



UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
CAMPÚS DE TERUEL
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

**“REVISIÓN DE LAS DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS E IMPLICACIONES EN
LA PATOLOGÍA DUAL EN TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD”**

Autor: Marta Navarro Marco
Director : Víctor José Villanueva Blasco
Año: 2013

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
PATOLOGÍA DUAL.....	3-8
Epidemiología de la Patología Dual	4
Clasificación de la Patología Dual.....	4-5
Diagnóstico en trastornos de la personalidad.....	6-7
Diagnóstico de trastornos por uso de sustancias.....	7-8
DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL EN TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. .	8-14
Etiología y diagnóstico de la Patología Dual en trastornos de la personalidad.....	9-11
Instrumentos de evaluación.....	11-12
Clasificación de los instrumentos de evaluación clínica en drogodependencias.....	12-14
TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL EN TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	15
DISCUSIÓN.....	15-16
CONCLUSIONES.....	16-17
REFERENCIAS.....	17-18

INTRODUCCIÓN

Desde hace una década, se está produciendo un fuerte énfasis en el estudio de la presencia de psicopatologías en el consumo de sustancias. Este hecho se debe a la influencia que pueden ejercer en el diagnóstico, en la evolución del trastorno adictivo y del trastorno mental, así como encontrar un tratamiento adecuado (Torrens, Astals y Mateu, 2005). Esta dificultad puede manifestarse en problemas de adherencia al tratamiento (Caballero, 1993) y en la tardanza de aparecer y mantener periodos de abstinencia de la sustancia, impidiendo realizar un diagnóstico adecuado y su posterior intervención (Martínez y Trujillo, 2003; Casas, Gutiérrez, Gilbert, Bobes, Roncero y Octavio, 2001). Otras consecuencias que caracterizan a las patologías duales son un mayor empleo de los recursos sanitarios como las hospitalizaciones o los servicios de urgencias, mayor inestabilidad familiar y marginación social, mayor número de conductas violentas o ilegales, ideación o conducta suicida, menor cumplimiento de la medicación, peor respuesta al tratamiento y mayores dificultades de acceso a la red asistencial (Osher y Kofoed, 1989).

En concreto a través de este trabajo se pretende hacer hincapié en la relación de los trastornos de la personalidad con el uso de sustancias, haciendo una revisión de las dificultades que se encuentran al realizar un diagnóstico y su posterior tratamiento. El interés por este trabajo se fundamenta en estudios que han evaluado la presencia de un trastorno de la personalidad con el uso de una sustancia, comprobando que entre el 30 % y el 80 % de la población drogodependiente presenta un trastorno de la personalidad, y en las dificultades anteriormente nombradas en relación al diagnóstico e intervención de la patología dual.

PATOLOGÍA DUAL

Son varias las definiciones de patología dual o “dual diagnosis” denominada en la literatura internacional (Casas, 2000). Aunque todas hacen referencia a la coexistencia de dos psicopatologías; un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias.

La sociedad Española de Patología Dual (2003) lo define como “una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental o la intersección de ambas disfunciones”. Según Torrens (2008), la patología dual o comorbilidad psiquiátrica es la concurrencia en un mismo individuo de al menos un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico (Szerman, 2009). López Izuel (2005), la define como la presentación simultánea de una patología psiquiátrica y adictiva que interactúan modificando el curso de cada

una de ellas, añadiendo que la patología adictiva o la psiquiátrica pueden ser tanto causa como resultado de la otra.

En cuanto a la definición de patología dual, debemos diferenciar entre ésta y comorbilidad. Por un lado, patología dual hace referencia a la coexistencia en un mismo individuo de un trastorno por uso de sustancia y otro trastorno psiquiátrico (López-Durán y Becoña, 2006). Por otro lado, se habla de comorbilidad cuando un paciente presenta varios tipos de trastornos mentales. Por ello, podemos decir que la patología dual es una forma específica de comorbilidad en la que está presente un trastorno por uso de sustancia.

- **Epidemiología de la patología dual**

Los estudios epidemiológicos y clínicos en su totalidad, han revelado un alto grado de asociación entre trastornos por uso de sustancias (TUS) y otros trastornos psiquiátricos (Consenso de Patología Dual, 2003).

En cuanto a los estudios realizados en la población española, siguiendo los criterios del DSM- IV, han detectado una prevalencia de comorbilidad psiquiátrica del 67% en la población de jóvenes consumidores de heroína reclutados fuera del contexto sanitario (Rodríguez- Llera et al., 2006) o en policonsumidores ingresados en la unidad de desintoxicación hospitalaria (Nocon, Bergé, Astals, Martín-Santos y Torrens, 2007). En dependientes de opiáceos que inician un tratamiento de mantenimiento con metadona la prevalencia es del 44%, (Astals et al., 2007) y en jóvenes consumidores de cocaína captados fuera del contexto sanitario es del 54% (Herrero, Domingo-Salvany, Torrens, Brugal, 2008). En una investigación donde se reclutaron a consumidores recreativos de éxtasis, se observó una elevada frecuencia de comorbilidad psiquiátrica, específicamente un 49% (Martín- Santos, 2007).

- **Clasificación diagnóstica en Patología Dual**

El diagnóstico es un procedimiento de exploración de la presencia/ausencia de signos, síntomas y rasgos, que se constituyen o no en determinados síndromes, y que configuran manifestaciones con entidad clínica específica. Uno de los requisitos para el diagnóstico es la utilización de las clasificaciones nosológicas, como el DSM-IV y el CIE-10 (Martínez y Trujillo, 2003). El diagnóstico guía el tratamiento elegido. Sin embargo, uno de los aspectos significativos de la Patología dual, es que es un término que no está reconocido por las clasificaciones DSM-IV-TR y CIE-10, aunque sí está reconocida por la comunidad científica.

Estudios de los trastornos psicopatológicos asociados con el consumo de drogas muestran la dificultad en la filiación de síntomas, ya que en ningún caso estos son específicos de una afección

concreta y existen dudas de si son el resultado de la intoxicación o la abstinencia de sustancias o, por el contrario, corresponden a la manifestación de un trastorno psiquiátrico subyacente, (Consenso de Patología Dual, 2003).

De forma, que para la clasificación de la patología dual, se debe contemplar la etiología del proceso y el proceso asociado a los trastornos por uso de sustancias.

La clasificación respecto a la etiología del proceso según Solomon, Zimberg y Shollar (1996) se desglosa en varios tipos:

- El *tipo I* comprende que el trastorno psiquiátrico es primario y el trastorno por uso de sustancias es secundario, es decir, el trastorno psiquiátrico es previo a que el consumo de sustancias crea dependencia e influya en el mismo.
- El *tipo II* comprende que el trastorno por uso de sustancias es primario con signos y síntomas psiquiátricos secundarios. Este trastorno se fundamenta en que la abstinencia y/o consumo son el origen de los trastornos del humor y episodios depresivos; la intoxicación y la abstinencia que pueden generar trastornos de ansiedad y de crisis de pánico; la dependencia al alcohol, anfetaminas y cocaína que aumentan el riesgo de síntomas psicóticos.
- El *tipo III*, comprende la coexistencia del trastorno psiquiátrico y del trastorno por uso de sustancias de origen independiente. Dentro de este tipo se observa la complicada tarea de clasificarlos, como que los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias están presentes y no coinciden en comienzo y curso, así como que los trastornos son crónicos y severos con distintos comienzos y cursos sobrepuestos.

Otras clasificaciones dentro de este tipo, encuentran que el trastorno psiquiátrico se inicia antes, pero ambos tienen cursos independientes y ninguno parece afectar consistentemente el curso del otro. Por otro lado, el trastorno por consumo de sustancias se inicia antes, pero ambos tienen cursos independientes y ninguno parece afectar el curso del otro.

El trastorno dual verdadero es considerado el del tipo III, aunque es importante la distinción entre los diferentes tipos de trastornos duales, ya que el pronóstico del trastorno dual de tipo I con un trastorno psicopatológico primario es peor que cuando el trastorno por abuso de sustancias es anterior.

Más específicamente, el presente trabajo se centra en las dificultades diagnósticas de la patología dual en uso de sustancias y trastornos de la personalidad. Por ello, se abordarán los criterios diagnósticos de ambos trastornos por separado, para posteriormente abordar los aspectos relativos al diagnóstico de ambos dentro de la patología dual.

- **Diagnóstico en trastornos de la personalidad.**

Según el DSM-IV-TR (2002), los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo se constituyen en trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Este patrón desadaptativo se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, actividad interpersonal o del control de los impulsos. (López-Durán, 2006 et al)

Por lo tanto el trastorno de la personalidad queda definido según el DSM-IV-TR (2002) de la siguiente forma: un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.

Partiendo de la definición consensuada sobre trastornos de la personalidad, se contemplan los siguientes trastornos: trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad, trastorno de la personalidad por evitación, trastorno de la personalidad por dependencia y trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Según el DSM-IV-TR (2002), los diferentes trastornos de la personalidad se reúnen en tres grupos basándose en la similitud de sus características. Dichos grupos son: grupo A, se les caracteriza por rasgos excéntricos (paranoide, esquizoide y esquizotípico); grupo B, se caracteriza por rasgos dramáticos, emotivos e inestables (antisocial, límite, histriónico y narcisista); Grupo C, se les caracteriza por rasgos ansiosos y temerosos.

Dichos trastornos de la personalidad, tienen una prevalencia en la población general, es decir, en población no consumidora, de un 3%, (DSM-IV-TR, 2002). En estudios pioneros (Khantzian y Treece 1985; y Rounsavile et al, 1982), destacaron la prevalencia del trastorno antisocial (44'8% de los sujetos que fueron diagnosticados con algún trastorno de personalidad), siendo los más comunes: TP histriónico (6'9%), TP esquizoide (4'6%), TP mixto (3'4%), TP límite (2'3%) y TP compulsivo (1'1%). No encontraron ningún trastorno de personalidad en el 36'8% de los sujetos de la muestra.

En cuanto a los criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad, el DSM-IV-TR, 2002 señala los siguientes: en primer lugar, se debe dar un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto.

Este patrón se manifiesta en dos o más áreas (cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de los impulsos). En segundo lugar este patrón persistente es inflexible, extendiéndose a una amplia gama de situaciones personales y sociales que provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas de la edad adulta. Este patrón no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental, tampoco se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia. Por último, el patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta (DSM-IV-TR, 2002).

Ante estas categorías debemos añadir la posibilidad, por un lado, de que el sujeto se ajuste al criterio general para un trastorno de personalidad cumpliendo varios de los pertenecientes a los distintos grupos de trastornos de la personalidad y por otro lado; el sujeto no cumple con ninguno de los criterios de las categorías pero sí con el general que verifica la existencia de un trastorno de la personalidad; en ambos casos se denomina trastorno de la personalidad no especificado.

- **Diagnóstico de trastorno por uso de sustancias**

La Asociación Americana de Psiquiatría a través del DSM-IV-TR hace referencia a este tipo de trastornos con todas aquellas sustancias que introducidas en el organismo afectan o alteran el estado de ánimo y la conducta, acarrear trastornos incapacitantes para el consumidor en la esfera personal, laboral, social, física y familiar, así como síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia. Estas alteraciones pueden manifestarse de forma inmediata y a medio o largo plazo.

Las características clínicas más significantes de estos trastornos incluyen la necesidad imperativa de consumir la sustancia, llegando a la compulsión, en ocasiones incontrolable, y al establecimiento de un patrón de comportamiento centrado en la búsqueda de la sustancia, descuidando la obligación familiar, laboral, académica y social.

Las sustancias se han clasificado en distintas categorías. Una de las más utilizadas es la de Skuckit (2000), que las agrupa en depresoras del SNC, estimulantes o simpatomiméticos del SNC, opiáceos, cannabinoides, alucinógenos, disolventes y otras sustancias para contrarrestar efectos de otras. El DSM-IV-TR, considera once clases de sustancias: alcohol, anfetaminas o simpaticomiméticos, cannabis, alucinógenos, inhalantes, cocaína, opiáceos, fenciclidina o arilciclohexilaminas y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; descartando la nicotina y la cafeína.

El Plan Nacional Sobre Drogas en 2005, recoge una demanda de ayuda de 50630 usuarios por abuso o dependencia de sustancias, el 15,4% mujeres y el 50,9% de hombres. La sustancia predominante es la heroína con un 36,8%, seguida del cannabis con 10,9%, opiáceos distintos a la heroína o sin especificar 2,5%, hipnosedantes 1,2%, anfetaminas 0,8%, éxtasis y otros derivados de

las feniletilaminas 0,5%, alucinógenos 0,1% y sustancias volátiles 0,1%.

El diagnóstico diferencial según el DSM-IV-TR, hace referencia a que los trastornos relacionados con sustancias se distinguen del consumo no patológico de sustancias (bebedores sociales) y del consumo apropiado de medicamentos por razones médicas debido a la presencia de un patrón de múltiples síntomas que aparecen en un periodo largo de tiempo. El DSM-IV-TR identifica diversos grados y tipos de alteraciones derivadas del consumo de los diferentes tipos de sustancias. Por una parte se establecen los parámetros para el diagnóstico de la dependencia y de la condición previa de la misma, como el abuso o uso nocivo. Por otro lado, se describen las complicaciones agudas y crónicas, referidas al comportamiento, que se derivan del consumo de drogas, como la intoxicación aguda y el síndrome de abstinencia, así como los trastornos psicóticos, afectivos y cognitivos.

Durante el diagnóstico diferencial de trastornos por uso de sustancia hay que tener en cuenta que los efectos agudos de las drogas, las consecuencias del consumo crónico y la abstinencia, pueden mimetizar los síntomas depresivos, ansiosos, psicóticos y de trastornos de la personalidad; (Casas y Guardia, 2002; Roncero et al., 2001; Quiroga, 2000). De forma, que para diagnosticar problemas relacionados con las sustancias, los síntomas no deben ser consecuencia de un trastorno psiquiátrico primario.

DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA DUAL EN TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

A pesar de la falta de reconocimiento por parte de las clasificaciones que están actualmente en vigor, DSM-IV-TR y el CIE-10, diversos estudios muestran un alto grado de prevalencia en la población entre los trastornos por uso de sustancias (TUS) y los trastornos de personalidad (Consenso de Patología Dual, 2003; Abbot, 1994), siendo en consumidores de sustancias el diagnóstico más común el trastorno de personalidad (Becoña y Cortés, 2008). En concreto, los trastornos de personalidad tienen un grado de incidencia entre el 30 - 80 % en población drogodependiente (San Molina y Casas, 2002).

Estudios como el de Fassino et al. (2004), muestran que un 58% de drogodependientes presentan algún TP, siendo los más frecuentes el límite, el antisocial y el dependiente. Por el contrario en muestra de indigentes consumidores de sustancias la proporción es mucho mayor en los del Cluser A y en trastorno obsesivo-compulsivo. Por otro lado, en alcohólicos los TP más frecuentes son el obsesivo-compulsivo (12 %), seguido del antisocial (8,9%), límite e histriónico (5.1 %) (Bravo, Echeburúa y Azpiri, 2008).

En cocainómanos los TP más frecuentes son el límite, antisocial, histriónico, narcisista, pasivo-agresivo y paranoide (Lopez y Becoña, 2006), sin embargo, se ha observado que la incidencia en cocainómanos difiere dependiendo del patrón de consumo de sustancia. En cuanto al trastorno por abuso y trastorno por dependencia, existen diferentes TP asociados. Por un lado en el trastorno por abuso se asocian los trastornos de la personalidad paranoide, límite, evitación y dependencia, mientras que cuando se trata de un trastorno por dependencia, los más frecuentes son el antisocial, histriónico y narcisista (Vázquez y Cittadini, 2007)

Otros estudios se han centrado en las diferencias de género como es el trabajo de Bravo, Echeburúa y Azpiri (2008), el cual, hace referencia a las diferencias en función del género en alcohólicos. Un 41.8 % de las mujeres presentaban algún trastorno de la personalidad, mientras que los hombres la incidencia es de 65%. Los TP más frecuentes en mujeres son el obsesivo-compulsivo, dependiente e histriónico, mientras que en los hombres son el obsesivo, paranoide, narcisista y antisocial.

La alta prevalencia entre trastornos por uso de sustancias y trastornos de la personalidad justifica la relevancia de realizar un buen diagnóstico que oriente sobre el tratamiento más efectivo. Para poder realizar el diagnóstico se debe aludir a la etiología y a las implicaciones que conlleva.

- **Etiología y diagnóstico de la patología dual de trastornos de la personalidad**

Al igual que ocurre con otros aspectos de la patología dual, existen dificultades en la etiología. Dicha dificultad, provoca que la identificación de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica y consumo de sustancias plantee diversos problemas. En concreto, Torrents (2008) apunta a dos problemas fundamentales, por un lado, los efectos agudos y crónicos de las drogas sobre el sistema nervioso central, simulan síntomas de muchos de los trastornos de la personalidad, dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno de la personalidad independiente. Por otro lado, no existe un patrón para validar los diagnósticos, ya que los trastornos psiquiátricos son más síndromes que enfermedades con una fisiopatología conocida y unos marcadores biológicos.

Otros autores como San, Arranz y Dueñas (2002), reafirman la existencia de importantes dificultades para el diagnóstico diferencial, debidas a las diferentes causas implicadas en los síntomas psiquiátricos (sustancia, trastorno de la personalidad o problemas médicos) y a los factores concurrentes con el momento que se realiza la entrevista.

Por ello, las posibles relaciones etiológicas existentes entre consumo de sustancias y los síntomas de los trastornos de la personalidad se establecen de la siguiente forma: trastornos de la

personalidad primario con trastorno por uso de sustancias secundario; trastorno de la personalidad y por uso de sustancias coexistentes, con un origen común; trastornos de la personalidad y por uso de sustancias coexistentes, con un origen independiente; y trastorno por uso de sustancias primario y trastornos de la personalidad secundario (Consenso de Patología Dual, 2003)

En referencia a estas dificultades, cuando se realiza el diagnóstico se deben considerar una serie de factores, como la elevada frecuencia de comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes; los efectos que pueden ocasionar las sustancias; los cuadros psicopatológicos que pueden ser similares a los de algunos trastornos de la personalidad (Rubio y Nunes, 2002) De manera, que si no se realiza un exhaustivo diagnóstico diferencial, es fácil en caer en errores diagnósticos y terapéuticos.

En concreto, según el consenso en Patología Dual (2003), para realizar un diagnóstico diferencial entre un trastorno psiquiátrico no inducido por sustancias y otro inducido, se deben seguir una serie de pasos. El primer paso en el diagnóstico, una vez detectada la patología dual, se establece el tipo de relación temporal entre la psicopatología y el uso de la sustancia. Si no existe ninguna relación, es decir, si no hay pruebas de que el sujeto haya consumido alcohol u otras sustancias y que no sea un síndrome de abstinencia, el diagnóstico se orienta hacia un trastorno psiquiátrico independiente. En cambio, si se constata que el sujeto presenta algún trastorno por el uso de sustancias, se debe determinar si los síntomas psiquiátricos pueden deberse a la intoxicación o al síndrome de abstinencia de la sustancia. De forma, que se debe continuar explorando las características psicopatológicas y la cronología de los trastornos. Además se deben realizar exploraciones para poder hacer una aproximación de las repercusiones del consumo sobre el funcionamiento orgánico, por ejemplo, determinaciones de alcohol y otras sustancias en sangre y en orina.

El segundo paso tiene como objetivo, determinar si la psicopatología es más grave de la que suele aparecer durante los episodios de intoxicación o de síndrome de abstinencia. Si es más grave se debe realizar las exploraciones para el diagnóstico diferencial de los trastornos inducidos frente a los independientes. En caso contrario, si no es más grave, se debe diagnosticar intoxicación o síndrome de abstinencia por consumo.

El tercer paso, permite diferenciar entre trastornos inducidos y trastornos independientes. Uno de los determinantes, es el establecimiento de la cronología de los trastornos y la presencia de determinados factores que se asocian con los trastornos afectivos independientes. De forma, que se requiere trazar una línea temporal de ambos trastornos (dependencia y trastorno de la personalidad), así como intentar conocer en que momento de la vida del sujeto cumplía criterios de dependencia de sustancias y/o trastorno de la personalidad. Los trastornos inducidos aparecen en el contexto de intoxicaciones o de la abstinencia, mientras los independientes aparecen antes de la dependencia y/o

en momentos en los que el sujeto está abstinentemente o sin cambios importantes en su consumo.

El consenso en patología dual, también hace hincapié en que hay ciertos datos que sugieren que el trastorno es independiente. Dichos datos son: el trastorno de la personalidad ha comenzado antes que el consumo regular de sustancias; las diferencias en intensidad, frecuencia de consumo y problemas en sujetos que presentan abuso o dependencia, ya que los trastornos inducidos remiten paralelamente a la eliminación del tóxico; si el trastorno continúa tras varias semanas (aproximadamente 4 semanas) de abstinencia es posible que no sea inducido; la importancia de antecedentes familiares, es decir, si hay antecedentes es posible que el trastorno no sea inducido; el fracaso terapéutico en reducir la conducta adictiva y en otros trastornos psiquiátricos se orienta a que el trastorno no sea inducido y la respuesta inicial al tratamiento farmacológico y a los efectos secundarios excesivos en trastornos inducidos.

- **Instrumentos de evaluación**

En la exploración clínica de los problemas asociados a las drogodependencias existen distintas fuentes de información (Iraurgi, 2003) para cada una de las cuales se requiere de la utilización de distintos instrumentos para realizar la valoración clínica. En concreto, en la realización del diagnóstico clínico de un trastorno de la personalidad en personas que abusan o dependen de sustancias se requiere de un elemento básico, la historia clínica. (Consenso en Patología Dual, 2003).

En el ámbito clínico el principal instrumento con el que cuenta el profesional de la salud, es la “entrevista” a partir de la cual, posibilitará realizar un juicio clínico, que a su vez, permitirá diagnosticar, orientar, prescribir y tratar el caso. En cambio, la entrevista puede llegar a ser insuficiente en algunos aspectos, para estos casos, los instrumentos de evaluación psicométrica son una interesante alternativa (Ballesteros, Torrens y Valderrama, 2006).

Otros instrumentos utilizados para medir variables psicológicas o biomédicas son los test, cuestionarios, escalas e inventarios, entre otros. Cada uno de los instrumentos son utilizados en diferentes aspectos, los test suelen reservarse para el ámbito cognitivo, es decir, para medir aptitudes, conocimientos, rendimientos y/o habilidades. En cambio, si se pretende medir variables que no pertenecen al ámbito cognitivo, sino al afectivo (personalidad, actitudes, intereses, opiniones y/o síntomas) se utilizan las escalas, los cuestionarios y los inventarios. Las escalas, permiten que el sujeto muestre una posición respecto a un enunciado, eligiendo la categoría con la que más se sienta identificado.

Sin embargo, en la evaluación neuropsiquiátrica y psicológica se utilizan tres tipos de instrumentos (Clarkin, Hurt y Mattis, 1997):

- Test psicológicos, permiten medir rasgos respecto al constructo explorado y evaluar su respuesta mediante comparación con la obtenida en el mismo test por una población típica. En concreto, son métodos estandarizados para identificar a un sujeto respecto a la norma de su grupo. Por ejemplo 16 Personality Factors (16 PF), Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS).
- Escalas de valoración, permiten a través de preguntas o enunciados reflejar algún tipo de experiencia, situación, síntoma o emoción relacionadas con el fenómeno que se estudia. Además son importantes para medir, la gravedad, intensidad, severidad o magnitud de un determinado fenómeno. Por ejemplo *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*, *Severity of Dependence Scale (SDS)*, *Beck Depression Inventory (BDI)*, *State Trait Anxiety Inventory (STAI)*.
- Entrevistas estructuradas y semi-estructuradas, permiten la exploración, en este caso, la exploración clínica. Por ejemplo, *Addiction Severity Index (ASI)*, *Personality Disorders Examination (PDE)*, *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*, *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)*.

- **Clasificación de los instrumentos de evaluación clínica en drogodependencias**

Hay diferentes propuestas en la clasificación de los instrumentos,(Salvador, Romero, Gonzalez-Saiz, 2000; Iraurgi, y González, 2002), en particular, nos centraremos en aquella que se aplica en función de las etapas del proceso de valoración – evaluación en la clínica de las drogodependencias.

La evaluación clínica se entiende como el proceso amplio y global que implica distintas aproximaciones valorativas. Miller, Westerberg, y Waldron (1995) distinguen en el proceso de evaluación seis funciones distintas pero complementarias entre sí: cribado, diagnóstico, valoración, motivación, planificación y seguimiento. Cada una de estas funciones puede cubrirse con la utilización de instrumentos de evaluación específicos.

1. Instrumentos de cribado (screening)

El cribado tiene como objetivo la detección de “probables casos” de abuso o dependencia de sustancias. El procedimiento suele ser breve y por lo general se efectúa desde los servicios de atención primaria o como parte de programas epidemiológicos. El modelo más tradicional, denominado “hallazgos de casos” o “cribado para la detección de trastorno”, consiste en valorar a los individuos para identificar a aquellos con síntomas iniciales o

avanzados de dependencia de sustancias. Existen un gran número de cribado, entre los más conocidos están el CAGE, el *Cuestionario Breve para Alcohólicos* (CBA o KFA), el *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST) y el *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT); por su parte, el *CAGE-AID* es una adaptación del CAGE para el cribado del consumo de otras drogas.

2. Instrumentos de diagnóstico

La segunda función de la evaluación clínica es el diagnóstico del caso, entendido como el procedimiento que lleva a determinar la presencia de síntomas y signos de abuso o dependencia según los criterios nosológicos más aceptados (DSM-IV y CIE-10). Los instrumentos de valoración diagnóstica son protocolos que pretenden operativizar la recogida de información, para determinar la presencia o ausencia de los criterios de inclusión o exclusión definidos para cada trastorno o entidad nosológica, mediante preguntas estandarizadas que facilitan la valoración de existencia de signos, síntomas y rasgos y su significación clínica. Los facilitadores de la información, constituyen un medio y no un fin diagnóstico. Estos instrumentos son: la *Diagnostic Interview Schedule* (DIS); la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) y su módulo de drogas; la *CIDISAM*, la *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID-R); y el *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN). No relacionadas estrictamente con el diagnóstico, pero sí con la gravedad de la dependencia se encuentran el *Severity of Dependence Scale* (SDS) y el *Leeds Dependence Questionnaire* (LDQ).

3. Instrumentos para la evaluación de los problemas relacionados con el consumo

Dichos instrumentos permiten hacer una estimación del grado de afectación que el consumo de sustancias ha producido sobre un conjunto de dimensiones o áreas de funcionamiento del sujeto como el estado de salud, problemas laborales, familiares, legales, calidad de vida, etc. los más representativos son: el *Addiction Severity Index* (ASI), el *Opiate Treatment Index* (OTI), el *Maudsley Addiction Profile* (MAP) y el *Individual Assessment Profile* (IAP).

4. Instrumentos para el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica.

Los instrumentos que se utilizan para el diagnóstico en comorbilidad psiquiátrica son las entrevistas estructuradas o semiestructuradas, como el DIS, CIDI, SCID-R y SCAN. Estos instrumentos tienen una ventaja, la exhaustividad, permiten definir la presencia de los diferentes trastornos psiquiátricos que puede padecer el sujeto, además de los relacionados con el consumo de sustancias. No obstante, su aplicación en el caso concreto de la evaluación de la comorbilidad en pacientes con dependencia de sustancias, presenta el inconveniente de la mutua exclusión. La mutua exclusión hace referencia a la evaluación de

cada diagnóstico independientemente, de forma, que difícilmente se puede precisar si un trastorno precede al otro. Para soslayar esta dificultad se debería tener en cuenta el perfil de consumo del sujeto y la relación de cada trastorno con dicho perfil, ya que para el diagnóstico en patología dual, tan importante es el instrumento como el procedimiento de evaluación. De todas formas, algunos de estos instrumentos ya venían presentando problemas en esta aplicación. Así, la *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* tendía a sobrediagnosticar trastornos psiquiátricos en pacientes con abuso o dependencia del alcohol y el SCID presentaba un grave problema; la falta de estabilidad temporal y de fiabilidad test-retest de los trastornos psiquiátricos comorbidos.

5. Instrumentos para la evaluación de los aspectos motivacionales y disposicionales.

Los instrumentos que se engloban tienden a evaluar los atributos cognitivos y cognitivo-conductuales relacionados con la dependencia. En concreto, los aspectos que evalúan dichos instrumentos son: estadios de cambio, motivación para el cambio, balance decisional, expectativas de autoeficacia, nivel de competencia situacional y análisis de episodios de recaídas, entre otros. Por ejemplo, el *Situational Confidence Questionnaire (SCQ)*

Actualmente, ha sido validada en España por el grupo de la Dra. Torrens la versión española de un instrumento de nueva generación, diseñado específicamente para el diagnóstico de comorbilidad y patología dual: el *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISMA)*. Este instrumento trata de una entrevista semiestructurada que evalúa los trastornos de los ejes I y II del DSM-IV más prevalentes en la población drogodependiente. Comienza con el diagnóstico de los trastornos relacionados con sustancias y con el establecimiento de una línea evolutiva de los patrones de consumo, de forma que los síntomas y síndromes psiquiátricos que pudiera presentar el paciente se contrastan constantemente con dicha línea, con objeto de establecer si son trastornos primarios o drogoinducidos.

Por otro lado, se debe mencionar a un conjunto de escalas específicas y las secciones correspondientes de los instrumentos multidimensionales que miden el estado psicológico relacionado con el consumo de sustancias, por ejemplo SCL-90 y GHQ-28. Estos instrumentos no tienen como objetivo establecer categorías diagnósticas comórbidas, pero permiten una estimación de la manifestación e intensidad de determinados síntomas y síndromes.

TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL EN TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

Actualmente, se ha experimentado un avance en el conocimiento del tratamiento en los pacientes con patología dual en trastornos de personalidad y consumo de sustancias, sin que haya un tratamiento específico para este tipo de población. No obstante, el abordaje psicoterapéutico está indicado en todos los casos y constituye el tratamiento de elección (Millon, 1998). También, se utilizan los psicofármacos, los cuales, presentan una eficacia limitada.

La intervención psicoterapéutica debe perseguir instaurar y mantener la abstinencia del consumo de sustancias a largo plazo, reparar los síntomas del trastorno del Eje II, las peculiaridades de la adicción y de la conjunción entre ambos. De forma, que se debe discriminar entre aspectos de la propia evolución de los trastornos de personalidad y la que se observa cuando estos trastornos coexisten con la drogodependencia. Se aconseja que la duración y frecuencia de las entrevistas deben ser variables, es decir, sesiones no estructuradas y que aborden el presente y futuro, dejando de lado el pasado, así como entrevistas frecuentes con los familiares.

Otra de las variables que interviene en el éxito de la intervención dependen de la capacidad del terapeuta para identificar el vínculo entre el trastorno de la personalidad y la drogodependencia, así como, buscar la alianza terapéutica adecuada y unos límites estrictos (Valderrama, Cervera, Vicente Bolinches, Ochando y Sánchez, 2002). Sin embargo, esta concomitancia no siempre ha recibido una oportuna atención por los centros de tratamiento, lo que ha generado intervenciones inadecuadas.

Según Ochoa (2001) los aspectos que hay que considerar en el tratamiento con este perfil de pacientes son: mantener expectativas realistas, la mejoría del trastorno por uso de sustancias no equivale a la mejoría del trastorno de personalidad, adecuado manejo de la relación terapéutica, utilizar los contratos terapéuticos, marcar límites claros, tendencia a la perpetuación de conductas desadaptativas por parte de los pacientes y conductas suicidas relativamente frecuentes.

DISCUSIÓN

La patología dual es muy frecuente en el ámbito de las drogodependencias, en concreto, se presenta entre el 30% y 80% de usuarios que demandan ayuda (San Molina y Casas, 2002). Sin embargo, ha estado huérfana de conocimientos durante mucho tiempo. Estos conocimientos vienen de forma lenta y dispersa, provocando un fracaso en el diagnóstico y en su posterior tratamiento.

El abordaje de la concomitancia del trastorno de la personalidad y el consumo de sustancias

es muy costoso en esfuerzo y dedicación en el tratamiento integral de la drogodependencia. Por ello, que no siempre ha recibido la oportuna comprensión por parte del profesional.

Estas dificultades, implican consecuencias durante todo el proceso de diagnóstico y de tratamiento, tanto en el usuario como el profesional. Algunas consecuencias pueden ser la no consecución de las indicaciones terapéuticas por parte del paciente; un uso erróneo de psicofármacos; consumos esporádicos inexplicables y no evaluados, como el consumo abusivo de otras sustancias que no constituían el problema fundamental; no adherencia al tratamiento y abandono del tratamiento.

Una de las dificultades que nos encontramos durante el diagnóstico, es que el trastorno adictivo puede tardar más en verse con cierta evidencia debido al solapamiento de síntomas entre ambos trastornos.

La personalidad patológica tiene como características la rigidez, la cronicidad y la desadaptación (Millon 1994; APA 1995), por lo tanto, la patología dual debe considerarse dentro de las patologías mentales graves (Ruggeri, 2000) y resistente a los tratamientos convencionales, ya que los pacientes que presentan este tipo de patología son muy frecuentes y presentan mayor gravedad tanto en el ámbito clínico, como en el social (Torrens, 2008). Así como, una mala evolución, una elevada morbilidad y mortalidad.

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones en esta revisión sobre las dificultades en el diagnóstico son: en primer lugar, se debe potenciar la importancia de una adecuada formación e investigación de la patología dual, en la cual, se incorporen diferentes disciplinas y se disponga de una formación especializada para los diferentes profesionales que integren una actuación multidisciplinar. De forma, que se desarrollen programas especializados que aborden la “nueva” entidad clínica, llamada Patología dual.

En segundo lugar, como se ha expuesto durante la presente revisión, en la intervención con Patología dual se debe tener un especial cuidado, ya que presentan una mayor dificultad en el diagnóstico, en la etiología y en su posterior tratamiento. La patología dual requiere de un gran compromiso por parte del profesional y una actuación multidisciplinar diferente a los programas de intervención que existen en el ámbito de las drogodependencias.

En la actualidad, España tiene una red de tratamientos con programas diferentes para pacientes con adicciones y una escasa coordinación con la red de Salud Mental. Así como una falta de estrategias específicas y planes de acción para el diagnóstico y tratamiento de la patología dual.

Esto provoca que los pacientes duales y sus familias quedan aislados de la red de tratamientos y desatendidos de sus necesidades. Sólo algunas comunidades autónomas, como la comunidad de Madrid, han desarrollado de forma puntual acciones específicas para este tipo de población. Sin embargo, siguen existiendo diversos puntos críticos como la falta de generalización de modelos de coordinación entre los dispositivos asistenciales, un acceso tardío de los pacientes con Patología dual al sistema asistencial y escasos programas de atención a los problemas de patología dual.

Por ultimo, queda puntualizar la utilización de dos documentos que han permitido realizar este trabajo: el consenso de Patología Dual y el DSM-VI-TR. Por un lado, el Consenso de Patología Dual, ha aportado conocimiento tanto a nivel nacional como a nivel mundial sobre el estado actual de la Patología dual. Por otro lado, el DSM-IV-TR, permite indicar los criterios nosológicos de los trastornos de personalidad y los trastornos de uso de sustancias. Una de las características del DSM-IV-TR, y que se viene exponiendo durante todo el proyecto, es que no reconoce la patología dual. Sin embargo, se esta considerando la necesidad de clarificar la relación entre síntomas psicopatológicos y consumo/intoxicación/abstinencia en la elaboración de los criterios diagnósticos del DSM-V.

REFERENCIAS

- Abbott, P., Weller, S., Walker, S. (1994): Psychiatric disorders of opioid addicts entering treatment: preliminary data. *Journal of Addictive Diseases* 13(3): 1-11.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson: Barcelona.
- Ballesteros, J., Torrens, M. Valderrama, y J.C. (2006). Instrumentos para la valoración, diagnóstico y evaluación de las drogodependencias. En J. Iraurgi y F. González. (Ed.), *Manual introductorio a la investigación en drogodependencias* (pp. 99- 114). Mallorca: Martín Impresores, S.L.
Recuperado de http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Manual_Investigacion.pdf
- Bravo,R., Echeburúa, E., y Azpiri, J.(2008). Trastornos de personalidad y dependencia de alcohol. XXXV Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol.
- Caballero, L.(1993). Determinantes y significado de la retención en programas para drogodependientes”, En M.Casas y M. Gossop (coords.), *Recaída y prevención de recaídas*, Barcelona: Citran.
- Casas, M. (1992). *Trastornos psíquicos en las Toxicomanías*. Ediciones en Neurociencias. Barcelona.

- Casas, M. (2000) Trastornos duales. En: J.Vallejo y C. Gastó (Ed.), *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp.9-890) . Barcelona: Masson.
- Casas, M., Gutierrez, M., Gilbert, J., Bobes, J., Roncero, C., y Octavio, I.(2001) Risperona en tratamiento de pacientes Psicóticos con abuso y dependencia de opiáceos. *Actas Esp Psiquiatr*, 29, 380-385.
- Clarkin, J.F., Hurt, S.W., y Mattis, S. (1997) Evaluacion psicologica y neuropsicologica. En R.E Hales, S.C Yudofsky, y J.A Talbott. (Ed.), *Tratado de Psiquiatria* (pp. 259-289). Barcelona: Ancora.
- Fassino S, Abbate Daga G, Delsedime N, Rogna L, et al. (2004). Quality of life and personality disorders in heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence* 76(1):73-80 F
- Herrero, M.J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., y Brugal, M.T. (2008). ITINERE Investigators. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*. 103, 93-284.
- Iraurgi, I. (2003) Instrumentos de evaluacion diagnostica en alcoholismo. En E. Garcia-Usieto, S. Mendieta, G. Cervera, y J.R. Fernandez-Hermida. (Ed.), *Manual SET de Alcoholismo* (pp. 327-357). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Iraurgi, I. y González, F. (2002) *Instrumentos de Evaluacion en Drogodependencias*. Madrid: Aula Médica.
- Khantzian, E., y Treece, C. (1985).DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings. *Archives of General Psychiatry*, 142, 1067- 1071
- López, C.(2005). *Cuidados enfermeros*. Barcelona: Masson.
- López Durán, A. & Becoña Iglesias, E. (2006). Patrones y trastornos de la personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema* 18(3), 578-583.
Recuperado de www.psicothema.com
- Martín-Santos, R., Fonseca, F, Domingo-Salvany, A., Ginés, J.M., Imaz, M.L., Navinés, R., et al. (2006) Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *European J Psychiatry*, 20, 147-156.
- Martínez, J.M., Trujillo, H.M. (2003). *Tratamiento del Drogodependiente con trastornos de la Personalidad*. Editorial Biblioteca Nueva: Madrid.
- Mateu G, Astals M, Torrens M. (2005). Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento. *Adicciones* 17, 111-121.
- Miller, E.R., Westerberg, V.S., y Waldron, H.B.(1995) Evaluating alcohol problems in adults and adolescents. En R.K. Hester, y W.R. Miller. (Ed.), *Handbook of Alcoholism Treatment*

Approaches. Effective Alternatives. Massachusetts: Allyn & Bacon.

- Millon, T., Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos.* Martinez Roca. Barcelona.
- Millon, T.(1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV.* Barcelona: Masson
- Nocon, A., Bergé, D., Astals, M., Martín-Santos, R., y Torrens, M. (2007). Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *Eur Addict Res* 13,192-200.
- Ochoa E.(2001). Tratamiento de los trastorno psicóticos (esquizofrenia) en sujetos con trastornos por abus de sustancias. En RUBIO G, López- Muñoz, F. Alamo, C., Santo-Domingo, J., (Ed.), *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias.* (pp. 331-356). Madrid: Médica Panamericana
- Osher, C .,y Kofoed, L. (1989) Treatment of patients with psychiatric and substance abuse disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 40,1025-1030.
- Plan Nacional sobre Drogas (2003). Observatorio Español sobre drogas. Informe nº 6. Recogido el 13 de enero de 2005.
Recuperado de <http://www.mir.es/pnd/publica/html/delga.htm>
- Quiroga, M. (2000). Cánnabis: efectos nocivos sobre la salud mental. En J. Bobes, y A. Calafat. (Ed.), *Monografía cánnabis.* (pp. 135-148). *Adicciones*, 12.
- Rodriguez-Llena, M.C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M.T., Silva, T.C., Sánchez-Nubió, A., y Torrens, M.(2006) Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug Alcohol Depend* 84, 48-55.
- Roncero, J., Ramos, J.A., Collazoa, F., y Casas, M. (2001) Complicaciones psicóticas del consumo de coca. En F. Pascual, M. Torres, y A. Calafat. (Ed.), *Monografía cocaína.* (pp.179-190) *Adicciones*, 13.
- Rubio, G., y Nunes, E.V. (2002). Instrumentos diagnósticos de trastornos psiquiátricos en poblaciones con abuso de sustancias. En G. Rubio, F. López-Muñoz, C. Alamo, y J. Santo-Domingo. (Ed.), *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias.* Madrid: Panamericana.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., et al. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *Br J Psychiatry* 176, 55-149.
- Salvador L, Romero C., Gonzalez-Saiz F.(2000) Guias para la descripción y la selección de instrumentos de evaluación en psiquiatría. En A. Bulbena, G.E. Berrios, y P. Fernandezde-Larrinoa. (Ed.), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*, (pp.15-31). Barcelona: Masson.
- San, L., Arranz, B., y Dueñas, R.(2000). Psicosis y dependencia de sustancias. En P. Pichot, J. Ezcurra, P. González, y M. Gutierrez , (Ed.), *Actualizaciones en psicosis.*(pp. 231-246).

Madrid: Aula Médica.

- Schuckit, M. (2000). Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment. 5 ed. Nueva York. Plenum Medical Book Company
- Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).(2003).Consenso de la SEP sobre Patología Dual. Barcelona, Ars.
- Szerman N. (2009) Patología Dual. Protocolos de intervención.
Recuperado de: <http://www.patologiadual.es/docs.htm>
- Torrens, M.(2008) Patología Dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20, 315-320.
- Valderrama, J.C., Cervera, G., de Vicente, P.,Bolinches, F., Ochando, B., y Sánchez. (2002). Tratamiento de los trastornos de la personalidad en sujetos con trastorno por uso de sustancias. En G. Rubio, F. López-Muñoz, C. Alamo, y J. Santo-Domingo. (Ed.), Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias, (pp. 357-384) Madrid: Médica Panamericana.
- Vázquez, J., y Cittadini, M. (2007). Trastornos psiquiátricos y de personalidad asociados a la adicción a la cocaína. Madrid: Médica Panamericana.
- Zimberg, S. (1996). Introducción y Conceptos Generales del Diagnóstico Dual. En J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (Ed.), *Diagnóstico Dual*. (pp. 21-40). Barcelona: Ediciones en Neurociencias, S.L