

Tratamiento médico - psiquiátrico de los trastornos de personalidad en adictos

Pilar Blanco, Clara Fernández, Cruz Rivas y Carlos Sirvent

Fundación Instituto Spiral

Resumen

El tratamiento médico de los trastornos de la personalidad en adictos suele ser un ineludible complemento para la viabilidad de la intervención psico y socioterapéutica. En no pocas ocasiones una certera farmacoterapia es definitiva para el éxito terapéutico.

Mediante un doble estudio cualitativo y cuantitativo, se exponen las claves del acierto prescriptivo. Se efectuó una revisión de 260 historias de pacientes tratados psicofarmacológicamente y filiados en la clasificación CIE-10 como trastorno por uso de sustancias con trastorno psíquico y/o de la personalidad asociado. Para el estudio cualitativo se celebraron sucesivas reuniones de equipos mixtos (médico, psiquiatra, ATS y psicólogos) al objeto de analizar, en un prolijo y exhaustivo estudio, las contingencias asociadas al tratamiento farmacológico. El estudio cuantitativo se aplicó a 121 casos elegidos aleatoriamente a quienes se les efectuó un análisis comparativo entre adictos con trastornos de personalidad comparado con trastorno mental solo o asociado a t. de personalidad utilizando una entrevista clínica semiestructurada que incluía un inventario de los síntomas psiquiátricos más frecuentes en adicciones y las escalas de impresión clínica global CGI de Guy y de evaluación psiquiátrica breve BPRS de Overall y Gorham.

Se incluyeron 3 evaluaciones según el tratamiento (o no) que portaban al ingreso, modificación significativa o clave durante el tratamiento (o no), y tratamiento al alta. Se anotaron las posibles causas de involución o mejora. En definitiva, las claves terapéuticas (incluido el concurso de la psicoterapia). Se presentan los resultados y –lo que es más importante- la definitiva propuesta de tratamiento según agrupaciones sindrómicas

Palabras Clave

Adicción. Drogodependencia. Trastorno de personalidad. Sociopatía. Caracteropatía. Tratamiento psicofarmacológico. Tratamiento psiquiátrico. Intervención. Tratamiento. Farmacoterapia.

— Correspondencia a: _____
Fundación Instituto Spiral.
c/ Marqués de Valdeiglesias, 2. 28004 Madrid.
Tf. 915220707. mail: pbz@institutospiral.com – web: www.institutospiral.com



Summary

Medical treatment for personality disorders in addicts is an often unavoidable complement for the viability of psychotherapeutic and sociotherapeutic intervention. On many occasions an accurate pharmacotherapy is definitive for therapeutic success.

By means of a qualitative and quantitative double study, the keys to prescriptive accuracy are exposed. 260 histories of psychopharmacologically treated patients, classified according to CIE-10 with substance abuse disorders with associated psychic and/or personality disorders were reviewed. The qualitative study was carried out through successive meetings of mixed teams (medical, psychiatric, ATS and psychologists) with the objective of analysing the contingencies associated with pharmacological treatment, in an extensive exhaustive study. The quantitative study was applied to 121 randomly chosen cases in which a comparative analysis was carried out between addicts with personality disorders and those with mental disorders alone or associated to personality disorders. A clinical semistructured interview was used and included an inventory of the most common psychiatric symptoms in addictions as well as the Guy CGI scales and Overall and Gorham's BPRS.

Three evaluations were included according to the treatment (or not) upon admission, significant or key modifications during treatment (or not), and treatment upon discharge. The possible causes of regression or improvement, in short, the therapeutic keys (including psychotherapeutic), were noted. The results, and –most importantly-- the definitive treatment proposal according to syndromic grouping, are presented.

Key Words

Addiction. Drugdependence. Personality Disorder. Sociopathology. Characterpathology. Psychopharmacological Treatment. Psychiatric Treatment. Intervention. Treatment. Pharmacotherapy.

Résumé

Le traitement médical des dérangements de la personnalité en dépendants a l'habitude d'être un complément incontournable pour la viabilité de l'intervention psico et sociothérapeutique. Dans non peu d'occasions une pharmacothérapie précise est définitive pour le succès thérapeutique. Grâce á une double étude qualitative et quantitative, les clefs de la réussite prescriptive sont esposées. Il y a eu une révision de 260 histoires de patients traités avec filiation dans la classification CIE-10 comme dérangement par usage de substances avec un dérangement psychique et(ou) de la personnalité associé. Pour l'étude qualitative on a célébré des réunions successives d'équipes mixtes (un médecin, un psychiatre, un professionnel de la santé et un psychologue) afin d'analyser,



dans une étude exhaustive et prolixe, les contingences associées au traitement pharmacologique. L'étude quantitative a été appliquée à 121 cas choisis au hasard à qui une analyse comparative leur a été effectuée entre des dépendants avec dérangements de la personnalité par rapport au dérangement mental seul ou associé avec dérangements de la personnalité en utilisant une entrevue clinique semiestructurée qui comprenait un inventaire des symptômes psychiatriques les plus fréquents en toxicomanies et les échelles de l'impression clinique globale CGI de Guy et d'évaluation psychiatrique brève BPRS d'Overall et Gorham.

Il comprenait 3 évaluations selon le traitement (ou pas) porté à l'admission, la modification significative ou clef pendant le traitement (ou pas), et le traitement final. On a noté les causes possibles d'involution ou amélioration. En bref, les clés thérapeutiques (y compris le concours de la psychothérapie). Les résultats sont proposés et - ce qui est plus important - la proposition définitive de traitement selon groupements syndromiques

Mots Clés

Dépendance. Toxicomanie. Dérangement de la personnalité. Sociopathie. Caractéropathie. Traitement psychopharmacologique. Traitement psychiatrique. Intervention. Traitement. Pharmacothérapie.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad (TP) en sujetos adictos es considerado un complemento sustancial y muchas veces imprescindible de la intervención psicosocial, que es la nuclear. Dicho tratamiento es básicamente *sintomático* y *sindrómico*. La Asociación Americana de Psiquiatría (2001) propone ordenar el abordaje farmacológico siguiendo un esquema de tres dimensiones sintomáticas: síntomas afectivos, cognitivos y de impulsividad-descontrol conductual. Muller, Roger T., 1997, acerca de lo controvertido del tratamiento farmacológico en pacientes con TP concretan que "el objetivo del tratamiento son los síntomas que surgen de vulnerabilidades biológicas subyacentes y no del trastorno de personalidad en

sí mismo". En el trastorno de personalidad antisocial los síntomas característicos que pueden responder a los fármacos son las conductas impulsivas y violentas. Gunderson (2001) propone guiarse por el o los síntomas más sobresalientes. Siguiendo el modelo de subtipos de pacientes limítrofes sugerido por Oldham (2001) quienes mayor beneficio obtendrían del tratamiento farmacológico serían aquellos con preponderancia de síntomas afectivos, impulsivos y agresivos.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Algunas *consideraciones clínicas* (Blanco y Sirvent, 2007) acerca del tratamiento farmacológico de sujetos adictos son:

El incremento de respuestas *refractarias*, *resistentes* y *paradójicas* respecto a población



adicta convencional. Es decir la medicación obra un efecto menor (necesidad de incrementar dosis) o extraño cualitativamente.

Necesidad de aumento cuantitativo por tener una **mayor tolerancia** (suelen portar más medicación).

Los síndromes depresivos **disfóricos** son tanto o más frecuentes que los tristes y confunden clínicamente al terapeuta al ser la irritabilidad un equivalente hipotímico.

El **incumplimiento** o **indisciplina terapéutica**, como comprobaremos en el estudio clínico que se presenta es un arduo y a veces irresoluble problema. Los efectos indeseables de algunos psicofármacos (anticolinérgicos por ejemplo en los neurolepticos) favorecen el abandono del tratamiento, también el anhelo de un efecto terapéutico inmediato provoca claudicación si el tiempo de latencia es alto, cosa que ocurre frecuentemente por ejemplo con los antidepresivos. Así Links, Steiner, Boiago, & et al. 1990 informan del elevado índice de abandono de los tratamientos en sujetos con TP de los cuales nada menos que un 43 % no completaban los 6 meses. González Marín, E.; Fernández Martín, L. C.; Alonso Sardón, M en una muestra de 134 pacientes encontraron un 33,6% (45) de los pacientes incluidos en el estudio mantenían incumplimiento.

En oposición a la negativa a tomar medicación, otro problema de signo opuesto al anterior es la **iatrogenia** que se manifiesta clínicamente, por ejemplo, en forma de impregnación medicamentosa. Al igual que un efecto colateral indeseado ahuyenta del tratamiento, un efecto placentero o de bienestar refuerza la automedicación, lo que es frecuente con fármacos ansiolíticos, hipnóticos y –en menor medida– antidepresivos. A ello contribuye la multiprescripción (polifarmacia) en no pocos

casos inducida por el propio médico, cuando la tendencia actual es hacia la monoterapia o prescripción lo más simplificada posible. Mazaira S., y Wikins S. dicen que la nueva indicación siempre se suma a las anteriores, nunca las sustituye y muy rara vez se revisa el esquema completo. Zanarini, 2004 afirma que una de las causas más frecuentes de iatrogenia en el tratamiento de los pacientes limítrofes es la polifarmacia.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

I.- Generalidades

¿Qué peso específico tienen los TP en la prescripción psiquiátrica? Montejo, A. L. Majadas y otros (2006) analizan los patrones de prescripción de antipsicóticos en psiquiatría, encontrando que los antipsicóticos (APS) clásicos se prescribieron en el trastorno bipolar (20,6%), esquizofrenia (18,3%) y trastorno delirante (11,5%). Los APS atípicos se prescribieron fundamentalmente en esquizofrenia (31,5 %), trastorno bipolar (12,5 %) y otros trastornos psicóticos (8,9 %). Se utilizaron APS «fuera de indicación» en el 32,8 %, incluyendo depresiones resistentes, trastorno obsesivo-compulsivo grave y trastorno límite de la personalidad. Los motivos de prescripción más frecuentes para los APS clásicos fueron el control de síntomas psicóticos (33,6 %), agresividad-agitación (31,3 %), insomnio severo (16 %), impulsividad (6,9%) y ansiedad severa (6,1 %). Los APS atípicos se utilizaron preferentemente en el control de síntomas psicóticos (58,8%) y agresividad-agitación (25,5%). Para Davison, 2002, O'Connor y Dyce, 2001 la medicación no parece eficaz más que para



los síntomas individuales. Por ejemplo, el litio para el tratamiento de la conducta agresiva; anticonvulsivos para la inestabilidad emocional, irritabilidad e impulsividad; antipsicóticos en el tratamiento del trastorno esquizotípico y ansiolíticos para el trastorno evitativo. Schatzberg, De Battista, (2004) en los TLP proponen antipsicóticos convencionales a dosis bajas con buen resultado. Sin embargo, la continuación de tratamiento con haloperidol a dosis mínimas no fue más eficaz que el placebo en dichos TLP. Al parecer los APS convencionales tienen efecto estabilizador sobre la irritabilidad, la labilidad del estado de ánimo y la impulsividad, disminuyendo además la ansiedad. Son útiles en las etapas iniciales del tratamiento. Aconsejan evaluar el riesgo -en tratamientos prolongados- de aparición de discinesias tardías.

En TLP con conductas de auto y heteroagresividad se mostraron útiles la risperidona y la clozapina (Benedetti y col 1998, Frankenfur 1993 y Chengappa 1999). La olanzapina reduce la inestabilidad afectiva de estos pacientes y la autoagresividad a la vez que potencia los efectos antidepresivos de los ISRS, siendo el principal efecto secundario el incremento ponderal. La ziprasidona puede ser una buena alternativa en estos casos por ser su aplicación prolongada menos perjudicial y además por sus efectos estabilizadores del ánimo.

2.- Trastorno de personalidad asociado a adicción. Datos generales para las distintas formulaciones farmacoterápicas

Como se verá a lo largo de este texto, la mayoría de autores abordan el tratamiento biológico de los TP en base a los síntomas y síndromes más relevantes, entendiendo como síndrome una agrupación sintomática significa-

tiva. En nuestra experiencia con sujetos adictos afectados de TP, encontramos en 121 casos estudiados, que la triada sintomática más frecuente es: síntomas de ansiedad y depresión con irritabilidad y dificultad para controlar los impulsos con toxicofilia y trastornos comportamentales (ver más adelante). En el estudio que conforma la segunda parte de este trabajo se presentan datos concretos sobre la clínica de estos pacientes. Pero a los efectos que ahora interesan (tratamiento farmacológico) los trastornos, síndromes y síntomas más frecuentes que constituirán el grueso de este bloque (ver debajo **constelaciones sindrómicas y sintomáticas más frecuentes**). El TLP se abordará en primer lugar por representar la más significativa y frecuente patología que además sirve de parangón para el tratamiento de los demás TP. Incluiremos además otros procesos sindrómicos que juzgamos de interés. En definitiva, desarrollaremos los siguientes tratamientos farmacológicos:

1. Trastorno límite de personalidad
2. Síntomas impulsivos. Agresividad y la conducta violenta
3. Depresión en adictos con trastorno de la personalidad
4. Psicosis en adictos con trastornos de personalidad
5. Ansiedad y sus subtipos y el insomnio en adictos con trastornos de personalidad
6. Estabilizadores del ánimo o eutimizantes y fármacos anticraving

3.- Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad

Chávez L.E. y Ontiveros Uribe, M.P. (2006) encuentran, referido al TLP, resultados positivos en las dimensiones motora y cognitiva



de la impulsividad y la agresividad, no así en la impulsividad no planeada. Respecto al tratamiento elegido, los ISRS son útiles para disminuir la irritabilidad y la agresividad y, en menor grado, la depresión (fluoxetina) y la labilidad emocional (fluvoxamina). Los antipsicóticos (haloperidol y olanzapina) disminuyen en algún grado los síntomas depresivos, la impulsividad y la agresividad. Los anticonvulsivantes (carbamazepina, valproato y topiramato) mejoran los síntomas depresivos y el control sobre la agresión. A partir de una revisión de ensayos clínicos controlados se puede concluir que los pacientes con trastorno límite de personalidad en quienes la auto y heteroagresividad y la disforia crónica forman parte de la problemática sobresaliente debe iniciarse tratamiento con un neuroléptico atípico o (como segunda opción) un anticonvulsivante, quedando la clozapina y el litio para los casos resistentes. Cuando predomina la depresión, la ansiedad o la impulsividad, es mejor usar, como primera opción, un ISRS. Segunda opción serían los antidepresivos tricíclicos y, como último recurso, un IMAO. Debe iniciarse el tratamiento a dosis bajas y aumentarlas progresivamente sin cambiar o agregar medicamentos antes de haber esperado un lapso razonable. La fluoxetina se ha mostrado útil para síntomas borderline como depresión, impulsividad, fenómenos obsesivo-compulsivos y bulimia. Las dosis usadas son superiores a 40 mg. diarios (Norden MJ, 1989) (Hull JW, 1993). (Markovitz, Calabrese, Schultz, & Meltzer, 1981). (Cornelius, Soloff, Perel, & Ulrich, 1991; Teicher MH, 1990).

Soler, J.; Campins, M. J.; Pérez Solá et al, (2001) ensayan una propuesta de tratamiento combinado en pacientes diagnosticados de TLP utilizando olanzapina, y psicoterapia grupal cognitivo-conductual orientada a los siguientes objetivos específicos: conflictos

interpersonales, labilidad afectiva, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y confusión de la identidad. Schulz, S. Charles; Camlin, Kelly L. (2000) revisan los estudios sobre el uso, en el trastorno de la personalidad borderline (TPB), de los nuevos antipsicóticos y concluyen que los resultados son prometedores y que los nuevos medicamentos pueden ofrecer incluso algunas ventajas (p. ej. en los síntomas afectivos) siendo igual de efectivos que los antipsicóticos tradicionales, pero sin los efectos secundarios extrapiramidales.

4.- Tratamiento farmacológico de los síntomas impulsivos

Cervera M., G.; Rubio V., G.; Haro Cortés, G.; Bolinches Claramontes (2001) estudian la comorbilidad existente entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad, así como en las dificultades de su jerarquización diagnóstica y orientación terapéutica, encontrando que existen varios aspectos psicobiológicos comunes entre estos trastornos, destacando la dimensión impulsiva de la personalidad, importante para los trastornos del control de los impulsos y los trastornos relacionados con el uso de sustancias, y determinados neurotransmisores, como el sistema serotoninérgico. La orientación terapéutica debe basarse en la sustancia y el trastorno de la personalidad, sin descartar el tratamiento de la impulsividad que frecuentemente presentan. Hollander, 1999; Trestman, 2001) recomiendan los ISRS como fármacos de primera elección.

Cuando el comportamiento está severamente afectado y pone en riesgo al paciente, se puede agregar un antipsicótico (típico o atípico) en bajas dosis (haloperidol 1 a 2 mg,



trifluoperazina 2 a 6 mg, olanzapina 2,5 a 10 mg, risperidona 1 a 2 mg) al esquema farmacológico, lo que se asocia con una respuesta generalmente rápida (Rocca, 2002; Parker, 2002; Chengappa, 1999). Otra estrategia de potenciación utilizada en estos casos es el agregado de carbonato de litio cuando la respuesta al ISRS es parcial (del mismo modo que en la potenciación del efecto antidepressivo) (Gunderson, 2001). En pacientes con comportamientos autoagresivos y automutilaciones se han empleado los antipsicóticos atípicos, especialmente clozapina, a dosis promedio de 50 mg/d, bastante más bajas que en la esquizofrenia resistente, (Benedetti, 1998). También se evaluó con cierto éxito la eficacia de la naltrexona, un antagonista opioide, para bloquear la analgesia y la euforia asociadas al comportamiento autoagresivo y a la posterior liberación de opioides endógenos (Roth, 1996; Simeon, 2001).

5.- Tratamiento farmacológico de la agresividad y la conducta violenta

Los trastornos de la personalidad asociados a trastornos relacionados con sustancias y trastornos mentales graves fueron estudiados por Volavka J., Citrome L., Huertas D., (2004) que revisaron el comportamiento agresivo, de agitación y hostilidad. Emplearon pautas parenterales de ziprasidona y olanzapina en el tratamiento de la agitación y la agresión agudas. La función de la clozapina como agente antiagresivo queda bien establecida, especialmente en los pacientes hospitalizados. También se presenta evidencia de la eficacia de la risperidona, la olanzapina, la quetiapina y el aripiprazol. Los antiepilépticos y el litio se utilizan con frecuencia para controlar la agresión, pero su eficacia no está fundamentada en pruebas sólidas. Las benzodiazepinas tienen

cierta utilidad en el control de la agitación aguda, pero no se recomienda su administración a largo plazo en cuadros de agresión persistente. Hay pruebas que demuestran los efectos antiagresivos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y de diversos agentes hormonales con acción antiandrogénica. Los bloqueadores betaadrenérgicos y el tratamiento electroconvulsivo no se suelen utilizar en la práctica clínica para el control de la agresión, aunque pueden ser abordajes terapéuticos eficaces.

Pascual, J. C.; Madre, M.; Puigdemont, et al. (2006) estudian la agitación psicomotriz como una situación frecuente en urgencias de psiquiatría con una prevalencia aproximada del 10%. Los diagnósticos más frecuentes fueron trastorno psicótico (48%) y trastorno de la personalidad (24%). Aunque no hay consenso, las benzodiazepinas, antipsicóticos típicos y más recientemente, los atípicos han demostrado una eficacia similar. En su estudio, el 39% requirió contención física y el 52% aceptó el tratamiento por vía oral. El haloperidol fue el fármaco más utilizado por vía oral y la olanzapina por vía intramuscular. Juan Manuel Bernad Polo (2003) recomienda, respecto al tratamiento de la violencia, si la agitación es leve o moderada, benzodiazepinas como loracepam 1-2 mg o diacepam 5-10 mg **per os**. Si hay conducta violenta puede utilizarse un neuroléptico como haloperidol (5 mg cada 30 minutos según las necesidades). Si el paciente está gravemente agitado o violento recomienda una benzodiazepina paratental como diacepam o loracepam (si se dispone i.m.) Puede asociarse haloperidol por vía i.m. o i.v. repitiendo la dosis cada 20-30 minutos añadiendo una benzodiazepina si el paciente no responde. Finalmente afirma que las benzodiazepinas son de elección en el tratamiento



del síndrome de abstinencia por alcohol, dado que la utilización de neurolépticos disminuiría el umbral de las crisis epilépticas. Arana G. y Rosebaum J., refiriéndose a la psicosis aguda, indican que las causas más frecuentes son la exacerbación aguda de psicosis subyacente, psicosis aguda, depresión con rasgos psicóticos, manía, abuso y abstinencia de sustancias (alcohol, psicoestimulantes), fármacos anticolinérgicos, L- dopa y otros, secundario a causas médicas (encefalopatía, metabopatías, etc). Para el tratamiento afirman ser claves los AP atípicos estableciendo un plazo de control de 4 a 20 semanas. Añaden BDZ si no se controla la agitación. En la manía aguda emplean menos de 10 mg día de haloperidol o 6 de risperidona. En el t. esquizoafectivo aplican la misma pauta, y si no mejora, clozapina (ver mas adelante controles hemáticos de la clozapina). Si coexiste agitación, empleo asociado de loracepam parenteral. Respecto al tratamiento a largo plazo siempre que sea posible, AP atípicos, y si no es posible el control, administran AP depot: decanoato de flufenazina empezando por dosis bajas (5-12 mg), manteniendo luego con 12,5 mg cada 15 días.

En el trastorno explosivo intermitente diversos autores (Fearnley 2002) recomiendan anticonvulsivantes tipo carbamazepina como coadyuvante terapéutico. Se ha encontrado una reducción significativa en la frecuencia de autolesiones en los pacientes tratados con flupentixol depot frente a placebo (Hawton 2002). Los pacientes en los que los síntomas afectivos están en primer plano (labilidad, afectiva, sensibilidad al rechazo, ira inapropiada, pozos depresivos y explosiones temperamentales) pueden beneficiarse con el tratamiento con un antidepresivo perteneciente al grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación

de serotonina (ISRS) (Rinne, 2002). La duración mínima "recomendada" de un ensayo con un ISRS será de 12 semanas, y las dosis diarias son las mismas que se utilizan para el tratamiento de la depresión. Si la respuesta no es adecuada, se podrá cambiar por otro fármaco del mismo grupo, ya que la falta de respuesta a una de estas drogas no predice la falta de respuesta a otra (American Psychiatric Association, 2001).

Si los síntomas afectivos se acompañan de ansiedad, se deberá considerar, con especial cautela, el agregado de una benzodiazepina, aunque al acompañarse su efecto ansiolítico de un efecto desinhibitorio, pueden disminuir el umbral de adopción de conductas impulsivas. El alprazolam, por ejemplo, ha sido relacionado con conductas automutilatorias, violencia física e ingesta de sobredosis en este tipo de pacientes (Cowdry, 1988). Si fuera necesario administrar una benzodiazepina, es recomendable elegir una de semivida más prolongada, como el clonazepam, ya que existen informes de casos en los cuales este ha sido beneficioso como medicación coadyuvante para el tratamiento de los síntomas de ansiedad, impulsividad o violencia (Trestman, 2001; American Psychiatric Association, 2001). Cuando los síntomas de inestabilidad emocional adquieren la modalidad de la desinhibición y la ira intensa, también los ISRS ocupan el papel central del tratamiento farmacológico, y es interesante recordar aquí que el efecto sobre este tipo de síntomas suele aparecer más rápido (a los pocos días) que el efecto antidepresivo. Varios ensayos controlados contra placebo, contra antidepresivos tricíclicos o con haloperidol demostraron que los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) también son eficaces para tratar la impulsividad, la reactividad del estado de ánimo, la sensibilidad al rechazo,



la hostilidad, la ira, la depresión con síntomas atípicos y la "disforia histeroide" (Soloff, 1993; Parsons, 1989; Cowdry, 1988), aunque son antidepresivos de segunda línea en esta patología. Los estabilizadores del ánimo son también fármacos de segunda línea para el tratamiento de la inestabilidad afectiva de los pacientes **borderline**. Los más estudiados son el litio, la carbamazepina y el ácido valproico, pero es el último el que parece acumular más evidencia favorable (Frankenburg, 2002; Hollander, 2001).

6.- Tratamiento de la depresión en adictos con trastorno de la personalidad

Schatzberg y De Battista (2005) postulan que con los antidepresivos tricíclicos (ADT), venlafaxina, mirtazapina e IMAO-reversibles se obtienen remisiones más completas que con los ISRS. Las depresiones atípicas responden mejor a los IMAO, aunque se reservan para resistentes a tratamiento. La depresión melancólica responde mejor a los ADT y a la combinación fluoxetina- olanzapina. Dichos autores aseguran que los hombres responden mejor a los ADT y los toleran mejor en tanto que en las mujeres van mejor los serotoninérgicos. A este respecto proponen venlafaxina, duloxetina, reboxetina o ADT a varones e ISRS a mujeres. Respecto a la duración del tratamiento cabe esperar hasta 6 semanas en obtener respuesta y 6-12 meses mínimo de mantenimiento del mismo. Así, la imipramina durante 2 años previno recidivas de la depresión mayor mejor que el litio (otros estudios mostraban lo contrario). Deben mantenerse dosis terapéuticas en ADT (200 mg/ día imipramina) o dosis bajas de ISRS.

¿Sobre qué síndromes y subsíndromes depresivos actúan los AD de interés en los trastornos de personalidad?

El **síndrome depresivo** consiste en síntomas anímico- afectivos, del control de los impulsos (auto, heterolítico), comportamentales (motivación, placer, intereses, fatigabilidad), neurovegetativos (sueño, apetito, peso, deseo sexual) y cognitivos (atención, tolerancia a frustración, memoria, distorsión negativa). El **subsíndrome de deficiencia de NA**: déficits en la atención, memoria y concentración, bradipsiquia, fatiga, hipotimia. Respecto al **subsíndrome de deficiencia de serotonina**: hipotimia, ansiedad, angustia o pánico, fobia, obsesiones y compulsiones. Indicaciones de los ISRS: la principal indicación es la depresión mayor; también se prescriben en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el trastorno de la conducta alimentaria (en especial la fluoxetina aunque también en t. de ansiedad, angustia, fobia social, TAG) y el trastorno por estrés postraumático (aquí recomiendan la paroxetina). La interrupción de ISRS produce malestar; náuseas y cefaleas y se presenta entre 2 y 7 días después de la retirada.

AD tricíclicos: La mayoría son bloqueadores mixtos de la serotonina y noradrenalina. La clorimipramina es más potente como ISRS, sin embargo otros (maprotilina, nortriptilina) son más selectivos para la norepinefrina que para la serotonina. Sus efectos secundarios se deben al bloqueo de los receptores colinérgicos muscarínicos (retención urinaria, sequedad de boca, estreñimiento, y visión borrosa), receptores H1 histamínicos (aumento de peso y sedación) y receptores α 1. Respecto a acciones terapéuticas, son moduladores alostéricos de la recaptación del neurotransmisor.

Los IMAO reversibles se utilizan como tratamiento alternativo de los t. de ansiedad, t. de pánico y fobia social.

COMBINACIONES SINÉRGICAS DE ANTIDEPRESIVOS (sugeridas por Schatzberg, De Battista y Cole, 2005):



- ISRS + trazodone (mejora agitación e insomnio. Es la estrategia más utilizada).

- Algunos ISRS (venlafaxina a dosis bajas) + nefazodona.

- Especialmente útil es la asociación ISRS (venlafaxina más usado) + antipsicóticos atípicos (potencia eficacia de la depresión no psicótica refractaria al tratamiento).

- En la depresión psicótica parece especialmente útil la asociación de perfenazina y amitriptilina.

7.- Tratamiento de la psicosis en adictos con trastornos de personalidad

Stephen Stahl (2002) señala que los antipsicóticos (AP) atípicos se comportan como antagonistas o bloqueantes dobles dopaminérgicos D2 y serotoninérgicos 5HT_{2A}. Este segundo efecto se opone al primero pero no resta (al parecer) efectividad antipsicótica por mantenerse la acción bloqueante en la vía mesolímbica, aunque consigue neutralizar los efectos indeseables bloqueando los receptores D2 en las restantes vías dopaminérgicas. En consecuencia, no provocan síntomas extrapiramidales ni empeoran los síntomas negativos como ocurre con los AP convencionales. Además AP atípicos parece que neutralizan los síntomas negativos (S-) de la esquizofrenia mejor que los AP convencionales. También reducen los síntomas afectivos y cognitivos de la esquizofrenia, concluye el autor:

La clozapina es el atípico de referencia y el más poderoso clínicamente sobre la psicosis, si bien se reserva para casos refractarios por sus efectos secundarios (agranulocitosis, que tiene una tasa de un 1%). Arana G. y Rosebaum J. (2002) sugieren para el tratamiento con clozapina: hemograma semanal durante 6 semanas, luego quincenal. El período máximo

de riesgo se sitúa entre las semanas 4 y 18^a. La pauta posológica empieza por 12,5-25 mg/24h hasta dosis máximas de 300-450 mg (se han llegado a dar 900 mg). Se recomienda disminuir lentamente la dosis pues el cambio a otro AP (por ejemplo, risperidona) suele provocar síntomas psicóticos de rebote (s. de abstinencia). Es eficaz en el t. esquizoafectivo y t. bipolar resistente al tratamiento convencional.

La olanzapina: es polivalente y muy empleada en tratamientos de mantenimiento. Útil en las fases maníaca y depresiva del t. bipolar. Aunque no es sedativa tiene el inconveniente del incremento ponderal. Se ha informado de una escasa aparición de discinesias tardías. Arana G. y Rosebaum J la consideran más eficaz que el haloperidol en síntomas negativos y de parecida validez en positivos.

La risperidona tiene un perfil mixto, atípico a dosis bajas y "butirofenónico o convencional" a dosis más altas, llegando a producir extrapiramidalismo. Eficaz en síntomas positivos, actuando sobre los síntomas negativos mejor que los AP convencionales. También se emplea en las fases maníaca y depresiva del t. bipolar, provocando menor ganancia de peso que otros atípicos al no bloquear los receptores H1. Para aplicarla se recomienda una subida gradual desde 1 mg. En EEUU emplean dosis media de 4mg/ día. En psicosis esquizofrénicas la cantidad óptima es de 6mg día. Dosis mayores de 8 mg día no suelen ofrecer ventajas. Estudios a medio-largo plazo no han objetivado aparición de discinesias tardías. Útil en el tratamiento de la manía aguda y en la prevención de ambas fases del t. bipolar.

La ziprasidona tiene una estructura química peculiar; antagonista 5HT_{1D} y bloqueante de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (NA). No provoca ganancia de peso, y posee cierta acción ansiolítica y antidepressiva



en esquizofrénicos y bipolares. Parece eficaz en los síntomas positivos, mejorando también los negativos.

La quetiapina es ineficaz a dosis bajas por lo que se precisan dosis mínimas de 300 mg. Se empieza por 150- 800 mg. iniciales y 300- 600 como rango teórico, empezando con dosis bajas por la sedación. Tiene una corta vida media por lo que requieren 3 tomas, dando dosis mayores por la noche.

Perfiles similares: zotepina (con propiedades de inhibición de recaptación NA de potencial antidepressivo), amisulpiride de estructura benzamídica, el sertindol, aripiprazol, agonista D2 presináptico.

Los antipsicóticos convencionales tienen un interesante efecto antihistamínico que refuerza el poder hipnótico caso de ser necesario. La acción neuroléptica (inhibición psicomotriz y conductual) también es interesante en casos de agitación psicomotriz y productividad delirante. Su principal mecanismo de acción es el bloqueo de los receptores dopaminérgicos D2 y antihistamínicos H1, lo que provoca somnolencia y aumento de peso, en tanto que el efecto bloqueante adrenérgico α_1 induce hipotensión ortostática y mareo, y el bloqueo muscarínico anticolinérgico es el responsable de efectos neurovegetativos como sequedad de boca, estreñimiento y embotamiento mental. El corrector parkinsoniano y de los SEP inducidos por AP convencionales más empleado en EEUU es la benzotropina, no disponible en España. En nuestro medio el más empleado es el biperideno.

8.- Tratamiento farmacológico de la ansiedad y sus subtipos y el insomnio en adictos con trastornos de personalidad

La mayor parte de tratados de psicofarmacología advierten contra el empleo de

ansiolíticos benzodiazepínicos (BDZ) por su potencial adictivo y el uso automedicativo que no pocos usuarios hacen de ellos, máxime si padecen trastorno de la personalidad y encima son drogo-dependientes. Sin embargo, en el ámbito residencial son una poderosa arma terapéutica que –bien aplicada– no presenta problemas ni síndrome de retirada. Individualizando la aplicación en régimen ambulatorio los derivados BDZ también son un excelente recurso. Las benzodiazepinas logran un alivio casi inmediato de la ansiedad consiguiendo estabilizar a corto plazo los síntomas de los diferentes subtipos ansiosos (ver a continuación). También neutralizan la tensión que acompaña a los AD (incluidos ISRS). En t. de angustia resistentes a ISRS o venlafaxina da buen resultado la olanzapina.

Para los subtipos de la ansiedad: fobia social, t. de pánico, t. de ansiedad generalizada (TAG) y t. obsesivo compulsivo (TOC), el tratamiento de primera línea son los ISRS y dentro de ellos la venlafaxina, aprobada también para el TAG. También puede ser útil la administración a dosis bajas de AP (25 mg. clorpromazina o 0,5 mg de haloperidol, o 2,5 mg de olanzapina) dos o tres veces al día en cantidades equivalentes al acostarse para inducir el sueño, aunque es preferible y son más eficaces los antidepressivos tricíclicos (ADT) y los ISRS. Los AP se reservan a estados ansiosos resistentes.

Veamos los siguientes matices:

TOC: ISRS a dosis inicial algo mayor que para depresión. Frecuente asociación al clonazepam, por ser potenciador directo de la serotonina, aunque en nuestro caso no lo empleamos por ser la BDZ con mayor potencial convulsivo post supresión. Cuando se presenta TOC y t. personalidad (esquizotípica o esquizoafectiva) son útiles los AP.



Fobias: agorafobia y fobia social. Se recomienda paroxetina.

T. de pánico: ISRS de elección. 2-8 semanas de latencia. Dosis iniciales menores que para la depresión endógena. También los IMAO reversibles. Las BDZ se indican como coadyuvantes para eliminar la ansiedad y los ataques de pánico.

Los ansiolíticos serotoninérgicos (buspirona), tienen el problema del retardo de la acción clínica. Se emplea sobre todo en EEUU en sujetos con ansiedad crónica, adictos y ancianos.

Ansiolíticos noradrenérgicos: la clonidina se emplea para neutralizar la componente noradrenérgica de la ansiedad (taquicardia, midriasis, diaforesis y temblor), útil además en desintoxicaciones de alcohol, opiáceos y dependencia de BDZ, pero ineficaz en los aspectos emocionales y subjetivos de la ansiedad, además produce hipotensión.

9.- Insomnio

Los sujetos adictos suelen tener insomnio rebelde y refractario a medicamentos hipnóticos convencionales. Una buena higiene de sueño es necesaria (acostarse y levantarse siempre a la misma hora, no dormir ni dormir por el día, etc.) No obstante, durante los días iniciales de tratamiento, máxime en ámbito residencial, es importante un descanso reparador para lo cual no dudamos en emplear una dosis de ataque que luego retiramos o sustituimos paulatinamente sin problema alguno. En cuanto a los preparados, proporciona un excelente resultado la asociación de un antihistamínico con una benzodiazepina. Especialmente útil es la alimemazina. También se emplea con éxito la hidroxizina. El zaleplon es el más recomendado por autores

americanos al ser de rápido inicio (máxima concentración en 1h) y duración breve (1h) y no tener estructura BDZ.

Ejemplo: **insomnio muy rebelde** que precisa dosis de ataque (por ejemplo adicto acostumbrado a elevadas dosis de medicamentos con una gran carga de ansiedad):

Flunitrazepam (FNZ), 1-2 mg solo o asociado a alimemazina 10-15 gotas. Como alternativa al FNZ empleamos triazolam 0,5 mg solo o asociado a alimemazina. En insomnios de conciliación es incluso preferible por su menor vida media y más rápido inicio de acción. Hay que mantener esta pauta durante 3-4 días y empezar inmediatamente la sustitución. Dosis de sustitución: disminuir flunitrazepam (o en su caso triazolam) conservando alimemazina y permutar aquel con zaleplon hasta que quede como único preparado o asociado a 8-10 gotas de alimemazina. Así otros 5 días más, luego se retiran las gotas a razón de una diaria hasta que quede únicamente zaleplon. Procurar no mantenerlo más de 3-4 semanas (muy útil además de disminuir dosis, administrarlo en cápsulas de gelatina y dar placebo 1 semana después de suspender el hipnótico). Si se prefiere emplear lormetazepam en lugar de zaleplon, la pauta es como sigue: Disminuir flunitrazepam (o en su caso triazolam) manteniendo alimemazina y permutar aquel con lormetazepam hasta que quede como única BDZ a dosis de 2 mg asociada a 8-10 gotas de alimemazina. Misma pauta de reducción que con el zaleplon o permutar lormetazepam por zaleplon y seguir el paso anterior para la reducción.

10.- Estabilizadores del ánimo o eutimizantes y fármacos anticraving

Los altibajos psíquicos son connaturales a la naturaleza humana, los biorritmos marcan



secuencias cíclicas que todos experimentamos. Muchos trastornos cursan con puntos de inflexión evolutivos en forma de inestabilidad, ciclación, bipolaridad, brote, etc. que requieren intervención. Los denominados estabilizadores del ánimo o eutimizantes forman un variopinto repertorio farmacológico que con desigual fortuna se emplean para neutralizar dichas inflexiones evolutivas. El carbonato de litio se emplea para los episodios agudos de manía e hipomanía y previene episodios recurrentes. También para los ciclos depresivos en pacientes bipolares. Los antiepilépticos tienen una eficacia discutida como eutimizantes: la carbamazepina fue el primer anticonvulsivante que se aplicó como eutimizante interfiriendo en los canales iónicos (Na, K, Ca) interfiriendo los movimientos del sodio. El ácido valproico inhibe los canales de Na y Ca. La lamotrigina inhibe canales de sodio y la liberación del glutamato. Informes sugieren que puede ser útil para episodios depresivos y t. afectivos en general. Respecto a los denominados antiepilépticos de última generación, la gabapentina modula directamente el receptor GABA y reduce los niveles de glutamato; hay estudios que sugieren que puede ser útil en la fase maníaca del t. bipolar. La pregabalina también se emplea como estabilizador del e. de ánimo. El topiramato potencia la función GABA y reduce la función glutamato, prescribiéndose como estabilizador del ánimo. En nuestra experiencia no hemos verificado la utilidad de estos fármacos que además son muy caros.

ESTUDIO

1.- Objetivo

Partimos de la hipótesis, respecto a los trastornos de personalidad de sujetos drogodependientes de que la farmacoterapia

representa un eficaz instrumento terapéutico, a veces definitivo, y un coadyuvante imprescindible de la psico y socioterapia en aquellos sujetos subsidiarios de tratamiento activo, como –por ejemplo– los que padecen comorbilidad en el eje I.

El objetivo fundamental de este estudio ha sido determinar no solo la utilidad de la farmacoterapia cuando esta parece indicada, sino averiguar las claves terapéuticas para la resolución favorable de los trastornos de la personalidad en adictos incluido el concurso de la psicoterapia. Al mismo tiempo se pretende identificar las posibles causas y/ o factores de mejora, estancamiento o involución a lo largo del tratamiento al objeto poder establecer unas líneas generales de actuación farmacológica con estos sujetos.

2.- Metodología

2.1.- Muestra

La muestra consta de un total de 121 pacientes de ambos sexos, elegidos aleatoriamente entre un total de 260 pacientes tratados psicofarmacológicamente y filiados en la clasificación CIE-10 como trastorno por uso de sustancias con trastorno psíquico y/o de la personalidad asociado, que han realizado tratamiento en la Fundación Instituto Spiral, durante un periodo mínimo de 30 días, en los siguientes regímenes asistenciales: residencial, centro de día, centro ambulatorio. De los 121 pacientes 55 (45,5%) tenían diagnóstico DSM IV de trastornos en el eje I, 55 (45,5%) tenían trastornos en el eje II y I I (91,) en eje I y II.

2.2.- Instrumento

Se emplearon los siguientes instrumentos diagnósticos: 1) Entrevistas clínicas (realizadas



por psiquiatra, médico, ATS y psicólogos) 2) Escalas de evaluación psiquiátrica breve BPRS de Overall y Gorham. 3) Escalas de impresión clínica global CGI de Guy 4) Evaluación de la respuesta terapéutica.

2.2.1.- Las entrevistas clínicas donde se recoge la sintomatología psiquiátrica que presenta el sujeto, clasifican 11 ítems o grupos sindrómicos. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 4 (0 ausencia del síntoma, 4 muy intenso). La sintomatología se valora en 4 momentos evolutivos del proceso: al ingreso, tras la primera pauta farmacológica prescrita en el centro, durante el tratamiento de mantenimiento y al alta.

A continuación se describen los grupos sindrómicos evaluados:

- Trastornos del comportamiento: irritabilidad, agresividad, impulsividad, comportamiento antisocial vs
 - Ansiedad: ansiedad, angustia, fobia social
 - Disgripnia: insomnio
- Trastornos cognoscitivos: déficit atención, memoria y concentración
- Trastornos del pensamiento : paranoia, desconfianza, suspicacia, celotipia, obsesiones
- Déficit o aislamiento social: capacidad reducida para las relaciones personales, inadaptación, aislamiento
- Trastornos de la afectividad: embotamiento, aplanamiento afectivo, frialdad emocional vs labilidad afectiva y emocional y bruscos cambios de humor
- Trastornos del estado de ánimo: tristeza, apatía, anhedonia
 - Desorganización mental
 - Toxicofilia: craving, toxicofilia
 - Trastornos somatomórfos: hipocondría

2.2.2.-Se efectuó una revisión de las pautas farmacológicas prescritas a lo largo de todo el proceso terapéutico estableciendo 4 cortes, 1 ingreso, 2 primera pauta prescrita en el centro, 3 tratamiento de mantenimiento y 4 tratamiento al alta. Se estudian 7 agrupaciones farmacológicas.

- Antipsicóticos convencionales y atípicos
- Eutimizantes y Antiepilépticos
- Ansiolíticos benzodiazepínicos y no BDZ
- Hipnóticos BDZ y no BDZ
- Antidepresivos convencionales, ISRS y otros
- Agonistas/Anticraving
- Otros psicofármacos

2.2.3.- Se evalúa la respuesta terapéutica, con valores que van del 1 al 7 donde 1 es mucho mejor, 2 moderadamente mejor, 3 levemente mejor, 4 sin cambios, 5 levemente peor, 6 moderadamente peor y 7 mucho peor.

2.2.4.- Se aplicaron las escalas de impresión clínica global CGI de Guy con 18 ítems en Likert de 5 valores, de 0 a 4, que proporcionan una puntuación global (0-9: ausencia de trastorno, 10-20: trastorno leve o "caso y > 20 trastorno grave o "caso cierto").

2.2.5.-Escalas de evaluación psiquiátrica breve BPRS de Overall y Gorham que nos permite evaluar la gravedad de la enfermedad y la mejoría global, en cada uno de los cortes establecidos, en función de tratamiento médico pautado.

2.3 Variables

- 1) Variable Dependiente:
 - Sintomatología presente en cada uno de los cortes establecidos



- Fármacos pautados
- Respuesta farmacológica
- EBEP
- Gravedad de la enfermedad
- Mejoría global

2) Variables Independientes:

- Diagnóstico positivo CIE 10. Para el estudio empleamos la DSM IV, por su utilidad en la diferenciación entre Eje I y Eje II.

3.1.- Descripción de la muestra

Componen la muestra 121 sujetos, 85 varones (70,25%) y 36 mujeres (29,8%), con edades comprendidas entre los 19 y los 53 años (edad promedio 34 años) que al ingreso venían diagnosticados con trastornos en el eje I y/o II asociado al consumo de sustancias (Ver Tabla I). En la escala breve de evaluación psiquiátrica aplicada al ingreso, el 83% de los sujetos de la muestra puntúan por encima de 20, siendo la media de 29,5 considerándose como trastorno grave o caso cierto. En la ICG cerca del 72% se consideran como marcada o gravemente enfermos. En ambas

escalas no existen diferencias significativas entre ambos ejes.

En el eje I el diagnóstico más frecuentemente encontrado correspondió a los trastornos del estado de ánimo, 31,6% varones y 50 % de las mujeres, y a los trastornos psicóticos, con un porcentaje importante de estos debido a psicosis tóxicas, 44,7% varones y 14,3% mujeres. (Ver Tabla II). Nótese también los t. de ansiedad con un 7,9% de varones y 21,4% de mujeres.

En lo que se refiere al eje II el trastorno límite de la personalidad y el trastorno antisocial son los diagnósticos más habituales en ambos sexos (Tabla III). La droga(s) principal(es) más frecuente por el que demandaron tratamiento fue la cocaína y/o alcohol y el tiempo medio de estancia en el tratamiento fue de 204 días, no existiendo en ambos aspectos diferencias significativas entre varones y mujeres ni entre eje I y eje II. Donde si observamos diferencias significativas ($p < 0,01$) es al comparar el motivo de alta en el eje I y eje II, siendo más frecuentes las altas voluntarias o las expulsiones del tratamiento en aquellos pacientes diagnosticados de trastornos de la personalidad.

Tabla 1.

Diagnóstico al ingreso

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Trastornos en el Eje I	55	45,5
	Trastornos en el Eje II	55	45,5
	Trastornos en el Eje I y II	11	9,1
	Total	121	100,0



Tabla 2.

Tabla de contingencia Diagnóstico Eje I al Ingreso * sexo

% de sexo		sexo		
		Varón	Mujer	Total
Diagnóstico Eje I al Ingreso	Trastorno de ansiedad	7,9%	21,4%	13,6%
	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	44,7%	14,3%	31,8%
	Trastornos del estado de ánimo	31,6%	50,0%	39,4%
	Trastornos de conducta alimentaria		10,7%	4,5%
	Trastornos adaptativos o neurosis		3,6%	1,5%
	Trastorno por deficit de atención con hiperactividad	15,8%		9,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 3.

Tabla de contingencia Diagnóstico Eje II al Ingreso * sexo

% de sexo		SEXO		
		Varón	Mujer	Total
Diagnóstico Eje II al Ingreso	Ttno paranoide de la personalidad	4,0%		3,0%
	Ttno antisocial de la personalidad	30,0%	25,0%	28,8%
	Ttno limite de la personalidad	58,0%	62,5%	59,1%
	Ttno de la personalidad por evitación	4,0%		3,0%
	Ttno de la personalidad por dependencia		6,3%	1,5%
	Ttno de la personalidad obsesivo-compulsivo	4,0%		3,0%
	Otro ttno de la personalidad		6,3%	1,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	



3.2.- Análisis de los datos

3.2.1 Inicio del tratamiento

Contrastando la sintomatología que presentan al ingreso los pacientes de los ejes I y/o II encontramos que los sujetos con trastorno de la personalidad presentan mayor porcentaje de alteraciones comportamentales ($p < 0,02$) y alteraciones cognoscitivas ($p < 0,01$) mientras que los sujetos con trastornos en el eje I presentan un mayor porcentaje de alteraciones en el estado de ánimo ($p < 0,01$) (39,4 %) (Gráfica I).

Si la comparación sintomática la realizamos entre los trastornos psicóticos (TPS), los trastornos del estado de ánimo (TEA) y los trastornos de personalidad (TP), las diferencias son mucho más evidentes en casi todos los bloques sindrómicos, a excepción de la ansiedad y las alteraciones en la esfera afectiva que puntúan alto en los 3 casos. (Gráfica II).

En la gráfica III podemos comprobar como casi todos los sujetos de la muestra, ingresaban con tratamiento médico psiquiátrico previo, siendo la familia de los antidepresivos (especialmente los ISRS) los fármacos más utilizados por los especialistas, sobretodo en los TEA y también en los TPS (un 83%) y en los TP (un 53%). A los antidepresivos le siguen en el orden de frecuencia los ansiolíticos (un 58%) y los neurolépticos (un 52%). Como podremos ver más adelante muchos de los pacientes venían bajo los efectos de una severa impregnación farmacológica, la cual podría deberse en parte a la automedicación o a la predisposición de estos sujetos a la sobreingesta farmacológica y, en parte, a la tendencia a ir añadiendo fármacos si la evolución no complace al terapeuta. En otro orden

de cosas, es llamativo que aunque cerca del 80% de los casos tenían un nivel de ansiedad elevado al inicio del tratamiento, únicamente el 58% tenía prescrito un ansiolítico o equivalente antiansioso aunque, como referimos en el apartado anterior, pudiera ser debido a que antes del ingreso dicha ansiedad o no existiese o permaneciera amortiguada por el consumo de sustancias.

3.2.2 Tras el 1º tratamiento pautado en el centro

Comparando las gráficas IV y V, observamos que en las pautas farmacológicas prescritas en el centro es notable una reducción importante de antidepresivos y eutimizantes en ambos ejes a la par que un incremento de ansiolíticos y anticraving, fundamentalmente en los TP. Obsérvese el aumento de la prescripción de hipnóticos en los t. del estado de ánimo que supone una reducción importante de la sintomatología en casi todos los sujetos, especialmente aquellos que presentan alteraciones en el eje II, a excepción de las alteraciones de la esfera afectiva y el déficit o aislamiento social, más acusado aún si cabe en el eje II que en el I.

La respuesta terapéutica a estos primeros cambios en la medicación es mucho más favorable en los TP (Ver gráfica VI); en el eje I se produce una gran mejoría en los trastornos psicóticos y leve mejoría en los t. del estado de ánimo.

Si tuviésemos que aventurar la causa de esta mejoría, descartando por supuesto la abstinencia de sustancias psicoactivas, podríamos atribuirlo, en todos los casos, pero más acentuado aún en los TP, a la reducción de los antidepresivos y antiepilépticos y al incremento concomitante o instauración de ansiolíticos y fármacos anticraving.



3.2.3 Tratamiento de mantenimiento

Al analizar el 3º corte en el estudio, cuando el sujeto permanece estabilizado sintomáticamente mediante tratamiento farmacológico de mantenimiento, podemos comprobar como algo más del 70% de los sujetos de la muestra precisan mantener la medicación para conseguir dicha estabilidad, sobre todo los pacientes con TP. Los fármacos más utilizados en este momento evolutivo son los antiepilépticos y ansiolíticos en los TP y, los neurolépticos en los trastornos del eje I (Ver gráfica VII).

Observando la gráfica VIII constatamos la reducción tan importante de la sintomatología en todos los grupos sindrómicos evaluados permaneciendo incluso asintomáticos en alguno de ellos.

En este momento evolutivo, a diferencia del anterior, la respuesta es favorable de forma muy significativa en ambos ejes, aunque como hemos podido constatar en todos los resultados del estudio y en cualquiera de los momentos evolutivos la respuesta siempre es más desfavorable en los sujetos que tenían trastornos en ambos ejes (Gráfica IX).

Al aplicar la escala EBEP en este corte solamente el 10,7% del total de la muestra presenta trastorno grave (o caso cierto) frente al 84,3% al inicio del tratamiento. En la ICG, la escala de la mejoría global únicamente el 6,6% no presenta cambios y todos ellos pertenecientes a sujetos con trastornos en el eje I.

3.2.4 Alta

En el momento del alta (alta terapéutica en un 78%) la mayor parte de la población de la muestra del estudio se mantiene asintomáti-

ca, exceptuando las alteraciones de la esfera afectiva en los sujetos con TP, que en alguno de los casos llega a ser considerable aun en el momento del alta. (Gráfica X).

Para lograr dicha estabilidad –además el concurso psicoterápico y/o medidas socio-terapéuticas- es preciso mantener el tratamiento psicofarmacológico en 43% de los pacientes con trastornos en el eje I y en el 65% con trastornos en el eje II. La combinación farmacológica más utilizada en este corte en el eje I son los neurolépticos y ansiolíticos en el eje I – dado que en este momento evolutivo el 53% de los sujetos con trastornos del eje I presentan trastornos psicóticos- y neurolépticos, ansiolíticos y antidepresivos en el eje II. (Gráfica XI).

Aquí, como en el corte anterior, la respuesta terapéutica al tratamiento psicofarmacológico es muy favorable (de forma significativa) en ambos ejes, incluso ligeramente superior en los trastornos del eje II (Gráfica XII).

En la escala breve de evaluación psiquiátrica (EBEP) en el momento del alta, únicamente un 3,3% de los sujetos puntúan por encima de 20 (trastorno grave o caso cierto), siendo la media de 6,9 (ausencia de trastorno). En la ICG cerca del 34% se consideran como marcada o gravemente enfermos frente al 72% de los casos al inicio del tratamiento pero aquí si que encontramos diferencias significativas entre ambos ejes ($p < 0,02$). Mientras que en el eje I se sigue considerando como marcada o gravemente enfermo al 27,3% de los casos, en el eje II se eleva al 38,5 %. Comparando la respuesta terapéutica a lo largo de todo el proceso en los dos ejes podemos comprobar en la gráfica XIII que la respuesta al tratamiento médico en ambos ejes es buena (recordemos que el rango de respuestas va de "1" (mucho mejor) a "7", (mucho peor)

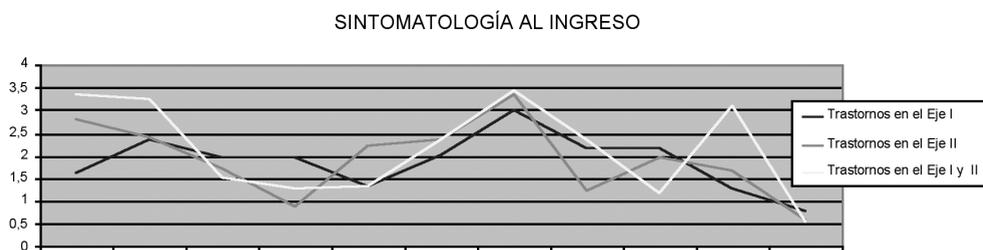


aunque, si cabe, la respuesta es todavía más satisfactoria para los trastornos del eje II que los del eje I, lo que se hace más patente al inicio del tratamiento.

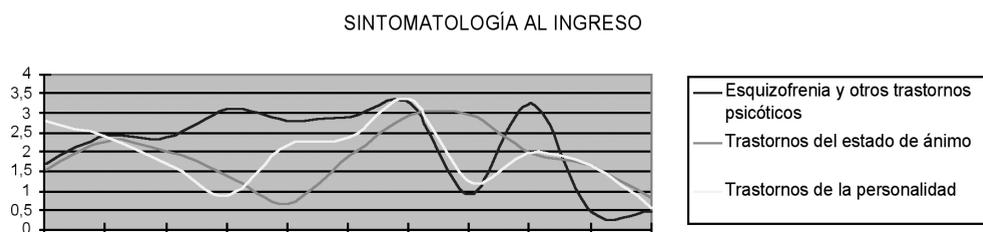
En el momento del alta de 66 sujetos que al ingreso presentaban trastorno en el eje I únicamente 28 seguían presentándolo, teniendo una resolución satisfactoria el 100% de los trastornos de ansiedad, el 78% de los trastor-

nos del estado de ánimo y cerca del 24% de los trastornos psicóticos (lógico, ya que eran casos en su mayoría crónicos). Respecto al eje II, 2 de las mujeres que inicialmente no tenían un diagnóstico de TP fueron diagnosticadas del mismo a lo largo del proceso, una de TLP y otra de t. histriónico. Además 1 varón, que inicialmente tenía un diagnóstico de psicosis tóxica fue diagnosticado a lo largo del proceso de t. esquizoide de la personalidad.

Gráfica 1.



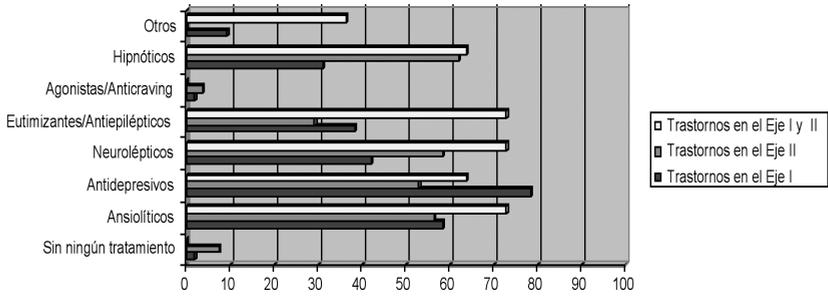
Gráfica 2.





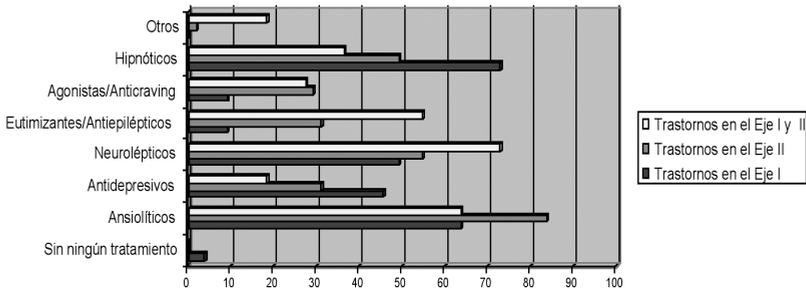
Gráfica 3.

TRATAMIENTO PAUTADO ANTES DEL INGRESO



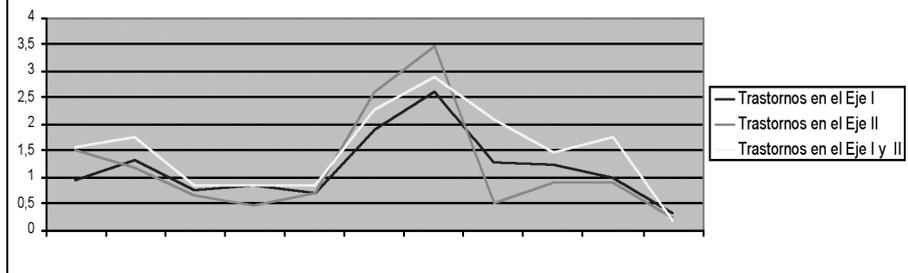
Gráfica 4.

1º TRATAMIENTO PAUTADO EN EL CENTRO



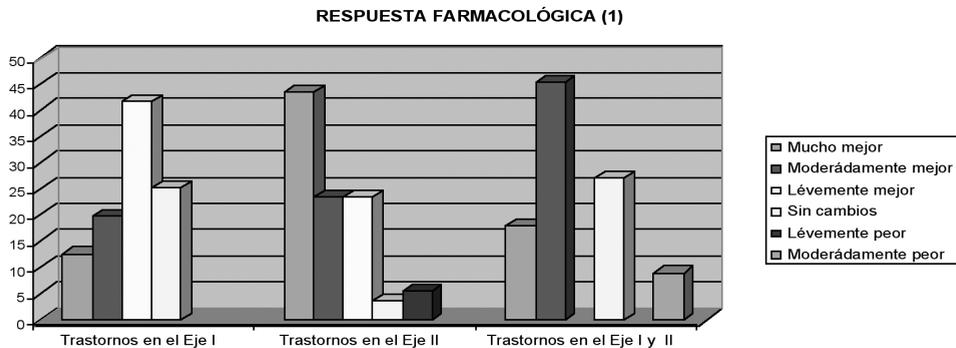
Gráfica 5.

SINTOMATOLOGÍA TRAS LAS 1º PAUTAS CENTRO

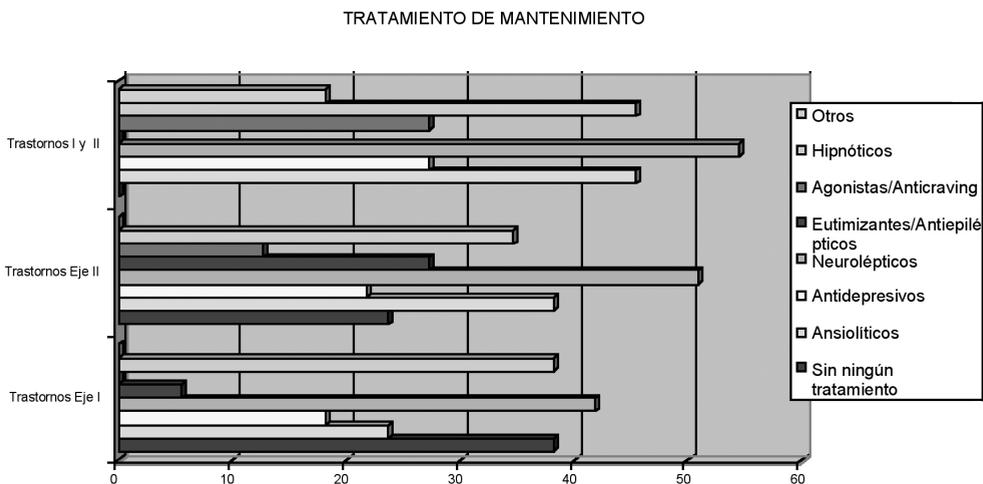




Gráfica 6.



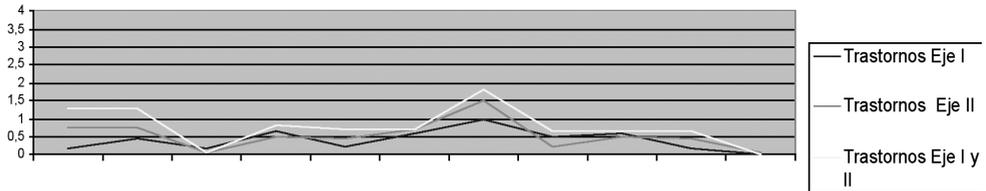
Gráfica 7.





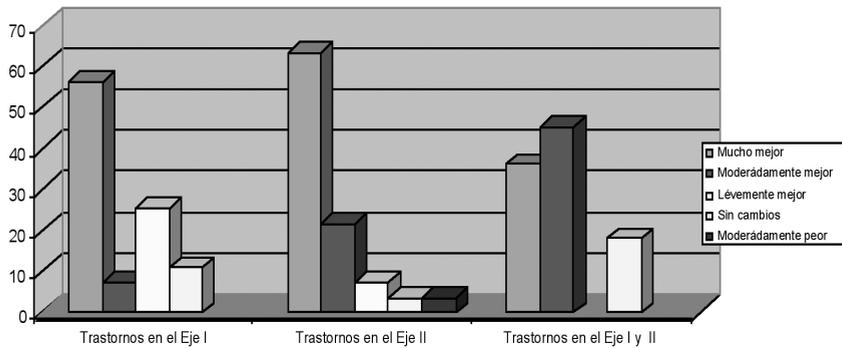
Gráfica 8.

SINTOMATOLOGÍA CON EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO



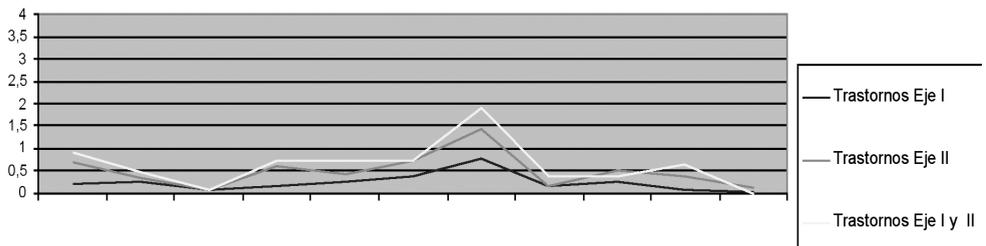
Gráfica 9.

RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO



Gráfica 10.

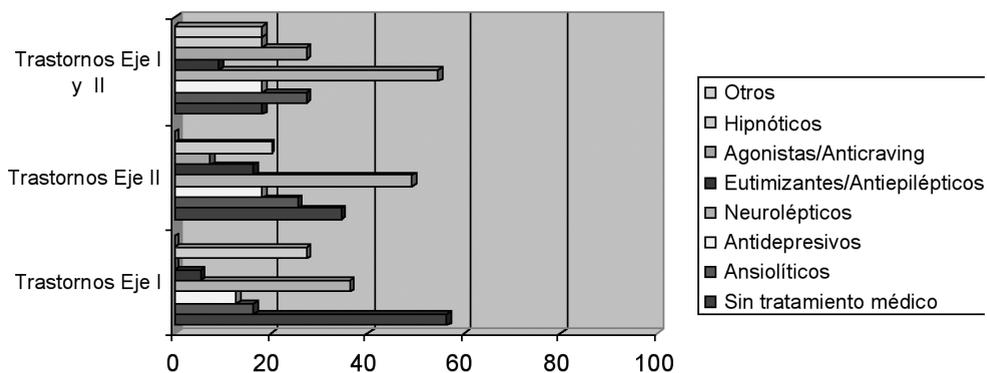
SINTOMATOLOGÍA AL ALTA





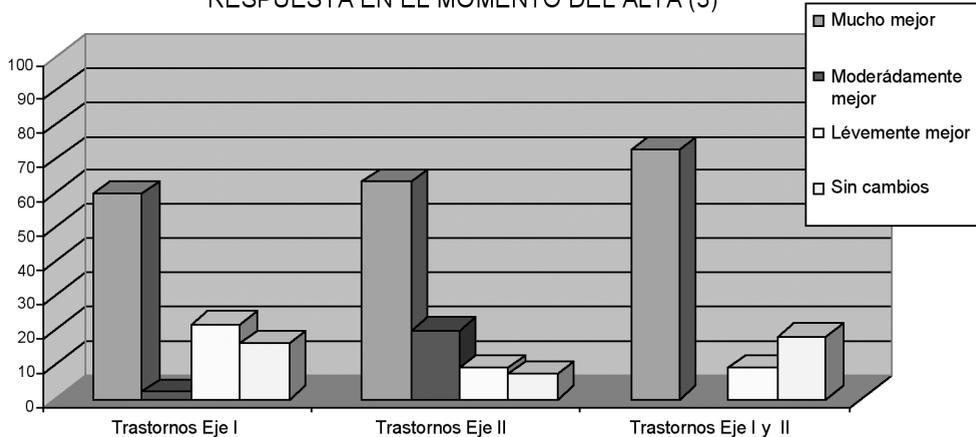
Gráfica 11.

TRATAMIENTO AL ALTA



Gráfica 12.

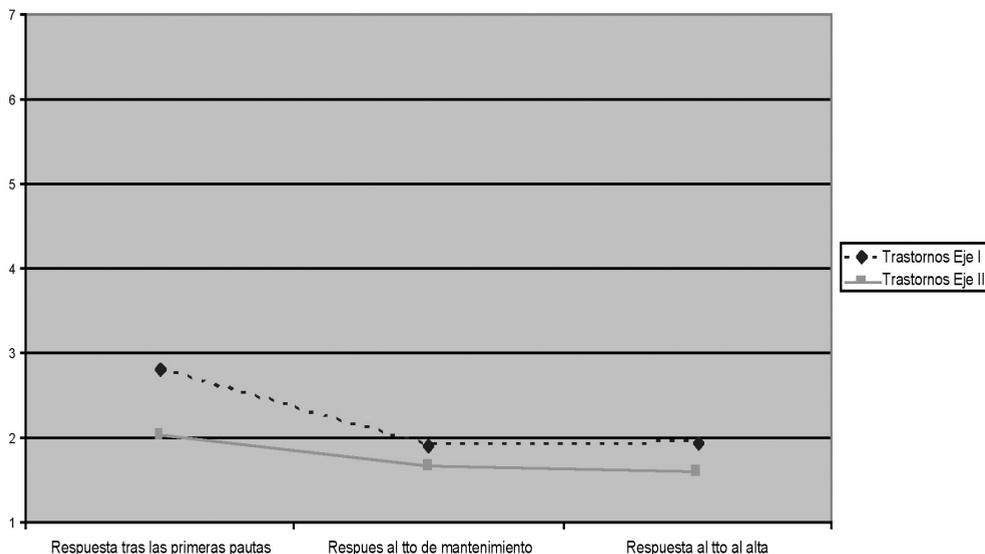
RESPUESTA EN EL MOMENTO DEL ALTA (3)





Gráfica 13.

RESPUESTA TERAPÉUTICA SEGÚN EJE



CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

1. Destaca la similitud sintomática entre los sujetos adictos con trastorno de la personalidad añadido que tienen estos sujetos, independientemente del trastorno psíquico y/o de la personalidad que tenga. Como es lógico esta similitud muy probablemente venga dada por el consumo de sustancias psicoactivas que produce o acentúa dicha sintomatología. Un trabajo presentado en este Monográfico (la sociopatía adquirida) quizá explique estas razones. La similitud entre adictos con TP se sustancia en los siguientes síntomas y síndromes de aparición más común: alteraciones comportamentales, ansiedad, toxicofilia, esfera

afectiva y alteraciones del pensamiento (suspiciousidad principalmente)

2. Los sujetos con TP son más propensos al incumplimiento e interrupciones del tratamiento que los sujetos con trastornos en el eje I. Todas las altas voluntarias o las expulsiones corresponden a pacientes diagnosticados de trastornos de la personalidad.

3. El 93% de los sujetos de la muestra con TP venían con tratamiento médico previo y en no pocos casos con una impregnación farmacológica importante, siendo la familia de los antidepresivos los ansiolíticos y los neurolepticos los fármacos más frecuentemente prescritos originariamente.



4. Destaca la buena respuesta terapéutica de los TP a la farmacoterapia. En primera instancia responden bien a los ansiolíticos, hipnóticos y anticraving. Cuando el sujeto se estabiliza y mantiene una adecuada disciplina terapéutica se observa una buena respuesta a los antiepilépticos, ansiolíticos e hipnóticos. En el momento de alta las combinaciones farmacológicas más utilizadas son a base de neurolépticos, eutimizantes, ansiolíticos y antidepresivos.

5. En correspondencia con el apartado anterior; el resultado de la aplicación de escalas (EBEP y ICG) al ingreso es que, en la escala EBEP, el 84,3% de los sujetos de la muestra trastorno grave o caso cierto frente al 3,3% en el momento del alta. En la ICG, la escala de la mejoría global al alta, muestra que solo el 6,6% no presenta cambios y todos ellos pertenecientes a sujetos con trastornos en el eje I y que han causado alta voluntaria o se les ha expulsado.

6. Se observa la necesidad de mantener prescripción farmacológica a medio y mejor aún a largo plazo en los TP para asegurar la estabilidad y permanecer asintomático.

REFERENCIAS

- Akerele, E., Levin, F.R. Comparison of Olanzapine to Risperidone in Substance-Abusing Individuals with Schizophrenia. *American Journal on Addictions*, Vol. 16 Issue 4, 2007.
- Arana, G.W., Rosebaum, J.F. *Drogas psiquiátricas*. Marbán Libros, Madrid, 2002.
- Batki, S.L.; Dimmock, J.A.; Wade, M.; Gately, Paul W.; Cornell, M.; Maisto, S.A.; Carey, K.B.; Ploutz-Snyder, R. *Monitored Naltrexone without Counseling for Alcohol Abuse/Dependence in Schizophrenia-Spectrum Disorders*. American Journal on Addictions, Vol. 16 Issue 4, 2007.
- Benkert, O., Hippus, H. *Farmacoterapia psiquiátrica*. Eunsa, Pamplona, 1982.
- Bernad Polo, J.M. *Tratamiento biológico en la violencia. (Biological treatment in violence.)* Interpsiquis, 2003.
- Bravo Ortiz, M.F. *Psicofarmacología para psicólogos*. Síntesis, Madrid, 2002.
- Caballo, V.E. *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Síntesis, Madrid, 2004.
- Cardish R.J. *Psychopharmacologic management of suicidality in personality disorders*. Canadian Journal Of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie, Vol. 52, 2007.
- Cervera Martínez, G.; Rubio Valladolid, G.; Haro Cortés, G.; Bolinches Claramontes, F.; Vicente Manzanero, M.P.de; Valderrama Zurián, J.C. *La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad*. Trastornos adictivos, Vol.3, 2001.
- Chávez León, E.; Ng, B.; Ontiveros Uribe, M.P. *Trastorno farmacológico del trastorno límite de personalidad*. Salud Mental, Vol. 29 México, 2006.
- Chinchilla Moreno, A. *Tratamientos psicofarmacológicos en Psiquiatría*. Sanofi, 1989.
- Cloninger, S.C. *Teorías de la Personalidad*. Pearson Educación, México, 2003.
- Darke, S.; Ross, J.; Williamson, A.; Mills, K.L.; Havard, A.; Teesson, M. *Borderline personality disorder and persistently elevated levels of risk in 36-month outcomes for the treatment of heroin dependence*. Addiction, Vol. 102 Issue 7, 2007.
- Davison, . *Principles of managing patients with personality disorders*. Avances in Psychiatric treatment, 8, 1-9. 2002.
- Dom, G.; D'haene, P.; Hulstijn, W.; Sabbe, B.. *Impulsivity in abstinent early- and late-onset alcoholics: differences in self-report measures and a discounting task*. Addiction, Vol. 101 Issue 1, 2006.



Gibert Rahora, J. et al. Lo que siempre quiso saber de los psicofármacos y nunca se atrevió a preguntar. Aula Médicaer, Madrid, 2000.

González Marín, E.; Fernández Martín, L. C.; Alonso Sardón, M. Incumplimiento en pacientes en tratamiento con depresión. Anales de Psiquiatría. 2005.

Haro, G.; Mateu, C; Martínez-Raga, J.; Valde-rama, J.C.; M. Castellano; G. Cervera. *El papel de los trastornos de la personalidad sobre los resultados del tratamiento por dependencia a las drogas después de la desintoxicación hospitalaria. (The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification.)* European Psychiatry, 2004

Heinze Martín, G.; García Marín, J. Predictores de respuesta optima al tratamiento farmacológico con antidepresivos. Salud Mental, México, 1996.

Herrán, A.; Sierra Biddle, D.; Cortázar, E.; Ayestarán Ruiz, A.; Díez, L. *Factores predictores en la respuesta al tratamiento farmacológico en el trastorno de angustia.* Psiquiatría.com, Vol.6, 2002.

Iraistorza Eguskiza, L. J. *Eficacia de la oxcarbazepina en los trastornos límite de personalidad.* Anales de Psiquiatría, 2007.

Koldobsky, N.M.. *Terapéutica farmacológica de los desordenes de la personalidad.* Psiquiatría.com, 2002

Kranzler, H. *Medications to treat heavy drinking: are we there yet?* Addiction, Vol. 101 Issue 2, 2006.

Kruegelbach, N., Walker, H.I., H.A. Chapman, Haro, G., Mateu, C., Leal, C. *Comorbilidad de trastornos con pérdida del control de impulsos: ludopatía, adicciones y trastornos de la personalidad.* Actas españolas de Psiquiatría, 2006.

López Galán, S. *Guía farmacológica en psiquiatría.* Santiago López Galán. 2003.

Lozano Suárez, M., Ramos Brieve, J.A.. *Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace.* Masson, Barcelona, 2002.

Lussier, J.P.; Heil, S.H.; Mongeon, J.A.; Badger, G.J.; Higgins, S.T. *A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders.* Addiction, Vol. 101 Issue 2, 2006.

Mazaira, Silvina y Silvia Wikinski *Tratamiento farmacológico del trastorno límite de la personalidad,* capítulo 11, pp 239 a 245 en Médica Panamericana, Buenos Aires, 2004.

Marti Tusquets, J.L., Murcia Grau, M. *Vademecum de psicofármacos.* Jims, Barcelona, 1989.

Martinotti, G.; Romanelli, R.; Nicola, M. Di; Reina, D.; Mazza, M.; Janiri, L. *Oxcarbazepine at High Dosages for the Treatment of Alcohol Dependence.* American Journal on Addictions, Vol. 16 Issue 3, 2007.

Merino García, M. J.; Plazaola, M. G. Estudio de factores que influyen en la mejoría de pacientes deprimidos a tratamiento con antidepresivos. Psiquis, Vol. 21 (1), 2000.

Millon, T. con Davis, R. *Trastornos de la Personalidad.: más allá del DSM-IV.* Masson, Barcelona, 1998.

Montejo, Á.L.; Majadas, S.; Mayoral, F.; Sanjuán, S.; Ros, S.; Olivares Díez, J.M.; González Torres, M. A.; Bousoño García, M. *Análisis de los patrones de prescripción de antipsicóticos en psiquiatría.* Actas Españolas de Psiquiatría, Vol. 34, 2006.

Mulder, R.T.; Joyce, P.R.; Frampton, C.M. A.; Luthy, S.E.; Sullivan, P.F. *Seis meses de tratamiento antidepresivo: resultados y factores predictivos del curso de la enfermedad.* The American Journal of Psychiatry : selección de artículos : edición en español: revista oficial de la American Psychiatric Association, Vol. 9, 2006.

Muller, R.T. Trastorno de personalidad antisocial. Recomendaciones para el tratamiento



farmacológico. *Revista de Toxicomanías*, Nueva Zelanda, 1997.

Ochoa Mangado, E. *Uso de antipsicóticos en drogodependientes*. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 29, Madrid, 2001.

Pascual, J. C.; Madre, M.; Puigdemont, D.; Oller, S.; Corripio Collado, I.; Díaz, A.; Faus, G.; Pérez Solá, V.; Álvarez Martínez, E. *Estudio naturalístico: 100 episodios de agitación psicomotriz consecutivos en urgencias psiquiátricas*. *Actas Españolas de Psiquiatría*, Vol. 34, 2006.

Pedrero Pérez, E. *El modelo de cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II*. *Trastornos Adictivos*, 2007.

Pérez Álvarez, M.; Fernández Hermida, J. R. *El grano y la criba de los tratamientos psicológicos*. *Psicothema*, Vol. 13, 2001.

Pies, R. W. *Manual de psicofarmacología básica*. Masson, Barcelona, 2000.

Puche, E.; Sancho, F.; Blasco, J.; García Usieto, E. *Tratamiento integrado del trastorno límite de la personalidad*. Médica Panamericana, Madrid, 2005.

Ramos Atance, J. A. *Neurobiología de la Drogadicción*. Eudema, Madrid, 1993.

Ramos Quiroga, J. A.; Bosch Munsó, R.; Castells Cervelló, X.; Nogueira Morais, M.; García Giménez, E.; Casas Brugué, M. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica*. *Revista de Neurología*, Vol. 42, 2006.

Salazar-Vallejo, M.; Peralta Rodrigo, C.; Pastor Ruiz, J.; (Dir.). *Tratado de psicofarmacología: bases y aplicación clínica*. Médica Panamericana, Madrid, 2004.

Sandoval, Luis, X.; Villamil, V. La comorbilidad de los trastornos depresivos y de los trastornos de la personalidad. *Salud Mental*, Vol. 22, México, 1999.

Schatzberg, A., Cole, J. O., DeBattista, C. *Manual de psicofarmacología clínica*. Ars Médica, Barcelona, 2005.

Skeppar, P.; Adolfsson, R. *Bipolar II and the bipolar spectrum*. *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 60 Issue 1, 2006.

Soler, J.; Campins, M. J.; Pérez Solà, V.; Puigdemont, D.; Pérez-Blanco, E.; Álvarez Martínez, E. Olanzapina y terapia grupal cognitivo-conductual en trastorno límite de la personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2001.

Stahl, S. M. *Psicofarmacología esencial de la depression y trastorno bipolar*. Ariel, Barcelona, 2002.

Sxhulz, S. Charles; Camlin, Kelly L. Tratamiento del trastorno de personalidad borderline: potencialidad de los nuevos tratamientos antipsicóticos. *Revista de Toxicomanías*, 2000.

Teplin, D.; Raz, B.; Daiter, J.; Varenbut, M.; Plater-Zyberk, C. *Screening for Alcohol Use Patterns Among Methadone Maintenance Patients*. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, Vol. 33 Issue 1, 2007.

Velasco Martín, A., Álvarez González, F. J. *Compendio de Psiconeurofarmacología*. Díaz de Santos, Madrid, 1988.

Volavka, J.; Citrome, L., Huertas, D. *Actualización del tratamiento biológico de la agresión*. *Actas españolas de Psiquiatría*, 2006.

Wikinski, S., Jufe, G. *El tratamiento farmacológico en Psiquiatría: indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional*. Médica Panamericana, Buenos Aires, 2004.

Zimmerman, M.; Rothschild, L.; Chelminski, I. *Prevalencia de los trastornos de la personalidad del DSM-IV en pacientes psiquiátricos ambulatorios*. *American Journal of Psychiatry*, 2006.