

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA.  
FACULTAD DE MEDICINA**

**LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD  
EN  
ADICTOS A LA HEROÍNA Y LA  
SEROCONVERSIÓN  
AL VIH, UNA ASOCIACIÓN RELEVANTE.**

**TESIS DOCTORAL**

**Barcelona 2005**

**Doctorando:**

**Maite Utgés Nogués**

**Director de Tesis:**

**Miguel Casas Brugué**

**A LA MEVA FAMILIA, I COMPANYY**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A LAS INSTITUCIONES**

Universidad Autónoma de Barcelona.

Hospital Santa Maria de Lleida.

Servicio de Psiquiatría Hospital Vall Hebrón de Barcelona.

Servicio de Salud Pública i Metodología de la Recerca Hospital Vall  
Hebrón de Barcelona.

Servicio de Toxicomanías y Psiquiatría del Hospital Santa Maria de  
Lleida.

## **LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGNIFICADOS**

CIE	Clasificación Internacional Enfermedades
DATOS	Drug Abuse Treatment Outcome Study
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales
ELISA	Análisis de inmunoadsorbencia ligada a enzimas
ECA	Epidemiologic Catchment Area Study
IPDE	International Personality Disorder Examination
IRM	Imágenes de resonancia magnética
IRMf	Imágenes de resonancia magnética funcional
NCS	National Comorbidity Survey
NIMH	National Institute of Mental Health
NIDA	National Institute on Drug Abuse
OMS	Organización Mundial de la Salud
PET	Tomografía por emisión de positrones
PMM	Programa de mantenimiento con metadona
PMN	Programa de mantenimiento con naltrexona
SIDA	Síndrome Inmunodeficiencia Humana
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WB	Westem Blot. Técnica de inmunoelectrotransferencia ligadas a enzimas

## ÍNDICE

<b>1. Introducción</b> .....	1
<b>2. Concepto de Dependencia</b> .....	3
<b>3. Los Trastornos de la Personalidad</b> .....	15
3.1. Definición .....	15
3.2. Factores etiológicos .....	17
3.3. Subtipos clínicos	
3.3.1. Trastorno de la Personalidad Paranoide .....	26
3.3.2. Trastorno de la Personalidad Esquizoide ....	28
3.3.3. Trastorno de la Personalidad Esquizotípico .....	29
3.3.4. Trastorno de la Personalidad Antisocial .....	30
3.3.5. Trastorno de la Personalidad Límite .....	31
3.3.6. Trastorno de la Personalidad Histriónico ....	33
3.3.7. Trastorno de la Personalidad Narcisista .....	34
3.3.8. Trastorno Evitativo de la Personalidad .....	35
3.3.9. Trastorno Dependiente de la Personalidad ...	36
3.3.10.. Trastorno Obsesivo-Compulsivo de Personalidad. ....	37
<b>4. Los Trastornos de la Personalidad en Adictos     a la Heroína.</b> .....	39

<b>5. Comorbilidad.</b>	
5.1. Conceptos .....	51
5.2. Dificultades existentes para la detección de los trastornos concomitantes .....	58
5.3. Importancia de la psicopatología concomitante ..	60
5.4. Trastornos concomitantes más frecuentes.	
5.4.1. Personalidad Antisocial .....	61
5.4.2. Depresión .....	61
5.4.3. Alcohol .....	63
5.4.4. Trastornos de Ansiedad .....	64
<b>6. Trastorno Antisocial de la Personalidad.</b>	
6.1. Concepto y diagnóstico .....	67
<b>7. VIH epidemiología y Trastornos de la Personalidad.</b>	
7.1. Infección por el VIH/SIDA. Definición .....	77
7.2. Epidemiología .....	78
7.3. Mecanismos de transmisión del VIH .....	84
7.4. Diagnóstico de la infección por VIH .....	86
7.5. VIH y psicopatología .....	87
<b>8. Hipótesis</b> .....	95
<b>9. Objetivos</b> .....	97
<b>10. Población y métodos</b>	
10.1. Diseño .....	99
10.2. Ámbito del estudio .....	99
10.3. Fuentes de información .....	99
10.4. Pacientes .....	100
10.5. Codificación y tratamiento de las variables .....	102

<b>11. Resultados.</b>	
11.1. Situación sociodemográfica .....	105
11.2. Análisis de la comorbilidad asociada .....	107
11.3. Análisis de la positividad a VIH .....	119
<b>12. Discusión</b> .....	131
<b>13. Conclusiones</b>	
13.1. En cuando a la comorbilidad .....	143
13.2. En cuando a la positividad al VIH .....	145
<b>14. Bibliografía</b> .....	147
<b>15. Anexos</b>	
15.1. <i>Anexo 1.</i> Clasificación DSM-IV .....	173
15.2. <i>Anexo 2.</i> Criterios para la dependencia de sustancias	178
15.3. <i>Anexo 3.</i> Criterios para al diagnostico de trastorno del estado de animo inducido por sustancias .....	179
15.4. <i>Anexo 4.</i> Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, episodio único .....	180
15.5. <i>Anexo 5.</i> Criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante .....	180
15.6. <i>Anexo 6.</i> Criterios para el diagnóstico de trastorno distímico .....	181
15.7. <i>Anexo 7.</i> Criterios para el diagnóstico de trastorno de angustia sin agorafobia .....	182
15.8. <i>Anexo 8.</i> Criterios para el diagnóstico trastorno obsesivo-compulsivo .....	183
15.9. <i>Anexo 9.</i> Criterios para el diagnóstico trastorno paranoide de la personalidad .....	184
15.10. <i>Anexo 10.</i> Criterios para el diagnóstico trastorno esquizoide de la personalidad .....	185
15.11. <i>Anexo 11.</i> Criterios para el diagnóstico trastorno esquizotípico de la personalidad .....	186

15.12. <i>Anexo 12</i> . Criterios para el diagnóstico trastorno antisocial de la personalidad .....	187
15.13. <i>Anexo 13</i> . Criterios para el diagnóstico trastorno límite de la personalidad .....	188
15.14. <i>Anexo 14</i> . Criterios para el diagnóstico trastorno histriónico de la personalidad .....	189
15.15. <i>Anexo 15</i> . Criterios para el diagnóstico trastorno narcisista de la personalidad .....	190
15.16. <i>Anexo 16</i> . Criterios para el diagnóstico trastorno de la personalidad por evitación .....	191
15.17. <i>Anexo 17</i> . Criterios para el diagnóstico trastorno de la personalidad por dependencia .....	192
15.18. <i>Anexo 18</i> . Criterios para el diagnóstico trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad .....	193
15.19. <i>Anexo 19</i> . Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia	194
15.20. <i>Anexo 20</i> . Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias .....	195
15.21. <i>Anexo 21</i> . Cuestionario evaluación IPDE .....	196
15.22. <i>Anexo 22</i> . Entrevista IPDE para confirmar conducta antisocial .....	199

## TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Estimación Mundial del VIH/SIDA en 2000 Adultos y niños .....	79
<b>Tabla 2.</b> Casos de SIDA en España por categorías de transmisión y año de diagnóstico .....	81
 <b>TABLAS RESULTADO DE NUESTRO ESTUDIO</b>	
<b>Tabla 3.</b> Distribución de la patología psiquiátrica asociada	108
<b>Taula 4.</b> Distribución de los pacientes en relación a comorbilidad y sexo .....	109
<b>Tabla 5.</b> Distribución de edades según comorbilidad .....	110
<b>Tabla 6.</b> Distribución de edad de inicio en el tratamiento según comorbilidad .....	111
<b>Tabla 7.</b> Distribución de años en el tratamiento según comorbilidad .....	112
<b>Tabla 8.</b> Distribución de los pacientes en relación a comorbilidad y vía de drogadicción .....	113
<b>Tabla 9.</b> Distribución de los pacientes en relación a comorbilidad y abuso/dependencia de otras drogas .....	114
<b>Tabla 10.</b> Distribución de los pacientes en relación a comorbilidad y determinación de VIH .....	114
<b>Tabla 11.</b> Indicadores de riesgo de comorbilidad en pacientes (n=349). OR i IC 95%. Modelos bivariantes .....	115

<b>Taula 12.</b> Indicadores de riesgo de comorbilidad en pacientes (n=310). OR i IC 95%. Modelo multivariante .....	117
<b>Taula 13.</b> Distribución de los pacientes en relación a diagnósticos psiquiátricos asociados y sexo .....	119
<b>Tabla 14.</b> Distribución de edades según resultado VIH .....	119
<b>Tabla 15.</b> Distribución de edad de inicio en el tratamiento según resultado VIH .....	121
<b>Tabla 16.</b> Distribución de años en el tratamiento según resultado VIH .....	122
<b>Tabla 17.</b> Distribución de los pacientes en relación al resultado de la determinación del VIH y diagnósticos psiquiátricos asociados (comorbilidad) .....	123
<b>Tabla 18.</b> Distribución de los pacientes en relación al resultado de la determinación del VIH y diagnósticos psiquiátricos asociados (trastorno antisocial con el resto) .....	124
<b>Tabla 19.</b> Distribución de los pacientes en relación a resultados de la determinación de VIH y vía de drogadicción .....	124
<b>Tabla 20.</b> Distribución de los pacientes en relación a resultados de la determinación de VIH y abuso/dependencia de otras drogas .....	125
<b>Tabla 21.</b> Indicadores de riesgo de positividad al VIH en pacientes (n=319). OR y IC 95%. Modelos bivariantes .....	126

**Tabla 22.** Indicadores de riesgo de positividad  
al VIH en pacientes (n=307). OR y IC 95%.

Modelo multivariante, incluyendo todas las variables ..... 126

## GRÁFICOS

<b>Gráfico 1.</b> Distribución por sexo .....	105
<b>Gráfico 2.</b> Distribución por edades .....	106
<b>Gráfico 3.</b> Distribución de la comorbilidad .....	107
<b>Gráfico 4.</b> Diferencias de edad según comorbilidad .....	110
<b>Gráfico 5.</b> Diferencias de edad de inicio en el tratamiento según comorbilidad .....	111
<b>Gráfico 6.</b> Diferencias de años en el tratamiento según comorbilidad .....	112
<b>Gráfico 7.</b> Análisis de la discriminación del modelo multivariante de la comorbilidad mediante la curva ROC ...	118
<b>Gráfico 8.</b> Diferencias de edad según resultado VIH .....	120
<b>Gráfico 9.</b> Diferencias de edad de inicio en el tratamiento según resultado VIH .....	121
<b>Gráfico 10.</b> Diferencias de años en el tratamiento según resultado VIH .....	122
<b>Gráfico 11.</b> Análisis de la discriminación del modelo multivariante de la positividad a VIH mediante la curva ROC .	128

**Los trastornos de la personalidad en adictos a la heroína y la seroconversión al VIH, una asociación relevante**

## 1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha aumentado considerablemente la preocupación sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con abuso de drogas, trastornos de la personalidad y seroconversión a VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).

Poco después que los “Centres for Disease Control” (Centers for Disease Control) señalaran el advertimiento de la SIDA, los consumidores de drogas por vía parenteral pasaron a ser identificados como un grupo de alto riesgo de adquirir la infección por VIH y desarrollar la enfermedad.

Los pacientes con estos problemas han sido considerados durante mucho tiempo como intratables; se consideraba que presentaban una desviación social y eran objeto de atención por los servicios sociales y de justicia y no de los sanitarios. Eran trastornos no reconocidos como “verdaderas” enfermedades mentales, y había una resistencia a diagnosticar unas entidades que estaban aparentemente “ocultas”.

En la actualidad, sobre todo en el campo de las adicciones, esta situación esta cambiando y se va adquiriendo plena conciencia de que estos pacientes gracias a diversos estudios que han detectado una elevada prevalencia de comorbilidad, presentan mucha pluripatología acompañante que comporta a los profesionales que los asisten ir cambiando la forma de abordarlos.

Todo ello ha hecho que los estudios y su diagnóstico constituyan un área prioritaria. No obstante, a pesar de la creciente preocupación se han establecido pocos programas para estos tipos de pacientes y la formación del personal en todas estas áreas de conocimiento ha estado muy limitada.

El presente estudio, pretende tanto profundizar más en esta pluripatología que presentan, como comprender que factores pueden ser determinantes en el desarrollo de su patología.

## 2. CONCEPTO DE DEPENDENCIA.

La Organización Mundial de la Salud, está realizando intentos para consensuar los conceptos que definan las diferentes maneras de consumo, en los individuos que utilizan las sustancias.

En este sentido, define:

- *Uso*. Utilización o consumo sin que se produzcan efectos físicos, psíquicos y sociales. Este término designa los consumos aislados, ocasionales o episódicos.

- *Hábito*. Es la costumbre de consumir una sustancia por haberse producido la adaptación a sus efectos. Se puede hallar un «deseo» de consumir, pero no de forma imperiosa, por lo que no se detectan alteraciones conductuales, es decir, no se observan trastornos físicos o psíquicos importantes cuando no se puede consumir.

- *Abuso*. Para la OMS implicaría cuatro criterios graduales diferentes:

- *Uso no aprobado*. Resulta de un consumo que puede producir consecuencias, según el contexto donde se realice, y ser punido legalmente; por ejemplo, el consumo de estimulantes en las competiciones deportivas.

- *Uso peligroso*. También llamado conducta de riesgo. Se definiría como el consumo de la sustancia en una situación de riesgo o en momentos inapropiados. Puede estar castigado legalmente o no.

- *Uso dañino*. Consumo de sustancias en situaciones vitales que impliquen directamente una disminución importante o total de la

tolerancia a ellas; por ejemplo, en el caso de mujeres embarazadas o en período de lactancia.

- Uso que comporta una disfunción. Es lo que se conoce como consumo desadaptativo, pues incluiría la prioridad del consumo sobre otras conductas, con las consecuentes alteraciones personales.

Respecto a las clasificaciones internacionales de las adicciones, los dos sistemas actualmente en vigencia, DSM y CIE, definen el consumo patológico de sustancias con una significativa congruencia.

En el sistema DSM, se detecta una evolución desde las primeras ediciones, donde las adicciones formaban parte de la clasificación de los trastornos de la personalidad, hacia la forma que actualmente rige, como un trastorno “per se”.

El DSM-IV (American Psychiatry Association) (*Anexo 1*), incluye criterios para el diagnóstico de la adicción y de otros desórdenes relacionados con el uso de sustancias, como el abuso, la intoxicación y el síndrome de abstinencia, así como de los trastornos inducidos por el uso de las sustancias psicoactivas.

Los criterios de dependencia (*Anexo 2*), según esta clasificación son:

Un patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más ítems siguientes, en algún momento de un período continuo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por
  - (a) una necesidad de cantidades, marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o
  - (b) el efecto de las mismas cantidades de disminuye claramente con su consumo continuado.
  
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
  - (a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o
  - (b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
  
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
  
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
  
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej. visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la misma (p. ej. fumar un pitillo tras) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
  
6. Reducción de importantes: actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
  
7. Se continúa tomando la sustancia, a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el

consumo de la sustancia (p. ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión)

La CIE-10 (World Health Organization) utiliza el concepto «consumo perjudicial» en lugar del de «abuso», y lo define como la «forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental».

Paralelamente, en el concepto "dependencia» introduce:

- 1) vivencia de compulsión o deseo irresistible;
- 2) disminución de la capacidad de control;
- 3) prioridad en el consumo de la droga;
- 4) abandono de otros intereses o actividades, y
- 5) persistencia en el consumo, a pesar de conocer los perjuicios que ocasiona.

Antes, la dependencia de sustancias no se consideraba como un trastorno cerebral, del mismo modo que las enfermedades psiquiátricas y mentales tampoco se consideraban como tal.

No obstante, con los progresos recientes de la neurociencia ha quedado claro que la dependencia de sustancias es un trastorno cerebral, tanto como cualquier otra enfermedad neurológica o psiquiátrica. Las nuevas técnicas de investigaciones han proporcionado formas de visualizar y medir los cambios de la función cerebral, desde los niveles molecular y celular hasta los cambios de los procesos cognitivos complejos que se producen con el consumo de sustancias a corto y a largo plazo.

Los principales avances de la investigación neurocientífica sobre la dependencia de sustancias se han derivado del desarrollo y uso de técnicas que permiten visualizar la estructura y la función cerebral in vivo, esto es, las llamadas técnicas de neuroimagenología, que permiten

ver lo que ocurre desde el nivel de los receptores hasta los cambios globales del metabolismo y del flujo sanguíneo en varias regiones cerebrales. Las imágenes se pueden obtener al administrar las sustancias, para ver como actúan en el cerebro, y también tras su consumo prolongado, para observar los efectos sobre las funciones cerebrales normales.

Un ejemplo son las imágenes de resonancia magnética (IRM), en las que se utilizan campos magnéticos y ondas de radio para producir imágenes bidimensionales o tridimensionales de gran calidad de las estructuras cerebrales (Volkow ND. y cols., 1997, Aine CJ. y cols., 1995).

Se pueden obtener imágenes muy detalladas del cerebro. Aunque la IRM solo proporciona imágenes estáticas de la anatomía cerebral, la IRM funcional (IRMf) puede proporcionar información funcional sobre la actividad cerebral, comparando la sangre oxigenada y desoxigenada.

Otra técnica importante y útil es la tomografía por emisión de positrones (PET) (Volkow ND. y cols., 1997, Aine CJ. y cols., 1995), que proporciona información sobre la actividad metabólica en una determinada región cerebral. Generalmente se inyecta un compuesto radiactivo que se distribuye con el flujo sanguíneo cerebral. Las imágenes pueden ser bidimensionales o tridimensionales, y los diferentes colores reflejan diferentes niveles de radiactividad. Utilizando diferentes compuestos, las imágenes de PET permiten visualizar el flujo sanguíneo, el metabolismo del oxígeno y de la glucosa o las concentraciones de fármacos en los tejidos cerebrales in vivo.

El cerebro está altamente organizado en varias regiones diferentes con funciones especializadas. La región conocida como rombencéfalo contiene estructuras vitales para el mantenimiento de la vida, como los centros que controlan la respiración y la vigilia. El mesencéfalo es una región que contiene muchas zonas importantes para comprender la

dependencia de sustancias, pues están implicadas en la motivación y el aprendizaje de importantes estímulos ambientales, así como en los comportamientos reforzadores que tienen consecuencias placenteras y de mantenimiento de la vida, como el comer y el beber.

El prosencéfalo es más complejo, y en los seres humanos la corteza cerebral prosencefálica está muy desarrollada para posibilitar la capacidad de pensamiento abstracto y planificación, la asociación de ideas y la memoria. Con las técnicas de visualización del cerebro se han identificado regiones específicas del prosencéfalo que son activadas por estímulos que inducen el deseo compulsivo de consumir la sustancia en personas con dependencia, y otras que funcionan de forma anormal tras el consumo agudo o crónico de sustancias, así como en la dependencia.

Por otra parte, entre los neurotransmisores mejor estudiados se encuentran la dopamina, la serotonina, la noradrenalina, el ácido aminobutírico (GABA), el glutamato y los opioides endógenos.

El cerebro contiene docenas de tipos diferentes de mensajeros químicos. Cada neurotransmisor específico se une a un receptor específico, como una llave entra en su cerradura. La unión del neurotransmisor al receptor puede producir varios cambios diferentes en la membrana postsináptica.

Las sustancias psicoactivas pueden simular los efectos de los neurotransmisores naturales, o endógenos, o interferir la función cerebral normal, bloqueándola, o alterando el almacenamiento, la liberación y la eliminación de los neurotransmisores. Un mecanismo importante a través del cual actúan las sustancias psicoactivas consiste en el bloqueo de la recaptación del neurotransmisor tras su liberación por la terminación presináptica.

El desarrollo de la dependencia puede considerarse como parte de un proceso de aprendizaje, en el sentido de que las interacciones entre las

sustancias psicoactivas y los entornos asociados a ellas producen cambios de conducta perdurables.

Una persona toma una sustancia y experimenta un efecto psicoactivo que es muy recompensante o reforzante y activa circuitos cerebrales que aumentan la probabilidad de que ese comportamiento se repita. (Robinson TE. y cols., 2000)

No obstante, por sí solos, los efectos recompensantes no bastan para explicar porqué algunas sustancias psicoactivas pueden producir todos los comportamientos asociados con la dependencia. Del mismo modo, la dependencia física de las sustancias, puesta de manifiesto por los síntomas de abstinencia al interrumpir su consumo, también puede contribuir al consumo y a la dependencia, pero por sí sola no explica por qué se desarrolla y mantiene la dependencia, especialmente tras largos períodos de abstinencia. (Robinson TE. y cols., 2000).

¿Qué tienen las sustancias psicoactivas para que las personas pierdan su trabajo y su familia con tal de conseguir esas sustancias? ¿Cuál es el proceso mediante el cual el consumo de una sustancia evoluciona en algunos individuos hacia pautas compulsivas de búsqueda y consumo de la sustancia que tienen lugar a expensas de la mayoría de las demás actividades y cuál es la causa de la incapacidad para dejar de tomar la sustancia, esto es, el problema de la recidiva? La responsable parece ser una compleja interacción de factores psicológicos, neurobiológicos y sociales.

El cerebro dispone de sistemas que han evolucionado para guiar y dirigir el comportamiento hacia estímulos que son esenciales para la supervivencia. Por ejemplo, los estímulos asociados con la comida, el agua y la pareja activan vías específicas y refuerzan comportamientos que llevan a la consecución de los respectivos objetivos.

Las sustancias psicoactivas activan artificialmente estas mismas vías, pero de forma muy intensa, produciendo un aumento de la motivación para continuar con este comportamiento. Así pues, según esta teoría, la dependencia es el resultado de una interacción compleja de los efectos fisiológicos de las sustancias sobre zonas cerebrales asociadas con la motivación y la emoción, combinados con el aprendizaje sobre la relación entre las sustancias y las señales relacionadas con ellas (Robinson TE. y cols., 2000).

La vía dopaminérgica mesolímbica esta situada en una zona del cerebro conocida como mesencéfalo, y es el sistema más implicado en la capacidad de las sustancias psicoactivas para producir dependencia (Wise RA. y cols., 1998). Dos zonas muy importantes para la dependencia de sustancias son el área tegmentaria ventral y una zona con la que esta comunicada, denominada núcleo accumbens. El área tegmentaria ventral es una zona rica en neuronas que contienen el neurotransmisor dopamina. Los cuerpos celulares de estas neuronas envían proyecciones hacia regiones del cerebro implicadas en la emoción, el pensamiento, la memoria y la planificación y ejecución de los comportamientos. El núcleo accumbens es una zona del cerebro muy importante que esta implicada en la motivación y el aprendizaje y en el señalamiento del valor motivacional de los estímulos (Cardinal RN. y cols., 2002).

Las sustancias psicoactivas aumentan la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, y se cree que esto es un acontecimiento importante en el reforzamiento (Cardinal RN. y cols., 2002).

Motivación e incentivo son conceptos importantes en la dependencia de sustancias.

La motivación consiste en la asignación de recursos atencionales y conductuales a los estímulos en función de sus consecuencias previstas.

Los incentivos son estímulos que provocan una respuesta en función de sus consecuencias previstas.

Por ejemplo, si una persona no tiene hambre, los estímulos visuales y olfativos asociados a la comida (incentivos) tendrán escaso efecto sobre su comportamiento o atención (motivación).

En cambio, si tiene hambre, el hecho de ver y oler la comida puede llamar su atención, haciendo que emprenda las acciones necesarias para obtener comida.

Si tiene hambre y no dispone de medios para obtener comida, puede robarla o cometer un delito con tal de conseguirla. Esto se conoce como respuesta incentivo motivacional, o sea, la respuesta en función tanto del valor incentival del estímulo como de la motivación para obtener el estímulo (Cardinal RN. y cols., 2002).

En la dependencia, las sustancias psicoactivas activan repetidamente los sistemas motivacionales del cerebro que normalmente son activados por estímulos importantes, como la comida, el agua, el peligro y la pareja.

El cerebro es engañado por las sustancias, que lo llevan a responder como si estas y los estímulos asociados a ellas fueran biológicamente necesarios. A medida que la exposición se repite, la asociación se hace cada vez más fuerte y produce una respuesta conductual y neuroquímica cada vez mayor. Esto se conoce como sensibilización al incentivo, y consiste en el hecho de que las sustancias psicoactivas y los estímulos asociados a su consumo adquieren cada vez más importancia motivacional y conductual (Robinson TE. y cols., 2000).

Mediante procesos de aprendizaje asociativo (Robinson TE. y cols., 2000), la motivación para consumir sustancias psicoactivas puede ser activada intensamente por estímulos (ambientes, personas, objetos) asociados al consumo de la sustancia, causando así el intenso deseo que

puede vencer a la persona y hacer que vuelva a consumir la sustancia, incluso tras largos períodos de abstinencia.

Esto también ayuda a entender por qué los síntomas de abstinencia, por sí solos, no son suficientes para explicar todas las manifestaciones de la dependencia, puesto que incluso las personas que han abandonado completamente el consumo de una determinada sustancia pueden volver a consumirla tras verse expuestos a una amplia gama de situaciones diferentes.

Al reflexionar sobre la dependencia es importante recordar que a lo largo de su vida muchas personas prueban varias sustancias potencialmente productoras de dependencia, pero la mayoría no se vuelve dependiente. La susceptibilidad a la dependencia también presenta diferencias individuales que se deben a factores ambientales y genéticos.

Hay muchos factores individuales, culturales, biológicos, sociales y ambientales que convergen para aumentar o reducir las posibilidades de que un determinado individuo consuma una sustancia psicoactiva y en que medida.

Uno de los aspectos investigados por la neurociencia es como actúan las sustancias psicoactivas en términos de la herencia biológica común a todos los seres humanos (Gunderson JG. y cols., 1999). El contrapunto a esto es la investigación genética centrada en las diferencias individuales de la acción de las sustancias que son atribuibles a diferentes herencias genéticas. Además de los factores sociales y culturales, hay diferencias en la dotación genética que explican una considerable proporción de la variación individual en el consumo y la dependencia de las sustancias psicoactivas.

Sin embargo, no es tarea fácil identificar los genes implicados. Aunque algunas enfermedades son causadas por un único gen, como la

enfermedad de Huntington, otros trastornos, llamados complejos, parecen ser causados por la interacción de varios genes con factores ambientales.

La dependencia de sustancias es uno de esos trastornos complejos. Así pues, la exposición a sustancias psicoactivas podría tener un efecto mucho mayor en las personas portadoras de una vulnerabilidad genética a la dependencia que en aquellas que no poseen esa vulnerabilidad.

Esto también complica el estudio de la genética de la dependencia de sustancias, aunque en los últimos años se ha progresado mucho en la identificación de los genes que pueden contribuir a su aparición. Los estudios de las pautas de herencia en las familias, en gemelos monozigóticos y dizigóticos y en individuos adoptados proporcionan información sobre la importancia del papel desempeñado por los factores hereditarios en la dependencia de sustancias.

Otros tipos de estudios, investigan la herencia de rasgos relacionados entre sí, con el fin de intentar identificar regiones de genes que pudieran ser importantes.

Los estudios de genes candidatos examinan genes de los que es razonable suponer que podrían estar implicados en la dependencia de sustancias, como los genes de los receptores de opioides en el caso de la dependencia de opioides.

Algunos estudios han aportado pruebas de que la heredabilidad de la dependencia de opioides es elevada, cercana al 70% (Tsuang MT. y cols., 2001). Esto puede deberse a diferencias hereditarias en los receptores de opioides o en las enzimas que metabolizan los opioides.

Según algunas estimaciones, el riesgo de dependencia esta aumentado ocho veces en los familiares de personas con dependencia de sustancias, en comparación con los controles, y esto se aplica a una amplia gama de

sustancias, entre ellas los opioides, el cannabis, los sedantes y la cocaína (Merikangas KR. y cols., 1998) que encierra la investigación genética.

Así las diferencias genéticas pueden influir en muchos aspectos del consumo de sustancias, como los efectos subjetivos placenteros... También pueden modificar mucho la toxicidad de una sustancia, en lo que se refiere tanto a las sobredosis como a los efectos crónicos sobre la salud. Y pueden también, al desarrollo de tolerancia, a los síntomas de abstinencia y al deseo compulsivo de consumirla. (Merikangas KR. y cols., 1998).

Esos datos genéticos se pueden utilizar, y de hecho se han utilizado, para mejorar nuestra comprensión de los orígenes de la dependencia de sustancias, y de la variación del riesgo entre los individuos.

Una vez que se hayan identificado los genes que alteran la predisposición a la dependencia, uno de los grandes retos será comprender como interacciona la función de estos genes con los factores ambientales que influyen en la dependencia. Esa información puede constituir la base para la creación de nuevas herramientas diagnosticas y nuevos tratamientos farmacológicos y conductuales.

### **3. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.**

#### **3.1 Definición.**

Si bien las primeras descripciones de la personalidad y sus tipos provienen de la antigua Grecia, cuando Hipócrates describió los cuatro temperamentos: el pesimista melancólico, el optimista sanguíneo, el irritable colérico y el apático flemático, basándose en los cuatro fluidos corporales, los trastornos de la personalidad no han estado reconocidos de manera explícita como a trastornos psiquiátricos hasta hace muy poco.

La etiqueta “trastorno de personalidad ha estado aplicada durante mucho tiempo a procesos difíciles de entender, que no encajaban en las categorías diagnósticas o que no tenían tratamiento, y adquiriendo, en algunas ocasiones, connotaciones peyorativas (Widiger T.A., 1993, Tyrer P., 1998).

Con la aparición de la clasificación multiaxial de las enfermedades psiquiátricas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales del 1980, (DSM-I) los trastornos de la personalidad fueron incluidos en un Eje aparte (Eje II) para enfatizar su diferencia respecto a los otros síndromes clínicos psiquiátricos.

La categoría se encuentra en este momento firmemente establecida en los sistemas internacionales de clasificación, como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS.

Los rasgos de personalidad son pautas duraderas en la forma de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre si mismo, que se hacen patentes en un amplio rango de contextos sociales y personales.

Solo cuando los rasgos de la personalidad son inflexibles y mal adaptados causan deterioro funcional significativo o malestar subjetivo, constituyen un trastorno de la personalidad propiamente dicho.

Se puede afirmar que prácticamente todas las definiciones de los trastornos de la personalidad incluyen cuatro conceptos fundamentales:

- Tienen un reconocimiento en la infancia o adolescencia.
- Persisten en el tiempo.
- La huella de la conducta anómala en las situaciones sociales y personales constituyen la característica más relevante.
- Se asocian con un substancial grado de sufrimiento personal o de problemas en relación al rendimiento social, laboral o ambos (Reich. J. y cols., 1986)

A partir de la publicación de la clasificación DSM-III (DSM-III) fueron aumentando las investigaciones, buena parte de ellas promovidas por la comorbilidad entre los trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales, como también por la influencia de las anomalías de la personalidad en la evolución y respuesta al tratamiento de aquellas patologías.

A partir de estos estudios se vio que los trastornos de la personalidad tienen una elevada prevalencia en nuestra sociedad y aumentan el riesgo o la vulnerabilidad hacia otros trastornos.

## 3.2 Factores etiológicos

Hasta el momento actual se sabe relativamente poco de las causas de los trastornos de personalidad. No obstante, existen tres tipos de factores que en la actualidad se postulan como los responsables de la aparición de los trastornos de la personalidad:

### *A. Factores Genéticos*

La influencia genética es un factor etiológico importante, y los hallazgos en esta área han estado útiles para estimar el grado de heredabilidad de la personalidad y de sus trastornos.

Un estudio que comparó la personalidad en gemelos dizigóticos y homocigóticos ha confirmado que casi el 50% de la variabilidad observada en la personalidad, es atribuible a factores de tipo genético. La influencia del medio ambiente compartido no era significativa, lo que sugiere que la personalidad puede no estar determinada por las tradiciones familiares, sino por una combinación de experiencias que son únicas para el individuo y derivadas de las experiencias externas. Se considera que los trastornos de la personalidad son menos heredables que los rasgos (Bouchard T., 1994).

La mayor evidencia de que los factores genéticos influyen en los trastornos de la personalidad procede de las investigaciones realizadas con 15.000 pares de gemelos norteamericanos (Robins LN., 1966). Entre los gemelos univitelinos, la concordancia para los trastornos de la personalidad fue varias veces más elevada que entre los bivitelinos.

Además, según uno de los estudios, los gemelos univitelinos criados por separado eran muy parecidos a los gemelos univitelinos criados juntos. Las similitudes se encontraban en múltiples medidas de personalidad y

temperamento, intereses en el tiempo libre y en los trabajos, así como, actitudes sociales.

Los trastornos de la personalidad del grupo A (paranoide, esquizoide y esquizotípico) son más frecuentes entre los familiares biológicos de las personas esquizofrénicas que entre los grupos control. Se ha detectado mayor número de familiares con trastornos esquizotípicos de la personalidad en los antecedentes de las personas esquizofrénicas que entre los grupos control. Existe una menor correlación entre los trastornos esquizoide o paranoide de la personalidad y la esquizofrenia.

Los trastornos de la personalidad del grupo B (antisocial, límite, histriónico y narcisista) tienen aparentemente una base genética. El trastorno antisocial de la personalidad se asocia a los trastornos por consumo de alcohol. La depresión es frecuente en los antecedentes familiares de los pacientes con trastorno límite de la personalidad. Estos pacientes tienen más familiares con trastornos del estado de ánimo que los grupos control, y el trastorno límite de la personalidad y los trastornos afectivos suelen coexistir con frecuencia. Se ha observado una sólida relación entre el trastorno histriónico de la personalidad y el trastorno por somatización (síndrome de Briquet); existe entre estos pacientes un solapamiento de síntomas.

Los trastornos de la personalidad del grupo C (por evitación, por dependencia, obsesivo-compulsivo, y no especificado) pueden tener también una base genética. Los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación suelen experimentar un nivel elevado de ansiedad. Los rasgos obsesivo-compulsivos son más frecuentes entre los gemelos univitelinos que entre los bivitelinos, y los pacientes con un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad muestran algunos signos asociados a depresión, por ejemplo, acortamiento de la latencia REM, y resultados anormales en el test de supresión con dexametasona (TSD).

## *B. Factores biológicos*

Según Harolp. Kaplan (Kaplan H., 1998) los factores biológicos que intervienen en los trastornos de la personalidad son:

- Hormonas. Las personas que presentan rasgos de impulsividad a menudo tienen unos niveles elevados de testosterona, 17 -estradiol y progesterona. En primates no humanos, los andrógenos incrementan la probabilidad de agresión y conducta sexual, pero el papel de la testosterona en la agresión humana no está muy claro. Los resultados del test de supresión con dexametasona (TSD) son anormales en algunos pacientes con un trastorno límite de la personalidad con síntomas depresivos.

- Monoaminoxidasa plaquetaria. Las concentraciones bajas de monoaminoxidasa (MAO) en las plaquetas se han asociado a la actividad y a la sociabilidad en primates. Los estudiantes universitarios con niveles bajos de MAO plaquetaria dedican más tiempo a las actividades sociales que los estudiantes con niveles altos. En algunos pacientes esquizotípicos también se han observado niveles bajos de MAO plaquetaria.

- Seguimiento ocular. Los movimientos de seguimiento ocular son sacádicos (o sea, espasmódicos) en personas introvertidas, con baja autoestima y tendencia al retraimiento y en pacientes con un trastorno esquizotípico de la personalidad. Estos hallazgos no tienen una aplicación clínica, pero sugieren el papel de la herencia.

- Neurotransmisores. Las endorfinas ejercen efectos similares a la morfina exógena, como analgesia y supresión de la activación. Los niveles altos de endorfinas endógenas pueden estar relacionados con personas flemáticas.

Los estudios sobre rasgos de personalidad y los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos indican que a estos neurotransmisores tienen una función activadora. Los niveles de ácido hidroxindolacético (5-HIAA), un metabolito de la serotonina, son bajos en personas que intentan suicidarse y en pacientes impulsivos y agresivos.

Cuando se elevan los niveles de serotonina mediante fármacos serotoninérgicos, como la fluoxetina, pueden producirse cambios espectaculares en algunos rasgos de personalidad. La serotonina reduce la depresión, la impulsividad y la rumiación en muchas personas, y puede producir una sensación de bienestar general. El incremento de la dopamina en el sistema nervioso central, producido por ciertos psicoestimulantes (como las anfetaminas), puede inducir euforia. Los efectos de los neurotransmisores sobre los rasgos de personalidad han generado un gran interés, y una gran controversia sobre si resultan innatos o adquiridos.

Siguiendo un reciente trabajo de J.L. Carrasco (Carrasco J.L., y cols., 1997) en el que expone una serie de indicadores biológicos que permiten agrupar los rasgos de personalidad en distintos grupos y su consecuente correlato clínico.

Así pues el déficit de actividad dopaminérgica frontal sería el indicador biológico del rasgo cognitivo de la personalidad siendo su afectación clínica los trastornos esquizoide, esquizotípico, límite y antisocial.

Este mismo estudio, destaca que la disminución del arousal (activación cerebral), la disminución MAO plaquetaria y las alteraciones de los metabolitos de la noradrenalina darían un indicador biológico del rasgo exploratorio de la personalidad, siendo su correlato clínico los trastornos límite, histriónico, antisocial y el trastorno por hiperactividad y déficit de atención que como ya sabemos es frecuente encontrarlo en la infancia de

muchos sujetos que posteriormente padecen un trastorno de la personalidad.

Así también, el indicador biológico del rasgo afectivo de la personalidad vendría dado por la hiperactividad colinérgica, la hiperactividad noradrenérgica y la hipoactividad serotoninérgica siendo su afectación clínica los trastornos histriónico y límite de la personalidad.

En lo que respecta al rasgo impulsivo de la personalidad, se debería a una hipoactividad serotoninérgica, a alteraciones epileptiformes y a una hiperactividad dopaminérgica subcortical, siendo la afectación clínica los trastornos límite, histriónico y antisocial de la personalidad e incluiría el trastorno explosivo intermitente y otros trastornos del control de impulsos, que tan frecuentemente aparecen conviviendo con las alteraciones de la personalidad.

Por ultimo, el indicador biológico del rasgo ansioso de la personalidad sería la hiperactividad del receptor serotoninérgico postsináptico presentándose en los trastornos ansiosos de la personalidad como son el de evitación, el de dependencia y el obsesivo-compulsivo.

Stella Chess y Alexander Thomas (Thomas A., y cols., 1977) se han referido al ajuste adecuado en la crianza del niño. Algunos trastornos de la personalidad pueden surgir de un mal ajuste parental, es decir, una mala correspondencia entre el temperamento del niño y la forma de criarlo. Por ejemplo, un niño ansioso criado por una madre igualmente ansiosa es más vulnerable a un trastorno de la personalidad que si el mismo niño fuera criado por una madre tranquila. Los factores culturales, así como el ambiente físico, pueden ser también importantes en los trastornos de personalidad. Por ejemplo, las culturas que potencian la agresión pueden reforzar indirectamente y, por tanto, contribuir a los trastornos paranoides y antisociales de la personalidad. Un niño activo puede parecer hiperactivo si se le tiene en un pequeño apartamento, pero

puede comportarse normalmente si crece en una casa espaciosa con un amplio jardín.

### *C. Factores Psicológicos*

Han estado revisados diversos factores psicológicos, como por ejemplo los acontecimientos traumáticos de la infancia y su asociación con los trastornos borderline de la personalidad (Goodwin JM., y cols., 1990). Se ha constatado en los pacientes un alto número de experiencias traumáticas durante la infancia, particularmente de abuso sexual y físico, aunque la afirmación que estos abusos produzcan trastornos de la personalidad borderline no está comprobada de una forma concluyente, teniendo en cuenta que muchos niños traumatizados no desarrollan necesariamente un trastorno de la personalidad borderline posteriormente

Se podrían explicar desde la perspectiva del aprendizaje al modelado conductual que sobre el niño ejercerían modelos que ocasionarían trastornos de la personalidad. Desde una visión cognitivista y la influencia en nuestra personalidad de las denominadas cogniciones, el procesamiento de la información los esquemas y las reglas personales, los procesos interpersonales, etc...

Sigmund Freud (Freud S., 1953) sugirió que los rasgos de personalidad estaban relacionados con la fijación en una de las fases del desarrollo psicosexual. Por ejemplo, las personas con un carácter oral son pasivas y dependientes, debido a la fijación en una fase en la que predomina la dependencia de los demás para alimentarse. Las personas con un carácter anal son obstinados, lentos y muy concienzudos, debido a la dificultad en el aprendizaje de las conductas excretoras durante el período anal.

Más tarde, Wilhelm Reich (Reich W., 1957) acuñó el término coraza de carácter, para describir los estilos defensivos característicos que utilizan

las personas con el fin de protegerse de sus impulsos internos y de la ansiedad interpersonal que les producen las relaciones significativas. El pensamiento de Reich ha tenido gran influencia en los conceptos contemporáneos de la personalidad y sus trastornos. Por ejemplo, se considera que la huella distintiva de la personalidad de cada uno está muy determinada por sus mecanismos de defensa característicos. Cada trastorno de la personalidad del Eje II posee un grupo de defensas que ayudan al clínico psicodinámico a reconocer los diferentes tipos de patología del carácter. Por ejemplo, las personas con un trastorno paranoide de la personalidad utilizan la proyección, mientras que el trastorno esquizoide de la personalidad está asociado al aislamiento.

Cuando los mecanismos defensivos trabajan de una forma efectiva, los pacientes con trastornos de la personalidad son capaces de controlar la ansiedad, la depresión, la ira, la vergüenza, la culpa y otras emociones. A menudo ven sus comportamientos como egosintónicos: o sea, no les crean malestar, ni siquiera si estas conductas pueden perjudicar a los demás. También es posible que se muestren reacios a seguir un tratamiento porque sus mecanismos defensivos son importantes para controlar los afectos desagradables, y no están interesados en renunciar a ellos.

Además de los mecanismos de defensa característicos, otro aspecto fundamental de los trastornos de la personalidad son las relaciones con los objetos internos. En el curso del desarrollo, se internalizan patrones particulares de relación del self con los demás. A través de la introyección, el niño incorpora a uno de los progenitores u otra persona significativa en forma de presencia interna que siente como un objeto y no como una persona. A través de la identificación, el niño percibe a los padres y otras personas de tal modo que los rasgos de este objeto externo son incorporados al propio yo y el niño «posee» dichas características.

Estas auto-representaciones internas y las representaciones del objeto son cruciales para el desarrollo de la personalidad y, a través de la exteriorización e identificación proyectiva, se expresan en situaciones interpersonales en las que otros son obligados a representar un papel en la vida interna de la persona. Por lo tanto, quienes presentan trastornos de la personalidad también son identificados por los particulares patrones de afinidad interpersonal que arrancan de estos patrones de relación con los objetos internos

La conclusión es que el trauma psicológico, no es condición necesaria ni suficiente para el desarrollo de un trastorno de la personalidad

#### *D. Factores Ambientales*

Quizá sea este el apartado que más se está investigando en la actualidad arrebatando la tradicional preponderancia que hasta ahora tenían los factores psicológicos en la génesis de los trastornos de la personalidad, si bien no existen todavía conclusiones definitivas.

Son muchos los estudios que hablan de la importancia del ambiente en estos sujetos.

Vaillant (Vaillant G.E., y cols., 1980) encontró poca correlación entre un medio socioambiental malo y el uso de mecanismos de defensa inmaduros y el presentar un trastorno de la personalidad en la etapa adulta.

Últimamente el autor canadiense Joel Paris (Paris J., 2004) está recuperando las teorías ambientalistas y la influencia de factores como la educación, los modelos parentales, el ambiente familiar y las pequeñas y/o grandes influencias que tiene el entorno que nos rodea.

Es posible que no exista un factor único causal del trastorno de la personalidad. En cambio, los factores genéticos, biológicos, ambientales e intrapsíquicos pueden contribuir a su causalidad.

### **3.3. Subtipos clínicos**

En el seno de la Psiquiatría, el método de clasificación más generalizado en los últimos años ha sido un modelo categorial basado en conjuntos de criterios específicos y explícitos. Dentro de estas clasificaciones se encuentran los actuales DSM IV y CIE 10 a las que se pueden hacer múltiples críticas ya que pueden generar confusión, son pobres respecto a la descripción psicopatológica de los cuadros, pero es innegable que han servido para tener un lenguaje común y ser la base de partida para un desarrollo en la investigación de los trastornos de la personalidad.

Tomando como referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, los trastornos de la personalidad se pueden agrupar en tres grandes bloques:

**Grupo A** Esta formado por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide i esquizotípico, y reúne a los individuos extraños y excéntricos.

#### ***3.3.1. Trastorno Personalidad Paranoide. (anexo 9)***

La sintomatología esencial consiste en una tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como agresivas o amenazantes para él.

*Epidemiología:* La prevalencia en la población general oscila, según los diferentes estudios entre el 0,5% y el 2,5%. Estos pacientes raramente buscan tratamiento por si mismos y cuando son enviados a consulta por su cónyuge o por su jefe en el trabajo pueden serenarse y simular como personas que no experimentan malestar alguno, dato este por lo que se estima que este trastorno es más abundante de lo que parece. Los familiares de pacientes

esquizofrénicos muestran una mayor incidencia de trastorno paranoide de la personalidad. Se ha comprobado una mayor incidencia en grupos minoritarios, sujetos pertenecientes a sectas, inmigrantes y sordos.

*Manifestaciones clínicas:* Estas personas son sujetas que se creen explotados por los demás, son desconfiados, patológicamente celosos, reaccionan a menudo de forma agresiva. Afectivamente son individuos fríos, egocéntricos y rígidos, No tiene mucho deterioro social ya que suelen guardar para sí sus ideas, solo en casos graves se ven afectadas las relaciones de tipo social. Tienen una cierta incapacidad para perdonar los agravios o perjuicios, presentan un sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad, hay una predisposición a sentirse excesivamente importantes con una actitud autorreferencial constante, sienten preocupación por conspiraciones sin fundamento, son querulantes, rencorosos, reticentes a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra, se enorgullecen de ser racionales y objetivos, lo cual no es cierto. Se muestran muy impresionados por el poder y el rango social y expresan desdén por aquellas personas que consideran débiles, enfermas o con defectos. En situaciones cotidianas pueden parecer muy competentes pero habitualmente generan conflictos a los demás.

*Curso y pronóstico.-* Lo más frecuente es que el trastorno perdure a lo largo de la vida del sujeto, siendo en algunas ocasiones un prelude de cuadros esquizofrénicos. En situaciones de estrés la sintomatología se exagera. En general su vida se caracteriza por problemas de convivencia y de dificultad de trabajo en equipo protagonizando frecuentemente problemas laborales y de pareja.

### **3.3.2. Trastorno Personalidad Esquizoide (Anexo 10)**

Consiste en una pauta generalizada de indiferencia a las relaciones sociales y una afectividad muy limitada. Son sujetos que no desean ni disfrutan con las relaciones íntimas, solitarios, que casi nunca experimentan emociones fuertes, como ira o alegría.

*Epidemiología:* La prevalencia del trastorno esquizoide no está claramente establecida, pero puede afectar a un 7,5 % de la población general. Algunos estudios indican un cociente hombre-mujer de 2 a 1.

*Manifestaciones clínicas:* Dan la impresión de ser personas frías y distantes, presentan una gran incapacidad para sentir placer, frialdad emocional, respuesta pobre a los elogios, poco interés por las relaciones sexuales, ausencia de relaciones personales íntimas, tienen tendencia a desempeñar trabajos solitarios o nocturnos para tratar con un menor número de personas, todas sus actividades se caracterizan por que no requieren implicación personal destacando en actividades de investigación, son solitarios, no presentan conductas agresivas que suplantadas mediante fantasías de omnipotencia o resignación.

*Curso y pronóstico:* Suele iniciarse en las primeras épocas de la infancia, es de larga duración ya que es un patrón de conducta que permanece toda la vida. Se desconoce cuál es la proporción de pacientes que evoluciona hacia la esquizofrenia si bien parece que para que esto ocurra se tiene que dar factores biológicos de cierta predisposición.

### ***3.3.3. Trastorno Personalidad Esquizotípico (Anexo 11)***

*Epidemiología:* Aparece en un 3% de la población y se aprecia un mayor número de casos entre los familiares de pacientes esquizofrénicos y una mayor incidencia entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos.

*Manifestaciones clínicas:* El pensamiento y la comunicación están alterados, pueden presentar descompensaciones psicóticas, pueden ser supersticiosos o manifestar poderes de clarividencia. Su mundo interno se alimenta de relaciones imaginarias, experiencias perceptivas inhabituales, comportamiento y apariencia rara, falta de amigos íntimos, afectividad inapropiada, ansiedad social excesiva.

*Curso y pronóstico:* Según un estudio realizado por McGlashan (McGlashan TH. y cols., 1998), el 10% de los esquizotípicos terminan en el suicidio. Otros estudios indican que muchos pacientes diagnosticados de esquizofrenia eran realmente esquizotípicos y la tendencia actual es considerar a la esquizotípica como la personalidad premórbida de los pacientes esquizofrénicos. No obstante muchos pacientes mantienen una personalidad esquizotípica estable a lo largo de su vida compensándose mediante actividades artísticas y esotéricas.

**Grupo B.** Incluye los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista.

#### ***3.3.4. Trastorno Personalidad Antisocial. (Anexo 12)***

También se denomina trastorno disocial y se caracteriza por una pauta de conducta irresponsable y al margen de las normas sociales y que ya aparece en las etapas infantiles y que continua y se amplía en la edad adulta.

*Epidemiología.*- La prevalencia de este trastorno es del 3% en los hombres y del 1% en las mujeres. Es más frecuente en las áreas urbanas deprimidas y en poblaciones carcelarias puede alcanzar el 75%. Existe un patrón familiar que se manifiesta con una frecuencia cinco veces mayor entre los familiares de primer grado de los varones afectados que entre los familiares de los sujetos control.

*Manifestaciones clínicas.*- Como ya hemos dicho anteriormente este trastorno es de aparición temprana y los signos infantiles típicos son mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, actitudes pendeñeras, peleas, fugas del hogar, absentismo escolar y crueldad física. En la edad adulta continua esta pauta, lo que les conduce a un fracaso en la actividad laboral en el mantenimiento de obligaciones económicas, familiares, etc.

En muchos casos llevan a cabo conductas delictivas, son sujetos irritables y agresivos, son protagonistas de violencia domestica sobre todo cuando se añade frecuentemente el abuso de drogas y alcohol, realizan conductas temerarias sin preocupación por la seguridad personal o ajena, es también frecuente la promiscuidad sexual y la dejación de deberes paternos y conyugales. Hay que

destacar la ausencia de culpabilidad respecto sus conductas y una marcada predisposición a culpar a los demás de las mismas. El que la edad de comienzo sea temprana les lleva a un grave deterioro impidiendo el desarrollo de un adulto independiente y autosuficiente, lo que da lugar en muchos casos a años de institucionalización, con frecuencia más penal o correccional que médica.

Presentan una despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía, incapacidad para mantener relaciones personales y muy baja tolerancia a la frustración. Con frecuencia estas personas impresionan a las de sexo contrario por los aspectos seductores de su personalidad. No muestran rasgos de ansiedad ni depresión a pesar de sus amenazas suicidas y sus frecuentes quejas somáticas dadas sus características también se les ha denominado sociópatas y sujetos amorales.

*Curso y pronóstico.-* Se sabe que evoluciona a lo largo de la vida, si bien se aprecia un descenso de las conductas disociales a medida que avanza la edad del sujeto, el pronóstico irá en función del grado de deterioro social, ya que en numerosas ocasiones estos individuos habrán sido condenados por sus diferentes acciones ilegales y su probable estancia en instituciones penitenciarias ensombrecerán una posible recuperación.

### ***3.3.5. Trastorno Límite de la Personalidad (Anexo 13)***

*Epidemiología.-* Parece ser que afecta al 2% de la población, siendo dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. En poblaciones clínicas puede llegar a un 30%. En los familiares de primer grado de estos pacientes se ha observado una mayor prevalencia de trastornos depresivos y abuso de sustancias

*Manifestaciones clínicas.*- Se trata de un trastorno en el que aparece una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. Consiste en una inestabilidad respecto a la vivencia de la propia imagen, de las relaciones interpersonales y del estado de ánimo. Hay una notable alteración de la identidad, que se manifiesta por incertidumbre ante temas vitales, como orientación sexual, objetivos a largo plazo, lo que les conduce a una sensación de vacío y aburrimiento. Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Además de la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos con autolesiones y explosiones de violencia, comportamiento amenazante y chantajista, afectación de la imagen de sí mismos, con alteraciones de la conducta alimentaría, se implican en relaciones intensas e inestables, intentos y amenazas suicidas, sus relaciones interpersonales pasan de la idealización a la devaluación, es frecuente el abuso de sustancias psicoactivas como mecanismo de huida, frecuentes y rápidos cambios de humor, ideación paranoide transitoria, descompensaciones de tipo psicótico de presentación atípica

*Curso y pronóstico.*- El trastorno es estable a lo largo del tiempo, se aprecian mejorías según el paciente llega a los 35-40 años. Un porcentaje significativo llega al suicidio cuando el trastorno se asocia a enfermedad depresiva. El deterioro de sus relaciones interpersonales y la inestabilidad emocional le llevan a un aislamiento y en muchas ocasiones su falta de control de impulsos y su abuso de sustancias han implicado contactos con la justicia.

### ***3.3.6. Trastorno Histriónico de la Personalidad. (Anexo 14)***

Las personas con un trastorno histriónico de la personalidad son excitables y emotivas y se comportan de manera pintoresca, dramática e introvertida. También se ha llamado a este trastorno personalidad histérica y personalidad psicoinfantil.

*Epidemiología:* Presenta una prevalencia del 2% en la población general diagnosticándose con mas frecuencia en las mujeres que en los hombres. En pacientes psiquiátricos hospitalizados se calcula una prevalencia de hasta el 10%. Algunos estudios han demostrado una asociación con el trastorno por somatización.

*Manifestaciones clínicas:* Consiste en una pauta generalizada de comportamiento de emocionalidad y búsqueda exagerada de atención. Estos sujetos demandan apoyo, atención, y alabanza por parte de los demás, sintiéndose incómodos cuando no son el centro de atención. Son típicos los cambios de humor y la escasa tolerancia a la frustración, sus relaciones interpersonales son tormentosas y poco gratificantes. Tienen tendencia a la representación de su papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones, sugestionabilidad y facilidad para dejarse influir por los demás, afectividad lábil y superficial, comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir, preocupación excesiva por el aspecto físico y considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

*Curso y pronóstico:* Con la edad se va atenuando la sintomatología de este trastorno sí bien más por perdida de energía que por una mejoría clínica.

### ***3.3.7. Trastorno Narcisista de la Personalidad. (Anexo 15)***

*Epidemiología:* Se estima que la prevalencia de este trastorno es menor del 1% en la población general, apareciendo en poblaciones clínicas cifras que oscilan entre el 2% y el 16%. Cada vez se diagnostica más y hay más incidencia en sujetos con infancia consentida y en hijos de individuos que presentan el trastorno.

*Manifestaciones clínicas:* Son sujetos que poseen un grandioso sentido de autoimportancia, se consideran especiales y por lo tanto esperan recibir un trato especial, se creen con derecho a todo. Toleran escasamente la crítica, se consideran perfectos, son ambiciosos para conseguir fama, están preocupados por fantasías de éxito ilimitado, poder, belleza o amor imaginarios, exige una admiración excesiva, es pretencioso, explotador, carece de empatía y es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y las necesidades de los demás, fingen simpatía para conseguir sus fines, dada su frágil autoestima son propensos a la depresión, sufren rechazo de los demás y dificultad en las relaciones interpersonales, presenta actitudes soberbias y arrogantes.

*Curso y pronóstico.-* Es crónico y muy difícil de tratar ya que no toleran ni asumen, por su narcisismo que su fantástica forma de ser sea un trastorno. Toleran mal el envejecimiento.

**Grupo C.** Comprenden los trastornos por evitación, por dependencia y trastorno obsesivo-compulsivo. Comparten rasgos ansiosos y temerosos.

### ***3.3.8. Trastorno Evitativo de la Personalidad. (Anexo 16)***

Es lo que comúnmente denominaríamos timidez patológica.

*Epidemiología.*- Es frecuente, se considera que en mayor o menor grado afecta a un 7% de la población general. Parece ser que los niños con un temperamento tímido son más propensos a padecer este cuadro en su vida adulta.

*Manifestaciones clínicas.*- Presentan una pauta generalizada de malestar en el contexto social y miedo y temor a una evaluación negativa por parte de los demás. Todo ello les lleva a evitar las relaciones sociales y profesionales. El sujeto presenta sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor, preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás, preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad, resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado, restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física. Evita actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo, desestima posibles ascensos en su trabajo si ello implica un mayor contacto y relaciones sociales.

*Curso y pronóstico.*- Si estos sujetos viven en un medio protector no suelen tener problemas de adaptación aun cuando sus redes sociales sean pobres. Suelen ser inseguros y presentan a lo largo de su vida, múltiples evitaciones fóbicas.

### ***3.3.9. Trastorno Dependiente de la Personalidad. (Anexo 17).***

Consiste en una pauta de conducta dependiente y sumisa y que es patente desde el inicio de la edad adulta.

*Epidemiología.*- Es más común en las mujeres que en los hombres, se calcula una prevalencia del 2,5%, encontrándose datos que las personas que sufren una enfermedad crónica en su infancia pueden ser los más proclives al trastorno.

*Manifestaciones clínicas.*- Presentan dificultades para tomar decisiones cotidianas, respaldándose en consejos y recomendaciones de los demás, con los que están de acuerdo por miedo a sentirse rechazados. Soportan mal la soledad y temen ser abandonados. Este trastorno suele ser muy incapacitante a nivel laboral.

Estas personas tienden a fomentar o permitir que otras asuman responsabilidades importantes de su propia vida, subordinan las necesidades propias a las de aquellos de los que dependen, se resisten a hacer peticiones incluso las más razonables a las personas de las que dependen, presentan sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solos, debido a miedos exagerados a ser capaces de cuidar de sí mismos. Tienen temor a ser abandonados por una persona con la que tiene una relación estrecha, temor a ser dejados a su propio cuidado, buscan siempre su reafirmación por parte de los demás. Cuando están solos les resulta difícil perseverar en sus tareas. Evitan los puestos de responsabilidad y responden con ansiedad a la petición de que asuman un papel de liderazgo. Es significativo como estas personas pueden soportar y tolerar un cónyuge abusivo, alcohólico o maltratador con tal de no romper su vinculación.

*Curso y pronóstico.-* Al relacionarse casi exclusivamente con las personas de las que depende, su vida es muy limitada y su evolución estará en función de la calidad humana del protector, pueden padecer trastornos depresivos de consideración si fracasa o se interrumpe su relación vincular. Con tratamiento su pronóstico suele ser favorable.

### ***3.3.10. Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad.*** *(Anexo 18)*

También denominado trastorno o personalidad anancástica. Consiste en una pauta generalizada de perfeccionismo e inflexibilidad.

*Epidemiología:* Es más común en hombres que en mujeres y aparece con mas frecuencia en los familiares de primer grado de las personas que lo padecen.

No hay datos concluyentes sobre la prevalencia ya que los diversos estudios existentes oscilan en cifras entre el 0,5% y el 55%.

*Manifestaciones clínicas.-* Son sujetos con conductas rígidas que con frecuencia se marcan objetivos inalcanzables y están preocupados por las normas que ellos mismos se imponen. Presentan falta de decisión, dudas y preocupaciones excesivas por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios; perfeccionismo que interfiere en la actividad practica; rectitud y escrupulosidad excesivas, junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones interpersonales; pedantería y

convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones; rigidez y obstinación; insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonada a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer. Presentan una irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos. Las habilidades sociales de estos individuos están muy limitadas, carecen de sentido del humor, son indecisos, cualquier cosa que amenace su rutina les genera una gran ansiedad.

*Curso y Pronóstico:* El curso es muy variable e impredecible, en algunos casos es el inicio de un cuadro esquizofrénico. Son frecuentes los cuadros depresivos.

Los trastornos de la personalidad más frecuentes en la población general son, por orden, el trastorno de la personalidad por dependencia y el trastorno esquizotípico de la personalidad.

La variable sexo, ofrece algunas diferencias importantes: entre los hombres son más frecuentes, el trastorno antisocial, esquizotípico, esquizoide y narcisista. Entre las mujeres, en cambio, predominan los trastornos de la personalidad límite y por dependencia.

El trastorno límite de la personalidad o *bordeline* es el que aparece con mayor frecuencia en comorbilidad con los otros trastornos de la personalidad.

#### **4. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN ADICTOS A LA HEROÍNA.**

La relación entre los trastornos de la personalidad y el trastorno por uso de sustancias ha sido, y sigue siendo, muy controvertida. En este sentido, algunos autores consideran los trastornos de la personalidad una consecuencia del trastorno adictivo, por lo que serían trastornos inducidos, mientras que otros sostienen que son los primeros los que propician el consumo patológico de sustancias psicotrópicas.

Existe no obstante, un claro consenso sobre las características de este consumo en los pacientes con trastornos de la personalidad.

Se acepta que consumen más que la población general y que la población psiquiátrica, tienen un mayor desajuste social y presentan importantes problemas de adhesión a los tratamientos y en el proceso de rehabilitación.

Las características de la personalidad no siempre fueron consideradas factores etiopatogénicos en las drogodependencias.

La "personalidad adictiva» o la "personalidad predispuesta al abuso de sustancias» se aceptó durante mucho tiempo como causa primaria, por no decir exclusiva, del consumo (Miles Cox W. y cols., 1985).

Por lo tanto, se consideraba que la adicción era un trastorno secundario, y ello condicionó gran parte de los primeros estudios sobre la personalidad de los sujetos que presentaban algún tipo de conducta adictiva aunque, finalmente, este pensamiento se desechó por su ambigüedad.

La aceptación de la probable existencia de una "personalidad adictiva» permitía una explicación univariante y parcial de este tipo de trastornos y

vino a sustituir los intentos tempranos de hacer de las propiedades "demoníacas» de las sustancias consumidas la causa de las drogodependencias.

El origen del modelo basado en la "personalidad adictiva» es incierto, aunque puede deducirse que depende de dos importantes fuentes:

1. La conceptualización de la adicción como enfermedad, identificando alguna afección del individuo que pudiera propiciar la conducta adictiva.
2. El enfoque de las escuelas psicoanalíticas que, en las décadas de los años 1940 y 1950, abordaron los trastornos por consumo de sustancias como resultado de fallos en la estructuración del psiquismo individual. El uso de la sustancia era un síntoma más, dentro del conjunto de conductas expresadas, cuyo aspecto inconsciente era la fijación a etapas primarias del desarrollo libidinal.

Inicialmente, las características del tipo de personalidad que podían facilitar el consumo de tóxicos eran bastante inespecíficas; así, por ejemplo, se describió que los rasgos de depresión, inmadurez sexual, hostilidad e impulsividad para resolver problemas predisponían al consumo de alcohol.

El análisis de la personalidad se realizó generalmente por inferencia del patrón de consumo observado. Aunque durante casi tres décadas se mantuvo esta tendencia, finalmente demostró ser poco operativa, al no poder confirmarse en diferentes estudios la existencia de una personalidad adictiva (San Narciso GI. y cols., 1998).

Entre las críticas que se han realizado a la conceptualización de esta personalidad, una de las principales se centra en las muestras de

población estudiadas, normalmente muy sesgadas. Los trabajos se realizaron en sujetos consumidores de clínicas, prisiones o centros de acogida, donde los trastornos de la personalidad suelen estar sobre representados.

En un conocido estudio de 1979 y en su revisión de 1982, Craig y Baker (Craig RJ. y cols., 1982) valoraron las historias clínicas de más de 3.000 sujetos con adicciones, agrupándolos en 51 grupos diferentes. Observó que las puntuaciones más altas de estos sujetos en el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota del Estado Mental (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI), estaban en los índices de depresión y de desviación psicopática y que, sorprendentemente, sólo un 3% de la población estudiada presentaba perfiles que podían considerarse "normales». Sin embargo, era imposible establecer el concepto de «personalidad adictiva».

Otros estudios, como el de Goldberg (Goldberg LR., 1990), concluyen que el uso de drogas es un síntoma y no una causa del desajuste personal y social, y que el significado del uso de drogas solo puede ser entendido dentro del contexto de la estructura de la personalidad del individuo y la historia de su desarrollo.

Abbot (Abbott PJ. y cols., 1994) también presentaron un trabajo donde se observaba que los desordenes psiquiátricos son una gran preocupación para los tratamientos con drogodependientes. Los resultados muestran elevados índices de psicopatología en una población dependiente de los opiáceos.

Laqueille (Laqueille X. y cols., 1995) observó como características de la personalidad psicopática como la inestabilidad emocional y afectiva o la marginalidad, predisponían a la drogodependencia.

En esta misma línea, estudios de Brooner y Nace (Brooner RK. y cols., 1993, Nace EP. y cols., 1995) han coincidido en que es imposible de delimitar un patrón o perfil específico de personalidad entre los consumidores.

Una de las grandes limitaciones que presentan los estudios de “patología dual” es el sesgo poblacional. Se ha intentado superar este problema mediante la realización de estudios epidemiológicos multicéntricos. Fruto de ellos, es la descripción de la importante comorbilidad entre trastornos de personalidad y adicciones (Regier DA. y cols., 1990, Kessler RC. y cols., 1994).

Así, el primer gran trabajo epidemiológico, que estudió el trastorno dual fue promovido por el National Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos), es el Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), que analizó grupos poblacionales entre los años 1980 y 1984 (Regier DA. y cols., 1990). Se incluyeron 20.291 adultos (mayores de 18 años).

Las prevalencias detectadas fueron un 22,5% de trastornos mentales en la población general (sin incluir los trastornos por consumo de sustancias); un 13,5 % de sujetos con abuso-dependencia de alcohol, y un 6,1 % de dependencia-abuso de sustancias psicótropas. Los trastornos detectados con más frecuencia fueron: depresión, ansiedad, esquizofrenia y trastorno antisocial de la personalidad.

Este estudio ha sido criticado, por considerarse que no fueron incluidas escalas específicas para valorar los trastornos del Eje II, a excepción del trastorno antisocial, lo que pudo producir un resultado sesgado (Rounsaville BJ. y cols., 1998).

Posteriormente, el National Comorbidity Survey (NCS), dirigido por Kessler y cols. (Kessler RC. y cols., 1994), recogió datos de la población

general entre los años 1990 y 1992. Se excluyó a la población mayor de 54 años.

La prevalencia detectada fue de un 23,5 % de sujetos dependientes-abusadores de alcohol y de un 11,9% para la dependencia-abuso de sustancias. Asimismo, la prevalencia a los 12 meses fue del 9,7% para el abuso-dependencia de alcohol y el 3,6% para el abuso-dependencia de sustancias.

En el NCS se detectó que más del 50 % de los trastornos mentales ocurrían en el 14 % de la población, que tenía una historia de tres o más trastornos comórbidos.

Otro abordaje epidemiológico era realizar estudios directamente en pacientes dependientes. En esta línea de investigación se planteó el Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS), promovido por el National Institute on Drug Abuse (NIDA) y publicado parcialmente en 1996, y completo en 1997 (Leshner A., 1997).

Es un estudio multicéntrico (100 centros en total en once ciudades diferentes), con una población total analizada de 10.010 pacientes que recibían cuatro formas distintas de tratamiento: programa de mantenimiento con metadona (PMM), ingresos de corta estancia, ingresos prolongados en residencias y pacientes ambulatorios en tratamiento libre de sustancias.

Se describió que un 39,3% presentaban comorbilidad con el trastorno antisocial de la personalidad, un 11,7% con depresión mayor y un 3,7% con el trastorno por ansiedad generalizada.

Es el estudio más amplio realizado en una población con trastornos adictivos, aunque se han destacado sus limitaciones, pues asume la perspectiva de la comorbilidad, y realizar diagnósticos sobre estos

pacientes puede conllevar un problema de infradiagnóstico, ya que es más frecuente que presenten más de dos trastornos (Grilo CM. y cols., 1997 b)

En resumen, destacan que la prevalencia del consumo de sustancias en los sujetos con trastorno de la personalidad es mucho mayor que en la población general. Grilo y cols. (Grilo CM. y cols., 1997 b). utilizando criterios de la revisión de la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R) para estudiar la comorbilidad de sujetos consumidores frente a sujetos no consumidores.

Sirva como ejemplo señalar que el intervalo de variación de la prevalencia de los trastornos de la personalidad en pacientes dependientes de opiáceos es enorme, y va del 35 (Brooner RK. y cols., 1993) al 60-70% (San Narciso GI. y cols., 2000, Gutiérrez E. y cols., 1998 y Cacciola JS. y cols., 1996).

Como posibles causas de estas diferencias, se ha señalado la diversidad de instrumentos, la variedad de las sustancias que utilizan los sujetos con diagnóstico de trastorno de la personalidad y la diversidad de los patrones de consumo que presentan.

En este sentido, para estudiar los rasgos de personalidad y/o trastornos de la personalidad asociados a las conductas de consumo de sustancias, se han utilizado varios instrumentos: el MMPI, el Cuestionario de Personalidad de Catell (Sixteen Personality Factors Questionnaire, 16PF), el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ), el Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), el Test de Rorschach, el Test de Apercepción Temática (TAT) y el Inventario de la Personalidad, Neuroticismo, Extraversión (NEO), además de entrevistas estructuradas y otras escalas diseñadas específicamente, como el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (International Personality Disorder Examination, IPDE) y el Psychiatric Assessment Schedule (PAS). Asimismo, para completar el

diagnóstico se utilizan escalas más inespecíficas, como la Composite Internatinal Diagnostic Interview (CIDI) y el Sympton Checklist-90-Revised (SCLR-90).

Sin embargo, y a pesar de las variaciones en los sistemas de clasificación diagnóstica y la gran diversidad de los instrumentos de evaluación, los estudios muestran una gran concordancia en decir que, el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad son los que se detectan con mayor frecuencia.

En un trabajo reciente de Rounsaville y cols. (Rounsaville BJ. y cols., 1998), se detectó una prevalencia del 27 % para el primero y de un 18,4 % para el segundo, en un grupo de sujetos consumidores.

Por otra parte, la comorbilidad del trastorno antisocial y los trastornos adictivos es un hecho muy bien conocido. Millon y Davis (Millon Th. y cols., 1998) describen el gran solapamiento que existe entre los trastornos antisociales y los relacionados con el consumo de sustancias.

El antisocial se considera el trastorno de la personalidad más frecuente entre los sujetos consumidores (Brooner RK. y cols., 1993a, Regier DA. y cols., 1990, Kessler RC. y cols., 1994, Rounsaville BJ. y cols., 1998, Verheul R. y cols., 1998), aunque algún trabajo ha detectado una presencia mayor del trastorno límite de la personalidad, que se asociaba a las características de impulsividad y de alteraciones en la regulación de los afectos (Grilo G. y cols., 1997).

Otros estudios en la misma línea hay que citar los de Khantzian (Khantzian EJ., 1995) se refieren al consumo de opiáceos en poblaciones con perfiles de impulsividad (agresión y violencia). Esto se ha relacionado con una posible automedicación.

El estudio de Yeager (Yeager RJ. y cols., 1992), que utilizan el MCMI, detecta que los sujetos consumidores de opiáceos presentan un perfil más narcisista, histriónico y antisocial que los consumidores de otras sustancias.

Los estudios de, Brooner (Brooner RK. y cols., 1992) estudiaron durante cinco años la evaluación de más de 700 sujetos consumidores de opiáceos. El objetivo era distinguir variables en pacientes con comorbilidad, que no estuvieran relacionados con el consumo o situaciones de gran nivel de estrés. Se usó la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (Structured Clinical Interview for DSM-III, SCID-III) y el NEO Personality Inventory (NEO-PI), además del Índice de Gravedad de la Adicción (Addiction Severity Index, ASI). Como resultado de este trabajo exhaustivo, se describió que las mujeres presentaban menos diagnósticos de comorbilidad con el Eje II (28,4%) que los varones (40,5%), Entre éstos, predominaban el trastorno antisocial de la personalidad, mientras que entre las mujeres predominaba el trastorno límite, en una proporción casi siete veces superior que en los hombres. Todo el grupo que presentaba comorbilidad carecía de grandes diferencias sociodemográficas con el grupo control (sin comorbilidad), pero las diferencias se acentuaban en cuanto al tiempo de evolución de la dependencia de las sustancias.

Por otro lado, Vukov (Vukov M. y cols., 1995) demostraron que un 41-43% de los sujetos adictos a los opiáceos presentaban un trastorno de la personalidad, principalmente del grupo B. La «búsqueda de sensaciones» es un rasgo de personalidad asociado al consumo de opiáceos que se caracteriza por la búsqueda de nuevas sensaciones complejas y por el deseo intenso, tanto social como físico, de conductas de riesgo.

La relación entre este rasgo y el abuso de sustancias se está demostrando progresivamente.

En nuestro país se han realizado diversos trabajos sobre la personalidad del paciente dependiente de opiáceos. En Asturias, bajo la dirección de Bobes (Bobes J. y cols., 1995), en 1990 se evaluó a 70 sujetos con consumo de heroína, y se los comparó con un grupo control sin consumo. Los instrumentos de evaluación fueron el 16PF de Catell y el TAT de Murray. Se observó que los sujetos que consumían heroína presentaban mayor introversión, suspicacia, tendencia al sentimiento de culpa, ansiedad y radicalidad, junto a sentimientos de autosuficiencia, sobreexcitación, poca fuerza del yo y del superyó y poca socialización controlada. Los datos eran estadísticamente significativos. Con el TAT se detectó que los consumidores presentaban baja autoestima, tendencia al suicidio, evasión de la agresividad, problemas con las figuras de autoridad, además de rechazo a la identificación con el padre y altos niveles de ansiedad y atribución de culpa.

En 1993, en un segundo trabajo (Bobes J. y cols., 1995), se estudió una muestra de 150 sujetos, divididos en tres grupos según su nivel de infección del VIH, y se incluyó un grupo control de 48 sujetos, sin infección por el virus. La muestra se evaluó con el Cuestionario de Personalidad de Eysenck para Adultos (Eysenck Personality Questionnaire-Adults, EPQ-A) y la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS). Los sujetos consumidores se caracterizaban por mayores niveles de neuroticismo, introversión, dureza y sinceridad. A medida que se desarrollaba el SIDA, se observó entre esos sujetos una disminución del nivel de neuroticismo, por debajo del que tenía el grupo control. Para los autores, esta reducción podría atribuirse a la disminución del consumo de heroína.

En un tercer trabajo, también de 1993 (Bobes J. y cols., 1995), se examinó rasgos de personalidad en heroinómanos, utilizando el Test de Rorschach bajo pautas de corrección de Exner. En los 107 sujetos evaluados, se detectó un perfil caracterizado por una acusada tendencia a

restringir información, una grave distorsión perceptiva, impulsividad ideacional, evitación de estimulación afectiva, labilidad afectiva, relaciones interpersonales empobrecidas, un estilo pasivo-dependiente y poca autoestima. Algunos de estos rasgos eran estables, estaban presentes en más del 50 % de la muestra y se sintetizarían en la inhabilidad social, tanto para las relaciones interpersonales como por la capacidad de control limitada. Cuanto más grave era el patrón de consumo, más aumentaba la distorsión perceptiva e ideacional, y la labilidad afectiva. La presencia de rasgos narcisistas era un factor de mal pronóstico en los tratamientos, por el número de abandonos, el aumento de las dosis y el tiempo de consumo. Como resultado de este trabajo, los autores descartaron la utilización del Test de Rorschach para estudiar este tipo de perfil poblacional, debido a la escasa homogeneidad de los resultados, aunque proponen aplicarlo individualmente a fin de valorar factores pronósticos.

Como conclusión de la valoración de los tres trabajos, Bobes (Bobes J. y cols., 1995) señalan que si bien son evidentes las diferencias del perfil de la personalidad entre los sujetos adictos y los no adictos a la heroína, no es posible hallar un perfil uniforme en la muestra de los heroinómanos. Se constata la frecuencia de ciertos rasgos, como la inhabilidad social, y la poca capacidad de control y de tolerancia al estrés, así como mayores niveles de ansiedad, labilidad afectiva, estilo dependiente y bajo nivel de autoestima.

El mismo grupo evaluó los trastornos de la personalidad en 70 heroinómanos, utilizando el IPDE en el momento del ingreso, en un programa de mantenimiento con naltrexona (PMN) y con un seguimiento a los 6 meses. En la muestra completa de los sujetos detectó, más que el trastorno antisocial, un predominio del de inestabilidad emocional de tipo impulsivo (F60.30 de la CIE-10). El seguimiento sólo se pudo realizar con 19 de ellos, a los 6 meses, y demostró la estabilidad de los diagnósticos iniciales.

Estudios de otros grupos de investigación fueron, los de Gutiérrez y cols. (Gutiérrez E. y cols., 1998), realizaron un estudio con sujetos divididos en grupos, según el tipo de tratamiento (PMM o PMN). La muestra fue de 88 sujetos, 30 en un programa de mantenimiento con metadona y 58 en otro con naltrexona, se les evaluó con el IPDE y se halló que al menos un 62,5 % presentaba un diagnóstico de trastorno de la personalidad. El más frecuente fue el antisocial y a éste seguía por el trastorno límite. Un dato relevante del estudio fue la detección en la muestra de una multicomorbilidad: el 41,8% padecían dos trastornos; el 16,4%, tres; y el 3,6% llegó a tener cuatro.

Asimismo, en el País Vasco, el grupo de Fernández y cols. (Fernández C. y cols., 1996) estudió las características de personalidad de un grupo (n = 111) que estaba en tratamiento en comunidades terapéuticas. La sustancia principal de consumo era la heroína. Se empleó el MMPI y el 16PF, Y se halló un patrón caracterizado por rasgos psicóticos, depresivos y psicopáticos, e introversión. Tras una reevaluación a los 6 meses, se evidenció un cambio del perfil, pues aumentaron la extraversión y la somatización y disminuyeron los síntomas ansiosos y depresivos. De estos resultados se deduce que el retest a los 6 meses es más discriminativo y es un buen predictor de la respuesta al tratamiento.

Hoy en día, se acepta que los rasgos de personalidad son unos determinantes significativos en el consumo de sustancias, pero no su causa exclusiva.

Es decir, parece que las variables de la personalidad interactúan con una gran variedad de factores biológicos, psicológicos y ambientales, que determinan una respuesta individual en el uso, abuso y dependencia de sustancias psicótropas. Y que no hay un tipo de personalidad que predisponga a la adicción.

Lo que se observa es la coexistencia de pacientes con diferentes tipos de personalidad que consumen diversas sustancias.

A pesar de que actualmente no hay un solo modelo explicativo de las bases biológicas de la personalidad ni de las adicciones, el desarrollo alcanzado por las neurociencias en el último decenio ha permitido formular nuevas hipótesis de trabajo sobre las que seguir investigando.

En este sentido, se comienza a estudiar la posibilidad de que el consumo continuado de drogas produzca alteraciones en los circuitos neuroanatómicos y en los sistemas de neurotransmisión a nivel del sistema nervioso central (SNC).

Estos cambios podrían facilitar la aparición de síntomas y alteraciones psicopatológicas similares a los de los trastornos de la personalidad. Sin embargo, aunque se avanza en la descripción y la delimitación de las bases neuroanatómicas y fisiopatológicas, deberán pasar varios lustros antes de que los progresos puedan relacionarse directamente con aspectos concretos de la personalidad (Casas M. y cols., 1994).

En la actualidad, se observa una clara tendencia, apoyada por la experiencia clínica y la investigación a abordar este campo desde la perspectiva de la "patología dual" (Casas M. y cols., 2000).

Los conceptos de comorbilidad, diagnóstico dual y trastorno dual permiten valorar los trastornos de la personalidad como precursores o como resultados del consumo de sustancias (Casas M. y cols., 2000).

## **5. COMORBILIDAD**

### **5.1 Conceptos**

La expansión del uso de los criterios diagnósticos a partir de una concepción multiaxial (sistema DSM) ha favorecido, no solo la creación de modelos teóricos para comprender la coexistencia de trastornos en la población clínica, sino también la de realizar diagnósticos con combinación de dos ejes o dentro de un mismo eje.

Es, por tanto, una clara prueba de que los sistemas categoriales actuales favorecen la existencia de diagnósticos múltiples.

En el área específica de las conductas adictivas, el término "patología dual", se utiliza generalmente para referirse a la coexistencia de trastornos psicopatológicos de los Ejes I y II, concomitante con trastornos por consumo de sustancias

La comorbilidad entre trastorno de personalidad y abuso de sustancias quizá sea el apartado mas estudiado estableciéndose un amplio debate sobre que trastorno aparece con anterioridad si el de personalidad previa o si el trastorno de la personalidad aparece como consecuencia del uso y abuso de sustancias.

En la dependencia de opiáceos existe una elevada prevalencia de trastornos mentales concomitantes. Según Rounsaville (Rounsaville y cols., 1982b) sólo el 13 % carecen de un trastorno concomitante mientras que el 52% sufre al menos dos. Para Khantzian (Khantzian y cols., 1985) el 65% sufría además un trastorno de personalidad y el 77% otro trastorno mental. Cuando se estudian muestras de pacientes psiquiátricos sin distinción de diagnósticos, tales hallazgos se confirman (Mezzich y

cols., 1982). Lo mismo ocurre cuando la muestra se extrae de la población general (Boyd y cols., 1984).

Las relaciones entre ambos tipos de trastornos es compleja, y la comorbilidad puede manifestarse de diferentes maneras.

Según Brady y cols. (Brady KT. y cols., 1999), había cinco posibles relaciones para aproximarse a esta problemática:

1. El consumo de sustancias y otro trastorno psicopatológico pueden estar presentes simultáneamente por coincidencia.
2. El consumo de sustancia puede causar ciertas condiciones psicopatológicas o aumentar la gravedad de los síntomas psiquiátricos.
3. Los trastornos psiquiátricos pueden causar o incrementar la gravedad de los trastornos por consumo de sustancias.
4. Ambos trastornos pueden ser ocasionados por un tercer factor.
5. El consumo y la abstinencia de las sustancias pueden producir síntomas que imiten a los descritos para los trastornos psicopatológicos.

En la actualidad, hay tres líneas principales de investigación en patología dual:

- A.- La primera centra su hipótesis en que los trastornos de la personalidad son variables de riesgo para el inicio y el mantenimiento de la conducta adictiva;

B.- La segunda considera los trastornos por consumo de sustancias como factores de agravamiento de dichos trastornos y

C.- La tercera propugna que el consumo de sustancias puede inducir cambios neurobiológicos que produzcan cambios en los rasgos de personalidad.

A. Con respecto a la primera línea de investigación, en la que los trastornos de la personalidad son variables de riesgo para el inicio y el mantenimiento de la conducta adictiva, plantea que ciertos rasgos de personalidad y algunos trastornos de ésta, contribuirían al inicio y el desarrollo de los trastornos por consumo.

Los estudios basados en esta hipótesis se orientan a identificar las características de la personalidad de los sujetos previas al inicio del consumo, a fin de aclarar la etiopatogenia de la drogodependencia.

La principal dificultad con la que se enfrentan los investigadores es que los conocimientos actuales sobre el tema provienen del estudio de variables que presentan los sujetos después de haber iniciado el consumo (Craig RJ. y cols., 1982).

A partir de los conocimientos actuales, Verheuel (Verheuel R. y cols., 2001) sistematiza las posibles causas que justifican la asociación entre los trastornos de la personalidad y los trastornos por uso de sustancias.

1. - La vía que define como de la "desinhibición del comportamiento» podría explicar la comorbilidad del trastorno antisocial y, de forma parcial, la comorbilidad con el trastorno límite. Es la que presenta una mejor validación, podría explicar las altas tasas de prevalencia de los estudios epidemiológicos y se ha correlacionado con los últimos hallazgos sobre el déficit de control de los impulsos.

2. - La vía de la "reducción del estrés» daría cuenta de la comorbilidad de los trastornos por evitación, por dependencia, esquizotípico y límite. Se centra en las características que presentan los individuos que expresan una intensa reactividad al mismo, sensibilidad a la ansiedad y neuroticismo. Las sustancias tendrían aquí el papel de una «automedicación», ya que este grupo de pacientes presentaba los trastornos de la esfera ansiosa, previa al inicio del consumo.

3.- Y la vía que define como de la «sensibilidad a la recompensa» explicaría la comorbilidad del trastorno histriónico y narcisista de la personalidad. Señalaría que los sujetos con rasgos de búsqueda de novedades y de recompensas utilizarían las sustancias por sus propiedades de refuerzo positivo.

También de esta hipótesis se ha derivado, en gran parte, la hipótesis de la «automedicación» (Wilber CH. y cols., 1982, Khantzian EJ. y cols., 1985, Castaneda R. y cols., 1989). Esta hipótesis defiende que el consumo de opiáceos se inicia para combatir un sufrimiento preexistente. Este habría surgido por una disfunción del sistema opioide (Coid J. y cols., 1983) susceptible de corrección mediante el aporte de sustancias exógenas.

Los opiáceos exógenos poseen acción antidepresiva y ansiolítica con disminución de la ideación suicida y reducción de las ideas paranoides y los impulsos agresivos (Verebey K. y cols., 1978, Gold MS. y cols., 1979).

Estos efectos se constatan con asiduidad sólo a corto plazo. A medio plazo, por el contrario, el consumo continuado es fuente de nueva psicopatología (Mirin SM. y cols., 1976) pero si se consideran períodos tan prolongados de tiempo como seis años se observa que la psicopatología de los heroinómanos tiende a estabilizarse (McLellan AT. y cols., 1979, O'Brien CP. y cols., 1984). Con estos datos no puede extrañar que Quincey (Quincey T. y cols., 1988) al referir sus célebres experiencias como comedor de opio establezca en su libro la siguiente sucesión de capítulos: "Los placeres del opio», «Introducción a los dolores del opio», «Los dolores del opio».

Distintos autores han descrito las características de la personalidad y sus relaciones con el consumo de drogas. Quirk (Quirk SW. y cols., 1998), utilizando el NEO-PI, identifican tres grupos divididos según el estilo de afrontamiento, las alteraciones psíquicas y la sustancia de elección. Los sujetos que presentaban un predominio de la dimensión depresiva, de agresividad e impulsividad, y estilos de afrontamiento mal adaptado tendían a utilizar más de una sustancia.

En su hipótesis de las tres vías para definir la comorbilidad, Verheuel (Verheuel R. y cols., 2001) señala que estas vías también difieren en cuanto a la sustancia elegida. La elección de la cocaína y otras sustancias estimulantes parece más congruente para sujetos en que predomine la vía de la sensibilidad a la recompensa. El uso de alcohol, benzodiazepinas y heroína parece el que más predomina entre los sujetos que presentarían la vía de la reducción al estrés. Y los estudios con el MMPI demostraron que las escalas de D (depresión) y Sc (sociopatía) inciden mucho entre los sujetos consumidores de opiáceos (Craig RJ. y cols.1982). Los trabajos con este cuestionario incluyen la detección de características de la personalidad como la impulsividad, la inmadurez y la falta de control de impulsos.

B. Con respecto a la segunda línea de investigación, En que los trastornos por consumo de sustancias pueden actuar como factores de agravamiento, parte de la premisa que las sustancias pueden provocar una gran variedad de efectos sobre los rasgos de personalidad, porque el consumo puede producir consecuencias, aumentando o disminuyendo la expresión de las características de la personalidad.

Se ha propuesto que el consumo prolongado intensifica las características de la personalidad desadaptativas (Grilo C. y cols., 1997).

Con todo, esta línea de investigación se rechaza cada vez más, principalmente por la casi inexistencia de estudios prospectivos que confirmen la hipótesis (Verheul R. y cols., 1998). La condición básica para realizar un diagnóstico de trastorno de la personalidad es que los síntomas estén presentes de manera estable, por lo que los sujetos consumidores deberían mantenerlos al dejar las sustancias.

En este sentido, Grilo y cols. (Grilo C. y cols., 1997) defienden la estabilidad de los trastornos de la personalidad a diferencia de los afectivos, que podría deberse a la afectación orgánica que produce el uso continuado de las sustancias.

C. Y finalmente con respecto a la tercera línea de investigación en que el consumo de sustancias puede inducir cambios neurobiológicos, esta premisa es compatible con las anteriores, y propugna que el consumo de sustancias puede inducir alteraciones neurobiológicas que originen cambios en los rasgos de personalidad o síntomas que recuerden un trastorno de la personalidad.

Se hipotetiza que el consumo de sustancias pudiera producir cambios neuroquímicos irreversibles.

En esta línea, se sabe que el consumo de sustancias produce daños cerebrales, ya sea por toxicidad directa sobre las neuronas, por alteraciones de la circulación cerebral secundarias a procesos de vasoconstricción en la microcirculación, o por ambas razones.

Las lesiones irreversibles de los sistemas de neurotransmisión inducidas por las drogas podrían provocar trastornos de la conducta que recordasen los trastornos de la personalidad.

## **5.2 Dificultades existentes para la detección de los trastornos concomitantes**

La primera dificultad consiste en adscribir etiológicamente cada uno de los síntomas presentes. La astenia, por ejemplo, puede deberse a una depresión, a una hepatitis o al mismo síndrome de abstinencia a opiáceos. Como solución, suele recomendarse eludir este juicio discriminativo y establecer todos los diagnósticos posibles. En consecuencia no se realizan distinciones entre fenómenos primarios y secundarios ni se consideran criterios diagnósticos de exclusión.

La segunda dificultad reside en que el trastorno concomitante debe persistir durante un período significativo de tiempo para ser considerado como tal. El problema surge cuando la sucesión de episodios de intoxicación y abstinencia impide la observación continuada. Por ello, es preciso elegir el momento más oportuno para la evaluación clínica del paciente, que acostumbra a ser cuando se mantiene en una situación, ya sea de abstinencia o de intoxicación, estable. En la dependencia de opiáceos caben muchas posibilidades diferentes de estilo de vida y de estado funcional del SNC.

La tercera dificultad consiste en diferenciar los cuadros de intoxicación y abstinencia de determinados 'trastornos mentales. Este problema surge por el hecho de que los conceptos de intoxicación o abstinencia no nos remiten a una fenomenología sino a una etiología. El resto de los trastornos mentales orgánicos, (consúltese, por ejemplo, el manual DSM-III R) (DSM-III R) describen un estado psicopatológico. Pero como intoxicación y abstinencia se refieren al consumo de sustancias puede ocurrir que se olvide que la intoxicación por alcohol es en la mayoría de los casos un delirium o un cuadro confusional de poca intensidad (Wells y cols., 1985) y que la abstinencia de opiáceos es equiparable a un trastorno de ansiedad.

Por último, la actitud del profesional que evalúa la psicopatología puede influir notoriamente en la detección de estos trastornos.

### **5.3 Importancia de la psicopatología concomitante**

Cuando la psicopatología específica y la concomitante coinciden, independientemente de cual es la dominante o la que surgió antes, se producen problemas de manejo del paciente. La mayoría de las altas voluntarias que se registran en los hospitales y la mitad de las urgencias psiquiátricas son demandadas por este tipo de enfermos (Kofoed L. y cols., 1986).

Además, la psicopatología concomitante puede estar en el origen del desarrollo de la dependencia como se comentó anteriormente en relación con la hipótesis de la automedicación. En estos casos se supone que el paciente buscó una solución para su estado ansioso o depresivo. De acuerdo con esta hipótesis de trabajo, la elección de la droga no sería al azar sino que se elegiría la sustancia más idónea para aliviar cada tipo de psicopatología. Sin embargo, la disponibilidad de la droga parece ser un factor de mucho más peso para tal elección (Meyer RE. y cols., 1986).

Una vez establecida la dependencia se considera que la severidad de la psicopatología concomitante se encuentra en relación con las posibilidades de éxito terapéutico (McLellan AT. y cols., 1983).

Una línea de investigación muy importante consiste en valorar las posibilidades de trastorno añadidos a la drogodependencia como factores predictores del resultado de los tratamientos de deshabituación indicados.

## **5.4 Trastornos concomitantes más frecuentes**

Los trastornos concomitantes que se presentan con mayor frecuencia en el trastorno por dependencia de opiáceos son los siguientes (Croughan JL. y cols., 1982):

- 5.4.1. Personalidad antisocial
- 5.4.2. Depresión
- 5.4.3. Dependencia de alcohol
- 5.4.4. Trastornos de ansiedad

### ***5.4.1 Personalidad antisocial.***

La asociación psicopatológica trastorno personalidad antisocial y dependencia de opiáceos, constituye un fenómeno tan llamativo que ni siquiera los psiquiatras se sustraen a su impacto. En nuestro estudio esta comorbilidad se trata en un apartado específico y ampliado en el punto 6.

### ***5.4.2 Depresión***

Las proporciones varían entre el 17 y el 60% (Rounsaville y cols., 1982b, Dackis y cols., 1984). Estas tasas son aplicables, únicamente, a los dependientes que buscan tratamiento. Los que no desean tratamiento parecen caracterizarse por sufrir menos frecuentemente cuadros depresivos (Rounsaville BJ. y cols., 1985). La dispersión de las cifras de prevalencia se relaciona con diferentes momentos de evaluación, con las dosis de agonistas opiáceos usadas (Rounsaville BJ. y cols., 1986a) y probablemente también con distintos tipos de trastornos afectivos.

Durante la abstinencia inmediata de opiáceos se observan cuadros depresivos breves y recortados que ceden espontáneamente (Mirin SV. y cols., 1986). Tal evolución clínica pudiera ser paralela al incremento

temporal de la sensibilidad de los receptores alfa-2 descrito por García-Sevilla (García-Sevilla JA.y cols., 1986).

La dependencia de opiáceos precede a la depresión en el 95% de los casos (Rounsaville BJ. y cols., 1982a). Por lo tanto, no parece que al principio se produzca un fenómeno de automedicación. Sin embargo, una vez el trastorno afectivo aparece, se establecen relaciones recíprocas de carácter reforzador.

La probabilidad de que surja un cuadro depresivo es muy elevada cuando muchos acontecimientos estresantes se acumulan en la biografía de una persona vulnerable a los trastornos afectivos. Según parece, ambos supuestos coinciden en muchos pacientes mientras están consumiendo opiáceos.

En primer lugar porque, obviamente, el mismo estilo de vida que conlleva la dependencia acarrea, en muchos casos, un notable incremento de acontecimientos estresantes.

Y en segundo lugar, porque la acción biológica de los opiáceos sobre el SNC, alterando el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, menoscaba la capacidad de adaptación al estrés.

Como resultado se produce una marcada dificultad para la modulación de la afectividad, con una reactividad excesiva, aunque fugaz, ante las dificultades (Blatt SJ. y cols., 1984).

De este modo, es muy frecuente que estos trastornos depresivos tengan un marcado carácter de transitoriedad (Dorus W. y cols., 1980) y, tanto la aparición como la remisión de estos cuadros depresivos están relacionadas con la emergencia o desaparición, respectivamente, de factores estresantes psicosociales (Kosten TR. y cols., 1983, Kleber HO. y cols., 1983).

El círculo vicioso se cierra con la repercusión que la depresión tiene sobre la dependencia de opiáceos: supone un factor de riesgo de importancia indudable para la recaída y el abandono del tratamiento (Hatsukami D. y cols., 1982, Rounsaville BJ. y cols., 1986 b).

Según Dackis (Dackis CA. y cols., 1984) la depresión es una «barrera para la sobriedad». El modo en que tiene lugar este facilitamiento de los procesos de, recaída no está aclarado. Sorprende que la reducción general de intereses que acompaña a la depresión no afecte a la motivación para el consumo que, por el contrario, se incrementa. Este efecto diferencial podría deberse a que la drogodependencia desencadena los impulsos autodestructivos característicos del trastorno afectivo.

En realidad, la drogodependencia misma se ha explicado como una forma de depresión (Allen MH. y cols., 1986) o de suicidio (Stevenson JM. y cols., 1989).

### ***5.4.3 Dependencia Alcohol***

La dependencia de alcohol se detecta en el 34.5% de los dependientes de opiáceos si tenemos en cuenta toda la trayectoria vital del individuo (Rounsaville BJ. y cols., 1982b). Por lo tanto, la dependencia de heroína y de alcohol se asocia frecuentemente en una misma persona.

También es habitual observar un relevo secuencial de las dos dependencias en el transcurso de una misma biografía (Ho AKS. y cols., 1978).

Se ha comprobado que el consumo de alcohol aumenta en casi todos los sujetos dependientes de opiáceos que tienen una menor disponibilidad de esta droga, y en los que inician un tratamiento (Goodwin DW. y cols., 1975). Una vez abandonada la heroína, el trastorno por uso de alcohol lo

suelen desarrollar los que ya lo sufrieron con anterioridad (Rounsaville BJ. y cols., 1982c) y sólo la tercera parte de los alcoholismos que se registran en heroinómanos surgen con posterioridad al trastorno por uso de opiáceos (Rounsaville BJ. y cols., 1982c)

#### ***5.4.4 Trastornos de ansiedad***

Los Trastornos de Ansiedad se detectan entre el 11 % (Khantzian EJ. y cols., 1985) y el 16% (Rounsaville BJ. y cols., 1982b) de los heroinómanos.

Los tipos más frecuentes son los trastornos de ansiedad generalizada y las fobias. Estas cifras no parecen, sin embargo, corresponderse con la importancia que la ansiedad, como síntoma, tiene en la dependencia de opiáceos. Algunas de las teorías más aceptadas sobre los mecanismos psicológicos que mantienen y cronifican a la dependencia de opiáceos se basan en alteraciones ansiosas

El síndrome de abstinencia a opiáceos es un excelente modelo biológico para determinados trastornos de ansiedad. La similitud sintomatológica entre este síndrome de abstinencia y la ansiedad que surge ante situaciones significativas es tan importante que al dependiente de opiáceos acaba por confundirlos muchas veces.

Según Van Der Kolk (Van Der Kolk B. y cols., 1985) estas personas sufren un estado de hiperactividad noradrenérgica continuada. La reexposición a acontecimientos estresantes produce una liberación de opioides endógenos y ello les tranquiliza. De este modo se establece una auténtica «adicción al estrés».

En resumen podemos decir que en la actualidad parece que hay un consenso en que el mantenimiento de las conductas adictivas es debido a

que el sujeto padece un trastorno de la personalidad, este trastorno condicionaría la aparición de recaídas o el cambio de conducta adictiva cuando se ha superado una. Así es frecuente ver como pacientes que abandonan su dependencia a opiáceos, tras un tratamiento, caen en conductas de consumo y dependencia de alcohol, o como alcohólicos ya rehabilitados inician conductas ludopáticas, cuando no van asociadas ya desde su inicio.

Cuando aparece un trastorno de personalidad el adicto tendrá más dificultad en abandonar su adicción. Los trastornos de la personalidad explicarían las recaídas en estos pacientes o bien los cambios de adicción.

El abordaje terapéutico de la comorbilidad debe orientarse hacia el tratamiento de la personalidad patológica de base, no despreciando, lógicamente, los programas de desintoxicación y deshabitación.

Esta comorbilidad tiene importancia, ya que la severidad de los trastornos psicopatológicos en personas que inician por primera vez tratamiento de su drogodependencia es uno de los mejores predictores del resultado del tratamiento, de manera que, cuando más severos son los síntomas, peor son los resultados.

## **6. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.**

### **6.1 Concepto y Diagnóstico.**

A lo largo de la Historia este cuadro ha sido definido como desviación de conducta o como desorden de la personalidad.

Una línea, a nuestro juicio regresiva, los calificó con criterios morales como insana o locura moral. Como lo han sostenido distintos autores (Millon TH. y cols., 1998), dicho criterio moral ha perdurado aún en las conceptualizaciones más actuales recogidas por los manuales del tipo de los DSM. Al menos hasta el DSM-III (1980), el énfasis estuvo puesto en la descripción de conductas, quedando demasiado equiparado el trastorno antisocial de la personalidad a la conducta criminal. Se desatendió así a las características internas o rasgos de la personalidad, que se habían utilizado como criterios para definir los otros tipos de trastornos de personalidad.

En el DSM-IV, se contemplaron en parte las características de personalidad, pero los cambios no fueron muy notorios

El trastorno antisocial de la personalidad diagnosticado con los criterios DSM tiene una prevalencia en la vida de entre el 2 y el 3% (DSM-IV-TR).

Éste es cinco veces más frecuente entre los familiares de varones afectos que entre los de controles entre los familiares de probandos mujeres (Golomb M. y cols., 1995). Asimismo, en las mismas familias aparece una prevalencia mayor, respecto a la población general, de trastornos de somatización y de trastornos de abuso de sustancias.

Como todos los trastornos de la personalidad, el antisocial tiene una etiología multifactorial, con varios factores de riesgo que tienen distinta relevancia en diferentes momentos vitales. En general, se reconoce influencias tanto biológicas como ambientales en el desarrollo de la personalidad antisocial. Es decir, hay factores constitucionales que aumentan la vulnerabilidad a padecer un trastorno antisocial de la personalidad, y situaciones sociofamiliares y experiencias vitales que acaban determinando que un desarrollo patológico se estructura en un trastorno de la personalidad (Canino GJ., 1990).

Los estudios de gemelos y adoptados indican que hay un efecto ambiental importante en el desarrollo de la criminalidad y la violencia, y que en el trastorno de la personalidad hay más influencia genética. Tanto los hijos de padres biológicos como los de padres adoptivos con un trastorno antisocial de la personalidad tienen un riesgo elevado de padecerlo, y es mayor en el caso de los biológicos (Cadoret RJ., 1978).

Los estudios de investigación prospectivos de Robins (Robins LN., 1966), dicen que solo los niños que cometieron delitos antes de la adolescencia, fueron diagnosticados como “antisociales”. Esta es la razón por la cual el DSM exige para el diagnóstico, trastornos disociales en la infancia.

El citado estudio también comenta que el desorden conductual severo guarda relación con factores genéticos, y que los no severos están más vinculados con factores ambientales. La investigación mostró la importancia de la disfunción familiar en la etiología de psicopatía. Significativa proporción de niños provenientes de medios familiares caóticos fueron diagnosticados como antisociales y tuvieron conductas criminales.

Se encontró también, que la patología parenteral tenía un valor predictivo: aumenta la probabilidad de psicopatía, pero esto puede tener

también influencia genética. El mayor factor de riesgo lo constituyó la conducta antisocial paterna.

Otros factores de riesgo: abuso físico en la infancia, alcoholismo parental, fallas en la disciplina y sujeción de los hijos, separación o pérdida de padres, familias muy numerosas, baja interiorización del valor familia, crueldad parental, inteligencia baja, falta de disciplina y control de los padres.

En otro estudio prospectivo (Mc Cord J., 1988), el más poderoso predictor de delincuencia fue la inestabilidad parental. En cambio, padres estables y afectuosos tienen fuerte valor protector. Los riesgos para conducta delictiva y criminal fueron coincidentes.

Con respecto a los factores sociales el estudio de Robins (Robins LN., 1966): cita que hay mayor prevalencia en zonas urbanas en relación con las áreas rurales. Importantes diferencias culturales: la prevalencia en varios países de habla inglesa (EEUU, Australia, Nueva Zelanda) fue de 2.4-3.5%. En cambio, la prevalencia es muy baja en países del sudeste asiático (Ej. Taiwán: 0.03-0,14%), excepto en Corea del Sur, donde la prevalencia de alcoholismo es también muy alta. La explicación es que en estos países hay mayor cohesión social y familiar que en occidente. La importancia de los factores sociales se observa en el aumento dramático de la prevalencia en Norteamérica.

En América del Sur, tras décadas de dictaduras y libre mercado, con la consecuente pérdida de cohesión social, también parece haber un incremento de la incidencia. Sin embargo, la pobreza de por sí no parece ser condición suficiente, si no se agrega el compromiso de la cohesión social y familiar. Los factores sociales aumentan o disminuyen el umbral frente a otros factores de riesgo.

Los modelos bio-psico-sociales, derivan de teorías de la personalidad que proponen que los desórdenes de personalidad son exageraciones patológicas de rasgos de personalidad y estos rasgos guardan relación con fuertes implicaciones genéticas.

Según Siever-Davis (Siever LJ., Davis KL., 1991), la alta intensidad de los rasgos predispone a desórdenes de personalidad, pero los factores psico-sociales son cruciales en su desarrollo (Paris J., 2004).

Eysenck (Eysenck HJ., 1970) encuentra en las psicopatías fuertes rasgos en las dimensiones de extroversión y psicoticismo.

Cloninger (Cloninger CR., 1993), señala alta búsqueda de novedades (modulada por el sistema dopaminérgico), baja dependencia de la recompensa (modulada por el sistema noradrenérgico) y baja evitación del daño (modulada por el sistema serotoninérgico).

Siever-Davis (SieverLJ. Davis KL., 1991) - Establecen 4 dimensiones fundamentales:

- Organización cognitiva-perceptiva  
(- en TAP y + en TBP)
- Impulsividad / agresividad  
(+ en TAP y + en TBP)
- Inestabilidad afectiva  
( + en el TBP y - en TAP)
- Ansiedad / inhibición  
( + en el TBP y - en TAP)

Nota: TAP: Trastorno Antisocial, TBP: Trastorno Borderline

Según este autor, para desarrollarse un desorden de personalidad tienen que estar presentes estos rasgos de personalidad, pero sólo una interacción entre factores de riesgo biológico y psico-sociales dan cuenta de un desorden de personalidad. Ha propuesto que el TAP deriva de una

combinación de anormalidades temperamentales: impulsividad (modulada por bajos niveles de serotonina) e incontrolada activación conductual (modulada por altos niveles de monoaminas).

Con Kernberg, ubicamos este trastorno dentro de la estructura límite de la personalidad, con una organización narcisista de la personalidad, una patología del superyo, con incapacidad de experimentar culpa y remordimiento, preocupación por los otros y con relaciones interpersonales de tipo explotativo-parasitarias. Kernberg (Kernberg OF., 1982) distingue distintos tipos de trastornos antisociales con distintas implicancias terapéuticas, pronósticas y hasta médico-legales.

Otros autores han señalado que el núcleo central de la psicopatía en el trastorno antisocial de la personalidad sería un trastorno cognitivo en el proceso de la información. Las estructuras operan en progresión lineal. Por ej. la exposición a estímulos peligrosos activa el correspondiente “esquema de peligro”, que comienza a procesar la información. Después se activan en secuencia los esquemas afectivos, motivacional, de acción y control. Sea que la persona interpreta la situación como peligrosa (esquema cognitivo), siente ansiedad (esquema afectivo), quiere alejarse (esquema motivacional) y se moviliza para huir (esquema de acción o instrumental). Si juzga que la huida es contraproducente, puede inhibir ese impulso (esquema de control). (Beck A. y cols., 1995).

Para poder realizar todo este camino hay que tener intacto el proceso de información. En estos pacientes hay trastornos en el inicio de la cadena. Carecen de atención sana de tipo automática. Esto les impide valorar la información periférica (externa) y no pueden cambiar su rumbo una vez que han iniciado una conducta

Muchos trabajos muestran la gran prevalencia de los problemas neuropsicológicos o de signos neurológicos menores en individuos psicópatas. Sin embargo, los hallazgos de los estudios neuropsicológicos

no son congruentes, y varían en función de los métodos de diagnóstico empleados. Como grupo, en los individuos con conductas criminales, antisociales y violentas, parece relativamente congruente la teoría de una cierta disfunción de los mecanismos inhibitorios del lóbulo frontal. Los resultados varían si se estudia a psicópatas según los criterios de Hare (Psychopathy Checklist Revised, PCL-R, Hare RD., 1991), en los que parece haber déficit a nivel de la corteza frontal ventromedial, o a sujetos con diagnóstico DSM de trastorno antisocial de la personalidad, que parecen fallar más en tests de funciones ejecutivas localizadas en la corteza frontal dorsolateral (Lykken DL., 1995).

Básicamente, se apunta a una disfunción en los mecanismos del procesamiento de la información y de las emociones, que se supone se sitúan en los circuitos de las regiones prefrontal y temporal. Esta disfunción podría deberse a factores genéticos o a disfunciones en el desarrollo, lo cual no se ha esclarecido suficientemente hasta el momento.

Se han relacionado las conductas antisociales con factores neuroquímicos y hormonales. Hay muchos estudios en animales y algunos en seres humanos que muestran la importancia en las conductas agresivas, y en la persistencia de la vulnerabilidad a las mismas hasta la vida adulta, de la influencia de los estrógenos y los andrógenos desde la vida intrauterina (Cleckney H., 1998).

En cuanto a la neuroimagen, en estudios estructurales y funcionales, hay datos que permiten comprender mejor las bases neurofisiológicas de la psicopatía y los comportamientos antisociales (Dolan M., 2002).

Un estudio de RM cuantitativa realizado por Raine y cols. (Raine A. y cols., 2000) ha mostrado una reducción del 11 % de la materia gris prefrontal en varones con trastorno antisocial de la personalidad

comparados con controles y con dependientes de alcohol o drogas sin dicho trastorno.

El origen de todos estos hallazgos puede ser tanto genético como ambiental, por el efecto de noxas o de acontecimientos vitales traumáticos tempranos sobre el desarrollo. Por ejemplo, es más probable que los individuos con un trastorno antisocial hayan padecido traumatismos craneoencefálicos o golpes repetidos en la cabeza, lo cual se asocia con un menor volumen cerebral. En qué medida influyen los efectos genéticos y los ambientales está por determinar. Según Plomin (Plomin R., 1990), de un 40 a un 60% de la variancia de los trastornos de la conducta se explica por factores genéticos. Hay que tener en cuenta que los efectos de la transmisión genética pueden expresarse tanto en el desarrollo de trastornos específicos como de fenotipos extensivos o de rasgos específicos que hagan que el individuo corra el riesgo de desarrollar un trastorno de la personalidad (Rutter M. y cols., 1999).

En resumen, parece claro que la delincuencia, la criminalidad y el trastorno antisocial de la personalidad (DSM-IV) no se heredan, pero sí ciertos rasgos que pueden dificultar más o menos el desarrollo de una socialización normal.

El desarrollo de las conductas prosociales atraviesa una serie de hitos evolutivos importantes, y el fracaso en la consecución de estos hitos puede ir construyendo una personalidad antisocial.

Los sujetos antisociales, que poseerán más o menos factores de vulnerabilidad personales (de riesgo), que en interrelación con factores de riesgos sociales y familiares pueden desarrollar una personalidad antisocial.

Cuando se estudian los factores individuales que más contribuyen al desarrollo de conductas disociales, los más reproducidos son: un

temperamento difícil, con rasgos de impulsividad y búsqueda de emociones; trastornos específicos del aprendizaje, específicamente en el lenguaje y la lectura-escritura; un cociente intelectual en el límite; una desproporción entre las fracciones verbal y manipulativa del CI; ser temperamental; un inicio temprano de las conductas y, en las niñas, una menarquía temprana.

Respecto a los factores familiares más implicados estarían: un nivel socioeconómico bajo, el conflicto marital, el abuso de sustancias, una disciplina dura e incoherente, la falta de supervisión, la falta de afecto, una personalidad antisocial y el abuso o la violencia contra el niño.

En la adolescencia se produce un pico de conductas antisociales y la aparición de muchos comportamientos disociales por primera vez en la trayectoria individual. Es, por tanto, otro momento de gran vulnerabilidad. De nuevo, los factores implicados en la precipitación de comportamientos antisociales a esta edad pueden ser biológicos, familiares o sociales. En estos años, a nivel biológico, la pubertad, los efectos del alcohol o las drogas, y la interconurrencia de otras enfermedades mentales -muchas de las cuales tienen ahora su edad de inicio-, son los precipitantes principales.

A nivel psicológico, los adolescentes son especialmente sensibles a las situaciones de maltrato, de pérdida, y al aumento del control esperado en padres rígidos con dificultades para adaptar su modo educativo a las necesidades del adolescente.

Otras variables relacionadas con la precipitación de conductas antisociales operan a nivel social, y las más congruentemente implicadas son las situaciones de ruptura social, la influencia de iguales con trastornos de la conducta, la disminución de la supervisión y el fracaso escolar.

No hay que olvidar que existen también una serie de factores protectores, algún ejemplo de los cuales ya se ha mencionado, que en presencia de otros de riesgo pueden amortiguar la tendencia al desarrollo de conductas antisociales. Estos factores están en una fase mucho más incipiente de investigación. De momento, las variables para las que se ha encontrado una significación estadística como factores de protección en el desarrollo de la personalidad antisocial tienen que ver con características individuales como la inteligencia, la disposición individual hacia lo antinormativo y un temperamento fácil

De qué forma todos estos factores van interactuando de modo dinámico hasta la estructuración final de la personalidad antisocial está siendo extensamente estudiado, sobre todo para saber qué factores son más determinantes en cada momento vital, y cómo interaccionan específicamente unos con otros.

Los estudios que mejor exploran la continuidad de los trastornos entre la infancia y la vida adulta son los que analizan prospectivamente cohortes de niños. En el «Developmental Trends Study» de Loeber y cols. (Loeber R. y cols., 2002), se siguió a un grupo de chicos que entre los 13 y los 17 años presentaban trastornos de la conducta. En ese estudio se ve que un 40 % de los niños con tales trastornos desarrollan trastornos de la personalidad. De los niños con trastorno oposicionista desafiante que evolucionaron a trastorno antisocial de la personalidad, muy pocos lo hicieron sin un paso intermedio por el trastorno disocial. Aun así, un 70 % de los chicos con trastornos de la conducta no evolucionan a un trastorno antisocial del adulto (Rutter M., 2000). Sin embargo, si se valora retrospectivamente a adultos con personalidad antisocial, un 90 % tienen antecedentes de trastornos de la conducta en la infancia (Chess A y cols., 1996).

Como conclusión podemos decir que la predisposición biológica y la disfunción familiar no son condiciones suficientes para el desarrollo del

trastorno antisocial de la personalidad.

## **7. VIH EPIDEMIOLOGIA Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.**

### **7.1. Infección por el VIH/SIDA. Definición.**

La infección por virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH), está caracterizada por un período asintomático prolongado de años o décadas, a la que sigue la enfermedad fatal, SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana).

Aunque el SIDA primero fue identificado en hombres homosexuales en los Estados Unidos de América (USA), pronto fue observado en otros grupos, incluyendo adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), hemofílicos, receptores de transfusiones sanguíneas, heterosexuales y eventualmente en hijos de madres con la enfermedad; tales hallazgos sugirieron que el SIDA es transmisible. Lo que comenzó con cinco casos reportados a los Centers of Disease Control (CDC) (Centers for Disease Control, 1986) en 1981, alcanzó proporciones inesperadas en pocos años.

Desde esa época hasta la actualidad, el aumento de personas infectadas por los virus VIH y el de las que desarrollan la enfermedad ha aumentado considerablemente, llegando a convertirse en un importante problema de salud pública en todos los países.

El SIDA representa la expresión patológica final de la infección por el VIH; la destrucción del sistema inmunitario es la característica más importante del paciente infectado.

Varias complicaciones caracterizan la infección por el VIH, incluyendo una grave alteración del estado general, "wasting", daño neurológico, e infecciones oportunistas (Bacellar H. y cols., 1994) y ciertos tipos de

neoplasias; a partir de este momento se dice que el paciente tiene SIDA. A partir de entonces el pronóstico, al menos en pacientes no tratados con anti-retrovirales, suele ser malo.

## **7.2. Epidemiología.**

Hace dos décadas, médicos de las ciudades Nueva York, San Francisco, y Los Ángeles, identificaron un nuevo síndrome de inmunodeficiencia entre varones jóvenes homosexuales. Inicialmente, la enfermedad fue llamada GRID (Gay-Related ImmunoDeficiency Syndrome).

Sin embargo, pronto se vio que la enfermedad no estaba confinada a un sólo grupo de población, y tuvo diseminación silenciosa a través de otras poblaciones de alto riesgo incluyendo ADVP; hemofílicos, receptores de transfusión de sangre heterosexuales de alto riesgo.

Para fines de 1981, varios cientos de casos habían sido identificados, la enfermedad fue llamada SIDA y la investigación fue encaminada a la identificación de su causa.

Tres años después se descubrió el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y las pruebas diagnósticas pronto estuvieron disponibles para identificar aquellos individuos infectados. En ese momento se tenía ya el agente causal, las pruebas diagnósticas para detectarlo y la vía de transmisión con gran optimismo se pensó que la infección, pronto sería controlada únicamente había que convertir esos conocimientos en acción para prevenir futuras expansiones de la enfermedad. Pronto nos dimos cuenta que nos enfrentamos a la peor pandemia del Siglo XX.

## **Situación mundial.**

A partir de datos disponibles la Organización de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial para la Salud (OMS) estiman que, a finales del año 2000, el número de personas que viven con el VIH o con SIDA, es más de un 50% superior al que proyectó en 1991 el Programa Mundial sobre SIDA de la OMS. Para este mismo año, cerca de 60 millones de personas han sido identificadas como VIH+, de ellas se estima que 22 millones han muerto, 36 millones viven con VIH/SIDA y 5.3 millones se han infectado en año 2000. (Centres for Disease Control, 2001) (*Tabla 1*).

**Tabla 1** *Estimación Mundial del VIH/SIDA en 2000*

*Adultos y niños.*

<b>Personas que viven con VIH/SIDA</b>	Adultos	34.7 millones
	Niños	1.4 millones
	<b>TOTAL</b>	<b>36.1 millones</b>
<b>Número acumulado de defunciones por causas del VIH/SIDA</b>	Adultos	17.5 millones
	Niños	4.3 millones
	<b>TOTAL</b>	<b>21.8 millones</b>
<b>Nuevas infecciones por el VIH en 2000</b>	Adultos	4.7 millones
	Niños	600.000
	<b>TOTAL</b>	<b>5.3 millones</b>
<b>VIH/SIDA en 2000 Defunciones</b>	Adultos	2.5 millones
	Niños	500.000
	<b>TOTAL</b>	<b>3.0 millones</b>

Fuente: Report on the Global HIV/AIDS.Epidemic, WHO Working Group on Global HIV VIH/AIDS 2000.

La mayoría de ellos con menos de 25 años de edad y el 95% viviendo en países en desarrollo (Centres for Disease Control, 2001 y Miller MJ., 1995).

Sólo en 1999, 3.0 millones de personas murieron a causa del SIDA, y en la década de los noventa 13 millones de niños quedaron huérfanos debido a la muerte prematura de sus padres; las estadísticas son crueles, pero el impacto sobre la humanidad es aún peor.

Los más golpeados por la epidemia tienen edades entre 15 y 49 años, la etapa más productiva de su vida. En los países más afectados, el SIDA está afectando completamente las expectativas de vida de la población infectada.

## Situación España.

Durante el año 2000 se estima que se diagnosticaron en España 2.511 nuevos casos de SIDA, según datos corregidos por el retraso de notificación (Centers for Disease Control ) (Tabla 2) .

*Tabla 2 Casos de SIDA en España por categorías de transmisión y año de diagnóstico.*

	HOMO-BISEXUAL	ADVP	HEMO-DERIVADOS	TRANSFUSION	MADRE-HIJO	HETERO-SEXUAL	
AÑO	N	N	N	N	N	N	TOTAL
1981	1	0	0	0	0	0	1
1982	1	1	2	0	0	0	4
1983	4	5	4	2	0	0	15
1984	11	20	12	1	1	0	50
1985	37	108	18	1	6	2	174
1986	88	307	43	9	23	15	493
1987	209	706	47	19	32	45	1084
1988	340	1568	77	31	90	94	2254
1989	520	2151	84	31	88	182	3137
1990	585	2694	67	41	68	295	3885
1991	699	3032	76	44	85	377	4540
1992	789	3282	56	44	81	508	5031
1993	799	3535	55	3	84	635	5440
1994	907	4969	68	24	80	925	7323
1995	941	4608	56	22	80	1015	7014
1996	759	4223	49	16	48	1075	6410
1997	520	2970	22	14	37	841	4671
1998	428	2079	10	5	19	694	3476
1999	351	1654	9	9	16	551	2285
2000	287	1403	4	5	12	559	2511

El número de casos nuevos de SIDA ha disminuido un 64% en los últimos cinco años debido al conjunto de los avances de la lucha contra el SIDA, tanto en la prevención como en la asistencia sanitaria pero fundamentalmente es atribuible a los nuevos tratamientos antiretrovirales.

La mayor caída se registró entre 1996 y 1997, mientras que en los últimos años el descenso se ha ido suavizando (Centro Nacional de Epidemiología, 2001).

Desde 1981, año en el que comenzó la epidemia, se han acumulado un total de 59.466 casos de SIDA en España, pero en el 53,3% de ellos se ha notificado ya su fallecimiento.

Hasta la fecha se ha recibido información de 1 744 casos diagnosticados en 2000, entre los cuales siguen predominando los hombres (77,9%).

La edad media al diagnóstico de SIDA ha ascendido a 37,4 años. La proporción de casos pediátricos (menores de 13 años) ha seguido descendiendo y se sitúa a sólo el 0,5%.

Es decir las tendencias de la situación de la epidemia en España, según las distintas fuentes de información disponibles coinciden en señalar que la transmisión del VIH en España ha experimentado un progresivo retroceso en los últimos años. (Hernández-Aguado y cols., 1999).

Sin embargo, el número de nuevos diagnósticos de infecciones por el VIH todavía es elevado, y tampoco se puede descartar la posibilidad de nuevos repuntes en la transmisión, (Del Romero J. y cols., 2001).

La vía de transmisión más frecuente ha sido el compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas (56%), lo que se confirma tanto en hombres (59%) como en mujeres (48%) (Centro Nacional de Epidemiología, 2001).

El elevado número de UDVP infectados por el VIH, la mayoría adultos jóvenes y sexualmente activos, dio lugar a la transmisión secundaria del VIH por vía heterosexual y perinatal.

La transmisión por relaciones heterosexuales no protegidas asciende al 22%, pero adquiere especial relevancia en las mujeres, donde representa el 39% de los casos.

La tercera vía de transmisión más frecuente ha sido las relaciones homosexuales no protegidas entre hombres, suponiendo el 11 % de todos los casos y el 15% de los hombres (Centro Nacional de Epidemiología., 2000)

Los casos atribuidos a la transmisión heterosexual del VIH siguen aumentando en porcentaje respecto al total, y en 2000 han alcanzado el 22% de todos los casos nuevos diagnosticados. Además, esta categoría es la única en la que en 2000 no ha disminuido el número de casos nuevos respecto a 1999.

En aquellas comunidades autónomas que cuentan con datos epidemiológicos sobre nuevos diagnósticos de infección por el VIH, se han constatado descensos de más de un 70% desde principios de los noventa, (Moreno C. y cols., 2000), A pesar de estos importantes descensos, en estas comunidades se diagnosticaron en conjunto más de 60 nuevas infecciones por el VIH por millón de habitantes en 2001, cifra todavía elevada en comparación con otros países de Europa (European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 2001).

La gravedad de la situación descrita puso en alerta a la sociedad. Se iniciaron nuevos programas de prevención y se intensificaron los existentes, contribuyendo a la reducción de las prácticas de riesgo.

### **7.3 Mecanismos de transmisión del VIH.**

#### ***7.3.1. Transmisión por vía parenteral .***

Los mecanismos involucrados en esta vía son: la drogadicción por vía parenteral, las transfusiones de sangre y hemoderivados y, el trasplante de órganos y tejidos (Goedert JJ. y cols., 1989).

Los factores asociados con la transmisión por drogadicción parenteral son los siguientes: intercambio de jeringuilla; intercambio de otros objetos de uso personal entre ADVP; elevado tiempo de adicción y elevada frecuencia de consumo; clase social baja y ámbito penitenciario; contacto sexuales con otros drogadictos (Schoenbaum EE. y cols., 1989) .

El grupo de hemofílicos representa el 1 % de los casos de SIDA en Estados Unidos y en torno al 3% de los casos en Europa. Entre los factores de riesgo asociados con este grupo destacan el empleo de factores de coagulación elaborados antes de detección sistemática de VIH.

#### ***7.3.2. Transmisión por vía sexual.***

Cabe destacar la transmisión homosexual, en relaciones en las que haya intercambio de secreciones Como factores de riesgo asociados con esta vía de transmisión destacan el elevado numero de contactos; la promiscuidad sexual; las relaciones anales activas y principalmente receptivas y la coexistencia de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Keenlyside RA. y cols., 1993).

La transmisión heterosexual del VIH ocurre de modo muy heterogéneo. Así, las relaciones heterosexuales son las responsables de la mayoría de

las transmisiones por vía sexual en el mundo (Berkelman RL. y cols.,1989); del 6-10% de los casos en USA y Europa y en el caso particular de África, es la principal vía de transmisión( Piot P. y cols., 1989).

### ***7.3.3.Transmisión vertical.***

La tasa de transmisión materno-infantil oscila entre 14 y 35%. Con la introducción a partir de 1994 de la Zidovudina (AZT) como profilaxis de transmisión vertical se ha reducido a 3.7-8% (Dabis F., 1992)

#### **7.4 Diagnóstico de la infección por VIH**

Sólo a través de métodos de laboratorio puede establecerse, de modo definitivo, el diagnóstico de la infección por el VIH ya que las manifestaciones clínicas, aunque sugestivas, no son específicas en ningún estadio de la enfermedad.

Las pruebas serológicas van a permitir la identificación de sujetos infectados por VIH y se hace a través de la investigación de anticuerpos en suero (Constantine NT. y cols., 1993).

La seropositividad se define por la demostración de anticuerpos frente a las proteínas víricas, con reactividad repetida en las pruebas de screening y, además, con alguna de las pruebas de confirmación.

El análisis inmunoabsorbencia ligada a enzimas (ELISA) para detectar las respuestas serológicas específicas frente al virus y es el método más utilizado como prueba de screening (Brun-Vezinet F. y cols., 1984).

El Western Blot (WB) técnica de inmunoelectrotransferencia ligada a enzimas en la detección e identificación de los anticuerpos frente al VIH, es la metodología más empleada para la confirmación de estos resultados obtenidos con pruebas de screening (Popovic M. y cols., 1984).

## **7.5. VIH y Psicopatología.**

Uno de los objetivos de la comunidad científica desde el comienzo de la infección VIH/SIDA ha sido conocer la conflictiva psicosocial así como los trastornos psiquiátricos de los individuos afectados (Catalan J.,1997 y Rabkin JG.,1996). Desde el principio se vio que los problemas psicológicos eran muy comunes y además, una proporción sustancial de los sujetos presentaban alteraciones patológicas persistentes, cuyas tasas eran comparables a los niveles detectados en otras poblaciones de enfermos crónicos (Wells KB. y cols.,1998), pero sustancialmente más alta que los encontrados en la población general (15.4-30%) (Regier DA., 1990).

El rápido diagnóstico de estos trastornos va a ser muy importante en esta población, pues las alteraciones mentales pueden complicar los esfuerzos en prevención primaria (al aumentar los comportamientos de riesgo), afectar a la capacidad de afrontamiento, asociarse con una mayor mortalidad, influenciar la adherencia al tratamiento antirretroviral, además de empeorar la calidad de vida en las personas seropositivas (Perez de los Cobos JC. y cols., 1988).

La atención psiquiátrica es fundamental, porque se producen complicaciones neuropsiquiátricas en más del 50% de los infectados por VIH (Cohen MA. y cols., 1990).

En los pacientes drogodependientes hay que sumar los problemas derivados de la intoxicación o de la abstinencia además de los problemas de conducta que algunos pacientes politoxicómanos pueden originar.

La prevalencia a lo largo de la vida en sujetos infectados por el VIH de algún trastorno mental, incluyendo el abuso de sustancias, se encuentra entre un 30 y un 73% (Brown GR. y cols., 1992, Lipsitz J. y cols., 1994).

En la mayoría de los casos, el inicio del trastorno mental parece preceder a la seroconversión (Rosenberger PH. y cols., 1993).

Los problemas psicopatológicos que presentan los pacientes VIH positivos pueden tener relación con 3 tipos de trastornos:

- 1-Trastornos mentales orgánicos.
- 2-Trastornos mentales funcionales.
- 3-Trastornos de personalidad.

#### *1.- Trastornos Mentales Orgánicos.*

Son alteraciones neuropsiquiátricas secundarias a la afectación directa del SNC o a complicaciones orgánicas o funcionales relacionadas con la epidemia.

El VIH produce afectación directa e indirecta del sistema nervioso central (SNC). Esto se traduce en diferentes síndromes psiquiátricos asociados a la evolución de la enfermedad o como una primera expresión de la misma. Por afectación directa pueden aparecer diversos trastornos mentales como demencia, delirium, psicosis, depresión o manía.

Las alteraciones cognitivas fueron descritas en 1980, las cuales aparecían en más del 50% de los casos de SIDA, y posteriormente se describió el síndrome CDS (complejo demencia-SIDA). Este síndrome suele aparecer después de la presentación de infecciones oportunistas que caracterizan la enfermedad avanzada y sólo ocasionalmente se presenta en pacientes asintomáticos como la primera manifestación de la infección (Lozano M. y cols., 1996).

Clínicamente se caracteriza por presentar alteraciones cognitivas, conductuales y motoras. Aparece inatención, alteración de la memoria a corto plazo, bradipsiquia, apatía, ataxia y debilidad en extremidades inferiores de curso progresivo, para posteriormente en fases avanzadas manifestarse por una disfunción cognitiva global, severo retardo psicomotor abocando a un estado aquinético, con mioclonías, convulsiones y coma. Sigue un curso fluctuante y progresivo de semanas a meses y el pronóstico es muy desfavorable, (Navia BA. y cols., 1986). Las alteraciones conductuales más frecuentes en las primeras fases son cambios en la personalidad, con apatía y aplanamiento de la respuesta emocional que puede ser confundido con un síndrome depresivo. También pueden aparecer alteraciones de la conducta en relación con sintomatología psicótica o maníaca. En fases avanzadas los problemas de conducta son los derivados de un deterioro cognitivo global.

La prevalencia de la demencia en la infección por VIH varía entre el 7 y el 66%, dependiendo de la población estudiada y de los criterios de selección utilizados, aunque se acepta una prevalencia del 8% en sujetos VIH tal como señala el informe de la OMS (Maj M. y cols., 1994).

Dentro de las complicaciones neurocognoscitivas asociadas al VIH se diferencian 2 síndromes según el nivel de severidad y que serían los extremos opuestos de una misma entidad: la demencia asociada a VIH (CDS) y el trastorno neurocognoscitivo leve asociado al VIH (Grant J. y cols., 1995).

Este último trastorno cursa con dificultades de concentración, fatigabilidad y dificultad para recordar las cosas, pudiendo enmascarse como una alteración del estado de ánimo. La exploración neuropsicológica revela dificultades en el

procesamiento de la información, atención dividida y algunos problemas de abstracción. Su prevalencia varía según el estadio de la infección que presenten los pacientes del estudio; así se considera que es del 9% en grupos asintomáticos y mayor del 50% en pacientes con SIDA.

Un estudio realizado en nuestro medio en pacientes adictos a drogas encuentra deterioro neuropsicológico en el 65% de los VIH sintomáticos, en el 34% de los VIH asintomáticos y en el 15% del grupo control VIH negativo, relacionándose este deterioro con la progresión clínica de la enfermedad (Caro MJ. y cols., 1998)

Otros trastornos psiquiátricos descritos con menor frecuencia asociados al VIH son psicosis depresiva, manía, trastorno obsesivocompulsivo, psicosis esquizofreniforme, psicosis paranoide, síndromes delirantes y amnésicos (Seth R. y cols., 1991 Ochoa E. y cols., 1993).

La naturaleza etiológica de estos trastornos no es bien conocida, aunque la mayoría de los casos puede atribuirse a las alteraciones orgánicas de la infección. La frecuencia de estos trastornos oscila alrededor del 3%, su curso es fluctuante y suelen evolucionar hacia una demencia (Sewell DD. y cols., 1994).

Los síntomas psicóticos más frecuentes son ideas delirantes, alucinaciones auditivas, ansiedad y agitación. Su aparición requiere una rápida intervención terapéutica junto a la evaluación de un posible trastorno intercurrente.

También se describe con frecuencia delirium asociado como manifestación de una demencia o debido a infecciones oportunistas o neoplasias. El delirium es un síndrome cerebral

agudo causado por sufrimiento cerebral de etiología orgánica (infecciones, neoplasias, alteraciones generales, fármacos) que se caracteriza por deterioro del nivel de conciencia y atención, trastorno cognitivo global con alucinaciones, ideas delirantes, alteraciones de la memoria inmediata y reciente, trastornos psicómotores con híper o hipoactividad, alteraciones del ciclo sueño-vigilia, y trastornos emocionales con ansiedad, euforia, miedo, irritabilidad o perplejidad. El curso puede ser agudo o subagudo, fluctuante, con empeoramientos vespertinos. Suele ser reversible, pero puede evolucionar hacia un deterioro progresivo y muerte (Gatell JM. y cols., 1993).

## *2- Trastornos Mentales Funcionales*

Las manifestaciones psiquiátricas más frecuentes relacionadas con la infección por VIH son los síndromes depresivos, ya sean de naturaleza orgánica o reactivos a las consecuencias psicosociales de la infección, dado su curso crónico, la ausencia de tratamiento causal, la alta mortalidad y el tipo de transmisión, así como el rechazo y aislamiento social que conlleva (Hinz S. y cols., 1990 Pérez-Poza A. y cols., 1998). La mayoría aparecen con la identificación de la seropositividad o al desarrollar alguna enfermedad relacionada con el VIH, pero no es infrecuente que precedan al conocimiento de la infección (Treisman G. y cols., 1994).

El estudio neuropsiquiátrico sobre el SIDA de la OMS encontró cifras de depresión mayor que oscilaban entre el 18% en pacientes VIH sintomáticos y el 9% en asintomáticos (Maj M. y cols., 1994). La enorme discrepancia entre los resultados de los diferentes estudios está en relación con varios factores como la disparidad de las muestras en cuanto al riesgo de la infección, a los estadios

evolutivos de la enfermedad y a los instrumentos de medida utilizados para realizar el diagnóstico de depresión.

Los enfermos con infección VIH o SIDA son especialmente vulnerables a presentar alteraciones del estado de ánimo por:

-Las características de una enfermedad de curso crónico, sin tratamiento etiológico y con una alta mortalidad. El paciente se enfrenta a una enfermedad traumática, sin tratamiento eficaz y con el conocimiento directo por parte de muchos enfermos del fallecimiento de amigos por la misma enfermedad que ellos padecen.

-Las repercusiones sociofamiliares que conlleva la infección con posible rechazo familiar, laboral y social. Pueden sufrir rechazo, generalmente ligado a la desaprobación de hábitos de vida en relación con las vías de transmisión de la infección. Las relaciones de pareja y familiares también se cuestionan por el temor al contagio y al rechazo. Otro factor a tener en cuenta son los sentimientos que se producen en torno a las relaciones sexuales, que conllevan sentimientos de ansiedad, miedo y culpa. Un escaso apoyo social y frecuentes conflictos sociales se asocian con altos niveles de depresión (Leserman J. y cols., 1991).

-Las implicaciones que producen los propios antecedentes en función de algunos de los factores de riesgo. Los adictos a drogas y los homosexuales/bisexuales tienen mayor riesgo de presentar síntomas y síndromes depresivos independientemente de la incidencia de la infección, al igual que los pacientes VIH positivos con trastornos de personalidad (Jonson JG. y cols., 1995).

-Por los fármacos utilizados en el control de la infección y de sus complicaciones. Se refiere que la zidovudina y las drogas antiretrovirales aunque el impacto global de los fármacos como factores etiológicos en el desarrollo de cuadros depresivos no es significativo (Gatell JM. y cols., 1993).

### *3 Trastornos Personalidad*

Según los estudios de Brooner, uno de los trastornos mas frecuentes son los trastornos de personalidad (30%). Los diagnósticos más comunes en orden decreciente son el trastorno de personalidad límite, antisocial, dependiente, pasivo-agresivo, histriónico y no especificado (Jonson JG. y cols, 1995, Brooner RK. y cols.,1993).

Según este autor, la el consumo de sustancias por vía intravenosa y la transmisión del VIH van muy asociadas al trastorno antisocial de la personalidad.

Así como también remarca el citado autor, que el tratamiento de drogodependientes ofrece métodos para reducir conductas de uso de droga asociadas con la transmisión del virus (programa de intercambio de jeringuillas y programas de mantenimiento con metadona). Sin embargo hay una clara evidencia de comorbilidad psiquiátrica de estos pacientes con el trastorno antisocial de la personalidad, y este trastorno ha sido poco diagnosticado y tratado.

En Resumen podemos decir que en nuestro país presenta una tasa de prevalencia de infección por VIH entre drogodependientes, mayoritariamente dependientes de heroína, muy superior a la de otros países de nuestro entorno.

Este hecho no puede ser aleatorio y en él concurren una serie de variables, entre las que destacan los erróneos planteamientos diagnósticos y terapéuticos de antaño, por una parte por la falta de diagnóstico de los trastornos de personalidad de una forma precoz y por lo tanto su abordaje y por otra parte los recursos están muy orientados a abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas.

Esta última relación ya constatada por algunos autores hace una década, ha llevado a un cambio en la respuesta asistencial en los últimos años, con un incremento de los programas de mantenimiento con metadona (PMM) y de intercambio de jeringuillas, dentro de los denominados programas de reducción de daños.

No obstante, uno de los aspectos importantes como la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes drogodependientes con el trastorno antisocial de la personalidad, esta lejos todavía de su diagnóstico precoz y de su abordaje para evitar futuras conductas de riesgo.

## **8. HIPÓTESIS**

- Los pacientes que padecen trastornos de la personalidad, tienen un mayor riesgo de ser seropositivos al VIH en comparación con los que no los padecen.
- Los pacientes con adicción a la heroína y que tienen un trastorno antisocial de la personalidad, tienen más riesgo de ser seropositivos al VIH, independientemente de la vía de administración de la sustancia, en comparación con los que no padecen dicho trastorno.
- Los pacientes drogodependientes que padecen comorbilidad, permanecen menos tiempo en tratamiento, en comparación con los que no lo padecen.
- Los pacientes drogodependientes que son seropositivos permanecen más tiempo en tratamiento, en comparación con los que no lo son.

## 9. OBJETIVOS

El presente trabajo tiene por objetivo general evaluar la presencia de pluripatología psiquiátrica en los pacientes heroínómanos, y determinar si esta comorbilidad, en especial los trastornos de la personalidad, afectan o se asocian a la seroposividad al VIH.

Dentro de este contexto y de acuerdo con la hipótesis de trabajo, los objetivos concretos del proyecto son:

1.- Analizar la prevalencia y distribución de los pacientes con comorbilidad a los trastornos psiquiátricos en general, y a la comorbilidad con los trastornos de la personalidad en particular.

2.- Realizar análisis de la comorbilidad según, la distribución de los pacientes en relación a:

Sexo.

Edad.

Edad de inicio en el tratamiento .

Años en el tratamiento.

La vía de drogadicción.

Abuso/dependencia de otras drogas .

La determinación del VIH.

3.- Realizar análisis de la positividad a VIH según, la distribución de los pacientes en relación a:

Sexo

Edad.

Edad de inicio en el tratamiento

Años en el tratamiento

Los diagnósticos psiquiátricos asociados  
La vía de drogadicción.  
Al abuso/dependencia de otras drogas.

## 10. POBLACIÓN Y MÉTODOS

### 10.1 Diseño

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, siendo la población estudiada los pacientes VIH positivos y VIH negativos incorporados en el Programa de Mantenimiento con Metadona, y por lo tanto, todos ellos tienen una dependencia a opiáceos.

### 10.2 Ámbito del estudio

El ámbito del estudio ha estado el Sector Sanitario del Segriá incluido dentro de la Región Sanitaria de Lleida, con una población de 164.581 habitantes. La estructura por edades de esta población es la siguiente:

Sector Segriá	0-14 años	15-64 años	65 años y más	75 años y más	85 años y más
	18,13%	66,30%	15,57%	6,27%	1,20%

### 10.3 Fuentes de información.

Los datos se han obtenido de las historias clínicas del Hospital Santa Maria de Lleida.

## 10.4 Pacientes

Se han incluido los 349 pacientes, que en el año 1999 realizaban tratamiento de mantenimiento con metadona, en el Hospital Santa Maria de Lleida, que es el único hospital para la Región Sanitaria de Lleida donde se realiza el citado programa.

Los pacientes fueron diagnosticados por dos psiquiatras de referencia, tanto de su patología principal como de la asociada.

Ambos profesionales utilizaron para su sistema de codificación los criterios del DSM IV.

El DSM IV es el sistema de codificación psiquiátrica oficial de los EEUU, que en los últimos años también se ha convertido en el más utilizado en Europa.

Este Sistema describe las manifestaciones de los trastornos mentales y sólo excepcionalmente pretende describir el origen de las alteraciones. Proporciona criterios diagnósticos específicos para cada trastorno mental en particular. Estos criterios consisten en una lista de características que se deben detectar para que se puedan confirmar el diagnóstico (DSM IV).

Estos pacientes cumplen los criterios para la Dependencia a Opiáceos (*anexo 2*).

Además pueden tener problemas con otra droga, y tener un segundo diagnóstico de consumo de sustancias como dependencia o abuso cocaína, dependencia o abuso sedantes, dependencia o abuso anfetaminas, según criterios DSM IV (*anexo1*).

Y por último los pacientes, pueden tener un segundo diagnóstico que no sea el de su consumo, es la patología psiquiátrica asociada (trastornos del

estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad).

En cuando, a los instrumentos para la clasificación y diagnóstico de los trastornos de personalidad en el año 1999, el más adecuado según revisión de bibliografía era el IPDE (Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad).

A todos los pacientes, se les pasó el cuestionario IPDE que es una herramienta para la clasificación y el diagnóstico psiquiátrico, para uso en investigación clínica de los trastornos de la personalidad (*anexo 17*). Fue creado por Armond W. Loranger para la OMS (Loranger y cols., 1992) y esta basado en una entrevista clínica semiestructurada, que además es compatible con los diagnósticos de valoración DSM IV. Ofreciendo un diagnóstico fiable uniforme que además puede ser internacionalmente aceptado.

Si en el cuestionario, los pacientes habían contestado tres o más ítems de un trastorno, la evolución para este trastorno era positiva y fue entrevistado con los preguntas del mismo IPDE, pero de forma exclusiva para este trastorno y confirmar así su diagnóstico (*anexo 18*).

El cuestionario y la entrevista fueron pasados por cuatro psicólogos entrenados durante un mes en el CAP Salud Mental, y la corrección se realizó mediante corrección automática Programa IPDE 100 informático.

La concordancia y estabilidad temporal del IPDE han sido estudiadas en 14 centros clínicos de 11 países y proporciona a los clínicos e investigadores un método más uniforme para la identificación de casos, y facilitan, por la tanto, la comparación y replicación de hallazgos (Loranger y cols.1992).

A todos los pacientes, se les propuso realizar prueba de detección VIH. Accedieron a su realización 319 pacientes.

Se les practicó la prueba de Elisa (análisis de inmunoadsorbencia ligada a enzimas) y los positivos fueron confirmados por la técnica Western Blot.

### **10.5 Codificación y tratamiento de las variables**

Las variables analizadas han estado las siguientes:

- Sexo: hombre, mujer.
- Edad: continua y categorizada en terciles.
- Edad de inicio del tratamiento: continua y categorizada en terciles.
- Años de tratamiento: continua y categorizada en terciles.
- La patología psiquiátrica asociada se diagnosticó y codificó en 17 grupos de acuerdo con los criterios DSM IV que se presentan en los Anexos: Sin patología, trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos (*anexo 3*), trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína (*anexo 3*), trastorno depresivo mayor con episodio único (*anexo 4*), trastorno depresivo mayor recidivante (*anexo 5*), trastorno distímico (*anexo 6*), trastorno de ansiedad sin agorafobia (*anexo 7*), trastorno obsesivo-compulsivo (*anexo 8*), trastorno paranoide de la personalidad (*anexo 9*), trastorno esquizoide de la personalidad (*anexo 10*), trastorno esquizotípico de la personalidad (*anexo 11*), trastorno antisocial de la personalidad (*anexo 12*), trastorno límite de la personalidad

(*anexo 13*), trastorno de dependencia de la personalidad (*anexo 14*), trastorno psicótico inducido por opiáceos (*anexo 15*), y esquizofrenia paranoide (*anexo 16*).

- Comorbilidad: sí, no.

- Vía de drogadicción: endovenosa, "xinos", inhalada, esnifada

- Abuso/dependencia de otras drogas: sin otras adiciones, abuso de alcohol, abuso de sedantes, abuso de cocaína, dependencia de cocaína, abuso de anfetaminas.

- Determinación de VIH: positiva, negativa.

Para su análisis se utilizó el programa estadístico SPSS.

Se ha llevado a término un análisis univariante inicial para detectar la presencia de posibles valores anómalos y para describir la distribución de cada variable según grupo.

Posteriormente se han desarrollado análisis bivariantes para determinar la existencia o no de relación entre las variables dependientes (comorbilidad y determinación de VIH).

Así, en primer lugar, se ha relacionado la comorbilidad con las variables: sexo, edad, edad de inicio del tratamiento, años de tratamiento, determinación del VIH, vía de administración y abuso o codependencia a otras drogas.

Y en segundo, se ha relacionado la positividad del VIH con las variables: sexo, edad, edad de inicio del tratamiento, años de tratamiento, diagnóstico psiquiátrico de la patología asociada, vía de administración y abuso o codependencia a otras drogas.

Las variables categóricas se han analizado utilizando el test de la chi-cuadrado, mientras que en el caso de las variables continuas se ha utilizado la prueba de la t de Student. En todos los análisis se determinó como nivel de significación estadística una  $p < 0,05$ .

Por último se han desarrollado modelos de regresión logística bivalente y multivalente, determinando como variables dependientes la comorbilidad y la determinación de VIH por separado.

En el caso de la regresión logística multivalente, se escogieron como variables independientes aquellas que hubiesen presentado una relación estadísticamente significativa en los análisis bivariantes, y las asociaciones se cuantificaron mediante odds ratios (OR) y sus intervalos de confianza al 95%. También se estudiaron el contraste de la razón de verosimilitud y la bondad de ajustamiento de los modelos.

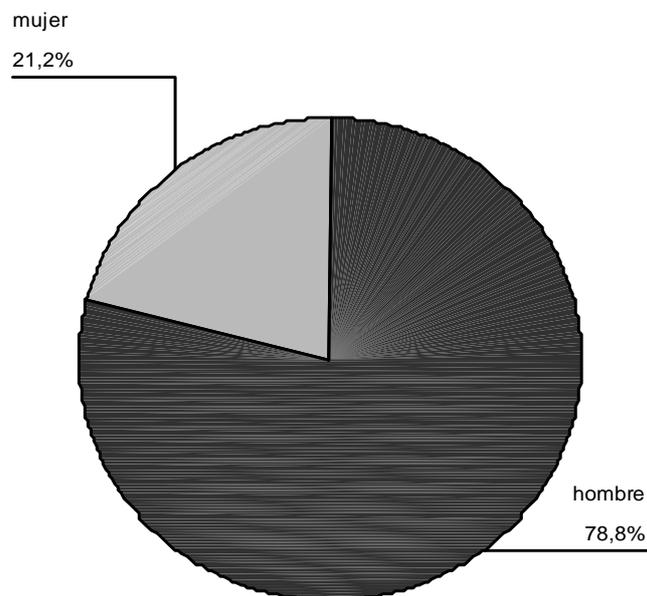
## 11. RESULTADOS

### 11.1 Situación sociodemográfica.

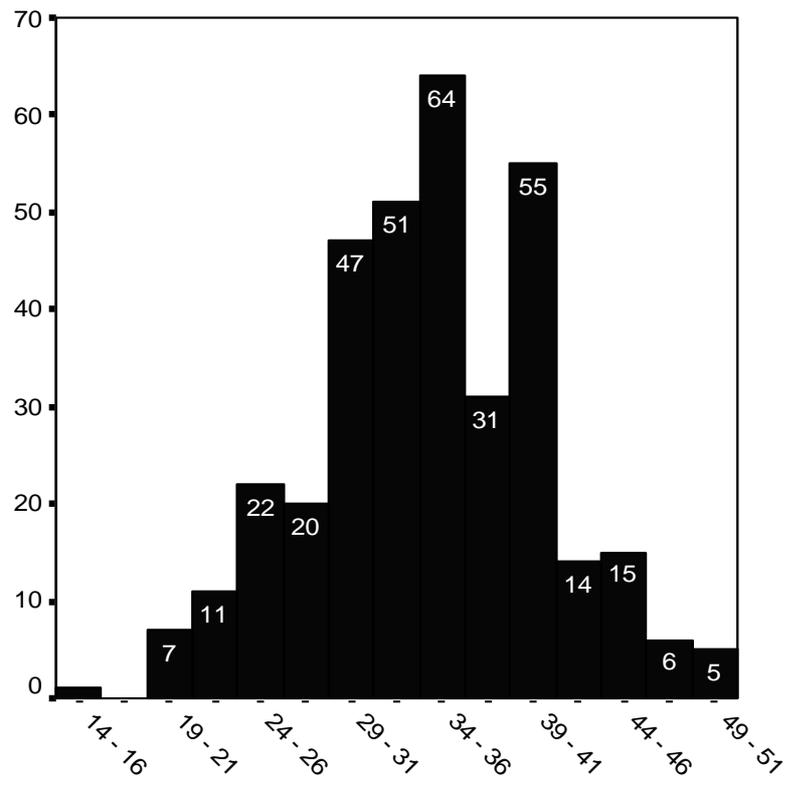
Se han incluido en el estudio 349 pacientes participantes en el Programa Mantenimiento de Metadona del Hospital Santa Maria de Lleida, y que todos ellos reúnen los criterios de dependencia a opiáceos.

Las variables sociodemográficas de la población se muestran en los gráficos 1 y 2, donde se destaca que el 78,8% del los pacientes son hombres y que el rango de edad entre los 34 i los 36 años es el que incluye más representantes (64), seguido del rango de 39 a 41 años (55).

*Gráfico 1. Distribución por sexo*



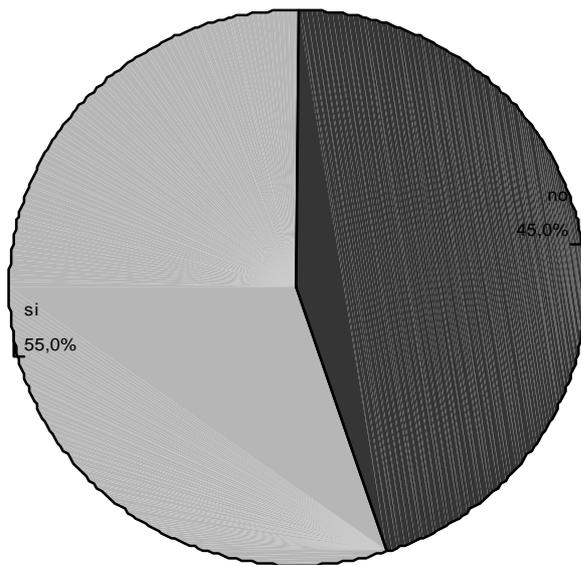
**Gráfico 2. Distribución por edades**



## 11.2 Análisis de la comorbilidad asociada

Más de la mitad de la muestra (55%) presenta algún tipo de patología psiquiátrica además de tener un diagnóstico de adicción a los opiáceos (comorbilidad), como queda reflejado en el gráfico 3.

*Gráfico 3. Distribución de la comorbilidad*



Según la clasificación del DSM IV, se han encontrado un total de 4 grandes grupos (trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad y trastornos de la personalidad), que incorporan 17 diagnósticos.

La distribución de los mismos esta reflejada en la *tabla 3* y son los siguientes: trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos, trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor con episodio único, trastorno depresivo mayor recidivante, trastorno distímico, trastorno de ansiedad sin agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno paranoide de la personalidad,

trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno de dependencia de la personalidad, trastorno psicótico inducido por opiáceos, esquizofrenia paranoide, y trastorno esquizotípico de la personalidad.

*Tabla 3. Distribución de la patología psiquiátrica asociada.*

<b><i>Tipos de patología psiquiátrica asociada</i></b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Sin patología asociada</i>	157	45
<i>Trastornos del estado de ánimo</i>		
- inducido por opiáceos	14	4
- inducido por cocaína	4	1,1
- depresivo mayor (episodio único)	1	0,3
- depresivo mayor (recidivante)	4	1,1
- distímico	11	3,2
<i>Trastornos psicóticos</i>		
- inducido por opiáceos	3	0,9
- esquizofrenia paranoide	1	0,3
<i>Trastornos de ansiedad</i>		
- Ansiedad sin agorafobia	1	0,3
- Trastorno obsesivo-compulsivo	2	0,6
<i>Trastornos de personalidad</i>		
- Trastorno paranoide	7	2
- Trastorno esquizoide	5	1,4
- Trastorno esquizotípico	5	1,4
- Trastorno antisocial	<b>103</b>	<b>29,5</b>
- Trastorno límite	23	6,6
- Trastorno histriónico	1	0,3
- Trastorno de dependencia	2	0,6
<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>100</b>

El grupo de los trastornos de la personalidad son el más importante, con 146 afectados, que representan el 41,8% del total de la muestra. El segundo grupo más numeroso es el formado por los trastornos del estado de ánimo, con un 9,7% (34) de los pacientes.

De los 17 diagnósticos, el trastorno antisocial de la personalidad es el más representativo, con un total de 103 pacientes, que implican un 29,5% de la muestra global. El siguiente trastorno en frecuencia es el trastorno límite de la personalidad, con un 6,6% (23 pacientes).

En la tabla 4 se puede observar la distribución de la comorbilidad en relación al sexo de los pacientes.

**Tabla 4.** Distribución de los pacientes en relación a comorbilidad y sexo.

	<b>Comorbilidad</b>				<b>Total</b>	
	<b>No</b>		<b>Sí</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>						
Hombre	114	41,5	161	58,5	275	78,8
Mujer	43	58,1	31	41,9	74	21,2
<b>Total</b>	157	45	192	55	349	100

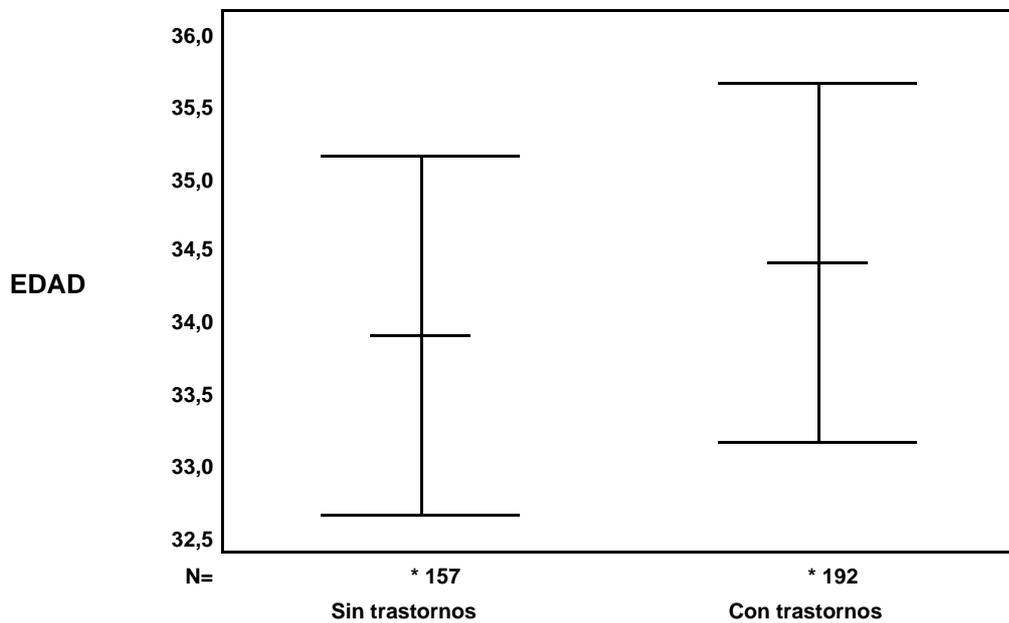
Se puede comprobar que existe un claro predominio masculino entre los pacientes, con algún tipo de patología psiquiátrica asociada (cerca del 60%, respecto el 42% femenino). Estas diferencias son estadísticamente significativas en el análisis crudo de la relación ( $\chi^2_{1,0,05}=6,53$ ;  $p<0,05$ ) [ $p=0,011$ ], con una Odds Ratio (OR) de riesgo de 2 (Intervalo de Confianza al 95% (IC95%): 1,2-3,3), de manera que los hombres de la muestra tienen un riesgo dos veces superior de presentar comorbilidad respecto a las mujeres, según la *tabla 9*.

No se han observado diferencias entre las medias de edad de los grupos con y sin comorbilidad (34,6 años y 34,1 años, respectivamente) ( $t_{347,0,05}=0,66$ ;  $p=0,51$ ) (*tabla 5 y gráfico 4*), así como tampoco se han observado cuando dicha variable ha sido categorizada (*tabla 11*): *no hay diferencias entre la existencia de comorbilidad en pacientes de 31 años o menos respecto aquellos entre 32 y 37 años* ( $\chi^2_{1,0,05}=0,42$ ;  $p=0,52$ ) *ni respecto aquellos con 38 años o más* ( $\chi^2_{1,0,05}=0,83$ ;  $p=0,36$ ).

**Tabla 5. Distribución de edades según comorbilidad**

	N	Media	Desviación estándar	Mínima - Máxima
<b>Comorbilidad</b>				
No	157	34,1	6,6	15 - 49
Sí	192	34,6	6,1	21 - 50
Total	349	34,4	6,3	15 - 50

**Gráfico 4. Diferencias de edad según comorbilidad**

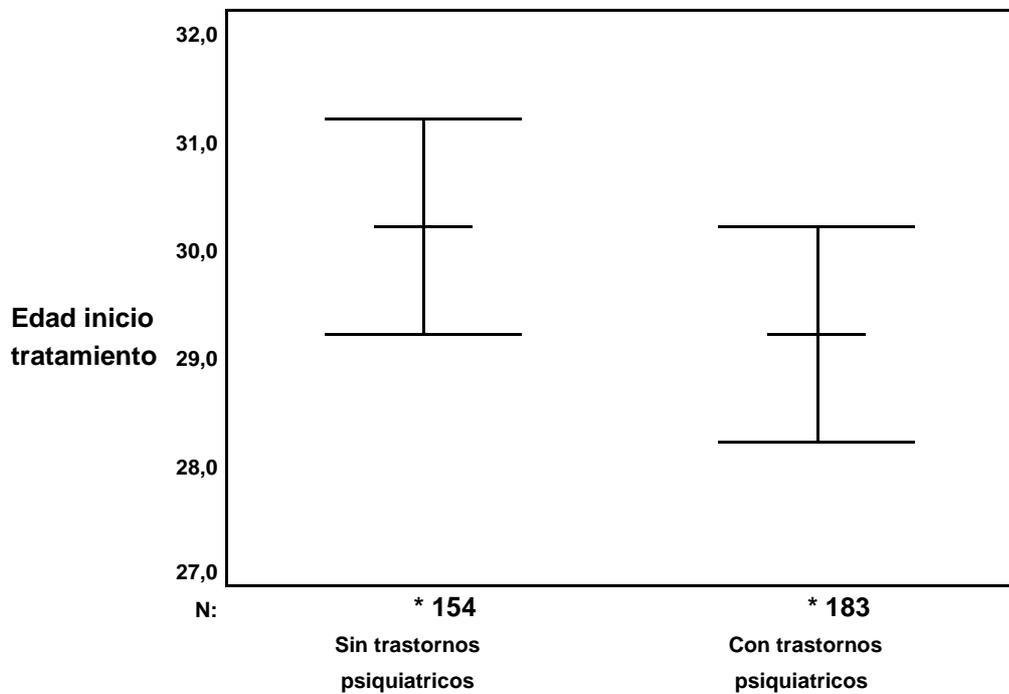


Tampoco se han observado diferencias entre la edad de inicio del tratamiento de los pacientes con o sin comorbilidad (29,3 años y 30,3 años, respectivamente) ( $t_{335;0,05}=-1,47$ ;  $p=0,14$ ) (tabla 6 y gráfico 5). En el análisis de la variable como categórica tampoco se han encontrado diferencias en la presencia de comorbilidad en pacientes que iniciaron el tratamiento a los 33 años o mayores respecto aquellos que lo iniciaron entre los 27 y los 32 años ( $\chi^2_{1;0,05}=0,20$ ;  $p=0,66$ ) ni respecto aquellos que lo empezaron a los 26 años o antes ( $\chi^2_{1;0,05}=0,42$ ;  $p=0,52$ ) (tabla 11).

**Tabla 6.** Distribución de edad de inicio en el tratamiento según comorbilidad.

	N	Media	Desviación estándar	Mínima - Máxima
<b>Comorbilidad</b>				
No	154	30,3	6,5	10 - 46
Sí	183	29,3	6,4	7 - 45
<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>29,8</b>	<b>6,5</b>	<b>7 - 46</b>

**Grafico 5.** Diferencias de edad de inicio en el tratamiento según comorbilidad



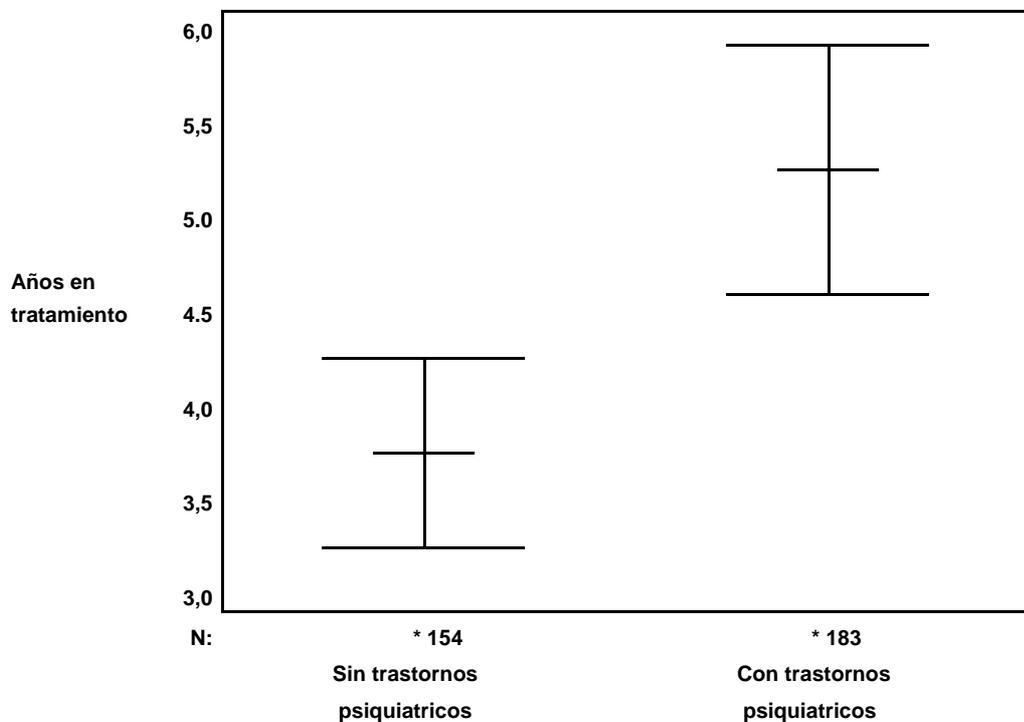
El grupo con comorbilidad sí ha presentado una media de duración en el tratamiento estadísticamente superior al grupo sin patología asociada (5,2 años y 3,9 años, respectivamente) ( $t_{335;0,05}=0,36$ ;  $p<0,05$ ) [ $p=0,0001$ ] (tabla 7 y gráfico 6).

Estas diferencias se mantuvieron en el análisis categórico de la variable (*tabla 11*), dónde se ha comprobado que tanto los pacientes con 4-5 años de tratamiento ( $\chi^2_{1;0,05}=9,0$ ;  $p<0,05$ ) [ $p=0,003$ ] (OR: 2,2; IC95%: 1,3-3,7) como los que llevaban 6 años o más ( $\chi^2_{1;0,05}=12,13$ ;  $p<0,05$ ) [ $p=0,00001$ ] (OR: 2,7; IC95%: 1,5-4,6), presentan un mayor riesgo de patología psiquiátrica asociada que el grupo con 3 años o menos de tratamiento.

**Tabla 7.** Distribución de años en el tratamiento según comorbilidad

	N	Media	Desviación estándar	Mínima - Máxima
<b>Comorbilidad</b>				
No	154	3,9	2,6	0 - 14
Sí	183	5,2	3,6	1 - 31
Total	337	4,6	3,2	0 - 31

**Gráfico 6.** Diferencias de años en el tratamiento según comorbilidad



La proporción de comorbilidad en relación a la vía de administración de heroína utilizada ha resultado similar (59% en adictos por vía endovenosa respecto a cerca del 50% en pacientes que fumaban "xinos") (*tabla 8*). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la existencia de comorbilidad entre los pacientes adictos por vía endovenosa y los pacientes adictos por otras vías ( $\chi^2_{1;0,05}=3,60$ ;  $p=0,06$ ) (OR: 1,5; IC95%: 1,0-2,3) (*tabla 11*).

**Tabla 8.** Distribución de los pacientes en relación a comorbilidad y vía de drogadicción.

	<b>Comorbilidad</b>					
	No		Sí		Total	
	n	%	n	%	N	%
<b>Vía de administración</b>						
Endovenosa	76	40,4	112	59,6	188	54,7
"Xinos"	78	51,3	74	48,7	152	44,2
Esnifada	1	100	0	-	1	0,2
Inhalada	0	-	3	100	3	0,9
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>45</b>	<b>189</b>	<b>55</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

Más de la mitad de los pacientes sin otras adicciones aparte de la heroína presentaron comorbilidad. Esta proporción fue ligeramente superior tanto en el grupo que presentaba abuso a cocaína asociada a la adicción a heroína (58%) como en el grupo que presentaba dependencia a cocaína (68%) (*Tabla 9*). En el análisis por categorías de la variable dependencia a otras drogas no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la presencia de comorbilidad entre los pacientes sin otras dependencias y aquellos con codependencia a cocaína ( $\chi^2_{1;0,05}=1,33$ ;  $p=0,25$ ) o a otras drogas ( $\chi^2_{1;0,05}=0,03$ ;  $p=0,88$ ) (*tabla 11*).

**Tabla 9.** Distribución de los pacientes en relación a comorbilidad y abuso/dependencia de otras drogas

	<b>Comorbilidad</b>				<b>Total</b>	
	<b>No</b>		<b>Sí</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipos de droga coadministrada</b>						
Ninguna	114	47,1	128	52,9	242	69,5
Abuso alcohol	3	75	1	25	4	1,1
Abuso sedantes	0	-	4	100	4	1,1
Abuso cocaína	33	42,3	45	57,7	78	22,4
Dependencia cocaína	6	31,6	13	68,4	19	5,5
Abuso anfetaminas	1	100	0	-	1	0,4
<b>Total</b>	<b>157</b>	<b>45,1</b>	<b>191</b>	<b>54,9</b>	<b>348</b>	<b>100</b>

Por último, el 50% de pacientes VIH negativos han desarrollado comorbilidad psiquiátrica, mientras que en el caso de los VIH positivos esta proporción es superior (63,6%) de manera estadísticamente significativa ( $\chi^2_{1;0,05}=5,72$ ;  $p<0,05$ ) [ $p=0,017$ ] (tabla 10), existiendo un riesgo de un 80% superior en los pacientes VIH positivos de desarrollar patología psiquiátrica asociada respecto a los VIH negativos (tabla 11).

**Tabla 10.** Distribución de los pacientes en relación a comorbilidad y determinación de VIH.

	<b>Comorbilidad</b>				<b>Total</b>	
	<b>No</b>		<b>Sí</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Determinación VIH</b>						
Negativa	101	50,2	100	49,8	201	63
Positiva	43	36,4	75	63,6	118	37
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>45,1</b>	<b>175</b>	<b>54,9</b>	<b>319</b>	<b>100</b>

**Tabla 11.** Indicadores de riesgo de comorbilidad en pacientes (n=349).  
OR y IC 95%. Modelos bivariantes.

Variables	<b>Existencia de comorbilidad asociada</b>			
	n	% comorb.	OR	IC 95%
<b>Sexo</b>				
Mujer	74	41,9	1	-
Hombre**	275	58,5	2,0	1,2 - 3,3
<b>Edad</b>				
31 años o menores	108	54,6	1	-
Entre 32 y 37 años	129	50,4	0,8	0,5 - 1,4
38 años o mayores	112	60,7	1,3	0,7 - 2,2
<b>Edad de inicio*</b>				
33 años o mayores	108	51,9	1	-
Entre 27 y 32 años	126	54,8	1,1	0,7 - 1,9
26 años o menores	103	56,3	1,2	0,7 - 2,1
<b>Años de tratamiento*</b>				
3 años o menos	127	40,9	1	-
Entre 4 y 5 años**	116	60,3	2,2	1,3 - 3,7
6 años o más**	94	64,9	2,7	1,5 - 4,6
<b>Determinación VIH</b>				
Negativa	201	49,8	1	-
Positiva**	118	63,6	1,8	1,1 - 2,8
<b>Vía administración*</b>				
Otras vías	156	49,4	1	-
Endovenosa	188	59,6	1,5	1,0 - 2,3
<b>Abuso o codependencia a otras drogas*</b>				
No	242	52,9	1	-
Cocaína	97	59,8	1,3	0,8 - 2,1
Otras drogas	9	55,6	1,1	0,3 - 4,2

<sup>o</sup> La categoría de referencia con la que se comparan el resto de categorías de la variable está señalada en negrita

\* Respecto estas variables no se dispone de información para el total de los 349 pacientes analizados.

\*\* Categorías estadísticamente significativas

En el análisis multivariante, han sido incluidas como variables independientes aquellas cuyas categorías habían presentado diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariante: sexo, años de tratamiento y resultado de la determinación del VIH (*tabla 12*). En este análisis desaparecen el efecto de ser VIH positivo respecto a no serlo (OR ajustada: 1,6; IC95%: 0,9-2,6) y el de la categoría de 4-5 años de tratamiento respecto a los pacientes con 3 ó menos años de tratamiento (OR ajustada: 1,7; IC95%: 1,0-3,0), mientras que el de la categoría de 6 años o más de tratamiento se atenuó ligeramente pero continuó siendo significativo (OR ajustada: 2,3; IC95%: 1,3-4,2).

Los hombres continuaron teniendo una OR ajustada de 2,0 respecto a las mujeres (IC95%: 1,2 a 3,6).

El modelo de regresión logística multivariante con la comorbilidad como variable dependiente y el sexo, los años de drogadicción y la positividad a VIH como variables predictoras explicaba un 7,7% de la variabilidad ( $R^2$  de Nagelkerke). El análisis de la Bondad de ajuste mediante el estadístico de Hosmer-Lemeshow indicó que, al no resultar éste estadísticamente significativo, nada se oponía a pensar que la calibración del modelo es la correcta ( $\chi^2_{7,0,05}=5,83$ ;  $p=0,56$ ). El análisis de la sensibilidad y especificidad del modelo se realizó mediante la graficación de las probabilidades pronosticadas en forma de curva ROC: el área debajo de la curva ROC generada por el modelo multivariante fue del 63% (IC95%: 57,1%-69,6%) (Gráfico ROC); al no ser dicho área mayor del 75%, consideramos que el grado de discriminación que ofrece el modelo es bajo, aunque éste no es en ningún momento el objetivo de nuestro estudio.

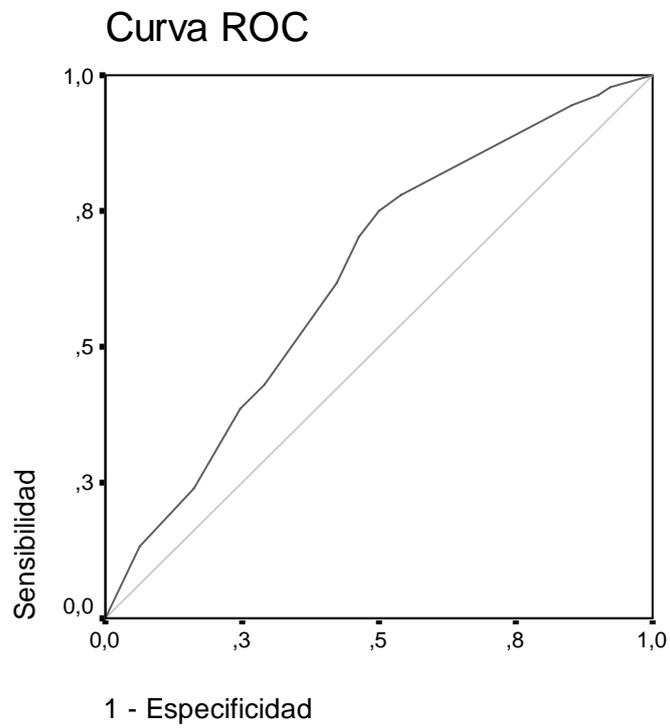
**Tabla 12.** Indicadores de riesgo de comorbilidad en pacientes (n=310).  
OR y IC 95%. Modelo multivariante.

Variables	<b>Existencia de comorbilidad asociada</b>	
	OR	IC 95%
<b>Sexo</b>		
Mujer	1	-
Hombre*	2	1,2 – 3,6
<b>Años de drogadicción</b>		
3 años o menos	1	-
Entre 4 y 5 años	1,7	1 - 3
6 años o más*	2,3	1,3 – 4,2
<b>Determinación VIH</b>		
Negativa	1	-
Positiva	1,6	0,9 – 2,6

° La categoría de referencia con la que se comparan el resto de categorías de la variable está señalada en negrita

\* Categorías estadísticamente significativas

**Gráfico 7 ROC.** Análisis de la discriminación del modelo multivariante de la comorbilidad mediante la curva ROC



### 11.3 Análisis de la positividad a VIH

Se ha observado una ligera diferencia de positividad al VIH entre hombres y mujeres (35% y 44%, respectivamente) (*tabla 13*), pero esta característica no resultó ser estadísticamente significativa ( $\chi^2_{1;0,05}=2,05$ ;  $p=0,15$ )(OR: 0,7; IC95%: 0,4-1,2) (*tabla 21*).

*Tabla 13. Distribución del sexo según resultado VIH*

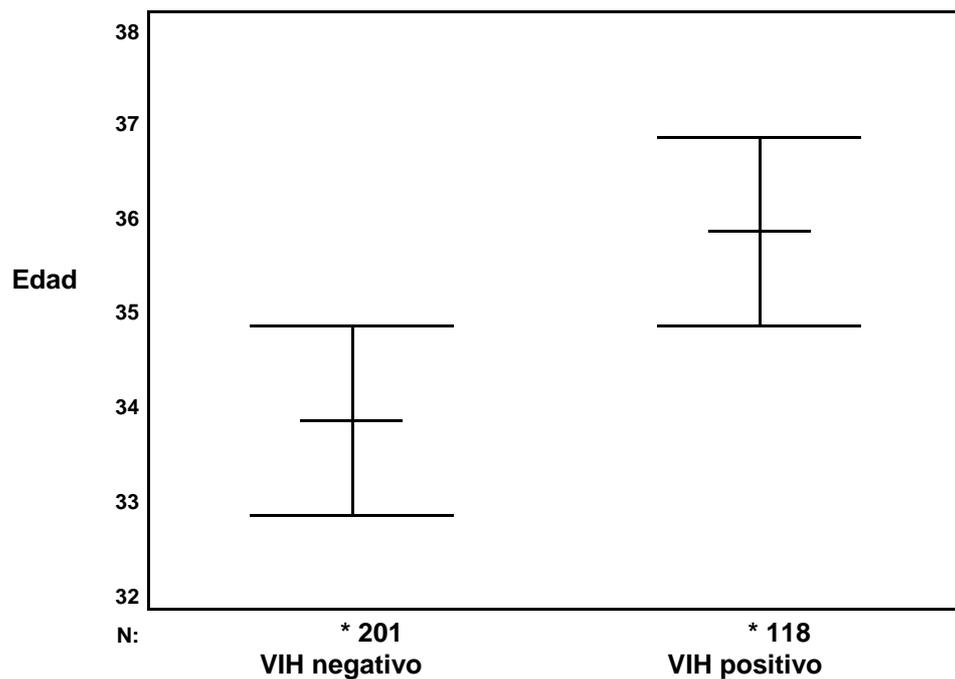
	<b>VIH</b>				<b>Total</b>	
	<b>Negativo</b>		<b>Positivo</b>			
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>						
Hombre	162	65,1	87	34,9	249	78,1
Mujer	39	55,7	31	44,3	70	21,9
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>63,0</b>	<b>118</b>	<b>37,0</b>	<b>319</b>	<b>100</b>

Las medias de edad entre pacientes VIH positivos y VIH negativos han resultado ser diferentes de forma estadísticamente significativa ( $t_{317;0,05}=2,92$ ;  $p<0,05$ ) [ $p=0,004$ ], presentando el primer grupo una media superior al segundo (35,9 años y 33,9 años, respectivamente) (*tabla 14 y gráfico 8*)

*Tabla 14. Distribución de edades según resultado VIH*

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Mínimo - Máximo</b>
<b>Determinación VIH</b>				
Negativa	201	33,9	6,8	15 - 49
Positiva	118	35,9	5,3	27 - 50
<b>Total</b>	<b>319</b>	<b>34,6</b>	<b>6,3</b>	<b>15 - 50</b>

**Gráfico 8. Diferencias de edad según resultado VIH**



En el análisis categorizado de la variable se ha encontrado que los pacientes con edades de 38 años o superiores presentan un riesgo de positividad al VIH un 90% superior a aquellos con una edad igual o inferior a 31 años ( $\chi^2_{1;0,05}=4,25$ ;  $p<0,05$ )[ $p=0,04$ ] (OR= 1,86; IC95%: 1,03-3,35) mientras que no existen diferencias entre dicha categoría y los pacientes con edades comprendidas entre 32 y 37 años ( $\chi^2_{1;0,05}=2,59$ ;  $p=0,11$ ] (OR= 1,61; IC95%: 0,9-2,87) (tabla 21).

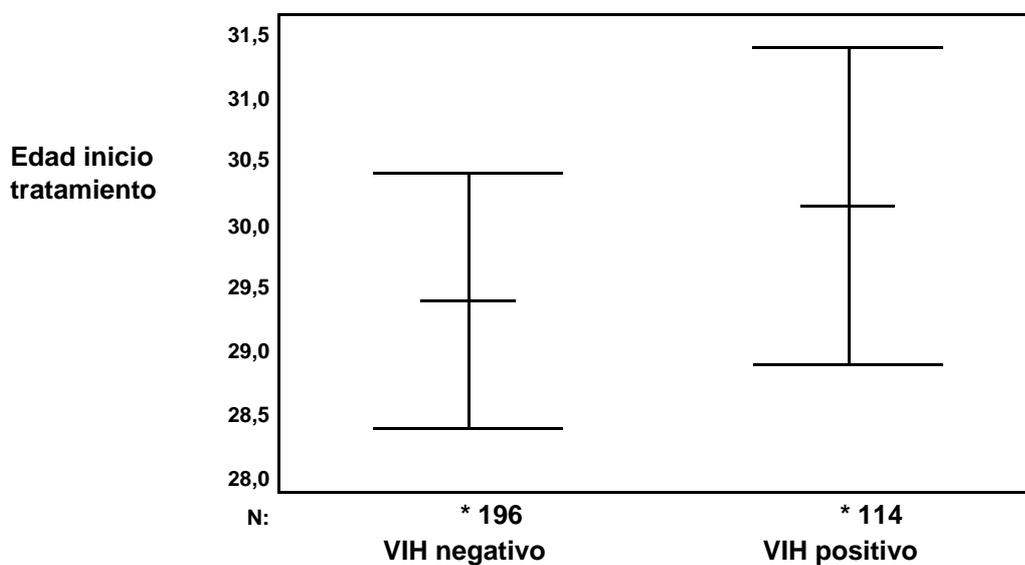
En cambio, la relación entre la positividad a VIH y la media de edad de inicio del tratamiento (30,2 años en VIH positivos y 29,6 años en VIH negativos) (tabla 15 y gráfico 9) ha determinado que no existen diferencias entre el grupo de pacientes VIH positivos y el de VIH negativos ( $t_{308;0,05}=0,82$ ;  $p=0,41$ ). De la misma manera, tampoco se han hallado diferencias en su análisis categórico: aquellos pacientes con inicio de tratamiento a los 33 años o por encima no han presentado mayor riesgo a positividad a VIH que los que iniciaron el tratamiento entre los 27 y los 32 ( $\chi^2_{1;0,05}=3,62$ ;  $p=0,06$ ) (OR= 1,72; IC95%: 0,98-3,0)

ni que los que lo iniciaron a los 26 o menos años ( $\chi^2_{1;0,05}=0,04$ ;  $p=0,85$ ] (OR= 1,06; IC95%: 0,58-1,93) (tabla 21).

**Tabla 15.** Distribución de edad de inicio en el tratamiento según resultado VIH

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo – Máximo
<b>Determinación VIH</b>				
Negativa	196	29,6	6,9	10 – 46
Positiva	114	30,2	6,0	7 – 45
Total	310	29,8	6,6	7 - 46

**Gráfico 9.** Diferencias de edad de inicio en el tratamiento según resultado VIH.

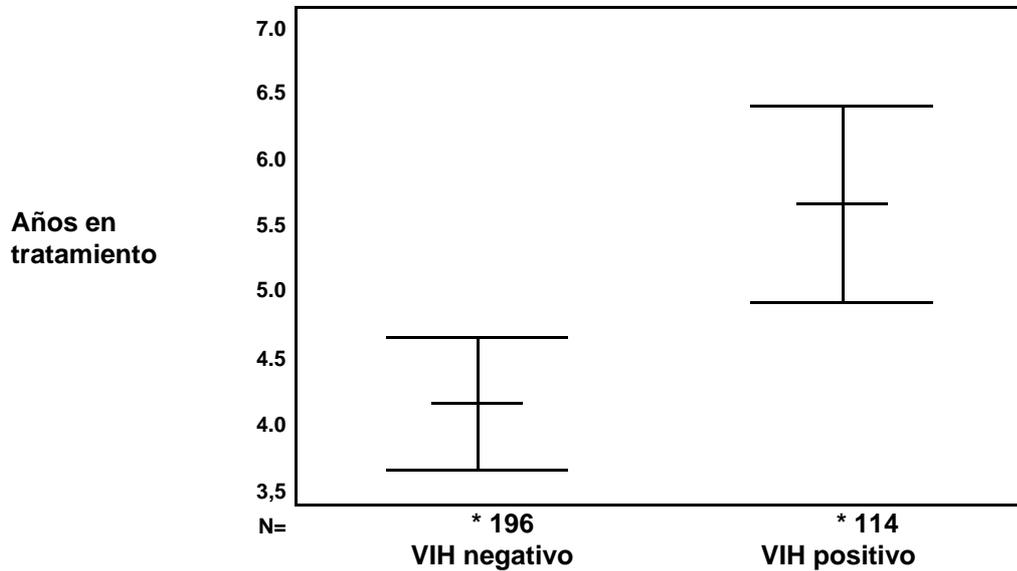


Por contra, los pacientes VIH positivos presentaron una media de años en tratamiento superior estadísticamente significativa respecto los pacientes sin seropositividad (5,7 años y 4,2 años, respectivamente) ( $t_{308;0,05}=3,49$ ;  $p<0,05$ ) [ $p=0,001$ ] (tabla 16 y gráfico 10).

**Tabla 16.** Distribución de años en el tratamiento según resultado VIH

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo – Máximo
<b>Determinación VIH</b>				
Negativa	196	4,2	2,7	0 -14
Positiva	114	5,7	3,9	1 – 31
Total	310	4,8	3,3	0 – 31

**Gráfico 10.** Diferencias de años en el tratamiento según resultado VIH.



Estas diferencias se han mantenido en el análisis de la variable categorizada, donde tanto los pacientes que llevaban 4-5 años en tratamiento ( $\chi^2_{1;0,05}=9,87$ ;  $p<0,05$ )[ $p=0,002$ ] (OR: 2,6; IC95%: 1,4 – 4,6) como los que llevaban 6 o más ( $\chi^2_{1;0,05}=14,16$ ;  $p<0,05$ )[ $p=0,00001$ ] (OR: 3,2; IC95%: 1,7-5,8) habían desarrollado un riesgo estadísticamente superior a ser VIH positivos que el grupo que llevaba en tratamiento 3 años o menos (tabla 21).

En *tabla 17* se puede observar cómo el grupo con menor proporción de VIH positivos resultó el de los pacientes que no presentaban patologías psiquiátricas asociadas (30%).

**Tabla 17.** *Distribución de los pacientes en relación al resultado de la determinación del VIH y diagnósticos psiquiátricos asociados (comorbilidad)*

	<b>Determinación VIH</b>					
	Negativa		Positiva		Total	
<b>Diagnósticos psiquiátricos asociados</b>	n	%	n	%	N	%
<i>Sin patología asociada</i>	101	70,1	43	29,9	144	45,1
<i>Trastornos del estado de ánimo</i>	27	69,2	12	30,7	39	12,2
<i>Trastornos psicóticos</i>	2	50	2	50	4	1,3
<i>Trastornos de personalidad</i>	71	53,7	61	46,2	132	41,3
<b>Total</b>	201	63	118	37	319	100

El grupo de pacientes con trastorno de la personalidad incluye un 46,2% de pacientes seropositivos. Teniendo en cuenta (como se ha visto en la tabla 1) que el grupo de pacientes con trastornos de la personalidad destaca de una manera especial sobre la resta de diagnósticos asociados, se ha decidido tratarlo de manera principal, y así se ha construido una nueva categorización de comorbilidad, representada por pacientes sin comorbilidad, pacientes con trastorno antisocial de la personalidad y pacientes con cualquiera del resto de trastornos psiquiátricos asociados.

En la *tabla 18* se puede observar como el grupo con trastorno antisocial de la personalidad presentaba una mayor proporción de VIH positivos (49,5%) que cualquier de los otros dos grupos (30% en el caso de pacientes sin comorbilidad y 35 % en pacientes con cualquiera de los otros diagnósticos).

**Tabla 18.** Distribución de los pacientes en relación al resultado de la determinación del VIH y diagnósticos psiquiátricos asociados (trastorno antisocial con el resto)

	<b>Determinación de VIH</b>					
	Negativa		Positiva		Total	
	n	%	n	%	N	%
<b>Diagnósticos psiquiátricos asociados</b>						
Sin patología asociada	101	69,9	43	30,1	144	45,1
Trastorno antisocial	47	50,5	46	<b>49,5</b>	82	25,7
Otros diagnósticos asociados	53	64,6	29	35,4	93	29,2
<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>63,2</b>	<b>118</b>	<b>37,1</b>	<b>319</b>	<b>100</b>

Estas diferencias han resultado estadísticamente significativas, de manera que los pacientes afectados por trastorno antisocial de la personalidad presentaban un riesgo 2,3 veces superior a tener positividad al VIH que los pacientes sin comorbilidad asociada ( $\chi^2_{1;0,05}=8,87$ ;  $p<0,05$ )[ $p=0,003$ ] (tabla 21).

En el caso de la relación entre la vía de administración de la heroína existen diferencias enormes entre la proporción de VIH positivos por vía endovenosa (62%) y el resto de vías (6%) (Tabla 19).

**Tabla 19.** Distribución de los pacientes en relación a resultados de la determinación de VIH y vía de drogadicción.

	<b>Determinación VIH</b>					
	Negativa		Positiva		Total	
	n	%	n	%	N	%
<b>Vía administración</b>						
Endovenosa	67	37,9	110	<b>62,1</b>	177	55,8
Otras vías	132	94,3	8	5,7	140	11,2
<b>Total</b>	<b>199</b>	<b>62,8</b>	<b>118</b>	<b>37,3</b>	<b>317</b>	<b>100</b>

Estas diferencias han producido una OR extremadamente elevada ( $\chi^2_{1;0,05}=69,52$ ;  $p<0,05$ )[ $p=0,000001$ ] (OR: 27,1; IC 95%: 12,5-58,8) en el análisis bivalente (*tabla 21*).

Es importante destacar que en el caso de pacientes sin coadicciones, la proporción de pacientes VIH positivos se encontraba cerca de una tercera parte, mientras que en pacientes con abuso de cocaína asociados a la adicción a la heroína esta proporción era del 42% (*tabla 20*).

**Tabla 20.** Distribución de los pacientes en relación a resultados de la determinación de VIH y abuso/dependencia de otras drogas

	<b>Determinación de VIH</b>					
	Negativa		Positiva		Total	
	n	%	n	%	N	%
<b>Tipo de droga coadministrada</b>						
Sin otras adicciones	146	64,3	81	35,7	227	71,4
Abuso alcohol	3	75	1	25	4	1,3
Abuso sedantes	0	-	4	100	4	1,3
Abuso cocaína	40	58	29	42	69	21,7
Dependencia cocaína	10	76,9	3	23,1	13	4,0
Abuso anfetaminas	1	100	0	-	1	0,3
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>62,9</b>	<b>118</b>	<b>37,1</b>	<b>318</b>	<b>100</b>

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas según positividad al VIH entre los pacientes sin coadicciones y aquellos con coadicción a la cocaína ( $\chi^2_{1;0,05}=0,29$ ;  $p=0,59$ ) (OR: 1,2; IC 95%: 0,69-1,94) ni con aquellos con coadicciones a otro tipo de sustancias ( $\chi^2_{1;0,05}=1,41$ ;  $p=0,24$ ) (OR: 1,2; IC 95%: 0,6-8,6) (*tabla 21*).

**Tabla 21.** Indicadores de riesgo de positividad al VIH en pacientes (n=319). OR y IC 95%. Modelos bivariantes.

Variables	n	<b>Positividad al VIH</b>		
		% VIH +	OR	IC 95%
<b>Sexo</b>				
Mujer	70	44,3	1	-
Hombre	249	34,9	0,7	0,4 - 1,2
<b>Edad</b>				
31 años o menores	95	28,4	1	-
Entre 32 y 37 años	118	39	1,6	0,9 - 2,9
38 años o mayores**	106	42,5	1,9	1 - 3,3
<b>Edad de inicio*</b>				
33 años o mayores	101	31,7	1	-
Entre 27 y 32 años	115	44,3	1,7	1 - 3
26 años o menores	94	33	1,1	0,6 - 1,9
<b>Años de drogadicción*</b>				
3 años o menos	112	22,3	1	-
Entre 4 y 5 años**	106	42,5	2,6	1,4 - 4,6
6 años o más**	92	47,8	3,2	1,7 - 5,8
<b>Diagnóstico psiquiátricos asociados*</b>				
Sin diagnósticos asociados	144	30,1	1	-
Trastorno antisocial**	82	49,5	2,3	1,3 - 3,9
Otros trastornos	93	35,4	1,3	0,7 - 2,3
<b>Vía administración*</b>				
Otras vías	140	5,7	1	-
Endovenosa**	177	62,1	27,1	12,5 - 58,8
<b>Abuso o codependencia a otras drogas*</b>				
No	277	35,7	1	-
Cocaína	82	39	1,2	0,7 - 1,9
Otras drogas	9	45	2,3	0,6 - 8,6

<sup>o</sup> La categoría de referencia con la que se comparan el resto de categorías de la variable está señalada en negrita

\* Respete a estas variables no se disponía de información para el total de los 319 pacientes analizados.

\*\* Categorías estadísticamente significativas

En el análisis multivariante fueron incluidas como variables independientes aquellas cuyas categorías habían presentado diferencias estadísticamente significativas en el análisis bivariante: edad, años de tratamiento y diagnóstico de comorbilidad asociada (tabla 22).

Fue excluida de este análisis la variable vía de administración ya que presentaba problemas de correlación con el resto de variables, hecho que distorsionaba el efecto de las mismas.

**Tabla 22.** Indicadores de riesgo de positividad al VIH en pacientes (n=307). OR y IC 95%. Modelo multivariante, incluyendo todas las variables.

Variables	<b>Positividad a VIH</b>	
	OR	IC 95%
<b>Edad</b>		
31 años o menores	1	-
Entre 32 y 37 años	1,6	0,8 – 2,9
38 años o mayores	1,7	0,9 – 3,2
<b>Años de drogadicción</b>		
3 años o menos	1	-
Entre 4 y 5 años*	2,3	1,2 – 4,2
6 años o más*	2,6	1,4 – 4,9
<b>Diagnósticos psiquiátricos asociados</b>		
Sin diagnósticos asociados	1	-
Trastorno antisocial*	2	1,1 – 3,5
Otros trastornos	1,1	0,6 - 2

<sup>o</sup> La categoría de referencia con la que se comparan el resto de categorías de la variable está señalada en negrita

\* Categorías estadísticamente significativas

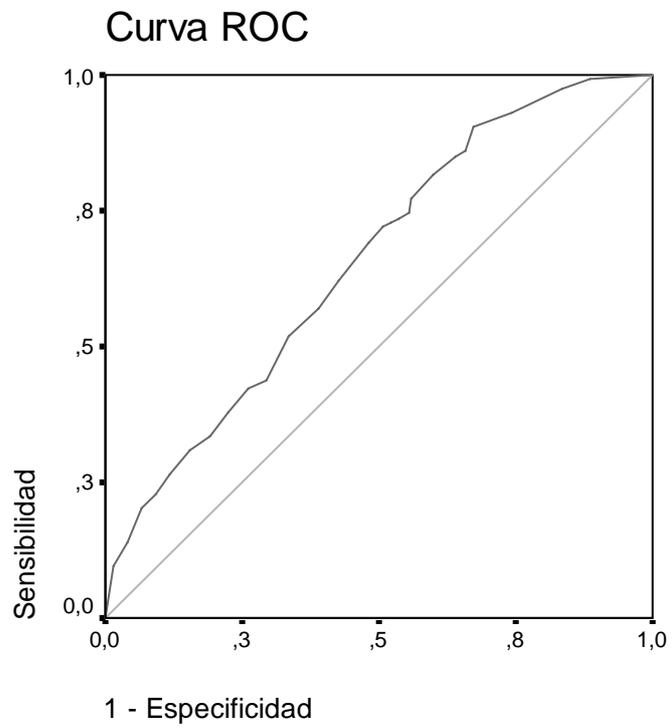
En el caso de la edad, desapareció la significación estadística, de manera que no se podía concluir que fuera un factor de riesgo de positividad a VIH teniendo en cuenta el resto de variables introducidas en el modelo.

Los años de drogadicción presentaron una atenuación de su efecto de riesgo para positividad a VIH pero se mantuvieron estadísticamente significativos tanto en el caso de presentar 4-5 años de tratamiento (OR: 2,3; IC 95%: 1,2-4,2) como en el caso de llevar 6 o más años (OR: 2,6; IC 95%: 1,4-4,9) respecto a llevar 3 o menos años.

Por último, el trastorno antisocial se mostró como un factor de riesgo de positividad a VIH respecto el grupo de pacientes con ausencia de comorbilidad asociada (OR: 2; IC 95%: 1,1-3,5).

El modelo de regresión logística multivariante con la positividad a VIH como variable dependiente y la edad del paciente, los años de drogadicción y la presencia de diagnósticos psiquiátricos asociados como variables predictoras explicaba un 10,4%% de la variabilidad ( $R^2$  de Nagelkerke). El análisis de la Bondad de ajuste mediante el estadístico de Hosmer-Lemeshow indicó que, al no resultar éste estadísticamente significativo, nada se oponía a pensar que la calibración del modelo es la correcta ( $\chi^2_{8,0,05}=5,63$ ;  $p=0,69$ ). El análisis de la sensibilidad y especificidad del modelo se realizó mediante la graficación de las probabilidades pronosticadas en forma de curva ROC: el área debajo de la curva ROC generada por el modelo multivariante fue del 66% (IC95%: 59,5%-71,8%) (Gráfico ROC2); al no ser dicho área mayor del 75%, consideramos que el grado de discriminación que ofrece el modelo es bajo, aunque éste no es en ningún momento el objetivo de nuestro estudio.

**Gráfico11 ROC2.** Análisis de la discriminación del modelo multivariante de la positividad a VIH mediante la curva ROC



## 12. DISCUSIÓN

Nuestro país presenta una tasa de prevalencia de infección por VIH entre drogodependientes, muy superior a la de otros países de nuestro entorno.

Este hecho no puede ser aleatorio y en él concurren una serie de variables, entre las que destacan los erróneos planteamientos terapéuticos de antaño, muy orientados a la abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas. Esta relación ya constatada por algunos autores hace una década, ha llevado a un cambio en la respuesta asistencial en los últimos años, con un incremento de los programas de mantenimiento de metadona y de intercambio de jeringuillas, dentro de los denominados programas de reducción de daños.

Como han apuntado otros autores la importante relación, al menos en nuestro país, entre el consumo de drogas por vía endovenosa y la infección por el VIH, desplazó a un segundo término el riesgo de transmisión por vía heterosexual dentro de la población drogodependiente.

Este hecho es de capital relevancia en la actualidad, pues se ha apreciado una marcada disminución en el uso de la vía endovenosa entre los drogodependientes. No ocurriendo lo mismo con la transmisión por vía heterosexual, la cual presenta una tendencia ascendente tanto en población general como en población drogodependiente, que es joven y sexualmente activa

Uno de los factores de riesgo a tener en cuenta, en la seroconversión al VIH, son los desordenes psiquiátricos que han llegado a ser una gran preocupación, tanto en el tratamiento de drogodependientes como a la hora de hacer una prevención para evitar la seroconversión al VIH.

Dentro de estos desordenes psiquiátricos los más importantes son los trastornos de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo, y que se ponen de manifiesto en una amplia gamma de contextos sociales y personales.

Son causa de trastornos, siempre y cuando provoquen un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo y se manifiesten al menos en dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o del control de los impulsos. Son inflexibles, se inician en la adolescencia o al principio de la edad adulta, y provocan malestar, deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Existen varios aspectos psicobiológicos comunes entre la comorbilidad de los trastornos de la personalidad y la seroconversión al VIH, destacando la dimensión impulsiva de la personalidad, como una de las más importantes. En la actualidad los modelos que intentan explicar la etiología de estos trastornos, tienen razonamientos basados en la teorías psicosociales, psicodinámicas, conductuales y biológicas

Se pueden postular diferentes hipótesis para explicar la asociación entre los trastornos de la personalidad en adictos a la heroína y la seroconversión, desde la hipótesis de la automedicación, en la que un trastorno psicopatológico previo con su correlato de síntomas con el consiguiente sufrimiento subjetivo inducen a la utilización de sustancias psicotrópicas para aliviar el sufrimiento ligado a los síntomas psicopatológicos, iniciándose el proceso adictivo, pasando por aquella en que las características del trastorno de personalidad subyacente asociadas a determinadas condiciones socioculturales, favorecen la exposición,

consumo y posterior adicción a determinadas sustancias. Hasta aquella que aboga por la independencia de ambos trastornos en cuando a su génesis y que pueden influirse recíprocamente o no

Se acepta la hipótesis de que la actividad dopaminérgica en los lóbulos frontales está relacionada con el funcionamiento cognitivo básico. La presencia de estas características deficitarias del pensamiento se asocian a indicadores biológicos de déficit de función frontal que se refleja en una disminución de la amplitud de la onda P300 de los potenciales evocados y agrandamiento de ventrículos cerebrales. Estos déficits cognitivos incluyen la capacidad para discriminar los contenidos emocionales de los estímulos y conceptos, y podrían explicar las dificultades de los individuos con rasgos antisociales para apreciar los mensajes emotivos tanto de necesidad afectiva propia y de otros, como de castigo. También podrían explicar algunas de las interpretaciones suspicaces y/o respuestas hiperemotivas que los trastornos de la personalidad presentan ante estímulos del ambiente (Carrasco JL. y cols., 1997)

Con respecto a la actividad acetilcolina y la serotonina hay alteraciones que provocan alteraciones del tono anímico endógeno, responsables del alto grado de inestabilidad anímica del trastorno antisocial de la personalidad.

También se han publicado trabajos que relacionan las conductas impulsivas con otras vías como la existencia de una posible hiperactividad noradrenérgica., o una implicación de la dopamina, en la se sigue que la deficiencia de dopamina en regiones mesolímbicas disminuye el umbral para reaccionar ante ciertas señales, iniciándose rápidamente la acción (García-Sevilla JA., 1986)

No obstante también intervienen, factores psicológicos y sociales, así diversos estudios (Mc Cord, 1978, Kernberg OF., 1982, Siever-Davis, 1991, Paris J.,2004) han señalado la importancia de la disfunción

familiar, abuso físico en la infancia, alcoholismo parenteral, fallas en la disciplina y sujeción de los hijos, separación o pérdida de padres, familias muy numerosas, baja interiorización del valor de la familia, crueldad parenteral, inteligencia baja, falta de disciplina y control de los padres

En el nuestro estudio se analizan la influencia de esta comorbilidad psiquiátrica en los pacientes heroinómanos y se determina si afectan a la seroposividad al VIH.

A partir del análisis de nuestros datos, hemos observado que la prevalencia de comorbilidad psiquiátrica es del 55% en la población dependiente.

Esta comorbilidad se sitúa dentro de los límites de la literatura sobre la materia. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en los trastornos por dependencia de drogas en los diversos estudios presenta resultados que oscilan desde un 37% hasta un 87% en pacientes ambulatorios.

Así, en los estudios de Brooner (Brooner RK. y cols., 1997) en 1997, con una muestra de 716 adictos utilizando criterios DSMIII al mes de la admisión en el Programa de Mantenimiento de Metadona, encontró una comorbilidad psiquiátrica a lo largo de la vida del 47%, y el diagnóstico más frecuente era el trastorno antisocial de la personalidad (25'1%) y trastornos del estado de ánimo (15'8%).

En nuestro estudio observamos también, que la relación entre el sexo y comorbilidad es significativa, de manera que los hombres presentan una comorbilidad más alta, cerca del 60%, en cambio en las mujeres es del 42%.

Dentro de la literatura, Brooner (Brooner RK. y cols., 1997), en la muestra citada con anterioridad, encontró también estas diferencias entre mujer y hombres.

Entre los trastornos de la personalidad, nuestra muestra, ha encontrado que el trastorno de personalidad antisocial es más frecuente en los hombres que en las mujeres (30,9% i 24,7%, respectivamente), los trastornos del estado de ánimo son también más frecuentes en los hombres que en las mujeres (76'9% y 23%), y también es más frecuente el trastorno límite de la personalidad en los hombres respecto a las mujeres (100% y 0%).

Brooner, también encontró diferencias por diagnósticos específicos, como que en las mujeres era menos frecuente la personalidad antisocial (15'4% i 33'9%), pero en cambio en estas, la probabilidad de tener personalidad borderline era siete veces mayor (9'5% y 1'3%).

Otro dato observado en nuestro estudio, es que el trastorno antisocial es el más relacionado con la seroconversión y esto podría estar relacionado con la hipótesis de Siever (Siever LJ. y cols., 1991) que definía el trastorno antisocial de la personalidad como el que tiene las características de impulsividad que adquieren la forma de comportamientos repetitivos que entran en conflicto con las limitaciones sociales, es decir, comportamientos que normalmente se han suprimido o inhibido por razones sociales.

Desde el punto de vista clínico, estos comportamientos se conceptualizan en términos de un fracaso en el aprendizaje o en la internalización de las normas sociales en el curso del desarrollo.

Estos pacientes actúan antes de reflexionar, y así la internalización de los controles sociales se vuelve más problemática.

Cloninger (Cloninger CR. y cols., 1993) Formularon una idea semejante en el su intento para deducir los elementos neurobiológicos que intervienen en esta personalidad. Definía la personalidad antisocial como aquella que se caracteriza por respuestas básicas de alta búsqueda de novedades, baja evitación del daño y baja dependencia de la recompensa. Esta combinación se asocia a rasgos como comportamientos impulsivos-agresivos, opositoristas y oportunistas.

De manera que las situaciones de riesgo y su falta de miedo delante de las amenazas y los comportamientos punitivos son unos claros inconvenientes para que estos tipos de pacientes entiendan los mensajes que se les ofrecen en las campañas de prevención que se llevan a termino para evitar la seroconversión.

Este tipo de trastorno se inicia antes de la adolescencia y presenta algunas de les siguientes características:

- Tienen una afectividad hostil, un temperamento irascible que se transforma rápidamente en discusiones y ataques.
- Autoimagen afirmativa, como enorgullecerse de no depender de nadie y de ser enérgico y obstinado, y poseer valores competitivos y un estilo de vida orientado al poder.
- Venganza interpersonal, como manifestar satisfacción con el menosprecio y la humillación de los otros, falta de valores como el sentimentalismo, compasión social y humanismo.
- Falta de miedo con connotaciones hipertímicas con un nivel elevado de activación que se hace evidente en les respuestas impulsivas, aceleradas y enérgicas. Se siente atraído delante del peligro.

Debido a sus dudas sobre los valores de la sociedad, a su creencia de que podrán obtener pocos beneficios materiales si no es gracias a grandes esfuerzos por su parte y a la convicción creciente sobre la necesidad de afirmarse en su autosuficiencia, estos pacientes empiezan su estadio puberal-identidad sexual con la determinación de rechazar los convencionalismos de los valores tradicionales de la sociedad y adquirir comportamientos compatibles con los valores de su grupo de compañeros.

Como consecuencia de la negligencia parenteral, la indiferencia y la hostilidad que han sufrido durante los años de crecimiento, los futuros individuos antisociales aprenden a rechazar las normas que les impone el mundo adulto.

Estos rasgos de personalidad intervienen de una forma activa a la hora de seguir las recomendaciones de riesgo para no volverse infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Son pacientes que tienen una tendencia a pasar por alto las normas y la autoridad convencionales. Actúan como si las normas sociales que guían la propia disciplina y los comportamientos cooperadores no se aplicasen a ellos.

Otros autores como Shaffer (Shaffer JW. y cols.,1983), han estudiado también en los últimos años, la relación entre trastorno antisocial y dependientes de opiáceos, y han encontrado cifras semejantes y han podido observar que en muchos casos los trastornos antisociales de la personalidad precediesen a la dependencia de opiáceos en diversos años aunque lo contrario también es posible.

La relación entre algunos trastornos de la personalidad, los trastornos por el uso de sustancias y la administración por vía intravenosa están basados en una cuestión clave y común en estos trastornos, como es la impulsividad.

Aunque la impulsividad se menciona explícitamente entre los criterios diagnósticos de diversos trastornos, siguen presentando problemas de definición. Así se puede entender a la misma, desde una perspectiva ya clásica, como una acción rápida en ausencia de una reflexión previa o de una valoración consciente de los hechos.

En la actualidad están en uso criterios más amplios, con una perspectiva biopsicosocial, que incluyen: una menor sensibilidad por detectar las consecuencias negativas de una conducta y reacciones rápidas y no planificadas a los estímulos, antes de procesar completamente la información.

Estos puntos determinan una predisposición, como parte de un patrón comportamental, más que como un acto único, y una acción rápida no planificada que sucede antes de poder ponderar deliberadamente las consecuencias de una conducta.

Se ha descrito que la desinhibición del comportamiento podría ser una explicación a la forma por la cual los factores de la personalidad pueden representar un factor etiológico importante en la génesis de los trastornos adictivos y su vía de administración.

También ha estado descrita una relación entre la psicopatología concomitante y la frecuencia con que se encorrería en conductas de riesgo, de tal manera que elevados niveles de síntomas psicopatológicos se asocian con un mantenimiento del intercambio de jeringuillas entre drogodependientes en tratamiento (Shaffer JW. y cols., 1983, Gill K. y

cols., 1992 y Brooner RK. y cols., 1997). A pesar de todo esto, hasta al momento los conocimientos sobre la relación entre las conductas de riesgo relacionadas con el VIH y la psicopatología en este grupo poblacional continúan siendo limitados.

En el presente estudio, se llega a la conclusión que hay una clara asociación entre el trastorno antisocial de la personalidad y la seroconversión.

Hasta al día de hoy se han observado tres vías principales para las cuales el VIH puede llegar a un individuo sano a partir de uno infectado: la sangre, el contacto sexual y el intercambio perinatal de sangre entre el feto y la madre.

Las dos primeras vías se relacionan directamente con la impulsividad y los trastornos de la personalidad, de manera que estos son trastornos en los cuales existen anomalías psiquiátricas que afectan a la probabilidad de seroposividad al VIH.

El resultado del estudio sugiere, que la psicopatología está significativamente asociada con niveles más altos de conductas de riesgo relacionadas con el VIH en pacientes drogodependientes.

Por lo tanto sería importante el diagnóstico y una minuciosa evaluación de los trastornos de la personalidad, especialmente aquellos antisociales existentes en la población, tanto por lo que hace referencia al posterior consumo de drogas como a la seroconversión del VIH.

La falta de este diagnóstico puede ser el responsable, de que a veces se produzca un fracaso de las políticas de prevención para evitar la seroconversión.

Así, se podría favorecer el éxito de las intervenciones terapéuticas y evitar las frustraciones de aquellos pacientes que por sus características psicopatológicas requieren un abordaje terapéutico más específico que el que habitualmente se considera necesario para evitar la seroconversión.

La relación entre adicción a opiáceos y estilo de vida antisocial es inevitable cuando las tendencias de estos individuos a buscar y consumir este tipo de droga son consideradas como conductas antisociales. A pesar de esto, en la elección de la droga y en su posterior adicción juegan actores que no son únicamente sociales, sino también personales, inherentes a lo que podríamos considerar la estructura de personalidad de estos pacientes.

Por lo tanto, es importante el significado social que comporta la elección de la droga como acto de trasgresión de la normativa social establecida.

Los antisociales adoptan una estrategia defensiva volviéndose hacia sí mismos, protegiéndose contra los posibles perjuicios y asegurándose a la vez la obtención de gratificaciones. Los otros son tratados básicamente como objetos, incluidas las interacciones más personales, como la amistad y las relaciones sexuales, utilizadas como instrumentos para su propia gratificación.

Para los profesionales de la salud que trabajan con este grupo de pacientes es muy importante considerar todos estos factores personales, que determinan el interés clínico del paciente, así como también los factores sociales.

La combinación de estos dos factores determinara la adaptabilidad del paciente al medio en que es tratado y la comprensión y aceptación de las pautas de relación interpersonal a seguir por los profesionales implicados en su tratamiento (médicos, psicólogos, enfermeras).

Además, los datos sugieren la necesidad de:

1- Asumir estos resultados dentro de los programas de tratamiento, intensificando las estrategias de prevención de la infección, con la finalidad de modificar las conductas de riesgo relacionadas con la infección VIH en un grupo poblacional que ocupa una posición central en la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana.

Para ello tendremos que tener en consideración que estos pacientes son de un abordaje más difícil y habrá que tener en consideración aspectos como:

- Habilitar las quejas del equipo con actitud empática.
- Apoyar la autoestima y actuación del equipo, enfatizar y reforzar los puntos saludables y más firmes.
- Brindar una explicación conceptual sobre el paciente y la situación con el fin de atenuar la ansiedad.
- Establecer recomendaciones claras y concisas.
- Brindar modelos de interacción, mostrando que estos pacientes despiertan sentimientos negativos.

2- Realizar el diagnóstico precoz de estos trastornos en la adolescencia.

Hoy existe un acuerdo generalizado sobre la necesidad de que la prevención de las conductas problema se fundamente sobre el conocimiento científico disponible en torno al origen y desarrollo de estos comportamientos.

En los últimos años ha aparecido un creciente interés por variables que parecen moderar los efectos derivados de la exposición a factores de riesgo y que han recibido el nombre de factores de protección.

En relación con el consumo de drogas y la realización de otras conductas problema se han propuesto como factores de protección variables individuales como la adecuada competencia social (habilidades sociales, habilidades de solución de problemas) (Rutter M. y cols., 1978) o variables contextuales como la alta vinculación a la familia y la escuela o el adecuado funcionamiento familiar.

Estos programas parten del supuesto, de que la conducta de consumo es el resultado de la interacción de diferentes fuentes de influencia psicológicas y sociales y en ellos, se proporciona a los adolescentes los recursos personales necesarios para un desarrollo saludable (habilidades sociales, habilidades de toma de decisiones, desarrollo de la autoestima y la autoconfianza), y se les dota de habilidades más específicas para “resistir” las influencias sociales que invitan al consumo y también tienen en consideración, la existencia de influencias sociales que favorecen la conducta problema (Elliott J. y cols., 1985; Oetting E., y cols., 1997); por ello, será importante dotar a estos jóvenes de habilidades que les permitan hacer frente a esas presiones.

Estos proyectos intentan proporcionar a los adolescentes las habilidades necesarias para lograr esos objetivos vitales de un modo más adaptativo. Se trata de aportar recursos que permitan desarrollar la autoimagen, reducir la ansiedad, lograr éxito en los contextos sociales y resolver las situaciones problemáticas sin necesidad.

## 13. CONCLUSIONES

### 13.1. En cuando a la comorbilidad:

A- La elevada prevalencia de comorbilidad y su asociación con los años de drogadicción señalan la existencia de un problema terapéutico y asistencial de notable magnitud en el colectivo de adictos a drogas.

B- Más de la mitad de la muestra presenta algún tipo de patología psiquiátrica además de tener un diagnóstico de adicción a los opiáceos; las cifras observadas se encuentran dentro de los valores habituales de la literatura médica occidental. Existe un claro predominio masculino entre los pacientes con algún tipo de patología psiquiátrica asociada.

C- El grupo de los trastornos de la personalidad es el más importante en la muestra y representa el 41,8% del total; dentro de este grupo el trastorno antisocial de la personalidad es el más frecuente.

D- El grupo con comorbilidad ha presentado una media de duración del tratamiento estadísticamente superior al grupo sin patología asociada.

E- El 50% de pacientes VIH negativos ha presentado comorbilidad psiquiátrica, mientras que en el caso del VIH positivo esta proporción es estadísticamente superior (63,6%), pero en el análisis multivariante sólo el llevar 6 años o más en tratamiento y el ser hombre han mostrado una asociación firme con la comorbilidad respecto a sus categorías de referencia.

F- La elevada prevalencia del trastorno antisocial añade una gran dificultad a la tarea terapéutica

### **13.2. En cuando a la positividad al VIH:**

A- Este estudio indica que en pacientes drogodependientes la psicopatología está significativamente asociada con niveles más altos de conductas de riesgo relacionadas con el VIH.

B- Los pacientes con edades de 38 años o superiores presenten un riesgo de positividad al VIH un 90% superior a aquellos con una edad igual o inferior a 31 años, no se han hallado diferencias entre el grupo de pacientes VIH positivos y el de VIH negativos según la edad de los pacientes al inicio del tratamiento.

C- Los pacientes VIH positivos presentan una media superior estadísticamente significativa de años en tratamiento respecto a los pacientes sin seropositividad.

D- Los pacientes afectados por el trastorno de personalidad presentaban un riesgo 2,3 veces superior a tener VIH positivo que los pacientes sin comorbilidad asociada.

E- En referencia a la vía de administración de la heroína existen diferencias extremas entre la proporción de VIH positivos por vía endovenosa y el resto de vías.

F- En cuanto al riesgo de positividad a VIH, en el análisis multivariante han presentado una asociación estadísticamente significativa los años de tratamiento y el trastorno antisocial.

G- La infección por el VIH que representa una complicación singularmente nociva y dificultosa para los pacientes se encuentra firmemente asociada a la comorbilidad y a los años de tratamiento.

## 14. BIBLIOGRAFIA

- Abbott PJ., Weller SB., Walker SR. Psychiatric disorders of opioid addicts entering treatment: preliminary data. *J Addict Dis* 1994;13:1-11.
- Aine CJ. A conceptual overview and critique of functional neuroimaging techniques in humans. I.MRI/fMRI and PET. *Critical Reviews in Neurobiology*, 1995, 9:229--309.
- Allen MH., Frances RJ. Varieties of psychopathology found in patients with addictive disorders a review. En: *Psychopathology and addictive disorders*. R.M. Meyer (ed.), pp 17-38. The Guilford Press, New Cork-London, 1986
- Alterman Al., Cacciola JS. The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: Problems and Issues. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 401-9.
- American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR. Barcelona: Masson, 2001.
- Andrews G, Slade T, Issakidis C. Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *BrJ Psychiatry*2002: 181: 306-14.
- Babor TF, Hofmann M, Del Boca FK, Hesselbrock V, Meyer R, Dolinsky Z y cols. Types of alcoholics, I. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 599-608.
- Bacellar H., Munoz A., Hoover OR., Phair JP., Besley OR., Kingsley LA., y cols. Incidence of clinical AIOS conditions in a cohort of homosexual men with C04+ cell counts < 100/mm3. *J Infect* 1994; 170:1284-1287.

- Ball Samuel A.. Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addict Behav* 1998; 23: 883-91.
- Beck, A. *Terapia Cognitiva de los Transtornos de la Personalidad*. Editorial Paidós, 1995.
- Berkelman RL., Heyward WL., Stehr-Green JK., Curran JW. Epidemiology of human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Med* 1989; 86:761-770
- Bernstein DP., Stein JA., Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: effects of childhood maltreatment. *Addict Behav* 1998; 23: 855-68.
- Blatt SJ., Berman W., Bloom-Feschbach S, Sugarman A., Wilber C., Kleber HD. Psychological assessment of psychopathology in opiate addicts. *J Nerv Ment Dis*, 1984, 172:156-165.
- Blatt SJ., Rounsaville B., Eyre SL., Wilber C.. The psychodynamics of opiate addiction. *J Nerv Ment Dis*, 1984, 172: 342-352.
- Bobes J., González E., Villa A., Ordóñez F., Cabal C., González P. Rasgos de personalidad y dependencia a opiáceos. Ponencia en las XII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Santiago de Compostela; 1995.
- Bouchard T. Genes, environment and personality. *Journal of Research in Personality* 1994;30:319-334.

- Boyd JH., Burke JO., Gruenberg E., Holzer CE., Rae OS., George LK., Karno M., Stoltzman R., MCEvoynestadt G. Exclusion criteria of DSM-III. A study of co-occurrence of hierarchy-free syndromes. *Arch Gen Psychiatry*, 1984, 41: 983-989.
  
- Brady KT., Halligan P., Malcom RJ. Dual diagnosis. En: Galanter M, Kleber HD. Editors. *Textbook of substance abuse treatment*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1999.
  
- Brooner RK., Bigelow GE., Strain E., Schmidt CW. Intravenous drug abusers with antisocial personality disorder: increased HIV risk behavior. The Francis Scott Key Medical Center and The Johns Hopkins University School of Medicine. *Drug Alcohol Depend* 1990; 26:39-44.
  
- Brooner RK., Greenfield L., Schmidt CW., et al. Antisocial personality disorder and HIV infection among intravenous drug abusers. *Am J Psychiatry* 1993a; 150: 53-58.
  
- Brooner RK., Herbst JH., Schmidt CW., Bigelow GE., Costa PT. Antisocial personality disorder among drug abusers: Relations to other personality diagnoses and the five-factor model of personality. *J Nerv Ment Dis* 1993b; 181: 313-9.
  
- Brooner RK., Kidorf M., King VL., Stoller K. Preliminary evidence of good treatment response in antisocial drug abusers. *Drug Alcohol Depend* 1998; 49:249-260.
  
- Brooner RK., King VL., Kidorf M., Schmidt C., Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 71-80.

- Brooner RK., Schmidt CW., Felch LJ., Bigelow GE. Antisocial behavior of intravenous drug abusers: implications for diagnosis of antisocial personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:482-487.
  
- Brown GR., Rundell SR., McManis SE. Prevalence of psychiatric disorder in early stages of HIV infection. *Psychosom Med* 1992; 54: 588-601.
  
- Brun-Vezinet F., Barre- Sinoussi F., Saimot AG. et al: Detection of Ig G antibodies to lymphadenopathy-associated virus in patients with AIDS or lymphadenopathy syndrome. *Lancet* 1:1252, 1984.
  
- Cacciola JS., Rutheford MJ., Alterman Al., McKay JR., Snider EC. Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 234-9.
  
- Cadoret RJ. Psychopathology in the adopted-away offspring of biologic parents with antisocial behavior. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 176-84.
  
- Canino GJ., Bird H., Rubio-Stipec M., Bravo M., Alegría M. Children of Parents with Psychiatric Disorder in the Community. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1990; 29: 398-406.
  
- Cardinal RN. et al. Emotion and motivation: the role of the amygdala, ventral striatum, and prefrontal cortex. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2002, 26: 321-352.
  
- Caro MJ. Deterioro neuropsicológico asociado a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en usuarios de drogas por vía parenteral (tesis doctoral). Universidad de Zaragoza; 1998.

- Carrasco JL: Un enfoque psicobiológico de los trastornos de la personalidad. *Actas Luso Esp de Neurol, Psiquiatría y C. Afines*, 1997. Vol 25, 4: 207-217.
- Casas M. Bases biológicas de la personalidad. En: Seva A, editor. *Psicología médica: Bases psicológicas de los estados de salud y enfermedad*. Zaragoza: INO Reproducciones, 1994.
- Casas M. Trastornos duales. En: Vallejo J., Gastó C., editores. *Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión*. 2.a ed. Barcelona: Masson, 2000.
- Casteneda R., Galanter M., Franco H. Self-medication among addicts with primary psychiatric disorders. *Compr Psychiatry*, 1989, 30: 80-83.
- Castilla J., Martínez de Aragón MV., Gutiérrez A., Llácer A., Belza MJ. Ruiz C et al. Impact of HIV mortality among young men and women in Spain. *Int J Epidemiol* 1997;26: 1346-51.
- Castilla J., Pollán M., López-Abente G. The AIDS epidemic among Spanish drug users: a birth-cohort associated phenomenon. *Am J Public Health* 1997;87:770-774.
- Catalan J. The psychiatry of VIH infections. *Apt* 1997; 3: 17-24.
- Centers for Disease Control The Global HIV/AIDS Epidemin, 2001. *Morb Mortal Wkly Rep* 2001; 50:34-39.
- Centers for Disease Control. Update: acquired immunodeficiency - Europe. *Morbidity Mortal Weekly Rep* 1986;43:35.
- Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya. Monitoratge de la prevalença i del nivell de prevenció de la infecció per l'HIV en la comunitat d'homes homosexual i en usaris de drogues per viaparenteral.

Document tecnic nº 11. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000.

- Centres for Disease Control Characteristics of persons living with AIOS at the end of 1999. HIV/AIDS Surveillance Supplemental Report 7 [1] 2001, 1-16.
- Centres for Disease Control Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 30 1981; 250-252.
- Centres for Disease Control. The Global HIV/AIDS Epidemin, 2001. Morb Mortal Wkly Rep 2001; 50:34-39.
- Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del SIOA en España. Registro Nacional de Casos de Sida. Balance de la Epidemia a 31 de diciembre de 2000. Centro Nacional de Epidemiología Informe Semestral[2] 2000; 1-18
- Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del Sida en España. Situación a 31 de diciembre de 2001. Bol Epidemial Semanal 2001; 10: 1-4.
- Cervera G., Rubio G., Haro G., Bolinches F., Vicente P., Valderrama J. La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. Trast Adict 2001; 3: 3-10.
- Cervera G., Valderrama JC., Bolinchas F., Martínez J. Pauta de desintoxicación frente a estabilización y mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos con trastornos de personalidad. Psiq Bio1 1997; 4: 181-6.

- Chess A, Thomas A. Temperament, Theory and Practice. New York: Brunner/Mazel, 1996.
- CIE 10. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima de edición, apartado de psiquiatría, Organización Mundial de la Salud
- Citrome L., Volavka J. Psychiatric disorders and violence. En: Tardiff K, editor. Medical Management of the violent Patient. New York: Marcel Dekker, 1999.
- Cleckney H. The Mask of Sanity, 5th edition. Augusta: William Dolan, 1998.
- Cloninger CR., Svrakic DM., Przybeck T. A psychobiological model of temperament and character. Arch General Psychiatry 1993;50:975-990.
- Cohen MA., Aladjem AD., Bremin D., Ghazi M. Firesetting by patients with the AIDS. Annals Internal Medicine 1990;112:386-97.
- Coid J., Allolio B., Rees LH. Raised plasma metenkephal in patients who habitually mutilate themselves Lancet, 1983, 2: 545-546.
- Constantine NT. Serologic tests for the retroviruses: approaching a decade of evolution. AIDS 1993; 7:1-13.
- Craig RJ., Baker SL. Drug dependent patients: treatment and research. Springfield: CC Thomas Publisher, 1982.
- Croughan JL., Miller JP., Wagelin D., Whitman BY. Psychiatric illness in male and female narcotic addicts J Clin Psychiatry, 1982, 43: 225-228.

- Dabis F., Msellati P., Ounn O., Lepage P., Newell M.L, Peckham C., Van de Perre P. Estimating the rate of mother-to-child transmission of HIV. Report of a workshop on methodological issues Ghent (Belgium), 1992, 17-20.
  
- Dackis CA., Gold MS. Depression in opiate addicts. En: Substance abuse and psychopathology. S.M Mirin (ed.), pp 19-40. American Psychiatric Press Inc, Washington, 1984.
  
- Dahl SS. Psychopathy and Psychiatric Comorbidity. En: Millon T, Simonsen E, Birket-Smith Morten, Davis R, editors. Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior. New York: Guilford Press, 1998.
  
- Darke S., Kaye S., Finlay-Jones R. Antisocial personality disorder, psychopathy and injecting heroin use. Drug Alcohol Depend 1998; 52: 63-69.
  
- Del Romero J., Castilla J., García S., Clavo P., Ballesteros J., Rodríguez C. Time trend in HIV seroconversion incidence among homosexual men repeatedly tested in Madrid, 1988-2000. AIDS 2001; 15: 1319-1321.
  
- Derksen JLL., Hendriks GA Psychoactive substance dependence and borderline personality disorder. En: Contributions to the psychology of addiction. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger Editors, 1991.
  
- Dolan M. What neuroimaging tells us about psychopathic disorders. Hosp Med 2002; 63: 337-40.
  
- Dorus W., Senay EC. Depression, demographic dimensions and drug abuse. Am J Psychiatry, 1980, 137: 699 -704.

- Downs AM., Heisterkamp SH., Brunet JB., Hamers FF. Reconstruction and prediction of the HIV/AIDS epidemic among adults in European Union and low prevalence countries of central and eastern Europe. AIDS 1997; 11 :649-662.
- DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Masson, 1988.
- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Masson, 1995.
- Dulit RA., Fyer MR., Haas GL., Sullivan T., Frances AJ. Substance use in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1990; 147: 1002-7.
- Dulit RA., Fyer MR., Leon AC., Brodsky BS., Frances AJ. Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1994; 151: 1305-11.
- Elliot J. (com.). (1990). La investigación-acción en educación. Madrid: Morata.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. End year report 2001. Saint-Maurice: Institut de Vielle Sanitaire, 2001, N° 66. (<http://www.eurohiv.org>).
- Eysenck, HJ: Fundamentos biológicos de la Personalidad. Editorial Fontanella, Barcelona, 1970.
- Fernández C., Llorente JM., Gutiérrez MA., Niso M. Características de personalidad de heroinómanos tratados en una comunidad terapéutica. Adicciones 1996; 8: 33-51.

- Fernández Sierra MA., Gómez Olmedo M., Delgado Rodríguez M., et al. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en la población española (11). Metaanálisis de las tendencias temporales y geográficas. *Med C/in (Barc)* 1990;95:366-71.
- Fieldman NP., Woolfolk RL., Allen LA. Dimensions of self-concept: a comparison of heroin and cocaine addicts. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21: 315-26.
- Freud S The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vols 1-24. Hogarth, London, 1953-1966.
- Garcia-Sevilla, JA. Receptores adrenérgicos en heroinómanos. Modulación de receptores alfa-2 plaquetas de heroinómanos y en cerebros de rata dependientes de morfina. En: Curso sobre la Farmacología de la dependencia de drogas. (Dir.: J. Camí). Universidad Autónoma, Barcelona, 1986.
- Gatell JM., Clotet S., Podzamczar D., Miró JM. .Guía práctica del SIDA, 2.8 ed. Barcelona: MassonSalvat; 1993.
- Gerstley LJ., Alterman Al., McLellan AT. Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: A problematic diagnosis? *Am J Psychiatry* 1990;147: 173-8.
- Gill K., Nolimal D., Crowley TJ. Antisocial personality disorder, HIV risk behavior and retention in methadone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend* 1992;30:247-252.
- Goedert JJ., Kessler CM., Aledort LM., et al. A prospective study of Human Immunodeficiency Virus type 1 infection and the development of AIDS in subjects with hemophilia. *N Eng J Med* 1989; 321:1141-1148.

- Gold MS., Pottasch ALC., Sweeney DR., Kleber HD., Reomond E. Rapid opiate detoxification: clinical evidence of antidepressant and antipanic effects of opiates. *Am J Psychiatry*, 1979, 136: 982-983.
  
- Goldberg LR. An alternative “description of personality”: The big-five factor structure. *J Pers Soc Psychol* 1990;59: 1216-1229.
  
- Golomb M., Fava M., Abraham M., Rosenbaum JF: Gender Differences in Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1995; 152:579-582.
  
- Gómez-Lázaro R., del Romero J., Castilla J., et al. Categorías de exposición y seroprevalencia del VIH en adolescentes que se realizaron voluntariamente la prueba. Madrid, 1986-2000. *Gac Sanit* 2001; 15:202.
  
- Goodwin JM., Cheeves K., Connell V. Bordeline and other severe symptoms in adult survivors of incestuous abuse. *Psychiat Ann* 1990; 20:22-31.
  
- Goodwin DW., Davis DH., Robins LN. Drinking amid abundant illicit drugs. *Arch Gen Psychiatry*, 1975, 32:230- 233.
  
- Grant J., Atkinson JH.. Psychiatric aspects of acquired immune deficiency syndrome. En: Kaplan H, Sadock B, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 6. a ed. Baltimore: Willians and Wilkins; 1995.
  
- Grilo C., Martino S., Walker M., Becker D., Edell W., McGlashan, T. Controlled study of psychiatric comorbidity in psychiatrically hospitalized young adults with substance use disorders. *Am J Psychiatry* 1997b; 154: 1305-7.

- Grilo CM., Martino S., Walker ML., Becker DF., Edell WS., McGlashan TH. Psychiatric comorbidity differences in male and female adult psychiatric inpatients with substance use disorders. *Compr Psychiatry* 1997a; 38: 155-9.
- Gunderson JG., Triebwaser J.T., Phillips K.A., et al. Personality and vulnerability to affective disorders in *Personality and Psychopathology*. Edited by Cloninger CR. Washington DC, American Psychiatric Press. 1999 pp 3-32.
- Gutiérrez E., Sáiz P., González P., Fernández J., Bobes J. Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos en tratamiento con agonistas vs. antagonistas. *Adicciones* 1998; 10, 121-9.
- Hare RD. *The Hare Psychopathy CheckList Revised*. Toronto: Multihealth Systems, 1991.
- Hatsukami D., Pickens RW. Posttreatment depression in an alcohol and drug abuse population. *Am J Psychiatry*, 1982, 139: 1563-1566.
- Hernández-Aguado I., Aviñó MJ. Pérez-Hoyos S. et al. Human immunodeficiency virus (HIV) infection in parenteral drug users: evolution of epidemic over 10 years. *Int J Epidemiol*, 1999; 28:335-340.
- Hinzt S., Kuck J., Peterkin JJ., Volk DM., Zisook S. Depression in the context of human immunodeficiency virus infection: implications for treatment. *J Clin Psychiatr* 1990;51 :497-501.
- Ho AKS., Chen RCA. Interactions of narcotic, narcotic antagonists and ethanol during acute, chronic and withdrawal states. *Ann NY Acad Sciences*, 1978, 279-310.

- Hudziak JJ., Boffeli TJ., Kriesman JJ., Battagli MM., Stanger C., Guze S. Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1598-606.
  
- IPDE. Examen Internacional de los trastornos de la personalidad. Módulo DSM. Madrid Meditor, 1996.
  
- Jessor R., Mark S. Turbin and Francés M. Costa. Protective Factors in Adolescent. Health Behavior. *Journal of Personality Anal Social Psychology*. 1998; 75, núm. 3, 788–800.
  
- Johnson JG., Williams JB., Rabkin JG., Goetz RR., Remien RH. Axis I psychiatric symptoms associated with H IV infection and personality disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152:551-4
  
- Kaplan Harold. Sinopsis de Psiquiatría. 8ª edición. Editorial Panamericana.; 1998 pp. 874-905
  
- Keenlyside RA., Johnson AM., Mabey DC. The epidemiology of HIV-1 infection and AIDS in women. *AIDS* 1993; 7:S83-90.
  
- Kernberg O.F. The psychotherapeutic treatment of borderline personalities in Psychiatry. *The American Psychiatric Association Annual Review*, vol 1 Ed. By Grinspoon L. Washington DC, American Psychiatric Press. 1982.
  
- Kessler RC., Crum RM., Warner LA., Nelson CB., Schulenberg J., Anthony Je. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 313-21.

- Kessler RC., McGonagle KA., Zhao S et al. Lifetime and 12- month prevalence of DSM-III-R Psychiatric disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.
  
- Khantzian EJ., Treece C. DSM-III Psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings. Arch Gen Psychiatry 1995; 42: 1067-71.
  
- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. Am J Psychiatry 1985; 142: 1259-64.
  
- Kleber HO., Weissman MM., Rousaville BJ., Wilber CH., Prusoff BA., Riordan CE. Imipramine as treatment of depression in addicts. Arch Gen Psychiatry, 1983, 40: 649-653.
  
- Kofoed L., Kania J., Walsh T., Atkinson RM. Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. Am J Psychiatry, 1986, 143: 867-872.
  
- Kosten TR., Rousaville BJ., Lewis C. Relationship of depression to psychosocial stressors in heroin addicts. J Nerv Ment Dis, 1983, 171:97-104 .
  
- Kreek M.J., LaForge KS., Butelman E. Pharmacotherapy of addictions. Nat Rev Drug Discov 2002; 1: 710-26.
  
- Lana F. Trastornos de personalidad y conductas adictivas. Intervenciones psicosociales. Actas Esp Psiquiatría 2001; 29: 58-66.
  
- Laqueille X., Spadone C. Les troubles dépressifs dans la prise en charge des toxicomanes. Place de la methadone. Encéphale 1995;1:4-11.

- Leserman J., Disantostefano R., Perkins DO. Longitudinal study of social support and social conflict as predictors of depression and dysphoria among HIV positive and HIV-negative gay men. *Depression* 1991 ;2: 189-99.
- Leshner AI. Introduction to the special issue: The National Institute on Drug Abuse's (NIDA's) Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *psychol Addict Behav* 1997; 11: 211-5.
- Leshner AI. Science is revolutionizing our view of addiction-and what to do about it Editorial letter. *Am] Psychiatry* 1999; 156: 1.
- Lipsitz J., Williams JBW., Rabkin SG., et al. Psychopathology in male and female intravenous drug users with and without HIV infection. *Am S Psychiatry* 1994; 151: 1662-1668.
- Loeber R., Burke JD., Lahey BB. What are adolescent antecedents to antisocial personality disorder? *Crim Behav Mental Health* 2002; 12: 24-36.
- Loranger AW., Lenzenweger MF., Gartner AF., Lehman Susman V., Herzig J., Zammit GK., Gartner JD., Abrams RC., Young RC. Trait-State artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Arch. Gen Psychiat* 1991; 48:720-728.
- Loranger AW. Are current self-report and interview measures adequate for epidemiological studies of personality disorders? *J Pers Disord* 1992, 6:313-325.
- Lozano M. Padín JJ., Buzón L. Trastornos mentales en la infección por VIH-1. *Rev Clín Española* 1996; 11 :774-84.
- Lykken DL. *Las personalidades antisociales*. Barcelona Herder, 1995.

- Maj M., Satz P, Janssen R., Zaudig M., Starace F., D'Elia L., Sughondhabirom S., Mussa M., Naber D., Ndtei D. WHO neuropsychiatric AIDS study, cross sectional phase 11. Neuropsychological and neurological findings. Arch Gen Psychiatry 1994;51 :51-61.
- Maj M.. Depressive syndromes and symptoms in subjects with human immunodeficiency infection. Sr J Psychiatry 1996;SupI30:117-22.
- Marlowe DB., Husband SD., Lamb RJ., Kirby KC., Iguchi MY., Platt J. Psychiatric comorbidity in cocaine dependence. Am J Addict 1995; 4: 70-81.
- Mc Cord J. Identifying developmental paradigms leading to alcoholism. J Stud Alcohol 1988, 49: 357-362.
- McGlashan, T. H., Sanislow, C. A. Treatment outcome of personality disorders. Canadian Journal of Psychiatry, 1998, 43, 237-250.
- McLellan AT., Wooy GE., O'Brien CP. Development of psychiatric illness in drug abusers. Possible role of drug preference. New Engl J Med 1979, 301:1310-1314.
- McLellan AT., Luborsky L., Wooy GE., O'Brien CP., Druley KA. Predicting response to alcohol and drug abuse treatment. Role of psychiatric severity. Arch Gen Psychiatry, 1983, 40:620-625.
- Merikangas KR et al. Familial transmission of substance use disorders. Archives of General Psychiatry, 1998, 55:973--979.
- Mezzich JE., Coffman GA., Goodpator SM. A format for DSM-III diagnostic formulation: experience with 1,111 consecutive patients. Am J Psychiatry, 1982, 139: 591-596.

- Meyer RE. How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders. *Psychopathology and addictive disorders*. R.M. Meyer (ed.), pp 3-16. The Guilford Press, New York - London, 1986.
  
- Miles Cox W. Personality correlates of substance abuse. En: Galizio M, Maisto 5 editors. *Determinants of substance abuse: Biological, psychological, and environmental factors*. New York: Plenum Press, 1985.
  
- Miller FT., Abrams T., Dulit R., Fyer M. Substance abuse in borderline personality disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1993; 19: 491-7.
  
- Miller MJ. Viral taxonomy. *Clin Infect Dis* 1995; 21:279-280.
  
- Millon Th., Davis R. *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, 1998.
  
- Mirin SV., Meyer RE., Mcnamee HB. Psychopathology and mood during heroin use. Acute vs chronic effects. *Arch Gen Psychiatry*; 1976,33:1503-1508.
  
- Mirin SM., Weiss RD., Michael J. Family pedigree of psychopathology in substance abusers. En: *Psychopathology and addictive disorders*. R.M. Meyer (ed.), pp 57-77. The Guilford Press, New York -London, 1986
  
- Moreno C., Huerta I., Lezaun ME., et al. Evolución del número de nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Asturias, Navarra y La Rioja. *Med Clin (Barcelona)* 2000; 114:653-5.
  
- Nace EP., Davis CW., Hunter JA. Comparison of male and female physicians treated for substance use and psychiatric disorders. *Am J Addict* 1995; 4: 156-62.

- Navajitis LM., Gastfriends DR., Barber JP., Reif S., Muenz LR., Blaine J. y cols. Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 214-9.
  
- Navia BA., Jordan BA., Price RW. The AIDS dementia complex: clinical features. *Ann Neurol* 1986;19:517-24.
  
- O'Brien CP., Wooy GE., Mclellan T. Psychiatric disorders in opioid dependent patients. *J Clin Psychiatry* 45, 1984 (12, 8ec.2): 9-13.
  
- Ochoa E., Vicente N., Ríos B., Crespo MD. Psicopatología en pacientes HIV+: un estudio comparativo. *Arch NeuroI*1993;56:152-7.
  
- Oetting, E.; Edwards, R.; Kelly, K.; and Beauvais, F. Risk and protective factors for drug use among rural American youth. In: Robertson, E.B.; Sloboda, Z.; Boyd, G.M.; Beatty, L.; and Kozel, N.J., eds. *Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues*. NIDA Research Monograph No. 168. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, pp. 90–130, 1997
  
- Paris Joel. Personality Disorders Over Time: Precursors, Course, and Outcome Hoffman *Am J Psychiatry*.2004; 161: 1511-1514.
  
- Pérez de los Cobos JC. El problema de los trastornos psiquiátricos concomitantes en las drogodependencias de opiáceos y cocaína. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1988;16:37-48.
  
- Pérez-Poza A,, Pérez-Echeverría MJ,, Pascual A,, Civeira JM,, Día JL. Aspectos psiquiátricos en pacientes con SIDA en el hospital general. *Anales de Psiquiatría* 1998; 14:411-5.

- Piot P., Laga M. Genital ulcers, other sexually transmitted diseases, and the sexual transmission of HIV. *BMJ* 1989; 298:623-624.
- Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1996. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1997.
- Plomin R. The Role of Inheritance in Behavior. *Science* 1990; 248:183-8.
- Popovic M., Sarangadharan MG., Read E. et al: Detection, isolation, and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and preAIDS. *Science* 224:497,1984.
- Quincey T. Confesiones de un inglés comedor de opio. Alianza Editorial, Madrid, 1984.
- Quirk SW., McCormick RA. Personality subtypes, coping styles, symptom correlates, and substances of choice among a cohort of substances abusers. *J Person Assess* 1998; 5: 157-69.
- Rabkin JG. Prevalence of psychiatric disorders in VIH. *International Review of Psychiatry* 1996; 8: 156-157.
- Raine A., Lenez T., Bihrle S., LaCasse L., Colleti P. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 192-201.
- Reich Wilhelm. Análisis del carácter. Paidós, 1957.
- Regier DA., Boyd JH., Bwke JD et al. One month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 977-986.

- Regier DA., Farmer ME., Rae DS., Locke BZ., Keith SJ., Judd LL. y cols. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchments Area (ECA) Study JAMA 1990; 264: 2511-8.
- Reich J., Noyes RJ.. The effect of state anxiety on personality measurement. Am J Psychiatry 1986;143:760-763.
- Robins LN: Deviant Children Crown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality. Williams & Wilkins, Baltimore, 1966
- Robinson TE., Berridge KC. The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. Addiction, 2000, 95(Suppl 2):S91-S117.
- Rosenberger PH., Bomstein AA., Nasrallah HA., et al. Psychopathology in human immunodeficiency virus infection: lifetime and current assessment. Compr Psychiatry 1993; 34: 150-8.
- Rounsaville BJ., Kosten TR., Weissman MM., Prusoff B., Pauls D., Anton SF., Merikangas K. Psychiatric Disorders in Relatives of Proband With Opiate Addiction. Arch Gen Psychiatry 1991;48:33-42.
- Rounsaville BJ., Kosten TR., Weissman MM., Kleber HO. Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts. A 2.5 year follow-up study. Arch Gen Psychiatry, 1986a, 43: 739-745.
- Rounsaville BJ., Kleber H. Psychiatric disorders in opiate addicts: preliminary findings on the course and interaction with program type. En: Psychopathology and addictive disorders. R. M. Meyer pp 140-168. The Guilford Press, New York/London, 1986b.

- Rounsaville BJ., Kleber H. Untreated opiate addicts. How do they differ from those seeking treatment? 1985 Arch Gen Psychiatry, 42: 1072-1 077.
- Rounsaville BJ., Kranzler HR., Ball S., Tennen H., Poling J., Triffleman E. Personality disorders in substance abusers: Relation to substance use. Nerv Ment Dis 1998; 186: 87-95.
- Rounsaville BJ., Weissman MM., Kleber H., Wilber C. Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. Arch Gen Psychiatry 1982b; 39: 161-166.
- Rounsaville BJ., Weissman MM., Crits-Christoph K., Wilber C., Kleber H. Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. Course and relationship to treatment outcome. Arch Gen Psychiatry 1982a, 39:151-156.
- Rounsaville BJ., Weissman MM., Wilber C., Kleber H. The significance of alcoholism in treated opiate addicts . J. Nerv. Ment D. 1982c, 5,170:479,488.
- Rounsaville BJ., Weissman MM., Wilber C., Kleber H. Identifying alcoholism in treated opiate addicts Am J Psychiatry 1983, 140: 764-766.
- Rounsaville BJ., Weissman MM., Wilber C., Kleber H. The significance of alcoholism in treated opiate addicts: J. Nerv. Ment D.S, 170:479-488, 1982 c.
- Rutter M., Giller H., Hagell A. La conducta antisocial de los jóvenes. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
- Rutter M., Silberg J., O'Connor T., Simoroff E. Genetics and Child Psychiatry: Advances in Quantitative and Molecular Genetics. Child Psychol Psychiatry 1999; 40: 3-18.

- Rutter M. Family, area and school influences in the genesis of conduct disorders. En L. Hersov & M. Berger (Eds.). Aggression and antisocial behavior in childhood and adolescence. London: Pergamon, 1978: 95-114.
  
- Salzman JP., Salzman C., Wolfson AN., Albanese M. Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. Compr Psychiatry 1993;34:254-257.
  
- San Narciso GI., Carreño JE., Pérez SF., Álvarez CE., González MP., Bobes J. Evolución de los trastornos de personalidad evaluados mediante el IPDE en una muestra de pacientes heroínómanos en tratamiento con naltrexona. Adicciones 1998; 10: 7-21.
  
- San Narciso GI., Gutiérrez E., Sáiz PA., González MP., Bascarán MT., Bobes J. Evaluación de los trastornos de personalidad en pacientes heroínómanos mediante el International Personality Disorders Examination (IPDE). Adicciones 2000; 12: 43-56.
  
- Schinka JA., Curtiss G., Mulloy J. Personality variables and self-medication in substance abuse. J Person Assess 1994; 63: 413-22.
  
- Schoenbaum EE., Hartel O., Selwyn PA., Klein RS, Oavenny K., Rogers M., Feiner C., Friedland G. Risk factors for human immunodeficiency virus infection in intravenous drug users. N Engl J Med 1989; 321:874-879.
  
- Seth R., Granville-Grossman K., Goldmeier D., Lynch S. Psychiatric illnesses in patient with HIV infection and AI DS refereced to the liaison psychiatrist. Brit J Psychiatry 1991; 159:347 -50.

- Sewell DD., Jeste DV., Atkinson JH., Heaton RH., Hesselink JR., Wiley C., Thal L., Chandler JL., Grant J. HIV-associated psychosis: a study of 20 cases. *Am J Psychiatry* 1994; 151 :237-42.
- Shaffer JW., Wegner N., Kinlock TW., Nurco DN. An empirical typology of narcotic addicts. *Int J Addict* 1983;18:183-194.
- Siever LJ., Davis KL. A psychological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:1647-1658.
- Sohnson SG., Williams SBW., Rabkin SG., et al. Axis psychiatric symptomatology associated with HIV infection and personality disorder. *Am S Psychiatry* 1995; 152: 551-54.
- Solomon J., Fioritti A. Motivational intervention as applied to system change: The case of dual diagnosis. *Subst Use Misuse* 2002; 37: 1833-51.
- Stevenson JM. Suicidio. En: *The American Psychiatric Press Tratado de Psiquiatría*. JA Talbott, RE Hales, SC Yudofsky. pp. 1009-1023. Ancora SA, Barcelona, 1989
- Taylor J., Carey G. Antisocial behavior, substance use, and somatization in families of adolescent drug abusers and adolescent controls. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1998; 24: 635-46.
- Thomas A., Chess S: *Temperament and Development*. Brunner/Mazel, New York, 1977.
- Torrens M., San L., Peri JM., Olle JM. Cocaine abuse among heroin addicts in Spain. *Drug Alcohol Depend* 1991;27:29-34.
- Treisman G., King J., Lyketsos C., Fishman M. Neuropsychiatry and HIV infection. *Current Opinion Psychiatry* 1994;7: 102-5.

- Tsuang MT. et al. The Harvard Twin Study of Substance Abuse: what we have learned. *Harvard Review of Psychiatry*, 2001, 9:267—279.
- Tyrer P. What's wrong with DSM-III personality disorders?. *J Personal Disord* 1998;2:281-291.
- Vaglum P. Antisocial personality disorder and narcotic addiction. En: Millon T., Simonsen E., Birket-Smith Morten, Davis R., editors. *Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior*. New York: Guilford Press, 1998.
- Vaillant, GE., Perry, JC. Personality disorders. In H. Kaplan, A. M. Freedman, & B. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry/III*, 1980, pp. 1562-1590.
- Van den Bosch L., Verheuel R., Schippers G., Van den Brink W. Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict Behav* 2002; 27: 911-23.
- Van Der Kolk B., Greenberg M., Boyd H., Krystal J. Inescapable shock neurotransmitters and addiction to trauma: toward a psychobiology of post traumatic stress. *Biol Psychiatry*, 1985, 20:14-315.
- Verebey K., Volavka J., Clouel D. Endorphins in psychiatry. An overview and a hypothesis. *Arch Gen Psychiatry*, 1978, 35: 877-888.
- Verheuel R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 274-82.

- Verheul R., Van den Brink W, Ball SA. Substance abuse and personality disorders. En: Kranzler HR, Rounsaville BJ. Editors. Dual diagnosis and treatment. New York: Mareel Dekker, 1998.
  
- Volkow ND., Rosen B., Farde L Imaging the living human brain: magnetic resonance imaging and positron emission tomography. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 1997, 94:2787--2788.
  
- Vukov M., Baba-Milkic N., Lecic D., Mijalkovic S., Marinkovic J. Personality dimensions of opiate addicts. Acta Psychiatr Scand 1995; 91: 103-7.
  
- Wells KB., Golding JM., Burmam MA. Psychiatric disorders in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. Am J Psychiatry 1998: 145: 976-981.
  
- Wells CE. Other organic brain syndromes. En: Comprehensive textbook of psychiatry/IV.HI. Kaplan y BJ. Sadock (eds.). Vol 1, pp. 873-882. Williams & Wilkins, Baltimore, 1985
  
- Widiger TA. The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses. A critique and an alternative. Psychol Inquiry 1993;4:75-90.
  
- Wilber CH., Rousaville BJ., Sugarman A., Blatt J., Kleber HD. Ego development in opiate addicts. An application of Loevinger's stage model. J Nerv Ment Dis, 1982, 170: 202-208.
  
- Wise RA Drug-activation of brain reward pathways. Drug and Alcohol Dependence, 1998, 51:13--22.
  
- World Health Organization: Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Madrid: Meditor, 1992.

- Yeager RJ., DiGiuseppe R., Resweber PJ., Leaf R. Comparison of Millon personality profiles of chronic residential substance abusers and a general outpatient population. *Psychol Rep* 1992; 71: 71-9.
  
- Zanarini M., Frankenburg FR., Dubo DE., Sickel AE., Trikha A., Levin A y cols. Axis 1 comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1733-9.

## 15. ANEXOS

### 15.1. ANEXO 1.

#### *CLASIFICACIÓN DSM-IV*

#### *TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS*

##### TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

###### *Trastornos por consumo de alcohol*

F10.2x	Dependencia del alcohol.
F10.1	Abuso de alcohol.
F10.00	Intoxicación por alcohol.
F10.3	Abstinencia de alcohol.
F10.03	Delirium por intoxicación por alcohol.
F10.4	Delirium por abstinencia de alcohol.
F10.73	Demencia persistente inducida por alcohol.
F10.6	Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol.
F10.xx	Trastorno psicótico inducido por alcohol.
F10.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol.
F10.8	Trastorno de ansiedad inducido por alcohol.
F10.8	Trastorno sexual inducido por alcohol.
F10.8	Trastorno del sueño inducido por alcohol.
F10.9	Trastorno relacionado con el alcohol no especificado.

##### TRASTORNOS RELACIONADOS CON ANFETAMINAS (O SUSTANCIAS DE ACCIÓN SIMILAR)

###### *Trastornos por consumo de anfetamina*

F15.2x	Dependencia de anfetamina.
F15.1	Abuso de anfetamina.
F15.00	Intoxicación por anfetamina.
F15.04	Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas.
F15.3	Abstinencia de anfetamina.

F15.03 Delirium por intoxicación por anfetamina.  
F15.xx Trastorno psicótico inducido por anfetamina.  
F15.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina.

F15.8 Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina.  
F15.8 Trastorno sexual inducido por anfetamina.  
F15.8 Trastorno del sueño inducido por anfetamina.  
F15.9 Trastorno relacionado con anfetamina no especificado.

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON COCAÍNA

### *Trastornos por consumo de cocaína*

F14.2x Dependencia de cocaína.  
F14.1 Abuso de cocaína.  
F14.00 Intoxicación por cocaína.  
F14.04 Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas.  
F14.3 Abstinencia de cocaína.  
F14.03 Delirium por intoxicación por cocaína.  
F14.xx Trastorno psicótico inducido por cocaína.  
F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína.  
F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína.  
F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína.  
F14.8 Trastorno del sueño inducido por cocaína.  
F14.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado.

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON OPIÁCEOS

### *Trastornos por consumo de opiáceos*

F11.2x Dependencia de opiáceos.  
F11.1 Abuso de opiáceos.  
F11.00 Intoxicación por opiáceos.  
F11.04 Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas.  
F11.3 Abstinencia de opiáceos.  
F11.03 Delirium por intoxicación por opiáceos.  
  
F11.xx Trastorno psicótico inducido por opiáceos.

- F11.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos.
- F11.8 Trastorno sexual inducido por opiáceos.
- F11.8 Trastorno del sueño inducido por opiáceos.
- F11.9 Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.

*Trastorno relacionado con varias sustancias*

- F19.2x Dependencia de varias sustancias.
- F19.2x Dependencia de otras sustancias (o desconocidas).
- F19.1 Abuso de otras sustancias (o desconocidas).
- F19.00 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.04 Intoxicación por otras sustancias (o desconocidas), con alteraciones perceptivas.
- F19.3 Abstinencia de otras sustancias (o desconocidas).
- F19.3 Delirium inducido por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.4 Si comienza durante la abstinencia.
- F19.73 Demencia persistente inducida por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.6 Trastorno amnésico persistente inducido por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.xx Trastorno psicótico inducido por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.8 Trastorno de ansiedad inducido por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.8 Trastorno sexual inducido por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.8 Trastorno del sueño inducido por otras sustancias (o desconocidas).
- F19.9 Trastorno relacionado con otras sustancias (o desconocidas) no especificado.

## *ESQUIZOFRENIA*

<b>F20.xx</b>	<b>Esquizofrenia.</b>
<b>0x</b>	<b>Tipo paranoide.</b>
<b>1x</b>	<b>Tipo desorganizado.</b>
<b>2x</b>	<b>Tipo catatónico.</b>
<b>3x</b>	<b>Tipo indiferenciado.</b>
<b>5x</b>	<b>Tipo residual.</b>

## *TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO*

### TRASTORNOS DEPRESIVOS

<b>F32.x</b>	<b>Trastorno depresivo mayor, episodio único.</b>
<b>F33.x</b>	<b>Trastorno depresivo mayor, recidivante.</b>
<b>F34.1</b>	<b>Trastorno distímico.</b>
<b>F32.9</b>	<b>Trastorno depresivo no especificado.</b>

### TRASTORNOS BIPOLARES

<b>F30.x</b>	<b>Trastorno bipolar I, episodio maníaco único.</b>
<b>F31.0</b>	<b>Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaniaco.</b>
<b>F31.x</b>	<b>Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco.</b>
<b>F31.6</b>	<b>Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto.</b>
<b>F31.x</b>	<b>Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo.</b>
<b>F31.9</b>	<b>Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado.</b>
<b>F31.8</b>	<b>Trastorno bipolar II.</b>
<b>F34.0</b>	<b>Trastorno ciclotímico.</b>
<b>F31.9</b>	<b>Trastorno bipolar no especificado.</b>
<b>F06.xx</b>	<b>Trastorno del estado de ánimo debido a (indicar enfermedad médica).</b>
<b>F32</b>	<b>Con síntomas depresivos.</b>
<b>F32</b>	<b>Con síntomas de depresión mayor</b>
<b>F30</b>	<b>Con síntomas maníacos.</b>
<b>F33</b>	<b>Con síntomas mixtos.</b>
<b>F39</b>	<b>Trastorno del estado de ánimo no especificado.</b>

## *TRASTORNOS DE ANSIEDAD*

F41.0	Trastorno de angustia sin agorafobia.
F40.01	Trastorno de angustia con agorafobia.
F40.00	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia.
F40.2	Fobia específica.
F40.1	Fobia social.
F42.8	Trastorno obsesivo-compulsivo.
F43.1	Trastorno por estrés postraumático.
F43.0	Trastorno por estrés agudo.
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada.
F06.4	Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica).
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado.

## *TRASTORNOS DE PERSONALIDAD*

F60.0	Trastorno paranoide de la personalidad.
F60.1	Trastorno esquizoide de la personalidad.
F21	Trastorno esquizotípico de la personalidad.
F60.2	Trastorno antisocial de la personalidad.
F60.31	Trastorno límite de la personalidad.
F60.4	Trastorno histriónico de la personalidad.
F60.8	Trastorno narcisista de la personalidad.
F60.6	Trastorno de la personalidad por evitación.
F60.7	Trastorno de la personalidad por dependencia.
F60.5	Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
F60.9	Trastorno de la personalidad no especificado

## 15.2. ANEXO 2.

### **Criterios para la dependencia de sustancias**

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

(3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

(7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

### 15.3. ANEXO 3.

#### **Criterios para el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias**

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

(1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.

(2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que (1) o (2):

(1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia.

(2) el empleo de un medicamento está etimológicamente relacionado con la alteración.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

## 15.4. ANEXO 4

### *TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO*

#### **Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único**

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. pág. 341) o un episodio hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

## ANEXO 5

#### **Criterios para el diagnóstico de F33.x. Trastorno mayor, recidivante.**

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

## 15.6. ANEXO 6

### **Criterios para el diagnóstico de F34.1. Trastorno distímico.**

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) pérdida o aumento de apetito
- (2) insomnio o hipersomnia
- (3) falta de energía o fatiga
- (4) baja autoestima
- (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- (6) sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor (v. pág. 333) durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco (v. pág. 338), un episodio mixto (v. página 341) o un episodio hipomaniaco (v. pág. 344) y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

## 15.7. ANEXO 7

### TRASTORNOS DE ANSIEDAD

#### **Criterios para el diagnóstico de F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia**

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes.

(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.

(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»).

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

## 15.8. ANEXO 8.

### **Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo**

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

(1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

(2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

(3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

(4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

(1) comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

(2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

## 15.9. ANEXO 9

### **Criterios para el diagnóstico de F60.0. Trastorno paranoide de la personalidad.**

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

(1) sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar

(2) preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios

(3) reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra

(4) en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores

(5) alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios

(6) percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar

(7) sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir «premórbido», por ejemplo, «trastorno paranoide de la personalidad (premórbido)».

## 15.10. ANEXO 10

### **Criterios para el diagnóstico de F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad**

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

(1) ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.

(2) escoge casi siempre actividades solitarias.

(3) tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.

(4) disfruta con pocas o ninguna actividad.

(5) no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.

(6) se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.

(7) muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

## 15.11. ANEXO 11

### **Criterios para el diagnóstico de F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad**

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

- (1) ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia).
- (2) creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o «sexto sentido»; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas).
- (3) experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.
- (4) pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado).
- (5) suspicacia o ideación paranoide.
- (6) afectividad inapropiada o restringida.
- (7) comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar.
- (8) falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado.
- (9) ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

## 15.12. ANEXO 12

### **Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad**

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

(1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.

(2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.

(3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.

(4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.

(5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.

(6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.

(7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

### 15.13. ANEXO 13

#### **Criterios para el diagnóstico de F60.31 Trastorno límite de la personalidad**

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

(1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.

(2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

(3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

(4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.

(5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

(6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).

(7) sentimientos crónicos de vacío.

(8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

(9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

## 15.14. ANEXO 14

### **Criterios para el diagnóstico de F60.4. Trastorno histriónico de la personalidad**

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención
- (2) la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador
- (3) muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante
- (4) utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo
- (5) tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices
- (6) muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional
- (7) es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias
- (8) considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

## 15.15. ANEXO 15

### **Criterios para el diagnóstico de F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad [301.81]**

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados)
- (2) está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios
- (3) cree que es «especial» y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status
- (4) exige una admiración excesiva
- (5) es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas
- (6) es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas
- (7) carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás
- (8) frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él
- (9) presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios

## 15.16. ANEXO 16

### **Criterios para el diagnóstico de F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación [301.82]**

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- (1) evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo
- (2) es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar
- (3) demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado
- (4) está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales
- (5) está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad
- (6) se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás
- (7) es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras

## 15.17. ANEXO 17

### **Criterios para el diagnóstico de F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia**

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

(1) tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.

(2) necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.

(3) tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas.

(4) tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).

(5) va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.

(6) se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.

(7) cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.

(8) está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

## 15.18. ANEXO 18

### **Criterios para el diagnóstico de F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad [301.4]**

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- (1) preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad
- (2) perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas)
- (3) dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes)
- (4) excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión)
- (5) incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental
- (6) es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas
- (7) adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras
- (8) muestra rigidez y obstinación

## 15.19. ANEXO 19

### **Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia**

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

- (1) ideas delirantes.
- (2) alucinaciones.
- (3) lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia).
- (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

## 15.20. ANEXO 20

### **Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias**

A. Alucinaciones o ideas delirantes.

Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de (1) o (2):

(1) los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias

(2) el consumo de un medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son clara-mente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

## 15.21. ANEXO 21

## Cuestionario Evaluación IPDE

IPDE..... Módulo DSM-IV

Nombre y Apellidos..... Fecha .....

### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE MÓDULO DSM-IV

#### DIRECTRICES:

1. El propósito de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años.
2. Por favor, no omitir ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señalar la respuesta (VERDADERO o FALSO) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.
3. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con un círculo la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar con un círculo la letra F.

1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida. ....V F
2. Confío en la gente que conozco. ....V F
3. No soy minucioso con los detalles pequeños. ....V F
4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser. ....V F
5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo. ....V F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí. ....V F
7. Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco. ....V F
8. Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas. ....V F
9. Mucha gente que conozco me envidia. ....V F
10. Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles. ....V F
11. Nunca me han detenido. ....V F
12. La gente cree que soy frío y distante. ....V F

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 13. Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas. ....                           | V | F |
| 14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo. ....                                | V | F |
| 15. La gente tiene una gran opinión sobre mí. ....   | V | F |
| 16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales. ....                       | V | F |
| 17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea. ....                                | V | F |
| 18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien. ....                   | V | F |
| 19. Me resulta muy difícil tirar las cosas. ....   | V | F |
| 20. A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo. ....            | V | F |
| 21. Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás. ....                   | V | F |
| 22. Uso a la gente para lograr lo que quiero. ....   | V | F |
| 23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente. ....                  | V | F |
| 24. A menudo, la gente se ríe de mí, a mis espaldas. ....                                  | V | F |
| 25. Nunca he amenazado con suicidarme, ni me he autolesionado a propósito. ....            | V | F |
| 26. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando. ....                     | V | F |
| 27. Para evitar críticas prefiero trabajar solo. ....                                      | V | F |
| 28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente. ....                                   | V | F |
| 29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos. ....                              | V | F |
| 30. Soy más supersticioso que la mayoría de la gente. ....                                 | V | F |
| 31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales. ....                        | V | F |
| 32. La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas. ....                 | V | F |
| 33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo. ....                        | V | F |
| 34. No me gusta relacionarme con gente hasta que no<br>estoy seguro de que les gusto. .... | V | F |
| 35. No me gusta ser el centro de atención. ....  | V | F |
| 36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel. ....                                 | V | F |
| 37. La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo. ....                          | V | F |
| 38. Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí. ....                                 | V | F |
| 39. Me preocupa mucho no gustar a la gente. ....   | V | F |
| 40. A menudo me siento vacío por dentro. ....  | V | F |
| 41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más. ....                                  | V | F |
| 42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidarme mí mismo. ....                      | V | F |
| 43. Tengo ataques de ira o enfado. ....  | V | F |
| 44. Tengo fama de que me gusta "flirtear". ....  | V | F |
| 45. Me siento muy unido a gente que acabo de conocer. ....                                 | V | F |
| 46. Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo. ....                            | V | F |
| 47. Pierdo los estribos y me meto en peleas. ....  | V | F |
| 48. La gente piensa que soy tacaño con mi dinero. ....                                     | V | F |

49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana. ....V F
50. Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables. ....V F
51. Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida. ....V F
52. A menudo confundo objetos o sombras con gente. ....V F
53. Soy muy emocional y caprichoso. ....V F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas. ....V F
55. Sueño con ser famoso. ....V F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias. ....V F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz. ....V F
58. Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas. ....V F
59. Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera. ....V F
60. Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales. ....V F
61. Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido. ....V F
62. Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente. ....V F
63. Evito las actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto tratando de hacerlas. ....V F
64. A la gente le resulta difícil saber claramente qué estoy diciendo. ....V F
65. Prefiero asociarme con gente de talento. ....V F
66. He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación. ....V F
67. No suelo mostrar emoción. ....V F
68. Hago cosas para que la gente me admire. ....V F
69. Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos. ....V F
70. La gente piensa que soy extraño o excéntrico. ....V F
71. Me siento cómodo en situaciones sociales. ....V F
72. Mantengo rencores contra la gente durante años. ....V F
73. Me resulta difícil no estar de acuerdo con la personas de las que dependo. ....V F
74. Me resulta difícil no meterme en líos. ....V F
75. Llego al extremo para evitar que la gente me deje. ....V F
76. Cuando conozco a alguien no hablo mucho. ....V F
77. Tengo amigos íntimos. ....V F

## 15.22. ANEXO 22

### ENTREVISTA IPDE PARA CONFIRMAR CONDUCTA ANTISOCIAL

**69** Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro Antisocial:  
**A.3**

*¿Ha viajado alguna vez de un lugar a otro durante un mes o más sin trabajo, ni propósito definido ni una idea clara sobre cuando iba a terminar el viaje?*

**Resp. SI:** *Hábleme de ello*

*¿Ha estado alguna vez sin tener un domicilio durante más de un mes?* **Resp. SI:** *¿Por qué?*

**70** Irresponsabilidad persistente, indicada por el fracaso continuado en hacerse cargo de obligaciones económicas.

*¿Alguna vez no ha pagado usted sus deudas o no ha cumplido sus obligaciones económicas?*

**Resp. SI:** *Hábleme de ello.*

*¿Alguna vez no ha apoyado económicamente a otros miembros de su familia, cuando tenía que hacerlo?*

**Resp. SI:** *Hábleme de ello.*

**Preguntar sólo a hombres que hayan estado separados o divorciados.**

*¿Alguna vez ha dejado de pagar la pensión (mantenimiento económico) o los pagos de manutención de sus hijos, cuando tenía que hacerlo?*

**Resp. SI:** *Hábleme de ello*

**71** Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.

*¿Alguna vez ha golpeado, o ha abusado físicamente de algún miembro de su familia?*

**Resp. SI:** *¿Cuántas veces?  
Hábleme de ello.*

*¿Ha golpeado alguna vez a alguien (más) o ha participado en algunas (otras) peleas?*

**Resp. SI:** *¿Cuántas veces?  
Hábleme de ello.*

**72** Dishonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un

alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.

*¿Tiende usted a mentir si esto sirve para sus propósitos?*

**Resp. SI:** *Déme algunos ejemplos.*

**Resp. No:** *¿Le han acusado alguna vez de mentir o de no decir la verdad?*

**Resp. SI:** *¿Por qué piensa que lo han hecho?*

*¿Ha usado alguna vez un alias?*

**Resp. SI:** *¿Por qué?*

*¿Ha estafado alguna vez a alguien?*

**Resp. SI:** *Hábleme de ello.*

**73.** Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.

*¿Alguna vez ha asumido peligros innecesarios, arriesgándose a que usted mismo u otros sufriesen daños o heridas?*

**Resp. SI:** *Hábleme de ello*

*¿Ha conducido (manejado) alguna vez un automóvil estando bajo los efectos del alcohol o drogas?*

**Resp. SI:** *¿Cuántas veces?*

*Hábleme de ello*

*¿Le ha detenido alguna vez la policía por conducción peligrosa o exceso de velocidad (no estando intoxicado por alcohol o drogas)?*

**Resp. SI:** *¿Cuántas veces?*

*Hábleme de ello.*

**74** Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.

*¿Ha sido detenido alguna vez?*

**Resp. SI:** *¿Por qué razón?*

*¿Ha hecho alguna vez algo (más) por lo que podría haber sido detenido, si le hubieran descubierto?*

**Resp. SI:** *¿Qué cosa?*

**75** Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

*¿Cómo se siente en relación a... (cite la conducta antisocial reconocida en los ítems 70-74)?*

*¿Piensa usted que estaba justificado comportarse de esa manera?*

*Conducta antes de los 15 años*

**78.** A menudo amedrentaba, amenazaba o intimidaba a otros.

*¿Alguna vez ha amedrentado o amenazado a otros?*

**Resp. SI:** Hábleme de ello.

**79** A menudo iniciaba peleas físicas.

*¿Participaba usted en muchas peleas?*

**Resp. SI:** *¿Cómo empezaban las peleas?*

*¿Con qué frecuencia las iniciaba?*

*¿Cuál es la cantidad máxima de peleas que llegó a iniciar en un año?*

**80** Ha utilizado un arma capaz de causar daños físicos graves a las personas.

*¿Utilizó alguna vez un arma que pudiese causar daños graves? ¿Algo como un bate, un ladrillo, una botella, una navaja o una pistola?*

**Resp. SI:** Hábleme de ello.

**81** Ha robado objetos de considerable valor sin enfrentamiento con la víctima.

*¿Ha robado usted alguna vez?*

**Resp. SI:** Hábleme de ello.

*¿Con qué frecuencia robaba?*

**82** Ha robado con enfrentamiento con la víctima.

*¿Cuando usted robaba, /tironeaba 1/ bolsos, usaba la fuerza física, asaltó a alguien, usó un arma, o amenazó a alguien?*

**Resp. SI:** Hábleme de ello

**83** Ha empleado crueldad física con las personas.

*¿Ha sido usted alguna vez físicamente cruel con la gente?*

**Resp. SI:** Hábleme de ello

*¿Cuando usted robaba, /tironeaba 1/ bolsos, usaba la fuerza física, asaltó a alguien, usó un arma, o amenazó a alguien?*

**Resp. SI:** Hábleme de ello.

**84.** Ha empleado crueldad física con los animales.

*¿Ha sido usted alguna vez físicamente cruel con los animales?*

**Resp. SI:** Hábleme de ello.

**85** Ha forzado a alguien a una actividad sexual.

*¿Ha forzado alguna vez a alguien a tener actividades sexuales con usted?*

**Resp. SI:** Hábleme de ello

**86** A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (por ejemplo: engaña a otros).

*¿Decía usted muchas mentiras?*

**Resp. SI:** Déme algunos ejemplos del tipo de mentiras que decía

*¿Ha engañado a otras personas?*

**Resp. SI:** Déme algunos ejemplos del tipo de cosas que hacía.

**87** A menudo permanece fuera de casa de noche, a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad,

*¿'Permanecía fuera de casa de noche, a pesar de que sus padres le decían que se quedase en casa?*

**Resp. SI:** ¿Con qué frecuencia hacía eso?

**88** Provocación deliberada de incendios con la intención de causar daños graves.

*¿Provocó alguna vez un incendio deliberadamente?*

**Resp. SI:** Hábleme de ello.

**89** Ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (por medios distintos a la provocación de incendios).

*¿Ha destruido alguna vez deliberadamente las propiedades de otras personas?*

**Resp. SI:** Hábleme de ello

*¿Con qué frecuencia hacía cosas así?*

**90.** Se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo).

*¿Se escapó alguna vez de casa por la noche?*

*¿Adónde iba?*

*¿Cuánto tiempo estaba fuera?*

**91** Suele hacer novillos en la escuela (faltas de asistencia], iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.

*¿Faltó alguna vez a la escuela, cuando tenía que haber estado en ella?*

**Resp. SI** Hábleme de ello

*¿Cuántos días al año faltaba a clase?*

*¿Durante cuántos años?*

*¿Qué edad tenía cuando empezó a faltar?*

**92** Ha violentado la casa, el edificio o el automóvil de otra persona.

*¿Ha violentado alguna vez la casa o el edificio de alguien?*

**Resp. SI** Hábleme de ello.

*¿Ha violentado alguna vez el automóvil de alguien?*

**Resp SI:** Hábleme de ello