ambos motivos, los neurolépticos, los antidepresivos ISRS, los eutimizantes y los beta-bloqueantes resultan especialmente útiles. Los anticolinérgicos (biperideno y trihexifenidilo), los psicoestimulantes (metilfenidato) y las benzodiacepinas son fármacos susceptibles de abuso. Los antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) pueden interactuar peligrosamente con el alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Neurolépticos

La ventaja de los neurolépticos es su amplio espectro de acción y la rapidez de su efecto. Estos fármacos pueden ser útiles para mejorar la ansiedad, la distorsión cognitiva, la inestabilidad afectiva y el déficit del control de impulsos. Esta mejoría se produce rápidamente. Tal característica determina que estos medicamentos estén especialmente indicados para corregir los cambios de personalidad ligados a la abstinencia y la intoxicación. Conforme estos trastornos van cediendo los neurolépticos deben ir siendo retirados, porque los síntomas diana cada vez son menos intensos mientras que los inconvenientes de estos fármacos son cada vez más manifiestos. En los cambios de personalidad relacionados con la abstinencia, el tratamiento con neurolépticos no debe ser mantenido durante más de 1 o 2 meses. El principal inconveniente de estos fármacos es la aparición de efectos extrapiramidales y disfunciones sexuales.

Antes de empezar el tratamiento es conveniente prevenir la presentación de alteraciones extrapiramidales, porque si estos problemas se producen es muy probable que el paciente reaccione rechazando la indicación. Además, pueden generarse sentimientos de perjuicio, máxime si existían previamente distorsiones cognitivas. El principal error de manejo de estos medicamentos en el tratamiento de las alteraciones de personalidad proviene de la confusión entre acatisia y ansiedad o irritabilidad. Por esta confusión, el médico aumenta la dosis de neurolépticos para reducir la ansiedad, pero el resultado es un empeoramiento del estado del paciente por aumento de la acatisia. El error puede repetirse más de una vez.

Los inconvenientes de los neurolépticos pueden ser evitados si este tratamiento se instaura lentamente, se administran dosis bajas y se eligen aquellos preparados que producen con menor frecuencia efectos extrapiramidales o disfunciones sexuales. Trestman et al² recomiendan administrar inicialmente 1 mg/d de haloperidol o equivalentes. Después esta dosis se debe subir lentamente en 1-2 semanas hasta la dosis de mantenimiento, que es 2 mg/d de haloperidol o equivalentes. Como el haloperidol puede producir con facilidad efectos extrapiramidales es recomendable utilizar tioridazina o neurolépticos atípicos que bloquean los receptores serotoninérgicos.

La tioridazina es recomendable administrarla a dosis de 50-150 mg/d. Como este medicamento está comercializado en gotas (1 gota = 1 mg) y en comprimidos de 10, 50, 100 y 200 mg resulta sencillo administrar la dosis que mejor conviene a cada paciente. El principal inconveniente de la tioridazina es la inducción de disfunciones sexuales. Además, este neuroléptico es muy anticolinérgico. Por este motivo, produce pocas alteraciones extrapiramidales pero causa sequedad de boca o embotamiento. Sin embargo, a las dosis que se recomienda administrar la tioridazina para tratar los cambios o trastornos de la personalidad, la presentación de efectos indeseables es poco frecuente.

Entre los neurolépticos que bloquean los receptores serotoninérgicos y dopaminérgicos, la olanzapina resulta especialmente bien tolerada. Dosis de 5-10 mg de este fármaco pueden ser administrados durante períodos de tiempo superiores a 1 mes sin que el paciente drogodependiente muestre, según la experiencia del autor, disforia o efectos extrapiramidales. Además, la olanzapina es un bloqueante de los receptores D1, lo que puede ser hipotéticamente útil para el tratamiento de la dependencia de cocaína y otros psicoestimulantes. La individualización de las dosis de olanzapina es sencilla, porque este medicamento está comercializado en comprimidos de 2,5, 5, 7,5 y 10 mg.

Antidepresivos ISRS

Los ISRS pueden mejorar, independientemente de que exista depresión, la impulsividad y la ansiedad elevadas. Para estas alteraciones son el tratamiento más recomendable cuando se pretende un tratamiento prolongado y no urge obtener resultados a corto plazo. Por lo tanto, no estarían indicados para manejar los cambios que se presentan durante la intoxicación o la abstinencia. Sus principales indicaciones son la dependencia activa y los trastornos de personalidad.

Los antecedentes o la presentación de hipomanía o manía deben ser considerados al indicar los ISRS. Estos fármacos pueden inducir o precipitar un viraje hacia estados hipertímicos. Tal complicación suele tener consecuencias muy negativas sobre el patrón de consumo de sustancias. La valoración de la bipolaridad implica muchas veces la realización del diagnóstico diferencial entre trastorno ciclotímico y trastorno límite de personalidad. Este diagnóstico diferencial se comenta en el apartado dedicado a los eutimizantes.

El efecto de los ISRS sobre el déficit de control de impulsos tarda 8-9 semanas en aparecer. Las dosis que se necesitan para tratar este síntoma diana son elevadas si se comparan con las recomendadas para tratar la depresión. Trestman et al² inician el tratamiento con 10 mg/d de fluoxetina o 15 mg/d de sertralina. Luego suben las dosis progresivamente hasta 80-100 mg/d de fluoxetina o 200-300 mg/d de sertralina. Los antidepresivos que inhiben la recaptación de serotonina y bloquean los receptores 5-HT₂, trazodona y nefazodona, son también muy útiles por su efecto ansiolítico y baja repercusión sobre la función sexual. Las dosis de nefazodona o trazodona necesarias para tratar las alteraciones de la personalidad no han sido bien establecidas.

Eutimizantes

Los síntomas diana de estos fármacos son la inestabilidad afectiva y el déficit en el control de impulsos⁵. El ácido valproico, la carbamacepina y el litio son potencialmente útiles para tratar estos síntomas, aunque no exista una epilepsia o un trastorno bipolar concomitantes. En ocasiones, la eficacia de estos fármacos es, en la experiencia del autor, muy superior a la esperable en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. En estos casos, cabe sospechar que el paciente presenta un trastorno bipolar en vez de, o junto a, un trastorno de la personalidad del grupo B.

El diagnóstico diferencial entre trastorno límite de la personalidad y trastorno ciclotímico es de por sí difícil de realizar, pero todavía más cuando el afectado sufre una adicción. La diferenciación se plantea por el inicio temprano y el carácter crónico de ambos trastornos. Además, obviamente, existen importantes similitudes clínicas o epidemiológicas, como las siguientes:

- Impulsividad
- Afectividad lábil o inestable
- Déficit en el control de impulsos, principalmente en el área del consumo de sustancias
- Mayor prevalencia del sexo femenino, al menos en poblaciones clínicas

La reducción de la necesidad de dormir y el incremento de energía propios del trastorno ciclotímico pueden ayudar a realizar el diagnóstico diferencial. Pero esta labor es muy difícil cuando la adicción está activa. Así, el consumo de cocaína, por ejemplo, dificultaría enormemente la diferenciación porque esta sustancia reduce la necesidad de sueño e incrementa la energía.

El ácido valproico es especialmente útil para tratar las alteraciones de personalidad que se asocian con las adicciones. Este medicamento, a diferencia de la carbamacepina, no interacciona de modo clínicamente significativo con la metadona. Además, el ácido valproico raramente reduce la tasa de leucocitos, lo que supone una importante ventaja cuando se trata a pacientes inmunodeprimidos. El umbral de respuesta de este medicamento se sitúa en 50 µg/ml, estos niveles plasmáticos se suelen alcanzar con dosis de 800-1.000 mg/d. Los niveles plasmáticos no deben ser superiores a 150 µg/ml. La presentación Depakine Crono® de 300 o 500 mg permite administrar la dosis necesaria una sola vez al día.

Los inconvenientes de la carbamacepina son la inducción de los enzimas microsomales hepáticos y la merma de la tasa de leucocitos, aunque esta complicación suele ser benigna y reversible. La ventaja específica de este fármaco es su probable eficacia para tratar, como un agente coadyuvante, la abstinencia de alcohol, benzodiazepinas o ambas. Así, este fármaco podría cubrir la abstinencia prolongada de estas sustancias, sobre todo de las benzodiazepinas, y al tiempo combatir la inestabilidad afectiva o la impulsividad. La dosis promedio que se recomienda es de 1.000 mg de carbamacepina al día. Los niveles plasmáticos de este fármaco deben situarse entre 6 y 10 µg/ml.

El litio es un eutimizante que ha demostrado una gran efectividad para tratar el déficit de control de los impulsos agresivos. El principal problema de este medicamento es que las dosis tóxicas están muy próximas a las dosis terapéuticas. Por este motivo, se deben hacer niveles plasmáticos de litio periódicamente. Las diarreas o los vómitos repetidos pueden incrementar la litemia debido a deshidratación y desequilibrio electrolítico. Éste es el principal problema que se puede presentar por indicar el litio a pacientes que sufren adicciones. En esta población el vómito o las diarreas son una incidencia frecuente, ya que estos síntomas son característicos de la intoxicación o la abstinencia de sustancias. Además, los trastornos de la conducta alimentaria son muy prevalentes entre las personas que sufren adicciones.

Propranolol

Las principales indicaciones de este betabloqueante son la ansiedad y el trastorno explosivo intermitente o «agresión inducida neurológicamente», según la denominación de Yudofsky et al¹. Según estos autores, las características de este tipo de agresión son las siguientes:

- Reactividad: se desencadena por estímulos triviales o poco importantes
- Explosividad: la instauración del comportamiento no es gradual sino masiva
- Ausencia de premeditación: el comportamiento no ha sido planificado
- Ausencia de metas: el comportamiento carece de cualquier propósito u objetivo finalista, parece más bien una descarga de la tensión interna
- Periodicidad: son episodios agresivos breves entre episodios prolongados de calma relativa
- Egodistonia: tras el episodio de agresividad la persona tiende más al arrepentimiento y la disculpa que a la autojustificación.

El tratamiento con propranolol de la agresividad exige una estrecha monitorización de las constantes cardiovasculares. Para instaurar el fármaco Yudofsky et al¹ recomiendan:

1. Primero administrar 60 mg/d repartidos en tres dosis; después ir aumentando 60 mg cada tres días.
2. Si el paciente sufre alteraciones pulmonares o cardiovasculares la instauración debe ser más lenta; inicialmente se administra una única dosis de 20 mg/d y luego se añaden 20 mg cada tres días.
3. La subida de las dosis debe ser interrumpida si la tensión arterial es inferior a 90 mmHg o la frecuencia cardíaca se reduce a menos de 50 latidos/m o aparecen ataxia, mareos o ruidos por reducción de la luz bronquial.

Para la pauta de mantenimiento con propranolol las recomendaciones de Yudofsky et al¹ son las siguientes:

1. La dosis debe aumentarse hasta que la agresividad ha quedado controlada, pero sin sobrepasar 12 mg/kg; más de 800 mg/d no suelen ser necesarios para controlar este síntoma.
2. La observación del resultado debe prolongarse durante 8 semanas. Si al finalizar este período de tiempo no se observa un resultado positivo, el tratamiento debe ser retirado paulatinamente.
3. La interrupción brusca del tratamiento debe ser evitada, sobre todo en pacientes hipertensos.
4. La administración de otros psicofármacos debe ser realizada con precaución y siempre que sea posi-

ble es recomendable la determinación de niveles plasmáticos.

Las contraindicaciones del propranolol son asma bronquial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertiroidismo, diabetes, angor persistente e insuficiencia cardíaca congestiva. Estas contraindicaciones y la necesidad de monitorizar estrechamente las constantes del paciente aconsejan que el tratamiento de la agresividad con propranolol se limite a los períodos de abstinencia completa de sustancias psicoactivas no prescritas.

Otros psicofármacos

El clonazepam también ha sido empleado como eutimizante en los trastornos bipolares. Los síntomas diana de esta benzodiacepina en el tratamiento de las alteraciones de la personalidad son la inestabilidad afectiva y la ansiedad. Se recomienda instaurar una dosis inicial de 1 mg/d y después subir hasta la dosis de mantenimiento (6 mg/d). El metilfenidato está indicado para tratar los síntomas del trastorno por déficit de atención que persisten en la edad adulta confundiendo con rasgos desadaptativos de personalidad. La utilización de los IMAO en pacientes que sufren una adicción está restringido por el riesgo de que se produzcan graves interacciones medicamentosas con alcohol u otras sustancias de abuso.

Repercusiones sobre la adicción

La mejoría de los cambios o trastornos de la personalidad es probable que influya de forma positiva sobre la adicción. A su vez, el funcionamiento de la personalidad se beneficia siempre que se reduce la ac-

tividad de la dependencia de sustancias y disminuye la frecuencia de episodios de intoxicación o abstinencia. De este modo, el tratamiento descrito en este artículo puede inaugurar un proceso de influencias recíprocas, entre personalidad y adicción, que resulte muy beneficioso para el paciente.

La mejoría de la capacidad para controlar los impulsos ejerce, seguramente, un efecto directo sobre uno de los mecanismos básicos de la adicción: la reducción del control sobre el consumo de sustancias. La disminución de la ansiedad pudiera actuar sobre la dependencia indirectamente, gracias a que los procesos de automedicación quedarían significativamente desactivados. La atemperación de la inestabilidad afectiva supone, probablemente, una ayuda trascendental para las personas empeñadas en conseguir objetivos a medio plazo, como son los pacientes determinados a combatir sus problemas adictivos. El efecto sobre la adicción de una mejoría de las distorsiones cognitivas resulta menos evidente. Sin embargo, la disminución de los sentimientos de perjuicio seguramente favorece la aceptación de las recomendaciones terapéuticas. Además, fomenta la valoración de la dependencia como un problema personal y no como una mera consecuencia de influjos sociales que manejan malintencionadamente poderes ocultos. Por último, la reducción de estos síntomas accesibles al tratamiento farmacológico produce una mejoría de las relaciones interpersonales, lo que facilita al paciente más apoyos sociales.

Agradecimientos

Este texto ha sido financiado en parte por Laboratorios Lilly.

Bibliografía

1. Yudofsky SC, Silver JM, Hales RE. Treatment of agitation and aggression. En: A. F. Schatzberg y C. B. Nemeroff (eds.). *The American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1998:881-900.
2. Trestman RL, Woo-Ming AM, deVegvar M, Siever LJ. Treatment of personality disorders. En: A. F. Schatzberg y C. B. Nemeroff (eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology*, pp. 901-916. Washington DC, American Psychiatric Press, 1998:901-16.
3. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:1647-58.
4. Asociación Psiquiátrica Americana. *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1995.
5. Hyman SE, Arana GW, Rosenbaum JF. *Handbook of psychiatric drug therapy*, third edition. Boston, Little, Brown and Company, 1995.