



**ABORDAJE DEL DROGODEPENDIENTE  
CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

José Miguel Martínez González.  
Psicólogo Clínico.  
Centro Provincial de Drogodependencias de Granada.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo de estos años la investigación sobre patología dual ha sumado al interés por mostrar la incidencia de determinados trastornos mentales entre los toxicómanos (Yeager y Diguseppe, 1995; Sánchez, Gradoli y Climent, 1999; NIDA, 1999), el desarrollo de programas de intervención específicos para cada tipología de drogodependientes (Martínez-González y Trujillo, 2003). En este momento, ya no es necesario que nos extendamos en argumentos que justifiquen la necesaria intervención individualizada e integrada<sup>1</sup> de los drogodependientes con patología dual, dado que de no ser así se evidencian diariamente en el tratamiento mayor número de dificultades para llevar a cabo intervenciones con éxito. Estos drogodependientes habitualmente terminan presentando una evolución más negativa que la observada en otros casos.

Al diseñar para estos pacientes una intervención destinada a la consecución y mantenimiento de la abstinencia, no podemos conformarnos sólo con una reflexión profunda y constante sobre diferentes matices del comportamiento adictivo. Una aproximación comprensiva de cada drogodependiente con algún trastorno de

---

<sup>1</sup> Los programas integrados son aquellos en los que el objeto de la intervención se centra de forma simultánea no solo en la drogodependencia sino también en la psicopatología concurrente con la adicción. Estos programas han evidenciado mejores resultados en comparación a otros programas en los que se atienden ambas patologías de modo secuencial o de manera paralela por diferentes servicios asistenciales, esto es, salud mental y drogodependencias (Santis y Casas, 1999).

la personalidad, necesita reparar en aspectos tan importantes como son los síntomas del trastorno del Eje II, las peculiaridades de la adicción y de la conjunción entre ambos. La relación entre los elementos exige discriminar entre aspectos referidos a la evolución propia de los trastornos de personalidad y la observada cuando estos trastornos coexisten con la drogodependencia.

Este perfil de drogodependiente ha llevado consigo la necesidad de modificar las opciones de intervención para atender de forma específica a estos pacientes que, a diferencia de los drogodependientes que no presenta de manera concomitante otra psicopatología, tienen más dificultad para mantenerse en los tratamientos, por lo que gran parte de éstos abandonan antes de concluir los tres primeros meses. Por esta razón, y conociendo la importancia de establecer una buena adherencia al tratamiento, es imprescindible analizar cada caso de manera pormenorizada con el fin de concretar un diagnóstico dual capaz de mostrarnos la clínica que explica gran parte de las dificultades que nos encontramos los profesionales día a día en nuestro trabajo. Sin este análisis multifactorial, la evaluación podría llevarnos a obtener una imagen errónea de cada paciente y como consecuencia el desarrollo de intervenciones inadecuadas. La realidad muestra que en muchas ocasiones, los profesionales no hacen una evaluación dual y por tanto desestiman actuaciones integradas con las exclusivamente relacionadas con la conducta adictiva (Lorenzo, Arnaiz y Varela, 1998), lo que lleva consigo:

- La no consecución por parte del paciente de las indicaciones terapéuticas.
- Uso erróneo, en ocasiones de forma abusiva, de psicofármacos.
- Discriminación errónea de actividades de carácter social adecuadas para el desarrollo del cambio de estilo de vida del drogodependiente.
- Consumos de droga esporádicos aparentemente inexplicables y frecuentemente no evaluados.
- Consumo abusivo de otras sustancias distintas a la que constituía el problema fundamental.
- Deterioro progresivo de la relación entre paciente y terapeuta como consecuencia de la incomprensión de lo que está sucediendo.
- No rentabilizar determinados programas de intervención.

- Prescindir de intervenciones psicofarmacológicas que podrían, en ciertos casos, resultar necesarias.
- Abandono del tratamiento. Como podemos observar, son muchas las consecuencias negativas que se derivan de la desatención de la patología dual en drogodependientes.

## EPIDEMIOLOGÍA

Como es sabido, existen tres grupos de trastornos de la personalidad. El grupo A, que incluye a los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico; el grupo B, en el que se incluyen los trastornos de la personalidad límite, histriónico, antisocial y narcisista; y el grupo C, donde se incluyen los de personalidad obsesivo-compulsivo, evitativo y dependiente. Las características esenciales de cada uno de ellos pueden verse en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Características esenciales de cada uno de los trastorno de la personalidad.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	CARACTERÍSTICAS.
Trastorno paranoide de la personalidad.	Patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interprete maliciosamente las intenciones de los demás
Trastorno esquizoide de la personalidad.	Desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.
Trastorno esquizotípico de la personalidad	Malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perspectivas y excentricidades del comportamiento
Trastorno antisocial de la personalidad.	Desprecio y violación de los derechos de los demás.

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	CARACTERÍSTICAS.
Trastorno límite de la personalidad.	Inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.
Trastorno histriónico de la personalidad.	Emotividad excesiva y demanda de atención.
Trastorno narcisista de la personalidad	Patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
Trastorno de la personalidad por evitación.	Inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
Trastorno de la personalidad por dependencia.	Comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.
Trastorno obsesivo - compulsivo de la personalidad	Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

En población general, la incidencia de estos trastornos no superan en ningún caso el 2 %, aunque los resultados de un estudio en EEUU y publicado este mismo año, muestran un incremento de la presencia de algunos trastornos de personalidad<sup>2</sup> (Grant, Stinson, Dawson, Chou y Ruan, 2005).

---

<sup>2</sup> Trastornos de la personalidad: obsesivo-compulsivo (7.9 %), paranoide (4.4 %), antisocial (3.6 %), esquizoi-de (3.1 %), evitativo (2.4 %), histriónico (1.8. %) y dependiente (0.5 %).

En población de drogodependientes, la incidencia está muy por encima de la observada en la población normal. Entre nuestros pacientes son mayoritarios los trastornos del los grupo B y C<sup>3</sup>. El rango de incidencia observada entre los resultados de los estudios sobre la concomitancia entre drogodependencia y trastornos de la personalidad es bastante amplio (Martínez-González y Trujillo, 2003). Esta variabilidad puede deberse a aspectos como la metodología empleada en los estudios, la formación de muestras y los criterios de exclusión, instrumentos de evaluación utilizados y experiencia de los profesionales para la identificación de estos trastornos. De cualquier modo parece que por encima del 50 por 100 de los drogodependientes que acuden a tratamiento presentan al menos un trastorno de la personalidad, sin olvidar que el 27.5 por 100 suele presentar al menos dos (Gil y Viqueira, 1999; Muriel, 1999). A esto debemos añadir que el drogodependiente suele presentar también un trastorno del Eje I en el 21.8 % de los casos (Gunderson y Gabbard, 2002), lo que convierte el tratamiento de la adicción en un proceso muy complejo.

La evaluación de un drogodependiente con esta psicopatología necesita tiempo. Mientras se lleva a cabo una evaluación que sea capaz de identificar esta psicopatología, es recomendable tener precauciones en orden a facilitar la estabilidad en el proceso terapéutico. Algunas claves identificadoras de estos casos pueden, al menos, evitar que empleemos estrategias que nos lleven inicialmente a dar la impresión de que a todos los tratamos del mismo modo, estrategia desaconsejada en el tratamiento de estos casos. Algunas de estas claves que podrían indicar la presencia de un trastorno de la personalidad en un drogodependiente son: expresiones como “siempre he sido así” cuando se refiere a conductas tanto del ámbito privado como relacional, presenta una inesperada resistencia a hablar de cuestiones que no tienen que ver directamente con el consumo de drogas, se han producido interrupciones incomprensibles de terapias anteriores, el drogodependiente no parece consciente de las repercusiones de su comportamiento en los demás cuando su entorno parece claramente alterado por el mismo, se observa una falta de motivación para dejar de consumir drogas cuando es el sujeto quien demanda ayuda para superar su adicción, tiene el convencimiento de que los problemas que viene teniendo les puede pasar a cualquiera y sin embargo desde nuestro punto de

---

<sup>3</sup> Los estudios epidemiológicos muestran que los trastornos de la personalidad más frecuentes entre los drogodependientes son los pertenecientes al grupo B, seguido en frecuencia por el grupo C y en último lugar el grupo A.

vista no es común a otros drogodependientes que no presentan psicopatología del Eje II.

Al sospechar de esta clínica, lo prudente puede ser adaptarnos inicialmente al ritmo del paciente, sin presionar ni esperar compromisos ideales desde el momento en que iniciamos nuestra intervención.

## EVOLUCIÓN

Con frecuencia abordamos estos casos como si se tratara de un drogodependiente más, esperando alcanzar las metas en momentos prefijados suponiendo que el paciente evolucionará positivamente por el solo hecho de continuar abstinentes. Para hablar de evolución y pronóstico de los drogodependientes con psicopatología en el Eje II, debemos partir de la conceptualización del trastorno de la personalidad. El DSM-IV-TR (APA, 2002) define los trastornos de la personalidad como: “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto.” Esta definición necesariamente exige diferenciar los drogodependientes con esta psicopatología de los que no la presentan. Las diferencias son muchas aunque hay cuestiones como la resistencia al cambio y consecuencias negativas generadas en su entorno que son estables a lo largo del tiempo, incluso con intervención terapéutica, y por tanto obligan a establecer metas en el tratamiento teniendo en cuenta las dificultades del paciente para cambiar.

Hay diferencias en la evolución de cada uno de los trastornos de la personalidad. Mientras que algunos evolucionan favorablemente con la edad como puede ser el caso del trastorno límite de la personalidad, otros sin embargo tienden a perpetuarse ofreciendo más resistencia a las acciones destinadas a modificar determinados patrones. Con ambos drogodependientes puede intervenir, sobre todo porque la abstinencia es la única opción que tienen para evolucionar positivamente. En el caso de un drogodependiente con trastorno límite de la personalidad se sabe que el tratamiento podría extenderse a varios años (Gunderson y Gabbard, 2002), opción que probablemente nos sea familiar. Si es así, las intervenciones no

puede esperar resultados satisfactorios y definitivos en un año o pretender, como veremos después, incluir a estas personas a actividades de incorporación laboral cuando no han alcanzado una mejora mínima exigible para su adaptación. En el caso de los trastornos del Eje II sabemos que tienden a mantener los rasgos definitorios, pero sabemos también que estos pacientes pueden adherirse bien a un tratamiento y conseguir mantenerse abstinentes en el consumo durante largo tiempo, con las mejoras consecuentes. Por otro lado, la intervención le proporciona al paciente una visión de sí mismo y un estilo de vida que modifica en parte el peso de su personalidad, pudiendo observarse en él mismo y en su entorno más inmediato niveles importantes de satisfacción por los cambios conseguidos.

La evolución de un trastorno de la personalidad, sin concomitancia con psicopatología en el Eje I, es lenta y complicada, cuanto más si se presenta junto algún otro trastorno como es el caso de la drogadicción. Se ha visto que la evolución cuando existe consumo de sustancias es claramente diferente, esto es, cuando es esperable para una personas no drogodependiente conseguir ciertos cambios en su conducta, en el caso del drogodependiente se refuerzan las acciones que sostienen el trastorno durante más tiempo, constituyéndose como es sabido en un tratamiento con peor evolución, más problemático tanto para el propio paciente como para el profesional que lo atiende. Por otro lado, cuando se consiguen periodos de abstinencia en el consumo de drogas, el trastorno de la personalidad no ha desaparecido, lo que mantiene al drogodependiente bajo más situaciones de riesgo en comparación a las observadas en otros casos. Esto justifica el desarrollo de programas de prevención ante la recaída en el consumo de drogas diferentes a los desarrollados para otros adictos, porque de cualquier modo los factores de riesgo estarán determinados claramente por la personalidad el paciente.

## **CONSIDERACIONES GENERALES DEL TRATAMIENTO**

La mejor conceptualización psicopatológica de la concomitancia entre los trastornos de la personalidad y de la adicción hace que la intervención con estos drogodependientes sea cada vez más eficaz, ayudando a su vez a que las técnicas terapéuticas empleadas se enriquezcan con la experiencia del propio clínico. En Martínez-González y Trujillo (2003) puede encontrarse una descripción detallada de los aspectos que diferencian las intervenciones cuando el drogodependiente presenta a su vez un trastorno de la personalidad.

Las diferencias afectan a:

- La frecuencia de las sesiones, siendo necesario generalmente que el tiempo entre sesiones sea menor.
- Los familiares necesitan mayor nivel de instrucción para colaborar activamente en el tratamiento.
- Tiempo destinado para realizar la evaluación.
- La duración de las sesiones dependerá del tipo de trastorno de personalidad.
- El peso de los psicofármacos en el tratamiento.
- La relación que se establece entre paciente y terapeuta debe establecerse cuidando diferentes aspectos que están en función del trastorno de personalidad.
- Las repercusiones del consumo esporádico en la evolución del tratamiento.
- Se necesitará mayor grado de coordinación entre los profesionales.
- Habrá más ocasiones en las que tengan que analizarse las recaídas.
- La duración del tratamiento será mayor a pesar de haber superado la drogodependencia.
- Los programas de prevención de recaídas necesitan incorporar el análisis de un mayor número de variables.
- En comparación con los casos de drogodependientes que no presentan patología dual, el consumo de alcohol tienen peores repercusiones.
- Necesita un mayor grado de dedicación y especialización del profesional.
- Las sesiones de seguimiento tras el alta terapéutica son muy importantes.
- Aparecen más problemas al reconstruir la relación del drogodependiente con su familia.
- No son aceptables las indicaciones terapéuticas estándar.

Existen razones suficientes para afirmar que el tratamiento de la drogodependencia se lleva a cabo de un modo diferente cuando hablamos de patología dual.

## LA PSICOEDUCACIÓN

La psicoeducación es sin duda una estrategia muy valiosa en la intervención con este tipo de drogodependientes. La persona no es consciente del hecho de presentar psicopatología en el Eje II dado que estamos hablando de un trastorno ego-sintónico, de modo que es muy importante por un lado hacerle partícipe de la información más relevante de su trastorno y por otro valorar el momento más adecuado en que debemos informarle. Tengamos en cuenta que, salvo algunos casos, estos drogodependientes no pedirán ayuda por presentar un trastorno de la personalidad, de lo que se desprende que el proceso de concienciación no es sencillo, ni encontraremos demasiadas facilidades para llevarlo a cabo. El momento más adecuado para informar puede ser fácilmente identificado por un terapeuta con experiencia en el tratamiento de esta psicopatología, pero a modo de orientación hay indicadores que pueden servir para identificarlo. Estos indicadores son: que la persona lleve algún tiempo abstinentes o haya estado recientemente abstinentes y se encuentre en situación de recaída<sup>4</sup> y, sobre todo, que exista una demanda de información más o menos explícita sobre lo que puede estar pasándole. Si ha llegado el momento, y teniendo en cuenta que es desaconsejable emplear etiquetas diagnósticas por los problemas que se derivan de su uso, la información que se transmite al paciente puede centrarse en aspectos como: a) el significado de las metas a largo plazo, ya que muchas alcanzables para otros adictos, en su caso pueden tardar más tiempo en llegar; b) detallar aquellas conductas que podrían estar determinando el curso del trastorno, como podrían ser las relacionadas con la percepción que tiene el paciente de la relación terapéutica, la impulsividad, la dependen-

---

<sup>4</sup> En ocasiones es precisamente un consumo puntual lo que, en un contexto de análisis del mismo, lleva al paciente a cuestionarse la razón por la que consume a pesar de haber reconocido las consecuencias adversas del consumo. Este reconocimiento puede haber sido sincero, haberse esforzado por conseguir objetivos terapéuticos así como haberse identificado con la abstinencia total. En otras ocasiones son los problemas en la relación con otros lo que disparan de algún modo la alarma que les hace cuestionarse la causa por la que terminan teniendo problemas con las personas con las que se relacionan. En definitiva, el paciente debe pedirnos ayuda para darle sentido a los hábitos que han mantenido estas dificultades.

cia, etc.; c) las consecuencias que en su caso tiene el consumo de sustancias, en especial las repercusiones del consumo de alcohol y cánnabis; d) introducir la posibilidad y/o necesidad de usar psicofármacos.

En general, la información que debe darse al paciente puede resumirse en varios puntos: a) descripción en términos comprensibles de la psicopatología concomitante que presenta; b) la relación de influencia bidireccional ente el TP y la adicción; c) qué sucederá en relación a al TP cuando deje de consumir; y d) rasgos que pueden mejorar más o menos de su personalidad y conductas controlables por el paciente con la ayuda de una intervención bio-psico-social.

Hablar con el paciente de lo que le pasa y ver la relación de su problema adictivo con el trastorno de la personalidad debe ser un proceso, nunca impaciente, en el que debe cuidarse especialmente las expectativas de autoeficacia y de resultados. Si ser consciente de su trastorno tiene efectos negativos en las expectativas, probablemente estemos ante una profecía autocumplida.

La psicoeducación es una parte muy importante del tratamiento cognitivo-conductual y por tanto debe contemplarse de un modo reglado, organizado con diferentes fases que atiendan a aspectos diversos del trastorno. Si se da una información que no obtiene el respaldo por parte del resto de los profesionales, pueden perderse los resultados previsiblemente positivos de esta estrategia psicoterapéutica. Una de las cuestiones más destacables es que los miembros del equipo deben participar conjuntamente en un mismo proceso psicoeducativo para evitar informar al paciente de manera diferentes o, en ocasiones, hasta contradictoria sobre aspectos importantes para la comprensión de su trastorno.

## TRATAMIENTOS EFECTIVOS

Por suerte, existe entre la comunidad científica la necesidad de evaluar programas de tratamiento adecuados para cada psicopatología. Este creciente interés por determinar y fomentar intervenciones basadas en un tratamiento psicológico eficaz<sup>5</sup>, nos obliga hasta donde sea posible a escoger opciones terapéuticas que

---

<sup>5</sup> Las condiciones necesarias para considerar un tratamiento como efectivo pueden consultarse en Becoña et al. (2004).

hayan mostrado evidencia a favor de la efectividad de las mismas (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003; Becoña, Vázquez, Míguez, et al., 2004).

El tratamiento de los trastornos de la personalidad, como las intervenciones en otros trastornos, están siendo sometidos a estudios para discriminar terapias efectivas de las no efectivas. Aunque sobre esto queda mucho camino por andar, y sin distinguir en esta ocasión entre las intervenciones que son claramente eficaces de las probablemente eficaces, hay experiencias en las que se han detectado tratamientos con capacidad de influir en el sentido esperado. En el caso del tratamiento de los trastornos de la personalidad merece destacarse la revisión que hace Pretzer (1999) en la que analiza, dependiendo del tipo de diseño, los resultados de la terapia cognitivo-conductual en cada uno de los trastornos de la personalidad (Cuadro 2). El autor muestra resultados que apoyan la utilización de esta terapia en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. También se han desarrollado programas de intervención de corte cognitivo-conductual de forma específica para el tratamiento de drogodependientes con trastornos de la personalidad (Ball, 1998; Van de Bosch, Verheul, Schippers y van dem Brink, 2002; Martínez-González y Trujillo, 2003), existiendo evidencias suficientes para afirmar que el empleo de la terapia cognitivo-conductual produce mejoras significativas en estos trastornos, aunque si bien es cierto esta mejora es mayor en alguno de ellos (Quiroga y Errasti, 2003; Pretzer, 1998).

Cuadro 2. Efectividad del tratamiento cognitivo-conductual para cada uno de los tra-tornos de la personalidad ( Tomado de Pretzer, 1998).

	INFORMES CLÍNICOS NO CONTROLADOS	ESTUDIOS DE CASOS ÚNICOS	EFEECTO DEL EJE II DESL TRATAMIENTO	ESTUDIOS CONTROLADOS
ANTISOCIAL	+	-	+	a
EVITATIVO	+	+/-	+/-	+
LÍMITE	+/-	+/-	+	+
DEPENDIENTE	+	+	+	
HISTRIÓNICO	+		-	
NARCISISTA	+	+		
OBS. - COMPUL.	+	+/-	-	
PARANOIDE	+	+		
PASI. - AGRE	+		+	
ESQUIZOIDE	+			

NOTA: "a" indica que los resultados son satisfactorios cuando el paciente ha presentado un trastorno del estado de ánimo.

Los "+" indican que se ha encontrado efectividad / el "-" indica que no se ha encontrado efectividad.

Una vez que hemos podido ver como algunas estrategias parecen ser efectivas en el abordaje de esta psicopatología en drogodependientes, debemos cuestionarnos si los recursos asistenciales para el tratamiento de las adicciones cuentan con la suficiente flexibilidad y capacidad para adaptarse a las necesidades terapéuticas de estas personas que, como bien es sabido, son diferentes al resto de drogodependientes. Más de la mitad de los paciente ingresados en comunidades terapéuticas, en viviendas de apoyo al tratamiento o viviendas de apoyo a la reinserción probablemente presenten a su vez un trastorno de la personalidad, lo que significa que los programas de intervención no pueden estandarizarse para atender por igual a todos los pacientes, sino que deben flexibilizarse los elementos que intervienen en el ingreso y adaptación, la estancia y salida del paciente del recurso. Estos cambios se están llevando a cabo y los profesionales de cada uno de los recursos tanto ambulatorios como los de internamiento son más conscientes de esta realidad y adaptan las actuaciones a las necesidades individuales de cada caso. No olvidemos que de no existir una adecuación del recurso se producirá un abandono temprano.

## LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ES FUNDAMENTAL

El hecho de que exista un alto porcentaje de estos paciente que abandonan en los tres primeros meses convierte la adherencia al tratamiento en un referente importante y también en cierta medida en un indicador de efectividad en estos tratamientos. Una buena adherencia evita que se produzca un abandono temprano, lo que aumenta la probabilidad del éxito en el tratamiento. Los pacientes con trastorno de la personalidad probablemente abandonen el tratamiento de forma prematura, pero aquellos que persisten en el mismo pueden ser tratados con efectividad (Person, Burns y Perlff, 1998; Sanderson, Beck y McGinn, 1999; citados en Pretzer, 1998). Tratamientos más largos se vienen asociando a mejores resultados, de modo que en el tratamiento con estos pacientes es fundamental que permanez-

can en el mismo, lo que viene siendo una tarea complicada. Una de las razones de esta dificultad radica en el hecho de poder detectar de forma temprana el trastorno de la personalidad como entidad diferenciada de la drogodependencia. Por ejemplo, un drogodependiente con esta psicopatología puede reaccionar de un modo inesperado ante intervenciones que generalmente no provocan respuestas inadecuadas o indeseables en otro tipo de pacientes.

Estos casos requieren por nuestra parte más esfuerzo y generan normalmente más conflictos que otros, provocan reacciones de descoordinación en los equipos, facilitan el desaliento en el terapeuta, puede llevar al terapeuta al Burnout, o sencillamente nos conduce a callejones en los que suele exigirse compromisos y conductas claramente inexistentes y lo que es peor, sin que el paciente tenga capacidad para emitirlos a corto plazo. La relación terapéutica es un pilar fundamental que sustenta la adherencia al tratamiento, pudiendo involuntariamente provocar el abandono. Beck (1995), enumera una serie de razones por las que suelen aparecer problemas en la relación terapéutica con personas que presentan un trastorno de la personalidad. Son las siguientes:

1. el paciente carece de capacidad para ser cooperativo.
2. el terapeuta carece de capacidad para cooperar.
3. los estresantes ambientales pueden impedir el cambio o reforzar la conducta disfuncional (“el facilitador”<sup>6</sup>).
4. las creencias del paciente acerca de su fracaso potencial en la terapia.
5. las creencias del paciente acerca de los efectos sobre los demás de su propio cambio.
6. los miedos del paciente acerca del cambio y de su “nueva personalidad”.
7. las creencias disfuncionales del P y T pueden ser complementarias.

---

<sup>6</sup> Los facilitadores son aquellos que favorecen inconscientemente al alcohólico y al toxicómano la conducta de consumo de drogas, pudiéndose dar esta facilitación de diferentes maneras (Ellis. et al., 1992). Los procesos de modificación de conducta del facilitador son extraordinariamente importantes, lo que viene a corroborar una vez más, el peso que tiene la participación de la familia en el tratamiento de la drogodependencia.

8. una socialización pobre del modelo.
9. el paciente puede experimentar beneficios secundarios.
10. la inoportunidad de las intervenciones.
11. los pacientes pueden carecer de motivación.
12. la rigidez del paciente.
13. el paciente: control pobre de sus impulsos.
14. las metas: carecer de realismo o ser vagas.
15. el sujeto no conozca su psicopatología.
16. que no haya habido acuerdo en relación a las metas.
17. paciente o terapeuta: frustrados por la falta de progreso.
18. una baja autoestima en el paciente. Todos estos son aspectos a cuidar en el tratamiento.

La dificultad que reside en la intervención no solo se circunscribe en el ejercicio de evitar los posibles errores que sostengan relaciones infructíferas entre terapeuta y paciente, sino que también tiene que ver con la dificultad de mantener un estilo relacional con pacientes que por sus características tienden a desestabilizar la relación, probar nuestra dedicación o encontrar cualquier detalle que refuerce sus creencias básicas y con ello iniciar nuevamente una cadena conductual que lleva al consumo de sustancias.

## **FEEDBACK ENTRE LA ADICCIÓN Y EL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD**

El diseño de la intervención estará en función de la historia toxicológica del paciente y del trastorno de la personalidad. Esta psicopatología concomitante determinará directrices de intervención partiendo de los esquemas que sustentan las creencias básicas características del trastorno, de las conductas habituales y que pueden estar sustentando los esquemas básicos del trastornos de la personalidad y la drogodependencia. Beck sugiere que prestemos atención a las estrategias hiper e infradesarrolladas de cada uno de los trastornos de la personalidad, de modo que el tratamiento tratará de potenciar las estrategias infradesarrolladas y controlar las

hiperdesarrolladas. Las estrategias de cada uno de los trastornos de la personalidad cuando se trata de un drogodependiente se relaciona a su vez con las variables propias de una adicción.

Analizar las relaciones de influencia entre trastornos de la personalidad y la drogo-dependencia lleva a indagar en situaciones de interacción que son disparadoras de cogniciones, conductas y emociones en cada uno de los trastornos de la personalidad. Esta diferenciación queda claramente descrita en la Tabla 1. adaptada de Othmer y Othmer (1996). Esta tabla muestra cómo en el caso de los drogodependientes con trastornos de las personalidad existen factores de riesgo para el consumo enraizados en sus repertorios y por tanto, también en los modos habituales de relacionarse con su entorno. Entre las conductas propias del trastorno en determinadas situaciones descritas en la tabla, el consumo de drogas es una opción más<sup>1</sup>, probablemente la conducta de elección para un drogodependiente es el consumo, toda vez que modifica la percepción que la persona tiene del evento y sus emociones. Esto justifica el hecho de que los programas de prevención se adapten a estas circunstancias tan peculiares al constituirse el propio trastorno de la personalidad en factor de riesgo para la recaída, sin la necesidad de que existan condicionantes externos discriminativos y asociados con el consumo de drogas para que se produzca dicha recaída.

Trastorno de la personalidad	Desencadenante	Percepción del acontecimiento desencadenante	Respuesta conductual	RESPUESTA EMOCIONAL.
ANTISOCIAL	Valores y normas sociales	"Las normas limitan la satisfacción de mis necesidades"	Violación de las normas sociales, los valores y la ley" 1Consumo de drogas	Cólera impulsiva, hostil, astuto.
LIMITE	Objetivos personales, relaciones síntomas.	"Los objetivos son buenos, no, no lo son: la gente es estupenda, no, no lo es".	Objetivos cambiantes, relaciones ambivalentes. Consumo de drogas	Humor y afectividad lábiles.
HISTRIÓNICO	Relaciones heterosexuales	"Tengo que mostrar emociones intensas para impresionar"	Coquetea, muestra emociones no genuinas exageradamente. Consumo de drogas	Excitada por las respuestas positivas, disforia por las negativas

Trastorno de la personalidad	Desencadenante	Percepción del acontecimiento desencadenante	Respuesta conductual	RESPUESTA EMOCIONAL.
NARCISISTA	Evaluación de sí mismo.	"Yo soy la única persona que cuenta".	Centrado en sí mismo, espera reconocimiento sin contribuir. 1Consumo de drogas.	Sentimientos lábiles, de grandiosidad y de desvalorización
POR EVITACIÓN	Relaciones interpersonales íntimas, participación en público.	"La gente me rechaza y me critica".	Escapa y evita las apariciones en público. 1Consumo de drogas	Ansioso, retraído.
POR DEPENDENCIA	Depender de sí mismo, estar solo.	"Odio estar solo".	Abandonar los propios objetivos para aferrarse a los demás (padres). 1Consumo de drogas.	Ansioso, angustiado.
ONSESIVO-COMPULSIVO	Relaciones íntimas, situaciones desestructuradas, la autoridad.	"Mis reglas deben prevalecer, la incertidumbre es espantosa; los sentimientos interfieren con el rendimiento".	Restricción emocional, rígido, se enfada si se rompen las reglas; desafío a la autoridad. 1Consumo de drogas	Ansioso, enfadado, resentido.

Por ejemplo, un paciente alcohólico que a su vez presente un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad desde la creencia básica "mis reglas deben prevalecer" o "la incertidumbre es espantosa", tiende a reaccionar básicamente ante las situaciones desestructuradas con una evidente restricción emocional que se acompaña de rigidez, enfado, por lo que se siente ansioso y resentido. Si no se modifican estas creencias básicas propias de este trastorno el consumo de alcohol hace que no se sienta tan mal al percibir esa misma situación. En ocasiones estos pacientes dicen que no sufren tanto por lo que habitualmente les hace pasarlo mal porque el alcohol les facilita aceptar situaciones para él inaceptables.

## LA ADECUACIÓN DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN

Si el tratamiento de estos drogodependientes con trastornos de la personalidad es claramente diferente a otros, los programas y recursos deben adecuarse a esas necesidades con el fin de rentabilizarlos. La experiencia en el tratamiento de

estos casos nos dice que por ejemplo, la incorporación laboral se convierte, en comparación con otros casos, en un proceso más complicado, difícil de coordinar, diferente en cuanto a la celeridad de consecución de objetivos, con peor adaptación a los puestos de trabajo por diferentes razones, mayor dificultad por parte del empresario para adecuar sus necesidades a las del paciente, mayor número de quejas del paciente en relación al desempeño de su puesto de trabajo, interacciones con los compañeros de trabajo inexistentes o problemáticas y no realización de tareas encomendadas o absentismo injustificado. Está claro que los drogodependientes con esta psicopatología no son como el resto, y por tanto su proceso de incorporación social requiere un esfuerzo mayor tanto por parte de los profesionales como de las personas que los reciben en las empresas. Todo parece indicar que en el pasado no se ha considerado suficientemente la patología dual en los procesos de incorporación laboral. En la actualidad esto está cambiando de una manera considerable. Analizar estos procesos teniendo en cuenta la presencia de un trastorno de la personalidad, ha llevado a desestimar algunos casos como candidatos para su incorporación a un determinado puesto de trabajo, se ha retrasado esta incorporación, se ha matizado el puesto idóneo por considerar que podría ser poco adecuado para la personalidad del paciente o simplemente se ha desestimado su incorporación por no disponer de un repertorio conductual mínimo que facilite la buena adecuación al puesto. Esto es, dependiendo del tipo de trastorno de la personalidad del drogodependiente pueden necesitarse conductas mínimas exigibles diferentes y, de no existir junto a la colaboración del empresario, el proceso de incorporación puede terminar fracasando.

Igualmente sucede con los programas de internamiento en los que el paciente pasa gran parte del tiempo ingresado en comunidad terapéutica, viviendas de apoyo al tratamiento o viviendas de apoyo a la reinserción. Es evidente que la evolución desde su adaptación al recurso hasta el alta terapéutica es diferente para los drogodependientes con trastornos de la personalidad en comparación al resto de pacientes. La situación más conflictiva o dificultades para evolucionar favorablemente en el tratamiento serán distintas. Desde el drogodependiente narcisista que difícilmente aceptará un recurso de internamiento convencional hasta el dependiente que probablemente acepte sin reservas las normas, se encuentra una variedad de interacciones más o menos difíciles de abordar, pero que de cuya atención puede depender la adherencia y éxito de la intervención. En la adecuación de recursos a la que nos venimos refiriendo, los criterios de inclusión se han modificado a lo largo de estos años, siendo conscientes que existen trastornos mentales

que derivan en conductas problemáticas sin que eso justifique el rechazo a su ingreso o expulsión del recurso<sup>7</sup>.

En la actualidad existen estrategias terapéuticas efectivas para el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Estas se emplean dependiendo del trastorno en cuestión (Beck y Freeman, 1995; Rubio y Pérez, 2003; Caballo, 2004) sabiendo que estas deben aplicarse teniendo en cuenta la idoneidad de la misma por el momento en el que se encuentra el paciente y la evolución de los síntomas cuando media el consumo de drogas (Martínez-González y Trujillo, 2003).

## LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO

Existe un acuerdo generalizado entre los profesionales al destacar la importancia que tiene la participación familiar en el tratamiento del drogodependiente. La familia, de origen o propia, ocupa un papel relevante en la intervención habiéndose asociado su participación a una mejor evolución en el tratamiento (Graña, 1994; McGrady, 1998). En ocasiones la familia presenta cogniciones y conductas que a todas luces interfieren en el tratamiento, sean por ejemplo: negación del problema, exigencia desproporcionada, el empleo de amenazas y su incumplimiento, culpabilizarse entre los padres, encubrir al paciente, no llegar al consenso entre los padres, madre o padre periférico, atender exclusivamente a la conducta de consumo de droga y anulación de las expectativas de solución del problema (Martínez-González, Molina, Ruiz y Torres, 2000), o de un modo específico en el caso de los drogodependientes con trastorno límite de la personalidad donde puede versen respuestas incendiarias que generan una progresión del malestar del paciente así como de las conductas inadecuadas, no consiguiendo más que incrementar la magnitud de la explosión y así empeorar la relación entre familia y paciente (Lansky, 1989).

---

<sup>8</sup> Debe tenerse en cuenta que estos recursos cuentan con criterios de inclusión y exclusión perfectamente descritos (Comisionado para las Drogodependencias, 2003), destacando como causa de expulsión las conductas agresivas o incumplimiento de las normas de un modo habitual. Las conductas molestas o aparentemente indicadoras de falta de motivación del paciente no son conductas que puedan encajar en estos criterios sino más bien cobran sentido al conocer la psicopatología que acompaña a la drogadicción.

Las expectativas de los miembros de la familia que colaboran en el tratamiento vienen en ocasiones marcadas por diferentes variables que pueden entorpecer si no se atienden debidamente (Martínez – González y Trujillo, 2005). Las que parecen tener cierto peso en la formación de expectativas en torno a la intervención pueden ser, entre otras, el tipo de drogodependencia que presenta el paciente, el tiempo transcurrido desde que la familia conoce la existencia de la drogodependencia, la modalidad de tratamiento empleada en cada caso, el hecho de que el drogodependiente trabaje fuera del entorno familiar, el número de veces que se ha ayudado al drogodependiente en el tratamiento, las incidencias judiciales, la presencia de psicopatología en alguno de los progenitores o pareja y la presencia de patología dual en el drogodependiente.

En relación a la intervención con familiares de pacientes que además de la drogodependencia presentan un trastorno de personalidad pueden hacerse algunas recomendaciones:

- La familia debe conocer la presencia de Patología Dual desde el momento en que existan indicios de que ésta exista. Explicar a la familia las diferencias entre el proceso que llevará este paciente y el seguido por otros drogodependientes sin esta psicopatología, les ayudará a interpretar conductas compatibles con el trastorno de personalidad.- Si bien es cierto que el que la familia conozca el diagnóstico podría llevar a etiquetados innecesarios, nuestro interés se centrará en que ésta conozca las características del trastorno de personalidad y así pueda encontrarle sentido a determinadas conductas.

- El descubrimiento de esta concomitancia debe ayudar a la familia a comprender cómo pueden influenciarse entre sí ambos trastornos.

- En muchos casos la familia debe aportar su apoyo supervisando la toma de psicofármacos con independencia de las valoraciones cambiantes del adicto sobre la necesidad de la misma. En algunos casos, y por tratarse de síntomas no llamativos, el paciente puede inducir a su familia a dejarse llevar por el cansancio del drogodependiente y con ello dejar de tomar la medicación.

- Familia y paciente deben ser plenamente conscientes de la imposibilidad de tomar alcohol.

- Es importante que la familia conozca la evolución que suele presentarse el trastorno de personalidad con independencia de la abstinencia de sustancias.
- Conocer los síntomas de una posible reagudización del trastorno de personalidad llevará a la familia a advertirnos de los cambios para que así se puedan tomar las medidas oportunas. El desconocimiento de esto puede llevar a favorecer una recaída en su trastorno de personalidad y como consecuencia de ello una recaída en el consumo.
- Es necesario en la mayoría de los casos entrenar a la familia en la auto-aptación de errores y comunicación de emociones.
- Si la familia muestra signos de falta de aceptación de la información que se le está transmitiendo en relación a la concomitancia de trastornos psicopatológicos, es conveniente prescindir de su ayuda en lugar de propiciar conflictos.
- Evaluar la consecución de las instrucciones por parte de todos los miembros de la familia.

La colaboración de familiares en el tratamiento parece ser útil cuando son conscientes de la psicopatología que presenta el drogodependiente y de los procedimientos más adecuados para actuar ante las dificultades que suelen presentarse a lo largo del tratamiento. La experiencia indica que cuando la familia conoce las características del trastorno es más paciente y, sobre todo, actúa con mayor acierto.

## BIBLIOGRAFÍA

APA (2002), Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4ª Ed. Texto Revisado). Barcelona. Masson.

Ball S. (1998). Manualized treatment for substance abuse with personality disorders: dual forms schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23, 883-891.

Becoña E, Vázquez M.J., Míguez M.C., Casete L., Lloves M., Nogueiras L., González N., Lage M., Suárez S., Gutiérrez-Moyano M.M., Lorenzo M.A. y

Baamonde M.G. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psico-lógica: una visión desde la clínica. *Papeles de psicólogo*, 87, 9-19.

Beck, A.T. y Freeman A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona. Paidós.

Caballo, V. (coord.)(2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid. Síntesis.

Comisionado para las Drogodependencias (2003). *Catálogo de Servicios Asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía*. Sevilla. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.

Ellis, A., McInerney, J.F., DiGiuseppe, R. y Yeager, R.J. (1992). *Terapia Racional – Emotiva con alcohólicos y Toxicómanos*. Bilbao. Desclée de Brouwer.

Gil, F. y Viqueira M. (1999). Estudio de trastornos de personalidad y de otros trastornos psiquiátricos en pacientes adictos a opiáceos. Ponencia presentada en el VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Cádiz, España.

Grant, B.F., Stinson F.S., Dawson D.A.(2005). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 1-5.

Graña, J.L. (1994). Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento. Debate. Madrid.

Gunderson J.G. y Gabbard G.O. (2002). Psicoterapia en los trastornos de la personalidad. (pp. 76-80). Barcelona. Ars Médica.

Lansky M.R. (1989). The subacute hospital treatment of the borderline patient: management of suicidal crisis by family intervention. *Journal of Clinical Psychiatry*. 11:81-79.

Lorenzo, A., Arnaiz B. y Varela, I. (1998). Diagnóstico Dual en pacientes con abuso de alcohol. Ponencia presentada en las XXV Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol, Tomo II. Tarragona, España.

McCrary, B., Rodríguez, R. y Otero-López, J.M. (1998). Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso. Madrid. Ediciones Pirámide.

Martínez-González, J.M., Molina B., Ruiz, M. y Torres, A. (2000). La familia en el tratamiento del drogodependiente. Granada. Diputación Provincial de Granada.

Martínez-González, J.M. y Trujillo H.M. (2003). Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad. Madrid. Biblioteca Nueva.

Martínez-González, J.M. y Trujillo H.M. (2005). Creencias y ajuste psicológico de la persona que acompaña al drogodependiente y creencias de éste durante el tratamiento. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 5, 43-66.

Muriel, J.R. (1999). Patología Dual. Un estudio en el Centro Penitenciario de Puerto 1. Comunicación presentada en el VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana de la Frontera. España.

National Institute of Drug Abuse (NIDA) Notes. (1999). Drug abuse and mental disorders: comorbidity is reality, Vol. 14. Nº 4.

Othmer, E. y Othmer, S.C. (1996). DSM-IV. La entrevista clínica, Tomo I, Fundamentos. Barcelona. Masson.

Pretzer J. (1998). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of personality disorders. En, C Perris, PD McGorry y D Patric, Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders. Handbook of theory and practice. (pp.269-291). New York. John Wiley and sons.

Quiroga E. y Errasti J.M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de la personalidad. En, M.Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo (coord). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. (pp.405-428). Madrid. Pirámide.

Rubio, V. y Pérez, A. (2003). Trastornos de la personalidad. Madrid. Elsevier.

Sánchez, E., Gradoli, V., Climen, A. (1999). Trastornos de la personalidad en adictos a opiáceos. Adicciones, 11, 221-227.

Santis R. y Casas M. (1999). Diagnóstico Dual. Ponencia presentada en el VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana de la Frontera, España.

Van de Bosch, L., Verheul, R., Schippers, G. y van den Brik, W. (2002). Dialectical behaviors therapy of borderline patients with and without substance use problems implementation and long-term effects. Addictive Behaviors, 27, 911-923

Yeager, R. J. y DiGoussippe, R. (1995). Perfiles de personalidad Millon. Comparación de pacientes crónicos adictos y una población general de pacientes ambulatorios. Revista de Toxicomanías, 5, 13-18.