



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**Patología Dual (PD): Comorbilidad psiquiátrica de  
Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) y Trastornos de  
Personalidad (PD): dianas de intervención**

Autora: Inés María Puertas Abril

Directora: Ana Sion

Madrid

2021/2022

## **Resumen**

El objetivo de este trabajo fue realizar una aproximación teórica acerca de la patología dual (PD), concretamente de la comorbilidad psiquiátrica existente del Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y los Trastornos de Personalidad (TP) y de sus dianas de intervención. Para ello, se ha revisado bibliografía recabada a través de diversas bases de datos (PubMed, PsycInfo). Se ha observado la alta prevalencia presente en la sociedad, encontrando de manera más frecuente TUS con TP límite o con TP antisocial. Por otro lado, se han mostrado los objetivos terapéuticos a seguir con estos pacientes, de los cuales resalta la importancia de la adherencia al tratamiento y la prevención de recaídas; y se han expuesto algunas de las terapias más recurridas (Terapia de Esquemas de Enfoque Dual, Terapia Dialéctico Conductual). Se ha puesto de manifiesto la complejidad que supone padecer esta comorbilidad, tanto a nivel sintomático como terapéutico; y el desconocimiento y la carencia de investigación y estudios acerca de ello, presentando una limitación a la hora de realizar este trabajo.

*Palabras clave:* comorbilidad psiquiátrica, Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), Trastorno de Personalidad (TP), dianas de intervención, Patología Dual (PD).

## **Abstract**

The aim of this paper was to make a theoretical approach about dual pathology (DP), specifically about the existing psychiatric comorbidity of Substance Use Disorder (SUD) and Personality Disorders (PD) and their intervention targets. To this end, we have reviewed the literature collected through various databases (PubMed, PsycInfo). It has been observed the high prevalence present in society, finding more frequently TUS with borderline PD or antisocial PD. On the other hand, the therapeutic objectives to be followed with these patients have been shown, highlighting the importance of adherence to treatment and relapse prevention; and some of the most frequently used therapies (Dual Focus Schema Therapy, Dialectical Behavioral Therapy) have been presented. The complexity of suffering from this comorbidity, both symptomatically and therapeutically, the lack of knowledge and the lack of research and studies about it have been highlighted, presenting a limitation when carrying out this work.

*Keywords:* psychiatric comorbidity, Substance Use Disorder (SD), Personality Disorder (PD), intervention targets, Dual Pathology (DP).

## ÍNDICE

Lista de abreviaturas .....	4
1. INTRODUCCIÓN .....	5
2. LA PATOLOGÍA DUAL (PD).....	9
2.1. Conceptualización y características de la PD (PD): Comorbilidad psiquiátrica de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y Trastornos de Personalidad (TP) .....	9
2.2. Intervenciones psicoterapéuticas para la Patología Dual (PD): dianas de intervención.....	11
3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	21

## **Lista de abreviaturas**

**PD:** Patología Dual

**TM:** Trastorno Mental

**TP:** Trastorno de Personalidad

**TUS:** Trastorno por Uso de Sustancias

**DFST:** Terapia de Esquemas de Enfoque Dual

**DBT-S:** Terapia Dialéctico Conductual

## 1. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias tóxicas sigue estando presente en la sociedad y su prevalencia de consumo en España parece haber variado a lo largo de los años. El 33,3% de la población adulta afirma haber sido consumidor en alguna ocasión (Sanz, 2019). En concreto, en 2017 el 5,1% de la población española comprendida entre los 15 y los 64 años, lo que equivale a 1.600.000 personas aproximadamente, afirmó haber tenido un consumo de riesgo, siendo el sexo más prevalente el masculino (Brime, et.al., 2020).

Los tipos de drogas que se encuentran son muy variados. La DSM-5 recoge los siguientes: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, estimulantes y tabaco (APA, 2013). En lo que a España se refiere, como recoge la última Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES, 2021), el tercer tóxico más consumido tras el alcohol y el tabaco son los hipnosedantes, siendo el sexo prevalente el masculino sobre el femenino de manera general. La heroína es el opiáceo por excelencia en la población española, comunmente administrado vía inhalación. Y, tanto en territorio nacional como internacional, el cannabis ocupa el puesto de la sustancia tóxica ilícita más consumida por la población (Montoya-Filardi y Mazón, 2017), frecuentemente fumada, con o sin tabaco (Sanz, 2019).

Es tal la complejidad de la droga, que no toda se reduce a las ya mencionadas, normalmente conocidas por la población general. Actualmente, han entrado al mercado las que se conocen como *nuevas sustancias psicoactivas* (NSP), las cuales aparecen en nuevos escenarios y se distribuyen principalmente por internet (Sanz, 2019).

Independientemente de la legalidad o no de la sustancia consumida, Dolengevich-Segal et al. (2015) afirma que la adicción puede desarrollarse con cualquier sustancia potencialmente adictiva y es acompañada de elevados costes sanitarios (psicológicos y físicos), económicos y sociales, tanto para el individuo como para la sociedad (Montoya-Filardi y Mazón, 2017; Rodríguez et.al., 2019).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación, caracterizada por un conjunto de signos y síntomas en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales (Iafa, 2018; OMS, 2013). Esta

dependencia tiene dos vertientes: física y psicológica. En primer lugar, la dependencia física está caracterizada por el desarrollo de la tolerancia ante la sustancia de abuso, por la cual la persona necesita incrementar el consumo para poder obtener los mismos efectos que obtenía anteriormente, pues se ha dado lugar a una adaptación. Es frecuente la aparición del Síndrome de Abstinencia, el cual suele aparecer tras la reducción o interrupción brusca del consumo en forma de sintomatología física y psíquica, manifestando así la existencia de dicha dependencia (Sanz, 2019). Por otro lado, la dependencia psicológica se relaciona enormemente con el deseo de consumo de la persona, conocido como *craving* (Sanz, 2019). Otros síntomas suelen ser: la tolerancia y abstinencia previamente expuestas, una progresiva sensación de descontrol en cuanto a la administración de la sustancia tóxica, deseos y esfuerzos vanos por controlar el consumo y el aplazamiento de otras actividades importantes para la persona por el excesivo tiempo empleado para el consumo de la sustancia (APA, 2013; Meana, 2010).

La relación entre consumir sustancias tóxicas y desarrollar una adicción a éstas no es exclusiva y evidente (Blanco, 2005). Hoy en día se sigue desconociendo por qué sólo unas pocas personas de las que prueban sustancias de abuso desarrollan una adicción, entendiendo como sustancia de abuso toda aquella que pueda provocar variaciones en la cognición, la emoción y la conducta de la persona consumidora, independientemente de la vía utilizada para su administración (Sanz, 2019). Ahora bien, en los últimos años se ha dado un aumento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias tóxicas (Pascual, et al., 2017).

En base a la DSM-5, cuando el consumo de sustancias comienza a asociarse con síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos se reconoce como un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), el cual lleva al sujeto a autoadministrarse la sustancia de manera repetida aun conociendo las consecuencias perjudiciales que su consumo acarrea (APA, 2013; Meana, 2010; Sanz, 2019). Su prevalencia parece frecuente (Lee et al., 2015) sobre todo en el sexo masculino, a excepción del caso de los hipnóticos donde ambos sexos parecen igualarse (González, E. et al, 2019).

Los TUS pueden aparecer en cualquier momento vital y por diversas causas, pues se trata de un fenómeno multifactorial que presenta muchas variaciones. El desarrollo tardío del procesamiento emocional y racional, la incapacidad de inhibir respuestas inadecuadas y la presencia de factores de riesgo parecen ser factores influyentes en la génesis y el

mantenimiento de la enfermedad, sobre todo en adolescentes (Dolengevich-Segal, et al., 2015).

Una condición que agrava esta enfermedad es el padecer una patología dual (PD) (Dolengevich-Segal, et al., 2015; Moran et.al., 2006). La PD hace referencia a la concurrencia de dos trastornos de manera simultánea o no en la misma persona, en este caso de TUS y otro trastorno mental (TM) (Marquez-Arrico y Adan, 2013; NIDA, 2019; Pascual et al., 2017).

Es tal la frecuencia de esta comorbilidad psiquiátrica que uno de los principales indicadores de padecer TUS es presentar un TM, sobre todo cuando se trata de trastornos psicóticos y de personalidad (González, E. et al, 2019). Las personas que padecen un TP presentan mayor sintomatología de TUS que aquellas personas que no presentan TP (Pascual et.al., 2017) y una mayor gravedad de las consecuencias negativas derivadas (Marquez-Arrico y Adan, 2013; NIDA, 2019; Pascual et al., 2017). Además de los trastornos de personalidad, se encuentran otras comorbilidades psiquiátricas con TUS también bastante frecuentes. Por ejemplo, un 81,2% con Trastornos del Espectro Psicótico, un 7,8% con Trastorno Depresivo Mayor y un 4,7% con Trastorno Bipolar (Marquez-Arrico y Adan, 2013). También son frecuentes trastornos de ansiedad generalizada y/o de ansiedad social y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) (Pascual et.al., 2017).

En concreto, los Trastornos de la Personalidad (TP) tienen una amplia relevancia en la salud (Hasin y Kilcoyne, 2012) y al igual que los TUS, son una de las principales causas de mortalidad y discapacidad (Moran et.al., 2006), cuyo riesgo se ve aumentado cuando ambos trastornos se presentan de manera comórbida en la misma persona (Colpaert, 2012; Smith y Cottler, 2020).

Ahora bien, antes de profundizar en lo que conlleva padecer un TP es fundamental hablar de la personalidad. La personalidad se constituye por una parte más temperamental (biológica y estable) y una más relacionada con el carácter (influencias medioambientales) (Flores-García et al., 2020). Es un conjunto de patrones persistentes en la forma de percibir, de relacionarse y de pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se manifiestan a través de numerosos contextos sociales y personales a lo largo del

tiempo. Cuando dichas esferas se desvían notablemente de las expectativas de la cultura del individuo es cuando se hace referencia a la presencia de un TP (González, E., et al., 2019). Según la DSM-5, un TP es un patrón perdurable, inflexible, dominante, estable y de larga duración, de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo, el cual se manifiesta en dos o más de los siguientes ámbitos: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos (APA, 2013).

La prevalencia del TP a nivel mundial es de entre un 6% y un 10% (González, E., et al., 2019), siendo los más prevalentes los del Clúster B (41%) y destacando con una mayor incidencia el *borderline* o límite (7-22%) y el antisocial (18-30%) sobre el narcisista y el histriónico (Carou, et al., 2017; Márquez-Arrico y Adan, 2013). El TP límite se caracteriza por ser probablemente el trastorno de personalidad que más dificultades presenta en su tratamiento, lo cual se expondrá de manera más extendida en el transcurso de este trabajo. Por otro lado, el TP antisocial destaca por la importancia que tiene el entorno que rodea al paciente, tratándose en frecuentes ocasiones de contextos delictivos y/o marginales (Pascual et.al., 2017). En cuanto a consideraciones en función del sexo, el femenino se muestra predominante sobre el masculino en el TP límite (Kienast et al., 2014; Lee et al., 2015).

En base a un análisis llevado a cabo por Ball (1995), los pacientes con TP, sobre todo los del grupo B, parecen aunar un mayor número de factores de riesgo para padecer trastornos comórbidos, a la par que presentan un consumo más severo de sustancias tóxicas como la cocaína y el alcohol (Carou, 2017). En concreto, el *borderline* y antisocial se muestran como los TP más prevalentes en personas consumidoras (Pascual et.al., 2017). Todo esto, en conjunto con la mayor necesidad de tratamientos, tanto psiquiátricos como por abuso a sustancias (Carou, 2017) exalta la gravedad y por ende, especial atención que requiere la comorbilidad psiquiátrica de TUS y TP (EMCDD, 2015). Conlleva un gran impacto sanitario y socioeconómico y promueve el renacimiento del interés en su investigación (González, et al., 2019; Hasin y Kilcoyne, 2012).

Es por todo ello por lo que este trabajo se centrará en revisar la bibliografía existente sobre la conceptualización, los diferentes tratamientos aplicados y las posibles nuevas dianas de intervención ante el diagnóstico dual de TUS Y TP.



## **2. LA PATOLOGÍA DUAL (PD)**

### **2.1. Conceptualización y características de la PD (PD): Comorbilidad psiquiátrica de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y Trastornos de Personalidad (TP)**

Como se ha observado, el TUS y el TP son trastornos que parecen concurrir de manera frecuente y comórbida en la misma persona (Arnevik, et al., 2019; Colpaert, 2012; González, E. et al, 2019; Hasin y Kilcoyne, 2012; Moran et.al., 2006; NESARC-III; Smith y Cottler, 2020). Es tal la elevada comorbilidad que hasta los años 80 las adicciones fueron consideradas consecuencia de una personalidad desadaptada, viéndose reflejado incluso en la DSM I y DSM II (González, E. et al, 2019).

La prevalencia es elevada tanto en la población general como en la clínica (18-50%) (Marquez-Arrico y Adan, 2013). Ahora bien, la prevalencia de TP en pacientes con TUS es cuatro veces mayor en comparación con la población general, llegando a alcanzar cifras de hasta 50% (Martínez, 2021), 65% (Lee et al., 2015) e incluso ascendiendo al 73% (Colpaert, 2012) y 78% (Kienast et al., 2014). Carou, et al. (2017) a partir de un metanálisis de 16 estudios de comorbilidad psiquiátrica observó que en adictos a opiáceos, el 42% presentaba un TP y en adictos a la cocaína encontró una prevalencia de entre 47% y 97%. Por otro lado, en un estudio noruego se comprobó que el 46% de los pacientes con TUS padecían de manera comórbida un TP (Langas et al., 2011).

Según Smith y Cotler (2020), parece que ambos trastornos comparten determinados genes y neurotransmisores. Altas tasas de glutamato y glutamina correlacionan con una mayor impulsividad de manera general, y de manera específica con mayores índices de trastorno de personalidad antisocial. Por otro lado, la sinaptotagmina-1 y su gen codificador se asocian con el trastorno de personalidad antisocial.

Durante años se ha intentado explorar cuál es el trastorno primario, es decir, si la psicopatología induce al consumo o si es el consumo el que promueve el desarrollo de un TM como el TP. Surgen diversas teorías acerca de la etiología que buscan justificar esta comorbilidad psiquiátrica (Pascual, et al., 2017). Se habla de una posible interacción entre factores individuales y ambientales que podría predisponer a la persona y/o de la suma de factores de riesgo diversos: neurobiológicos, culturales, sociales, ambientales,

genéticos... (Pascual, et al., 2017). Una de las teorías más conocidas, pero inconsistente y poco respaldada, es la de la Hipótesis de la Automedicación (HA) de Khantzian (1985,1999), la cual postula que los pacientes con TP utilizan el consumo de sustancias tóxicas como automedicación para el cuadro primario. En base a esta teoría, padecer un TM puede predisponer al sujeto a desarrollar un TUS (Blanco, 2005; Meana, 2010; Pascual et.al., 2017). Por otro lado, se ha comprobado que el propio consumo de sustancias tóxicas puede llevar a confusión acerca de la presencia o no de un cuadro psiquiátrico o incluso potenciar un TM encubierto (Blanco, 2005).

Independientemente de todo ello, y ante la falta de seguridad sobre la relación causal y exclusiva, es fundamental atender a los factores individuales y sociales para poder realizar el diagnóstico adecuado y llevar a cabo un tratamiento multidisciplinar e individualizado exitoso (Martínez, 2021; Pascual, et al., 2017).

Ahora bien, ante la enorme diversidad de TP encontrados en la literatura y en la clínica, ¿cuáles se presentan de manera más frecuente junto con el TUS? Como se ha mencionado anteriormente, diversos autores encuentran una mayor asociación con los TP del *clúster* B, sobre todo con el antisocial y el límite (Ball, 1995; Carou M., et al., 2017; Colpaert, 2012; González, et al., 2019; Moran et.al., 2006; Pascual, et.al., 2017), llegando incluso a constituir el consumo de sustancias un criterio diagnóstico para los mencionados TP (González, E. et al, 2019). Pascual et.al. (2017) considera que el borderline es probablemente el más frecuente en pacientes con TUS consumidores de opiáceos, cocaína y alcohol, con una prevalencia de 18%.

Las consecuencias de presentar un diagnóstico dual de TUS y TP implica un aumento de la presencia de consecuencias negativas y de la gravedad de las mismas (EMCDDA, 2015), entre las cuales se encuentran: un peor pronóstico (Arnevik, et al., 2019; Marquez-Arrico y Adan, 2013), mayor número de recaídas y de mayor duración, uso frecuente de los sistemas sanitarios, incremento del riesgo y/o realización de comportamientos suicidas (Kienast et al., 2014; Lee et al., 2015; Marquez-Arrico y Adan, 2013; Van den Bosch y Verheul, 2007), mayores probabilidades de llevar a cabo conductas de riesgo debido a la intensa búsqueda de sensaciones (EMCDDA, 2015; Marquez-Arrico y Adan, 2013) e impulsividad, lo que puede llevar a un mayor riesgo de policonsumo (Marquez-Arrico y Adan, 2013) y a fases más cortas de abstinencia (Kienast et al., 2014), mayor

deterioro (Colpaert, 2012; Pascual et.al., 2017) tanto neuropsicológico (Marquez-Arrico y Adan, 2013) como funcional (Arnevik, et al., 2019), peor calidad de vida (Colpaert, 2012; Marquez-Arrico y Adan, 2013), mayor gravedad/severidad del consumo (Ball, 1995; Carou, et al., 2017; Colpaert, 2012; Lee et al., 2015; Pascual et.al., 2017), mayor urgencia (Carou, et al., 2017) y un mayor número de fracasos e interrupciones en los tratamientos (Carou, et al., 2017; Colpaert, 2012; Kienast et al., 2014).

La complejidad de la sintomatología en el paciente que padece de dicha PD expuesta hasta ahora se va a ver también reflejada a la hora del tratamiento psicoterapéutico (González, E., et al., 2019; Smith y Cottler, 2020), pues va a contar con un menor número de recursos y de peor calidad para enfrentar el tratamiento y la recuperación de ambos trastornos que los pacientes que padecen únicamente de uno de ellos (Marquez-Arrico y Adan, 2013)

## **2.2. Intervenciones psicoterapéuticas para la Patología Dual (PD): dianas de intervención**

En primer lugar, cabe mencionar que, a pesar de la alta prevalencia de personas con TUS, su detección no es tan sencilla a causa de la variabilidad y del estigma social al que se ven expuestos estos pacientes (Sanz, 2019). De manera paralela, resulta fundamental un correcto y precoz diagnóstico del TP para el buen curso del tratamiento (Arnevik, et al., 2019; Van den Bosch y Verheul, 2007). Es determinante que estos pacientes sean tratados de manera inmediata para ambos trastornos (Kienast et al., 2014); y por supuesto el tiempo que sea necesario, pues parece que el mantenimiento de la relación terapéutica correlaciona con el éxito del tratamiento a largo plazo (Van den Bosch y Verheul, 2007). Actualmente, la política que rige para el tratamiento de los consumidores de sustancias tóxicas es la Estrategia Nacional sobre Adicciones, siendo las Comunidades Autónomas las competentes. Los tratamientos pueden ser tanto en Atención Primaria como en centros específicos con planes individualizados y multidisciplinarios (Sanz, 2019). Ahora bien, se aboga porque sólo sea un servicio quien sea el responsable del tratamiento del paciente en cuestión, centrándose tanto en la adicción como en el trastorno psicopatológico comórbido, en este caso el TP, para conseguir una mayor efectividad, de ahí la importancia de la cooperación en el tratamiento de la PD (Martínez, 2021).

Son muchos los autores que defienden la importancia de la intervención terapéutica en estos pacientes a lo largo de todo el proceso (Sanz, 2019; Van den Bosch y Verheul, 2007) y la multidisciplinariedad e integración de ésta (Arnevik, et al., 2019; González, E., et al., 2019; Van den Bosch y Verheul, 2007). Pues rasgos de personalidad desadaptativos, como los que acarrea el padecer un TP, conllevan una serie de dificultades en el tratamiento y en la recuperación de un TUS que deben ser tomados en consideración a la hora de establecer el tratamiento (Arnevik, et al., 2019; Marquez-Arrico y Adan, 2013), entre ellas, graves repercusiones en el Sistema Nervioso Central (SNC), enfermedades neurovasculares, trastornos tóxico-metabólicos y atrofia cerebral (Montoya-Filardi y Mazón, 2017). Por tanto, trabajar con los rasgos desadaptativos de la personalidad podría ayudar a potenciar las habilidades y los mecanismos de afrontamiento del paciente para intentar evitar o a disminuir la negativa y fuerte incidencia de la adicción en la salud de la persona (Van den Bosch y Verheul, 2007).

Estos tratamientos integrales reúnen una gran diversidad de intervenciones, preservando siempre la individualización de los mismos (Colpaert, 2012; Martínez, 2021; Pascual, et al., 2017), pues estos pacientes necesitan de un enfoque terapéutico especial (Kienast et al., 2014).

Para el diagnóstico del TUS, es frecuente la utilización de cuestionarios de cribado y el estudio de la anamnesis o historia clínica del paciente, además de las conocidas exploraciones físicas y diversas pruebas médicas como analíticas de sangre y de orina (Sanz, 2019). Una vez diagnosticado, se procederá a la aplicación de programas de desintoxicación y al tratamiento farmacológico correspondiente en función de la sustancia de abuso en cuestión con el fin de conseguir la reducción del consumo o la abstinencia (Martínez, 2021; Pascual, et al., 2017; Sanz, 2019; Van den Bosch y Verheul, 2007). El tratamiento farmacológico siempre ha de darse bajo una extremada supervisión, pues estos pacientes presentan altos índices de dependencia a la medicación (Van den Bosch y Verheul, 2007).

Es importante no perder de vista a lo largo del tratamiento, sobre todo al inicio del mismo, que la sustancia de abuso funciona como símbolo, es decir, tiene un significado para la persona que refuerza su consumo, por lo que será fundamental explorar el valor que el paciente le otorga a la droga en cuestión (Meana, 2010). Al fin y al cabo, el consumo

funciona como una manera de evitar emociones negativas, por lo que resulta primordial que el paciente trabaje estrategias de afrontamiento más adaptativas y deseadas, orientadas a la solución de problemas (Martínez, 2021) y al manejo de las características más desadaptativas de su personalidad (Márquez-Arrico y Adan, 2013; Martínez, 2021). En lo que se refiere a los TP, debido a su carácter egosintónico, la primera línea de intervención psicoterapéutica girará en torno al desarrollo de la conciencia de enfermedad por parte del paciente (Martínez, 2021). Es importante valorar frente a qué TP se encuentra el terapeuta, pues puede facilitar o complicar el tratamiento. Parece que con pacientes con algún trastorno del *clúster* B los resultados psicoterapéuticos se muestran más prometedores que aquellos que se puedan obtener con los del *clúster* A; aunque los del *clúster* C suelen asistir con mayor frecuencia a psicoterapia que el resto y presentar las mayores tasas de éxito en la misma (Belloch, 2010).

De manera general, independientemente del tipo de trastorno de personalidad, serán múltiples los objetivos terapéuticos a perseguir. Algunos de ellos irán dirigidos al entrenamiento de habilidades sociales (Martínez, 2021; Sanz, 2019), al manejo de la ansiedad y contingencias (Sanz, 2019) y al trabajo de la autoestima (Martínez, 2021). De manera general, se opta por un tratamiento de corte psicoterapéutico (Pascual, et al., 2017), normalmente desde un enfoque cognitivo-conductual (Sanz, 2019) donde se aplican técnicas muy conocidas como la dialéctico-conductual (Arnevik, et al., 2019) y otras más emergentes como la mentalización (Arnevik, et al., 2019; Smith y Cottler, 2020). Además de todo ello, como se va a ver a continuación, la evaluación de riesgos será primordial a todos los niveles (Van den Bosch y Verheul, 2007).

Si en algo concuerdan los numerosos autores revisados es en la importancia que tiene la motivación y la validación del paciente a lo largo de todo el tratamiento, sobre todo para conseguir dos objetivos primordiales: la adherencia y la prevención de recaídas (Van den Bosch y Verheul, 2007). En primer lugar, en estos pacientes con una PD, las dificultades en terapia son manifiestas y presentan una menor adherencia al tratamiento (EMCDDA, 2015) presentando el mayor riesgo de abandono al inicio del mismo (Martínez, 2021), por lo que será fundamental el trabajo individual con ellos (Van den Bosch y Verheul, 2007). Por otro lado, en terapia el porcentaje de recaídas y de fracaso aumenta considerablemente con pacientes con TUS y TP comórbidos (González, E., et al., 2019), por lo que la prevención de recaídas será una diana de intervención determinante del éxito

del tratamiento (Martínez, 2021; Pascual et.al., 2017; Sanz, 2019). El Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente (1984) es el referente por excelencia en lo que gira en torno a las recaídas (Sanz, 2019). Prochaska y DiClemente abogan que el cambio es un proceso continuo y no lineal, es decir, el paciente no comienza su camino hacia la recuperación en A y llega a B y así sucesivamente, sino que vive avances y retrocesos continuos para los cuales sería esencial que se encontrase preparado. Es fundamental que las recaídas sean vistas como una parte más del proceso hacia la mejora, pues si no, el paciente impotente y frustrado se refugiará en el consumo y abandonará el tratamiento. Las recaídas no sólo son útiles para el aprendizaje del paciente sino también para el terapeuta, pues la recaída muestra que las estrategias de estabilización y mantenimiento no son suficientes o son inadecuadas, otorgando otra oportunidad para que el terapeuta pueda reconducir el tratamiento en busca del éxito del paciente (Díaz, 2001).

En estos programas preventivos de recaídas guarda especial relevancia el *craving*, el cual se va a mantener estable los tres primeros meses pero cuya intensidad irá menguando a lo largo del tratamiento. Las creencias nucleares parecen mostrarse, en cierta medida, como responsables de este deseo de consumo, por lo que su trabajo será un objetivo terapéutico primordial (Martínez, 2021), sobre todo en estos pacientes con un TP comórbido con TUS, ya que presentan mayores dificultades en la identificación y modificación de las creencias nucleares, manifestando una mayor rigidez cognitiva (Martínez y Verdejo, 2012). El Modelo Cognitivo de Beck sobre Drogodependencia (1995) postula la existencia de relación entre las creencias nucleares disfuncionales relacionadas con el consumo y el éxito de la intervención. La aparición del *craving* y el mantenimiento del mismo guarda especial relación con los niveles de autoeficacia, los cuales se presentan muy bajos al inicio del tratamiento, influyendo de manera negativa en el aumento de la intensidad de la sintomatología y en la efectividad del tratamiento (Martínez, 2021; Martínez y Verdejo, 2012).

En relación con la adicción, se considera que la conducta adictiva ha finalizado cuando al paciente no le supone un esfuerzo mantener la conducta que ha llevado desde el inicio del tratamiento y se manifiesta la ausencia de *craving* (Díaz, 2001). Aun así, en base a la DSM-5, la conducta adictiva se da por superada cuando ha habido una abstinencia completa de 12 meses (APA, 2013). Sin embargo, aunque el proceso de desintoxicación

haya llegado a su fin, parece que circuitos cerebrales no se reestablecen, por lo que deberá de tomarse en consideración (Pascual, et al., 2017).

En cuanto a tratamientos integrados más específicos para la PD de TUS y TP, la literatura se muestra escasa, aunque se encuentran un par de terapias en auge. La Terapia de Esquemas de Enfoque Dual (DFST) de Ball (1998), la cual en su origen estaba únicamente orientada para pacientes con trastornos de personalidad, parece mostrar cierta eficiencia y eficacia, aunque no deja de ser una terapia experimental. El tratamiento es individual y se aplica en un plazo de ocho meses. Los objetivos primordiales son la prevención de recaídas y el trabajo en habilidades sociales y mecanismos de afrontamiento. Los resultados de la aplicación de esta terapia parecen fructuosos, sobre todo en cuanto a la calidad de la alianza terapéutica, fundamental para el éxito del tratamiento. Por otro lado, la Terapia Dialéctico Conductual en una versión ampliada (DBT-S) aplica la dialéctica a la abstinencia padecida por los pacientes, ofreciendo un repertorio de habilidades nuevas. De igual manera, los resultados de la aplicación de este tratamiento son exitosos. Se encontró una disminución en los índices de abandono al tratamiento y de abuso de sustancias tóxicas (Van den Bosch y Verheul, 2007).

La finalidad última de todo este complejo entramado de intervenciones terapéuticas es por supuesto fomentar un estilo de vida saludable (Sanz, 2019) y por ende, mejorar la calidad de vida del paciente (Martínez, 2021). Para ello, la terapia guiada por los rasgos de personalidad parece mostrar resultados muy positivos (Martínez, 2021).

Por otro lado, las expectativas ocuparán un papel esencial a lo largo de la terapia, no sólo desde el rol del paciente, quien asume un mayor riesgo si presenta expectativas negativas relacionadas con el éxito de la misma (Martínez y Verdejo, 2012) sino que también desde el rol del terapeuta. Como bien defiende Martínez (2021), la esperanza y la confianza depositada en la eficacia del tratamiento y en el paciente por parte del terapeuta correlaciona positivamente con el éxito de éste.

Por último, a modo de facilitar la comprensión de la intervención terapéutica en los pacientes de TUS y TP comórbidos, se exponen las ideas fundamentales a modo resumen en formato tabla.

**Tabla 1***Características de un diagnóstico comórbido de TUS y TP y sus implicaciones en terapia*

<b>Características de TUS + TP</b>	<b>Implicaciones en terapia</b>
Peor pronóstico (Arnevik, et al., 2019; Marquez-Arrico y Adan, 2013)	- Detección precoz (Arnevik, et al., 2019; Van den Bosch y Verheul, 2007). - Tratamiento inmediato (Kienast et al., 2014).
Mayor complejidad (González, E., et al., 2019; Smith y Cottler, 2020)	- Cooperación (Martínez, 2021). - Multidisciplinariedad (Arnevik, et al., 2019; González, E., et al., 2019; Van den Bosch y Verheul, 2007).
Impacto negativo del TP sobre el TUS (Van den Bosch y Verheul, 2007)	- Trabajo de los rasgos desadaptativos de la personalidad (Van den Bosch y Verheul, 2007).
Necesidad de un enfoque terapéutico especial (Kienast et al., 2014).	- Tratamiento integral e individualización (Colpaert, 2012; Martínez, 2021; Pascual, et al., 2017).
Dependencia al tratamiento farmacológico (Van den Bosch y Verheul, 2007)	- Extrema supervisión de la medicación (Van den Bosch y Verheul, 2007)
La droga como símbolo reforzador del consumo y mecanismo de defensa (Meana, 2010)	- Exploración del valor de la droga (Meana, 2010). - Aprendizaje de estrategias de afrontamiento adaptativas (Martínez, 2021).
Egodistonía del TP (Martínez, 2021)	- Trabajo de la conciencia de enfermedad (Martínez, 2021).



<p>Baja adherencia al tratamiento (EMCDDA, 2015; Martínez, 2021; Van den Bosch y Verheul, 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Motivación y validación (Van den Bosch y Verheul, 2007).</li> <li>- DBT-S (Van den Bosch y Verheul, 2007)</li> </ul>
<p>Alto porcentaje de recaídas (González, et al., 2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevención de recaídas (Martínez, 2021; Pascual et.al., 2017; Sanz, 2019).</li> <li>- Modelo Trasnteórico del Cambio de Prochanska y DiClemente (Sanz, 2019).</li> <li>- DFST de Ball (Van den Bosch y Verheul, 2007).</li> </ul>
<p><i>Craving</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo de las creencias nucleares (Martínez, 2021; Martínez y Verdejo, 2012).</li> <li>- Modelo Cognitivo de Beck sobre Drogodependencia (Martínez, 2021; Martínez y Verdejo, 2012).</li> </ul>

### 3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo del trabajo presentado se pone de manifiesto la enorme complejidad que aborda la comorbilidad psiquiátrica de TUS y TP, y eso que ambos trastornos presentados de manera independiente ya son muy complejos por sí solos.

A pesar de la inmensidad de avances tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la PD, sigue presente cierto desconocimiento. La parte negativa de ello es la falta de literatura al respecto hoy en día; la positiva, el creciente interés científico acerca del tema (González, et al., 2019; Hasin y Kilcoyne, 2012; NIDA, 2010; Pascual, et al., 2017). Como bien defiende Hasin y Kilcoyne (2012), se hace necesaria una mayor investigación para alcanzar una mayor comprensión de la etiología, el tratamiento y la prevención de la PD en general, y en concreto de la tratada en este trabajo. Ahora bien, se lleve a cabo el tipo de investigación que se realice, resulta determinante contar con una muestra significativamente grande y relevante para que los resultados puedan ser estadísticamente significativos y extrapolables (Martínez, 2021), pues hasta ahora los estudios han sido bastantes escasos (Marquez-Arrico y Adan, 2013; Van den Bosch y Verheul, 2007).

Como bien indica Marquez-Arrico y Adan (2013), la investigación acerca de los TP se ha solidado centrar en fines epidemiológicos, es decir, únicamente en la detección de dicho trastorno, por lo que es necesaria una mayor comprensión de la evaluación de los pacientes que presentan un TP de manera comórbida con un TUS (Arnevik et al., 2019). Además, la bibliografía siempre ha tendido a recoger información de manera más notoria sobre el TP antisocial y el TP límite, por lo que abrir el campo de investigación a los diferentes TP resulta esencial (Hasin y Kilcoyne, 2012; Lee et al., 2015). Queda expuesta la enorme limitación que supone el acceso a la literatura pertinente y completa de esta PD.

Por otro lado, sería interesante seguir explorando acerca de la posible relación entre droga y psicopatología (Blanco, 2005), concretamente en la PD, no con la finalidad de situar el foco meramente en la relación causal sino para aumentar el conocimiento de cómo interactúan ambos trastornos para, como bien dice Hasin y Kilcoyne (2012), poder descubrir nuevas dianas de intervención eficaces. Así, será cuestión de tiempo encontrar

terapias eficaces que consigan neutralizar el fuerte y negativo impacto de la psicopatología en el tratamiento y por ende, potenciar el éxito del mismo (Martínez, 2021) En cuanto a la intervención psicoterapéutica en la clínica, se hace necesario un mayor énfasis de la psicología en el tratamiento de estos pacientes, pues se suele centrar más el foco en la farmacología, dándose en ocasiones un uso irracional de fármacos (Martínez, 2021). Martínez (2021) defiende la importancia de la adaptación del tratamiento a las necesidades específicas del paciente a la par que la flexibilidad del mismo, evitando la estandarización de los enfoques psicoterapéuticos. Resulta completamente necesaria la individualización de los tratamientos, tanto farmacológicos como terapéuticos, para conseguir la mejor adaptación al paciente, la adherencia de éste a la terapia y por ende, mayores probabilidades de éxito.

La idea que sin duda parece ser la más compartida entre los diferentes autores es la implicación de un equipo multidisciplinar altamente especializado, competente y coordinado con un amplio historial experiencial (Colpaert, 2012; Kienast et al., 2014; Martínez, 2021; Pascual, et al., 2017; Van den Bosch y Verheul, 2007). Son muchos los profesionales que no están formados adecuadamente para ofrecer el tratamiento tan complejo e integrado que requieren estos pacientes, lo cual muchas veces suele derivar en el desentendimiento de uno de los trastornos o en el traslado del paciente de un centro a otro para poder ser atendido en todas sus esferas, y como se ha expuesto a lo largo de este trabajo, sería muy positivo aunar todo el tratamiento en un único centro.

Bien es cierto que, para todo ello, resulta fundamental llevar a cabo una mejora de las prestaciones (Colpaert, 2012), tanto económicas como sociales, educativas y laborales, no sólo orientadas al paciente sino también a los familiares o cuidadores de estos, quienes muchas veces se ven sumergidos en condiciones muy desfavorables.

Además, desde el punto de vista del profesional, cabe destacar la importancia de la esperanza y la confianza que éste tenga tanto en el paciente como en el tratamiento aplicado. A estos pacientes se les han considerado históricamente “intratables”, y sin embargo, se ha puesto de manifiesto la importancia que tiene la relación terapéutica en el éxito del tratamiento, el cual sí surte efecto (Martínez, 2021).

Por último, cabe hacer especial mención a la importancia que la esfera social adquiere en la vida de estos pacientes, pues frecuentemente se ven sometidos a un gran estigma social. Es por ello por lo que la psicoeducación se convierte en el medio adecuado para que, como defienden autores como Martínez (2021) y Pascual et.al. (2017), se consiga la normalización de este padecimiento comórbido.

En conclusión, aunque la investigación sobre la PD de TUS y TP va avanzando, es necesario incidir más en ésta. Como se ha observado, no es baja la prevalencia de estos pacientes en la población (general y clínica), por lo que son muchas las personas que se ven afectadas por esta comorbilidad psiquiátrica. Por ello, se hace necesario conocer las mejores dianas de intervención y los tratamientos más exitosos, primar la integralidad del tratamiento y la coordinación de un equipo multidisciplinar en un mismo entorno ofreciendo así una mejor calidad de vida a estas personas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arnevik, E. A., Pedersen, G., Walderhaug, E., Lien, I., Wilberg, T., & Hummelen, B. (2019). Measuring Personality Problems in Patients With Substance Use Disorders: A Cross-Sample Validation. *Journal of dual diagnosis*, 15(4), 324-332. <https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1668583>
- Ball S.A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual Focus Schema Therapy. *Addict Behaviours*, 23 (6), 883–891. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(98\)00067-7](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(98)00067-7)
- Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2015). *Abnormal Psychology. An integrative approach*. Stamford: Cengage Learning.
- Belloch, A. (2010). *Tratamiento de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Síntesis.
- Blanco Caramés L.M. (2005). Drogas, trastornos de personalidad y psicopatología. *Psicología Jurídica. Colección Psicología y Ley Nº1. Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense*. 241-245. I.S.B.N: 84-689-2616-7.
- Brime, B., Llorens, N., Méndez, F., Molina, M., Sánchez, E., & Tortajada, S. (2020). *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad.
- Carou M., Romero E., Luengo M.A.. (2017). Perfiles de drogodependientes en relación con variables y trastornos de personalidad. *ADICCIONES*, 2 (29), 113-124.
- Colpaert, K., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., Broekaert, E., & De Fruyt, F. (2012). Prevalence and determinants of personality disorders in a clinical sample of alcohol-, drug-, and dual-dependent patients. *Substance use & misuse*, 47(6), 649–661. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.653427>
- Díaz Salabert, J. (2001). El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de Psicología*, 5, 21-35. ISSN: 1138-2635.
- Dolengevich-Segal H., Rodriguez Salgado B., Mora F. y Quintero J. (2015). Trastorno por consumo de sustancias y fármacos. *Medicine*, 11 (86). ISSN: 5137-5143. <http://doi:10.1016/j.med.2015.09.003>
- EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015). *Perspectives on drugs. Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe*. Lisboa.

- Flores-García L., Ytterstad E., Lensing M.B. y Eisemann M. (2020). Exploring personality and readiness to change in patients with substance use disorders with and without ADHD. *Journal of attention disorders*, 24 (9), 1255-1265. <https://doi.org/10.1177/1087054716677819>
- González, E., Arias F., Szerman N., Vega P., Mesias B. & Basurte I. (2019). Coexistencia entre los trastornos de personalidad y el trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 47 (6), 218-228.
- Hasin, D., & Kilcoyne, B. (2012). Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. *Curr Opin Psychiatry*, 25(3), 165-171. <http://doi:10.1097/YCO.0b013e3283523dcc>
- Iafa (2018). ¿Qué es la adicción? <https://www.iafa.go.cr/blog/451-que-es-la-adiccion-2>
- Kienast T., Stoffers J., BERPohl F. y Livb K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction. *Deutsches Arzteblatt International*, 111 (16), 280-286. <http://doi:10.3238/arztebl.2014.0280>
- Langas A.M., Malt U.F., Opjordsmoen S. (2011). Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area-a clinical study. *BMC Psychiatry*, 11 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-25>
- Lee N.K., Cameron J. y Jenner L. (2015). A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug and Alcohol Review*, 34, 663-672. <http://doi:10.1111/dar.12267>
- Marquez-Arrico, J. y Adan, A. (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *ADICCIONES*, 25(3), 195-202
- Martínez González, J.M. y Verdejo García A. (2012). Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependientes con y sin trastornos de personalidad. *Adicciones*, 3 (24), 229-238.
- Martínez González J. M. (2021). El reto de la psicoterapia de los trastornos de la personalidad en drogodependientes. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*, 12(2). <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e343631>
- Meana Peón, R. J. (2010). Drogas y Enfermedad Mental. *Crítica* (967), 56-59.
- Montoya-Filardi A. y Mazón M. (2017). El cerebro adicto: imagen de las complicaciones neurológicas por el consumo de drogas. *Radiología*, 59 (1), 17-30.
- Moran, P., Coffey, C., Mann, A., Carlin, J., & Patton, G. (2006). Personality and substance use disorders in young adults. *British Journal of Psychiatry*, 374-379.

- NESARC-III: National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III.
- NIDA (2019). Comorbilidad: los trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales . *DrugFacts*. Recuperado el 22 de octubre de 2021 de: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/comorbilidad-los-trastornos-por-consumo-de-drogas-y-otras-enfermedades-mentales>
- OMS: Organización Mundial de la Salud (2013). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo. Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Ginebra, Suiza.
- Pascual Pastor, F., Fernández Miranda, J. J., Díaz Fernández, S., & Sala Año, C. (2017). Comorbilidad psiquiátrica en adicciones: tus + tm concepto, epidemiología & diagnóstico. Marco general de tratamiento. *Sociodrogalcohol*.
- Rodríguez Míguez, E., Casal Rodríguez, B., y Rivera Castiñeira, B. (2019). El coste social de la adicción: una guía para su estimación. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- San Juan Sanz, P. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine*, 12(85), 4984-4992.
- Smith N.D.L. y Cottler L.B. (2020). What's old is new again: updated findings on personality disorders and substance use disorders. *Current Opinion Psychiatry*,1(33), 51-56. <http://10.1097/YCO.0000000000000558> PMID: 31577542
- Van den Bosch, L. M., y Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Current opinion in psychiatry*, 20(1), 67–71. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328011740c>