

**ESTUDIO DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD  
Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN  
PACIENTES DE UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA**

## 1. INTRODUCCIÓN

La preocupación de los profesionales por el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico de pacientes drogodependientes ha aumentado en los últimos años. Detrás del fracaso terapéutico de ciertos pacientes adictos a sustancias, encontramos a menudo una patología psiquiátrica.

Su abordaje constituye en la actualidad uno de los aspectos fundamentales de los programas asistenciales, entre ellos las comunidades terapéuticas por varios factores: por su elevada prevalencia, por su complejidad a la hora de establecer un diagnóstico y elaborar un programa terapéutico y por su significado con relación al pronóstico.

Estudios epidemiológicos hablan de hasta un 80% de pacientes que siendo dependientes a sustancias son diagnosticados de un trastorno psiquiátrico no asociado a su dependencia a sustancias.

Por otro lado la prevalencia de enfermos psiquiátricos que presentan un trastorno por consumo de sustancias estaría entre el 25% y el 58%.

Para otros autores este porcentaje se llega a situar entre el 60% y el 85%. Esta disparidad de cifras, a la hora de evaluar la comorbilidad psiquiátrica ligada al consumo de drogas, nos lleva a concluir que este es un fenómeno muy complejo no solo desde el punto de vista clínico, sino también epidemiológico por varios fac-

tores; la dificultad que presentan la definición terminología, la metodología de evaluación, la influencia reciproca de los trastornos y del consumo concomitante de otras sustancias, la diferente composición y formación de los equipos y la difícil verificación de los trastornos psíquicos previos al consumo de drogas.

Según la CIE- 10, los trastornos de personalidad “son alteraciones severas de la personalidad y la conducta que implican desviaciones pronunciadas de los patrones culturales habituales e invaden áreas diversas del comportamiento general del individuo, iniciados en la adolescencia, que continúan en la edad adulta y pueden originar problemas laborales y sociales”.

Según la DSM-IV “son patrones de conducta inflexibles y desadaptativos, que causan un malestar subjetivo o un deterioro funcional significativo, de inicio en la adolescencia y que persisten en edades posteriores”.

Respecto a los trastornos de personalidad, de acuerdo con diferentes estudios (Reich, Zimmerman y Maier), encontraron mas frecuentes el trastorno esquizotípico, el histriónico y el antisocial, en cuanto a los datos de prevalencia encontramos mayor frecuencia en el trastorno limite, el antisocial y el histriónico.

Existen diversas dificultades para delimitar claramente la comorbilidad de los trastornos mentales y por abuso de sustancias, dificultades que se acompañan de los complejos diagnósticos clínicos de esta población heterogénea.

Los profesionales que tratamos a diario a personas con problemas de cualquier tipo de adicción creemos y reconocemos la importancia de tener mejores medios de diagnósticos y de conocer hablando en términos de psicopatología como es la población atendida en los centros donde desempeñamos nuestra profesión.

Como bien es sabido, las Comunidades Terapéuticas van recibiendo paulatinamente y cada vez mas, pacientes con posible diagnostico dual.

Y que es, ¿la patología dual?.

Tal vez una de las definiciones mas usada sea la de la coexistencia de dos trastornos, uno debido al abuso de sustancias y otro de tipo psiquiátrico.

Aun no se contempla este diagnostico ni en la DSM- IV, ni en la CIE- 10, por tanto es este un termino utilizado para llenar el vacío que ocupan estos pacientes que no puede ser considerados ni enfermos mentales ni drogodependientes, sino algo más.

Es por ello que estos pacientes muchas veces no son diagnosticados correctamente por lo que su tratamiento no siempre es él más idóneo. Si bien todos los que trabajamos con este tipo de pacientes vemos a diario la dificultad que plantean tanto en lo físico como en el ámbito mental, el hecho de un mal diagnostico nos plantea mas problemas al tener estos pacientes una distinta recuperación que los pacientes con problemas de drogas o con problemas psiquiátricos.

El posible primer diagnostico y la prevalencia en las Comunidades Terapéuticas de este tipo de pacientes es el objetivo de este trabajo ya que al obtener los distintos perfiles de usuarios de C.T. se puede plantear un tratamiento alternativo al que hay instaurado actualmente en las Comunidades Terapéuticas.

El hecho de ir concretando los distintos perfiles ayuda al equipo terapéutico en sus decisiones clínicas hacia este tipo de pacientes, sus posibles actuaciones son mas acertadas al conocer mas a fondo o un poco mas a la persona que tiene delante.

Ayuda a los terapeutas a trabajar desde otra óptica, a no caer en el “burnout”, a conseguir mayor éxito en el tratamiento y a esclarecer duda sobre los pacientes con un tipo de diagnostico dual.

Se puede conseguir que las C. T. cambien o se adapten con menos angustia a los nuevos perfiles de usuarios de tan difícil manejo.

## 2. PATOLOGÍA DUAL EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS

### 2.1. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD Y PATOLOGÍA DUAL.

“Los pacientes bajo la influencia de sustancias adictivas pueden presentar cambios conductuales relevantes, como conducta suicida, ira, rabia, agresividad, conducta antisocial, conducta de retraimiento y evitación o conducta excesivamente eufórica, todo ello asociado a signos y síntomas neurológicos”(Solomon y Zinder, 1996).

Mi experiencia profesional en el ámbito de las adicciones y sobre todo en comunidades terapéuticas se remonta a principios de los años noventa.

Trabajo en una de ellas desde hace ocho años y hace doce que comencé haciendo practicas en este tipo de dispositivo. Esta experiencia laboral como profesional en el campo de las Adicciones, parte de la base del espíritu de trabajo que se realiza en este dispositivo para la atención a las personas con problemas de adicciones.

Tras varios años trabajando en este campo he podido comprobar como los distintos programas son individuales en las formas de aplicación pero no en su contenido. Hay varios sistemas de trabajo pero todos encaminados hacía un mismo fin. Actualmente las comunidades terapéuticas entendidas como tales desarrollan un programa para la rehabilitación de personas con problemas de adicción, normalmente en un régimen residencial que significa que como característica principal el paciente durante un tiempo se aísla de su ambiente para trabajar sobre si mismo sin ningún tipo de contaminación de fuera. Podríamos decir que es como un invernadero donde aislado de lo exterior crece en el interior para después ser trasplantado a su realidad.

Resaltaría hacia donde se encaminan o como serán las comunidades terapéuticas en un futuro pues la incógnita está abierta ya que los perfiles de los usuarios de este dispositivo está cambiando y mucho. Se está pasando de la población por llamarla de alguna manera “de la heroína” o “de alarma social”, a la actual,

mucho más heterogénea y con más índice de trastornos psiquiátricos o mejor “clasificados” que hace varios años. La teoría implica, y hago hincapié en dos de sus características que más fortalecen este dispositivo. Una: la voluntariedad del paciente, actualmente no es así ya que hay empresas que presionan el tratamiento, menores con medidas cautelares y tutelados por el centro, la “presión” de la familia... y dos: la continua confrontación de cambio, ya que hay cada vez más pacientes que no aceptan este sistema tan fuerte de conocimiento personal dado sus características personales.

En este dispositivo cada vez es más frecuente, los pacientes con un diagnóstico de trastorno mental y otro por abuso de sustancias coexistentes y la conciencia de grupo con la cual funciona la comunidad terapéutica está muy frustrante para ellos debido a su deterioro por esta enfermedad y que hace que el abandono de programa terapéutico sea más alto.

Creo, y algunas veces comparo, el funcionamiento de una comunidad terapéutica como la estructura educativa que tenemos implantada en España (LOCE.) Para este sistema el obtener el certificado de escolaridad sin haber adquirido los conocimientos oportunos solo es cuestión de tiempo. Consigas aprender o no, no implica que no puedas pasar de curso, sino que has obtenido tales objetivos.

Análogicamente en las comunidades parece ocurrir eso. No es que no importe que no consigas tus objetivos de cambiar tu estilo de vida, sino que esos objetivos son diferentes tanto sea diferente al paciente que estamos tratando. Puesto que se asume poco a poco la cronicidad de las personas adictas, se asume también que hay que dar buen servicio a los pacientes y esperarlos para recibirlos de nuevo en pocos años. Parece frustrante el decir esto, ¿acaso no hay algo de cierto en los planteamientos expuestos?, hemos trabajado tanto que posiblemente la conducta de circularidad que utiliza la persona adicta se impone en nosotros mismos y parece que por momentos nos bloqueamos y no sabemos darle más solución que las propuestas hasta hora, que no son pocas, pero que tampoco se aplican.

A continuación se detallan los principios del diagnóstico y tratamiento de los trastornos por diagnóstico dual de Solomon y Zinder ( Diagnóstico Dual, 1996). Estos principios tienen la finalidad para el tratamiento ambulatorio de este tipo de pacientes y adaptándolos, en la medida posible, se pueden aplicar en las

Comunidades Terapéuticas y siempre pueden servir de base para la posible modificación en algunas áreas del programa terapéutico de estos dispositivos.

## 2.2. PRINCIPIOS DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR DIAGNOSTICO DUAL

1. - Estabilización de los síntomas agudos psiquiátricos o de abuso de sustancias como paso previo al proceso de tratamiento

2. - Antes de efectuar el diagnóstico psiquiátrico y desarrollar un tratamiento a largo plazo, es esencial observar al paciente durante un periodo libre de sustancias de tres a seis semanas de duración.

3. - Tratar de forma eficaz ambos trastornos, o no se obtendrá mejoría en ninguno de ellos. Se debe realizar un tratamiento de apoyo sin prejuicios, aunque puede ser necesario efectuar un chantaje terapéutico en relación al trabajo, la familia, y el acceso a recursos asistenciales.

4. - Ser menos rígido y evitar la confrontación con los pacientes con trastorno dual que han abandonado el consumo de sustancias en las etapas iniciales del tratamiento. Sin embargo no debe de permitírsele el consumo indefinido de sustancias si el paciente permanece en tratamiento.

5. - El tratamiento tiene que tener lugar dos o tres veces por semana en los pacientes con régimen ambulatorio.

6. - El tratamiento debe ser efectuado por un único profesional clínico o en único programa. Si dos terapeutas proporcionan tratamiento psiquiátrico y del trastorno adictivo, se precisa una comunicación frecuente entre ellos a fin de evitar la manipulación por parte del paciente.

7. - Las recaídas son potencialmente más frecuentes en los trastornos psiquiátricos o adictivos que en los pacientes con un único trastorno, sin que esto refleje necesariamente fracasos del tratamiento.

8. - Considerar especialmente las intensas reacciones de transferencia y contra transferencia. Una de las premisas principales del tratamiento es la motivación del paciente o el tratamiento fracasara.

Sin embargo, esta motivación para la recuperación debe buscarse en el propio proceso de tratamiento.

9. - Estimular, pero no forzar, la participación del paciente en los grupos de autoayuda, en particular en los grupos "Doble Problema", en el caso de que existan.

### 3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

- Pasar test a pacientes para ver así que perfil de personalidad se obtiene.
- Utilizar instrumentos de diagnostico para la evolución positiva en el tratamiento del paciente.
- Favorecer el diagnostico o juicio clínico para facilitar el tratamiento de pacientes ingresadas en Comunidades Terapéuticas con diagnostico dual (posible).
- Dar a conocer el resultado de las pruebas al equipo multidisciplinar encargado de la supervisión del tratamiento para facilitar una buena elección en el tratamiento del paciente.
- Detectar posibles alteraciones en el transcurrir del programa terapéutico de los pacientes.
- Mejorar el nivel de conocimientos de los profesionales implicados en la rehabilitación de personas con problemas de adicciones
- Hacer juicios clínicos para establecer un plan de intervención terapéutico en función de ese diagnostico
- Realizar un acercamiento más técnico y científico a la hora de hacer juicios psicológicos acerca de los pacientes que utilizan este dispositivo

- Realizar con mas precisión diagnósticos y juicios clínicos mediante pruebas diagnosticas clínicas y entrevistas estructuradas.

#### **4. UNIVERSO Y MUESTRA**

La muestra utilizada para esta investigación es de 61 pacientes ingresados en la Comunidad Terapéutica de la Asociación Poveda en la provincia de Sevilla.

Todos los pacientes de la muestra están diagnosticados, según los criterios de la DSM-IV e ICE-10 de trastornos relacionados con sustancias.

Todos los pacientes llevan un mínimo de tres meses internos en dicha comunidad, tiempo que se estima suficiente para poder trabajar con pruebas que se van a utilizar en los pacientes y con un alto grado de fiabilidad ya que el tiempo apropiado desde que el paciente deja de consumir tóxicos hasta que se considera no contaminado es de 4- 6 semanas.

#### **5. METODOLOGIA**

##### 5.1. El MCMI-II

Cada paciente ha sido entrevistado individualmente a través del Inventario Clínico Multiaxial de T. Millón.

Estas entrevistas han sido realizadas desde Febrero a Diciembre 2004 una vez lleva el paciente en Comunidad Terapéutica un mínimo de tres meses.

El MCMI-II es un cuestionario de personalidad cuyo objetivo es suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales.

Consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/ Falso y su tiempo de administración es de unos cuarenta minutos.

Esta prueba evalúa distintos trastornos mentales del eje I y II de la DSM-IV

La teoría en la que esta basada esta prueba es la del refuerzo.

Sobre todo para evaluar las escalas comprendidas desde la 1 a la 8B y en menor medida las siguientes escalas desde la A a la PP.

La personalidad esta determinada sobre un continuum (La personalidad y sus trastornos) y sobre ella las posibles alteraciones y los trastornos que más están en las orientaciones de los profesionales que comulgan con esta teoría

El MCMI- II es el instrumento de evaluación utilizado y permite evaluar 22 desordenes de personalidad y síndromes clínicos diferentes y cuatro escalas de control.

El principal objetivo del MCMI-II es proporcionar información a los psicólogos, psiquiatras, médicos,... en tareas de evaluación y tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales.

Escalas de personalidad:

1. Diez escalas básicas de personalidad ( Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo- Sádica, Compulsiva, Pasivo- Agresiva y Autodestructiva).
2. Tres escalas de personalidad patológica (Esquizotipica, Limite y Paranoide)
3. Seis escalas de síndromes clínicos de gravedad moderada (Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Abuso de alcohol y abuso de drogas).

4. Tres escalas de síndromes clínicos de gravedad severa (Pensamiento psicótico, Depresión mayor y Trastorno delirante)

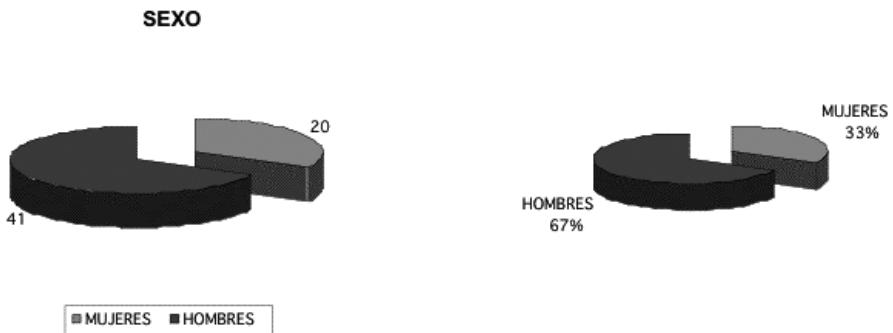
Escalas de control:

- Validez
- Alteración
- Sinceridad
- Deseabilidad

## 6. RESULTADOS

### 6.1. VARIABLE SEXO

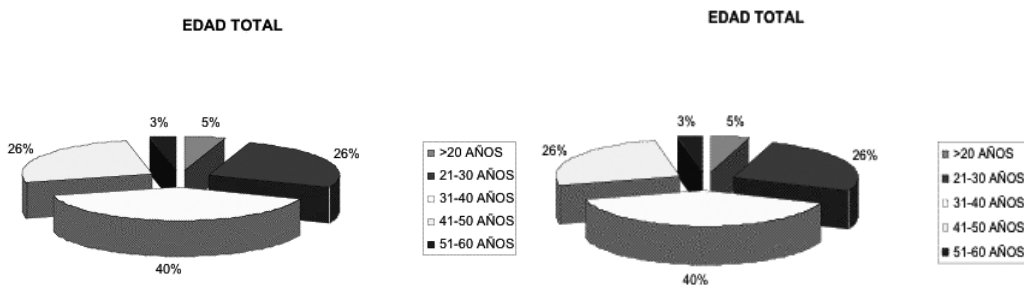
La muestra analizada es de 61 pacientes de los cuales 41 son hombres y 20 son mujeres, que sería en porcentajes al 67% y 33% respectivamente. Este tipo de muestra es variable en el tiempo puesto que hay periodos en los que hay más ingresos de hombres que de mujeres, como es el caso de este estudio y por el tipo de dispositivo, ya que en este caso los pacientes están ingresados en una Comunidad Terapéutica de tipo mixto.



## 6.2. VARIABLE EDAD

De los 61 pacientes analizados obtenemos que:

- Tres de ellos tienen más de dieciocho años y menos de veinte.....5%
- Dieciséis de ellos tienen entre veintiuno y treinta años.....26%
- Veinticuatro de ellos tienen entre 31-40 años.....40%
- Dieciséis de ellos tienen entre 41- 50 años .....26%
- Finalmente dos de ellos tienen entre 51- 60 años.....3%

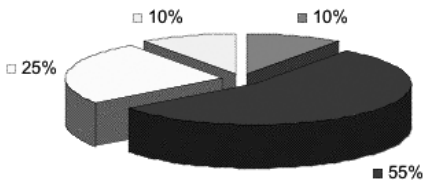


### 6.2.1. VARIABLE EDAD MUJERES

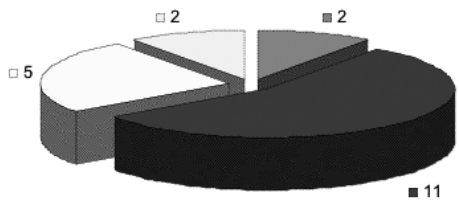
Respecto a la variable edad obtenemos los siguientes resultados:

- Dos pacientes tienen entre 21 y 30 años.....10%
- Once pacientes tienen entre 31 y 40 años.....55%
- Cinco pacientes tienen entre 41 y 50 años.....25%
- Dos pacientes tienen entre 51 y 60 años.....10%

**EDAD MUJERES**



■ 21-30 AÑOS ■ 31-40 AÑOS □ 41-50 AÑOS □ 51-60 AÑOS



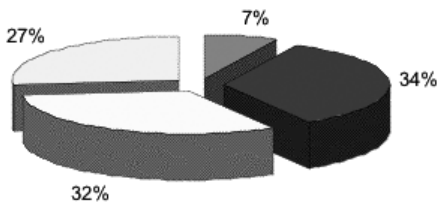
■ 21-30 AÑOS ■ 31-40 AÑOS □ 41-50 AÑOS □ 51-60 AÑOS

6.2.2.VARIABLE EDAD HOMBRES

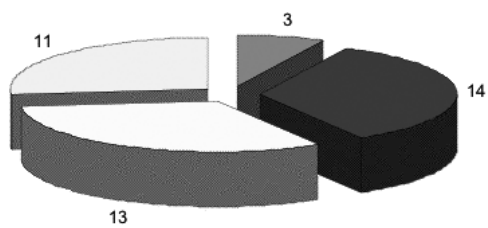
La muestra obtenida nos da los siguientes datos:

- Tres pacientes están entre los dieciocho y los veinte años.....7%
- Catorce pacientes tienen entre 21 y 30 años.....34%
- Trece pacientes tienen entre 31 y 40 años.....32%
- Once pacientes tienen entre 41 y 50 años.....27%

**EDAD HOMBRES**



■ <20 ■ 21-30 AÑOS □ 31-40 AÑOS □ 41-50 AÑOS



■ <20 ■ 21-30 AÑOS □ 31-40 AÑOS □ 41-50 AÑOS

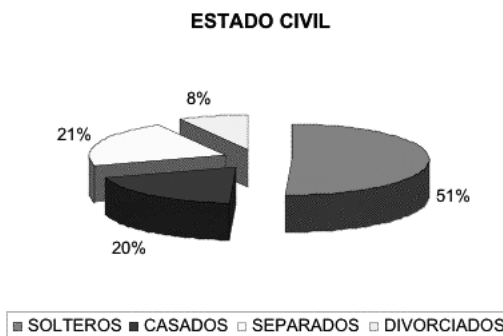
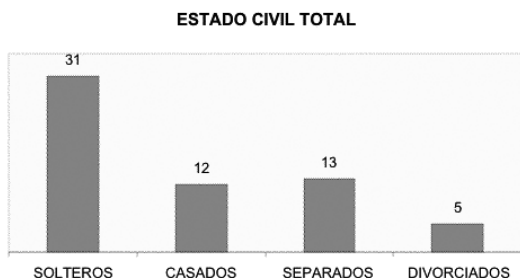
### 6.3.VARIABLE ESTADO CIVIL

En la muestra analizada respecto a la variable Estado Civil obtenemos los siguientes resultados:

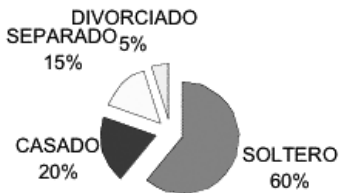
- El 51% de los pacientes permanece soltero aunque en esta variable se encuentren también pacientes que han convivido con otras personas ( parejas eventuales o no consolidadas).....31.
- El 21% de los pacientes están separados.....13
- El 20% de los pacientes está casado y convive actualmente con su pareja.....12.
- El 8% de los pacientes están divorciados.....5

Por sexo y estado civil obtendríamos que:

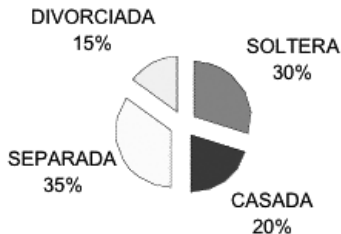
- El 60% de los hombres están solteros frente al 30% de las mujeres.
- El 20% de hombres y mujeres están casados.
- El 35% de las mujeres están separadas frente al 15% de los hombres.
- El 15% de las mujeres están divorciadas frente al 5% de los hombres.



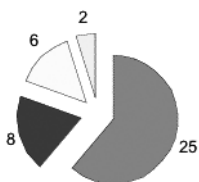
**ESTADO CIVIL HOMBRES**



**ESTADO CIVIL MUJERES**



**ESTADO CIVIL HOMBRES**

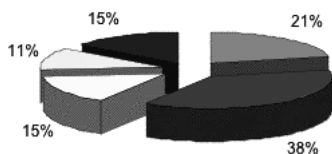
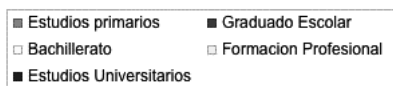


**6.4. VARIABLE NIVEL DE ESTUDIOS**

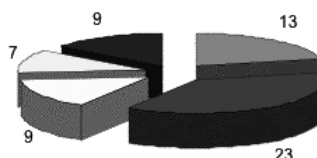
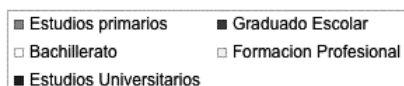
Los resultados obtenidos con relación a esta variable son:

- Trece pacientes tienen realizados los estudios primarios (hasta sexto de EGB.).....21%
- Veintitrés pacientes tienen el Título de Graduado Escolar.....38%
- Nueve pacientes han terminado el bachillerato.....15%
- Siete pacientes han realizado estudios de Formación Profesional, siendo tres los que han abandonado estos estudios.....11%
- Nueve pacientes han realizado estudios universitarios y están en posesión del título de diplomado (4) y licenciado(5).....15%

### NIVEL ESTUDIOS



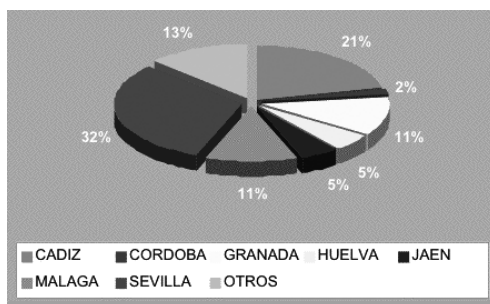
### NIVEL ESTUDIOS



### 6.5. VARIABLE PROVINCIAS

Por provincias obtenemos que los pacientes analizados pertenecen en gran parte a la provincia de Sevilla puesto que el dispositivo en el que se realiza el estudio esta situado en esta provincia.

- Diecinueve pacientes son de Sevilla.
- Trece pacientes son de Cádiz
- Siete pacientes son de Granada.
- Tres pacientes son de Málaga.
- Tres pacientes son de Jaén.
- Tres pacientes son de Huelva
- Un paciente es de Córdoba
- Ocho pacientes de distinta geografía que la andaluza, siendo Madrid con cuatro, Extremadura con tres y por ultimo La Rioja con un paciente que completan la muestra.

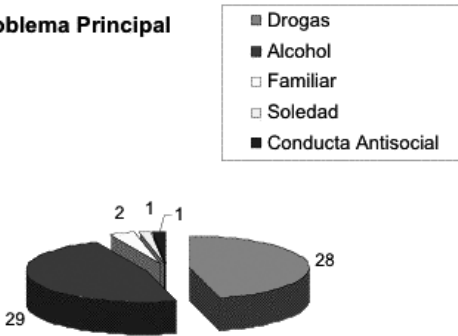


## 6.6 VARIABLE PROBLEMAS

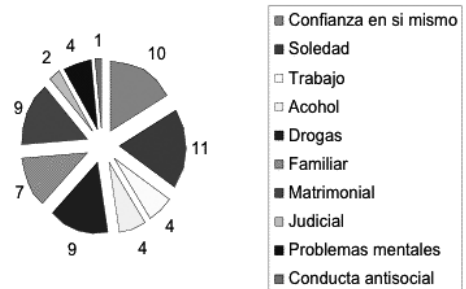
Los siguientes datos están recogidos en el MCMI-II para establecer cuales son para el paciente sus dos principales problemas, dando como resultado las siguientes oscilaciones de datos que se resumen en dos gráficos.

A primera vista se aprecia como para los pacientes el factor drogas con el 46% y alcohol con el 47% dentro de su primer problema dominan claramente. En el problema secundario la dispersión de varios problemas es lo más significativo, enumerando a continuación los siguientes datos, soledad con el 17%, confianza en si mismo 16%, matrimonial con el 15% y familiar con el 11% del total de la muestra como datos más significativos.

**Problema Principal**



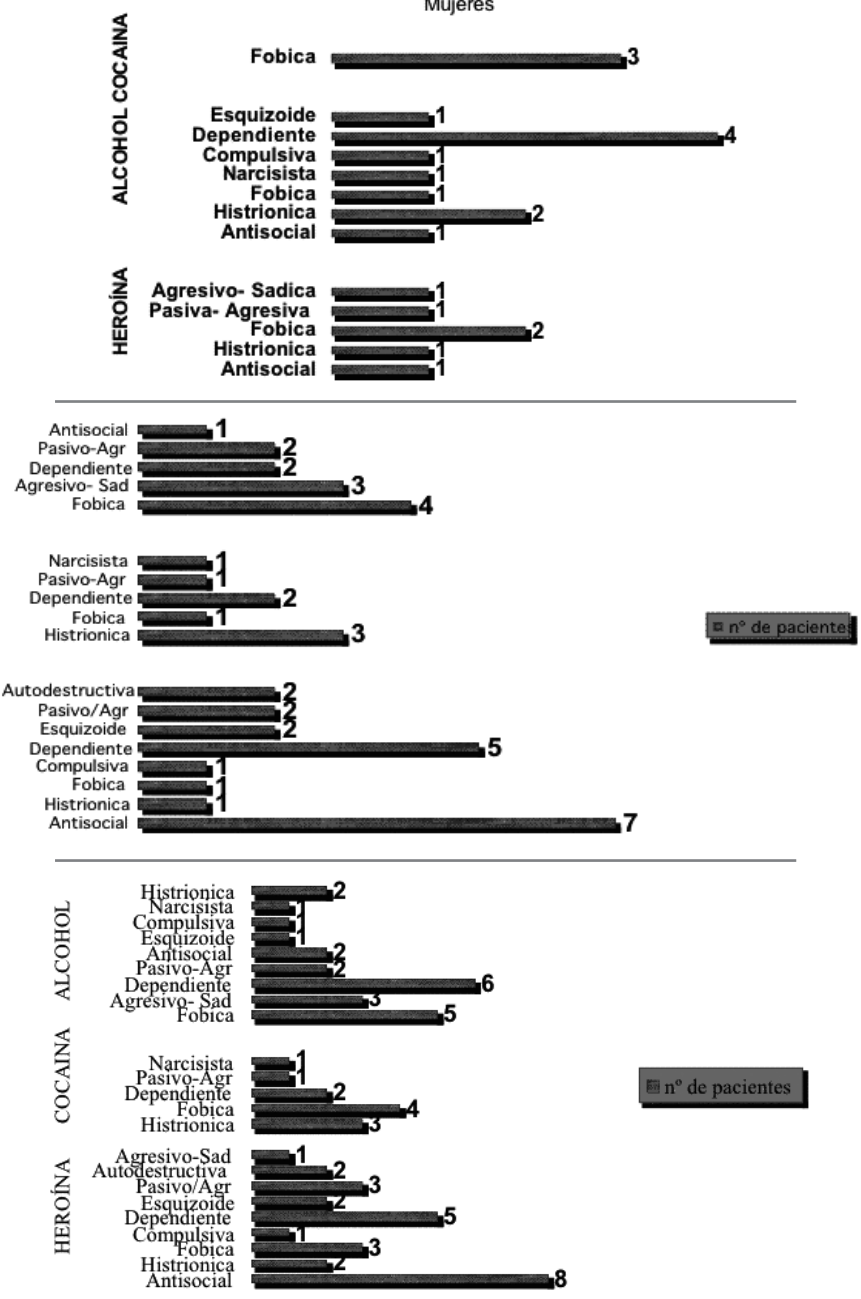
**Problema secundario**



## 6.7.VARIABLE TIPO DE TRASTORNO Y ABUSO DE SUSTANCIAS

La muestra obtenida no es significativa para establecer una causalidad entre tipo de trastorno de personalidad y droga de abuso, dado lo pequeño de esta. Obtenemos como significativo la relación entre las variables sexo (mujer), tipo de sustancia (alcohol) y Tipo de trastorno diagnosticado (trastorno de personalidad dependiente), mientras que en los hombres la heroína y el trastorno de la personalidad antisocial y el trastorno de la personalidad dependiente es el de mayor porcentaje

Mujeres



## 6.8.VARIABLE TIPO DE TRASTORNO EN HOMBRES

El trastorno que más se ha diagnosticado es el Dependiente, con ocho pacientes, seguido por los trastornos Pasivo-Agresivo y Antisocial con siete pacientes cada uno y tras ellos el trastorno Fóbico con seis pacientes diagnosticados.

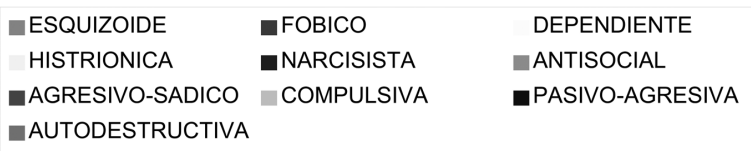
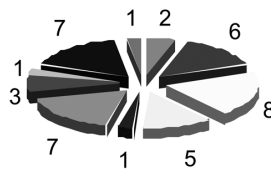
En porcentaje los resultados son los siguientes:

- Dependiente.....21% de la muestra.
- Pasivo-Agresivo.....17% de la muestra.
- Antisocial.....17% de la muestra.
- Fóbica .....15% de la muestra.

y en menor medida las siguientes escalas:

- Histriónica.....12% de la muestra.
- Agresivo- Sádica .....7% de la muestra.
- Esquizoide .....5% de la muestra.

Para concluir con las escalas Narcisista, Compulsiva y Autodestructiva con el 2% de la muestra.



Tras analizar los resultados obtenemos los siguientes resultados expuestos teniendo en cuenta que:

- El 75.6% de la muestra presenta un solo trastorno.
- El 24.4% de la muestra presenta dos trastornos.

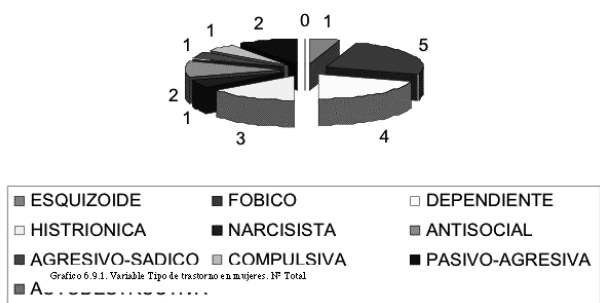
### 6.9.VARIABLE TIPO DE TRASTORNOS EN MUJERES

El trastorno que más se ha diagnosticado es el Fóbico con cinco pacientes, seguido del trastorno dependiente con cuatro pacientes y el trastorno histriónico con tres pacientes diagnosticadas.

- En porcentajes los resultados serian:
  - Fóbica.....25% de la muestra
  - Dependiente.....20% de la muestra
  - Histriónica.....15% de la muestra

Y en menor medida los trastornos de tipo Pasivo-Agresivo y antisocial (dos pacientes) con el 10% de la muestra cada uno, y finalmente los trastornos esquizoides, compulsivos y Agresivo-Sádico (un paciente) con el 5% de la muestra analizada.

**Tipos de trastorno/ mujeres**

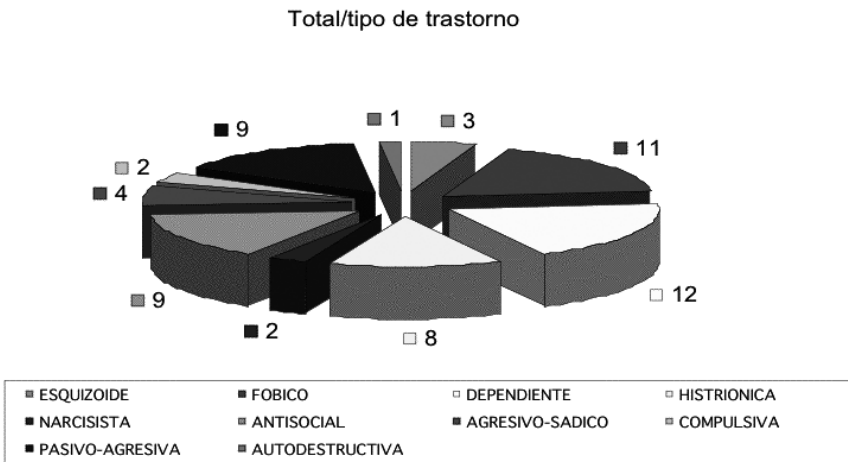


Tras analizar los resultados obtenemos los siguientes resultados expuestos teniendo en cuenta que:

- El 65% de la muestra presenta un solo trastorno.
- El 30% de la muestra presenta dos trastornos.
- El 5% presenta tres trastornos.

### 6.10 TIPO DE TRASTORNO TOTAL DE LA MUESTRA

El trastorno mas diagnosticado es el trastorno Dependiente con doce pacientes diagnosticados y el 19% de la muestra, seguido del trastorno Fóbico con once pacientes diagnosticados y el 18% de la muestra, a continuación le siguen los trastornos del tipo Pasivo- Agresivo y Antisocial con nueve pacientes diagnosticados y el 15% de la muestra, tras ellos el siguiente trastorno mas diagnosticado es el Histriónico con ocho pacientes diagnosticados y siendo el 13% de la muestra, a continuación y en menor numero de pacientes diagnosticados se encuentran el trastorno Agresivo –Sádico con cuatro pacientes y el 7% de la muestra, el trastorno Esquizoide con tres pacientes diagnosticados y el 5% de la muestra, los trastornos Narcisistas y Compulsivos con dos pacientes diagnosticados y el 3% de la muestra y finalmente el trastorno Autodestructivo con un paciente diagnosticado y representando el 2% del total de la muestra.



Tras analizar los resultados obtenemos los siguientes resultados expuestos teniendo en cuenta que:

- El 70.5% de la muestra total presenta un solo trastorno.
- El 27% de la muestra total presenta dos trastornos.
- El 2.5% de la muestra total presenta tres trastornos.

Esto nos lleva a observar el índice de solapamiento que tienen los distintos pacientes en cuanto a una posible psicopatología y la consecuencia que tendría en el tratamiento del mismo.

Todos los pacientes analizados reúnen estas condiciones:

- Pacientes ingresados en Comunidad Terapéutica en régimen interno.
- Estancia mínima de tres meses en tratamiento.
- Más de dieciocho años
- Más de tres meses abstinentes de sustancias

El perfil de estos resultados expuestos anteriormente destacaría como personas con mas predisposición a ser diagnosticado de un trastorno dual con relación a los hombres:

Paciente entre 21 y 30 años de edad, soltero, con un nivel de estudios medio (EGB) y que reconozca como su principal problema la dependencia a sustancias.

En cuanto a las mujeres:

Paciente entre 31 y 40 años de edad, separada, con un nivel de estudios superiores y que reconozca como su principal problema la dependencia a sustancias.

## 7. DISCUSIÓN CON OTROS ESTUDIOS

La Comorbilidad de los trastornos de la personalidad es uno de los temas que más interés despierta actualmente, por la posible influencia que ejercen en la evolución de otros trastornos mentales y en la posibilidad de que incrementen la vulnerabilidad individual a algunos de ellos e incluso, a patologías medicas.

142

Uno de los factores es el solapamiento de algunos síntomas en los actuales sistemas de clasificación, una predisposición en algunos pacientes afectados por trastornos de personalidad a desarrollar algunos síntomas o que algún trastorno psiquiátrico de otra categoría conduzca al desarrollo de una personalidad patológica. Determinados autores piensan que la Comorbilidad del denominado grupo A (paranoide, esquizoide, esquizotipico) se realizaría a expensas de los trastornos psicóticos, el grupo B (limite o borderline, antisocial, histriónico, narcisista) con el abuso de sustancias y el C (dependencia, evitación, obsesivo- compulsivo) con la depresión mayor y los trastornos de ansiedad. En este estudio en lo que se refiere a los datos anteriores el perfil que más se acerca a los resultados obtenidos son el trastorno antisocial, aunque dado que el estudio se centra mas en los trastornos de personalidad y no en los síndromes más severos no hay datos significativos como para discutir los resultados de dichos estudios.

### 7.1. Otros estudios analizados:

En cuanto a otros estudios he comparado el numero de la muestra, los instrumentos utilizados, el porcentaje total de posibles diagnósticos de trastornos de personalidad, la variable sexo y si los pacientes están en tratamiento interno o tratamiento ambulatorio.

Todas estas variables son las que tengo mas en cuenta por creer que son las que mas se ajustan a los objetivos propuestos en este estudio, si bien también tengo que considerar que los estudios discutidos son bastantes heterogéneos entre si aunque evalúen o tengan un mismo fin, la prevalencia de trastornos de personalidad en pacientes con trastornos por abuso de sustancias.

Por un lado la muestra estudiada considero que es baja (61), mientras que los estudios de José Ramón Muriel (30), Miguel Marset y col. (40) es menor y el estudio de Francisco Gil y Maria Viqueira es superior (85). En cuanto a los instrumentos todos los estudios han utilizado el MCMI-II, a excepción del estudio de Miguel Marset y col. Que han utilizado otras baterías de test como son el CIM-10, ASI. , SCL- 90 y el STAI/ MAS.

En lo que se refiere al porcentaje de prevalencia, los obtenidos en este estudio es del 70.5%, porcentajes parecidos a los demás estudios con un porcentaje del (80%), (71%) y (78%) respectivamente y la prevalencia en los trastornos obtenidos son: en el estudio de Francisco Gil y Maria Viqueira, los trastornos esquizoides, antisocial, pasivo- agresivo y el trastorno narcisista, en los resultados de Miguel Marset y col. Destacan los trastornos de tipo antisocial, limite, evitativo o fóbico y dependiente, y por ultimo en los resultados de José Ramón Muriel predominan los trastornos de tipo antisocial, pasivo- agresivo, autodestructivo e histriónico. En el estudio que se describe los trastornos mas diagnosticados son el trastorno Dependiente con el 19% de la muestra, seguido del trastorno Fóbico con el 18%, a continuación le siguen los trastornos del tipo Pasivo- Agresivo y Antisocial con el 15% y tras ellos el Histriónico con 13%.

En lo que se refiere a la variable sexo mencionar que en uno de los estudios la población era residente en un Centro Penitenciario para hombres, en otro no se especifica el sexo si otras variables, y en el estudio de Miguel Marset y col. Son 32 mujeres y ocho hombres, por tanto la variable sexo la incluyo por el sesgo que tiene y para así evaluar con mas consideración los datos y evitar su generalización.

## **8. CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos nos muestran la alta prevalencia en trastornos de personalidad de los pacientes ingresados en esta comunidad terapéutica, por lo que se debería intervenir o trabajar en las distintas áreas:

### *1. En el ámbito de grupo:*

Flexibilizar las actividades, adaptar el proceso normativo, modificar las responsabilidades y flexibilizar el horario.

2. *En el ámbito de grupo terapéutico:*

Ampliación del número de grupos, mayor frecuencia en las sesiones y menor duración de estas y llegar incluso a suspender o moderar los grupos de confrontación.

3. En el ámbito individual:

- Mayor disponibilidad del terapeuta de referencia, reforzar continuamente al paciente, establecer vínculos y psicoeducación.
- Reducción de estancia en C.T. y aumento de las visitas familiares así como el número de las figuras de apoyo.
- *Modificar el régimen de salidas.*

4. En el ámbito de equipo terapéutico.

- Realizar un ajuste de expectativas, reevaluaciones diagnósticas, reuniones frecuentes de coordinación e intervenciones continuas de motivación.
- Replantear el programa terapéutico, un mayor conocimiento de las manifestaciones del deterioro cognitivo, modificar el concepto de alta terapéutica, crear espacios para la reiteración de los nuevos aprendizajes y focalizar los esfuerzos en las necesidades del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Asociación de Psiquiatría Americana. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. DSM- IV. Masson. Barcelona.

González Saiz F.(1997). Patología Dual: entre la integración y la complementariedad. Proyecto, 24, 9-13.

Cabrera Forneiro J. (1998). Patología Dual. Ediciones Delos. Madrid

Cabrera Forneiro J. (1998). Patología Dual: Algo mas que un problema. Proyecto, 27, p 19-21.

Escohotado A. (2002). Historia General de las drogas. Alianza.

Casas M, Gossop M. 1993. Recaída y prevención de recaídas. Ediciones en Neurociencias. Barcelona.

Asociación americana de psiquiatría.(2000). Trastorno por uso de sustancias. Medical Trendes ed. Barcelona.

Galanter M, Kleber HD. (1997) .Terapia cognitiva de las drogodependencia. Masón. Barcelona

Goldstein A. 1995. Adicción. Ediciones en neurociencias. Barcelona

San Molina L, Casas M. (2002). Recomendaciones terapéuticas en patología dual. Ars Medica. Barcelona.

Duncan, A. (1.993). Trastornos duales: Drogodependencia y psicopatología. Prevalencia e implicaciones para su diagnóstico y tratamiento. Madrid: Instituto Complutense de drogodependencias.

Millon T. y George S. Everly. Jr (1985). La personalidad y sus trastornos. Barcelona. Martínez Roca.

Millon T. (1985) Inventario clínico multiaxial. Minneapolis.

Solomon J. Zimberg S. Y Shollar E. (eds). (1996). Diagnóstico dual. Neurociencias, SL. Barcelona.

Millon T. Y Davis R. (1998). Trastornos de personalidad. Mas allá del DSM-IV. Masson. Barcelona.

Rubio G., López- Muñoz, F. Y Alamo, C. (eds). Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. (2002). Madrid. Ed. Medica Panamericana.

Tejero A. Y Trujols J. Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína. (2003). Ars Medica. Barcelona

Iraugi I., González F. (2002). Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Aula Medica. Barcelona.

Rubio G, López-Muñoz F, Álamo C, Santo-Domingo J. 2002. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Panamericana . Madrid.

Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. 1999. Terapia cognitiva de las drogodependencia. Paidos. Barcelona.

Solomon, J.; Zimberg, S.; Shollar, E. (Eds) (1.996). Diagnóstico Dual: Evaluación, tratamiento, educación sanitaria y desarrollo de programas: Barcelona: Neurociencias.

Burant, D.; Liepman, M.R. y cols. (1.994). Trastornos de la salud mental y sus repercusiones en el tratamiento de las adicciones. En Fleming y Barry (Eds.). Guía clínica de los trastornos adictivos. 387-416. Madrid: Mosby/Doyma.

Belloch A. , Sandin B.y Ramos F. (1995). Manual de Psicopatología. vols. I y II. MC Graw Hill. Madrid.

Rubio Valladolid G. (2000). ¿Que es la patología dual?: Alteraciones de conducta y abuso de sustancias. Revista Española de Sanidad, Vol. 2; 3, 15-17.

Armentano, M.E. (1.997). Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los adolescentes con diagnóstico dual. Revista de Toxicomanías 10, 34-42.

Carcas, R. y col. (1.989). Estudio de las características de personalidad o esquemas de conducta asociados al consumo de heroína. Revista española de Drogodependencias 14 (4), 257-264.

Chappel, J.N. (1.995). Formación de residentes y estudiantes de medicina en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con diagnóstico dual. Revista de Toxicomanías, 3, 13-21.

Decker, K.P. Y Ries, R. (1.996). Diagnóstico diferencial y psicofarmacología de los trastornos duales. Revista de Toxicomanías, 6, 10-18.

Morera, A.; Heney, M. y col. (1.996). Adicción a drogas y psicopatología. Revista anual de psiquiatría. 12 (3), 117-120.

Surribas, C. (1.993). Posibilidades de predicción clínica de conductas auto y heteroagresivas en pacientes adictos a opiáceos con diagnóstico de trastorno límite de personalidad. Revista de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Barcelona. 20 (2) 85-89.

Szerman, N. Y Delgado, F. (1.994). Diagnóstico dual, medicación y objetos transicionales en el abordaje psicoterapéutico de las drogodependencias. Adiciones 6(1), 5-14.

Cancrini L., Nocerino S. (2000). Patología Dual en Comunidad Terapéutica: Una experiencia de trabajo. Proyecto, 33, p 5- 14.

148 Garre A., Díaz P., Sabates A. (2001). Patología Dual: Nuevos retos: Diagnósticos e incidencia en los centros de proyecto hombre. Proyecto, 38, p 16-20.

Ruiz, R.; Marcos, C. y col. (1.996). Estudio sobre la incidencia y valor pronóstico del codiagnóstico psiquiátrico en usuarios de una Comunidad Terapéutica. Gaceta 1-2, 38-46.

Guardia, J.; Prat, G.; Casas, M. (1.994). Trastornos psicóticos asociados al alcoholismo. En Casas, Gutiérrez y San Molina (ED.) Psicopatología y alcoholismo. 431-478. Barcelona: Neurociencias.

Calar, M.J. Y Madoz, V. (1.990). Papel de un Centro de Salud Mental en la atención a toxicómanos. XVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. 215-220.

Franco, M.D. (1.997). Comorbilidad: Aspectos metodológicos y nosológicos. II Jornadas Autonómicas Socidrogalcohol Andalucía. 139-142. Sevilla.

García Barrachina M. J. (1999). Manejo psicofarmacológico del paciente con patología dual e infección por VIH. Conferencia Nacional sobre SIDA y drogas. p 71-73.

VI Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. (1999). Centro provincial de drogodependencias de Cádiz.