

Ester González¹
Francisco Arias¹
Nestor Szerman²
Pablo Vega³
Beatriz Mesias³
Ignacio Basurte²

Coexistencia entre los trastornos de personalidad y el trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual

¹Servicio de Psiquiatría. Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

²Servicio de Psiquiatría. Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

³Instituto de Adicciones, Madrid, España

Introducción. Los trastornos de personalidad (TP) y los trastornos por uso de sustancias (TUS) presentan una alta prevalencia y un impacto sanitario y socioeconómico importante. Por este motivo es interesante estudiar la posible relación entre ambos trastornos. Los objetivos del trabajo son: comparar la prevalencia de TUS entre pacientes con y sin diagnóstico de TP, analizar si algún TP se relaciona con el TUS, y si algún TP específico se asocia con un TUS concreto.

Material y métodos. Estudio transversal en 837 pacientes procedentes de centros de atención a drogodependencias y de salud mental de Madrid, España. Se utiliza la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) y el cuestionario *Personality Diagnostic Questionnaire-4+* (PDQ4+) para detectar trastorno mental y TP respectivamente.

Resultados. No se encuentran diferencias en la prevalencia de TUS entre los sujetos con TP y sin él. Dentro de los sujetos con TP son más frecuentes los TUS en el TP antisocial ($p < 0,01$). En el TP límite es más prevalente el trastorno por uso de sedantes ($p < 0,01$) y de alcohol ($p < 0,05$); en el TP paranoide el trastorno por uso de cocaína ($p < 0,05$) y de alcohol ($p < 0,01$); y en el TP histriónico el trastorno por uso de alcohol ($p < 0,01$). El TUS de cocaína es menor en el TP obsesivo-compulsivo ($p < 0,05$) y depresivo ($p < 0,01$). El riesgo de un trastorno por uso de alcohol [OR de 1,08 IC (1,01-1,16)] y sedantes [OR de 1,08 IC (1,001-1,17)] aumenta si un individuo presenta más de un tipo de TP.

Conclusiones. No se encuentran mayor prevalencia de TUS en los TP que en los no TP. Encontramos asociación entre los TUS y los TP del clúster B (antisocial, límite e histriónico) y con el TP paranoide. Todos los TUS son más prevalentes entre varones, salvo el TUS de hipnóticos.

Palabras clave: Trastorno por uso de sustancias, Trastorno de personalidad, Patología dual, Estudio Madrid

Correspondencia:

Ester González Martínez.

Calle Hierro 17, 4th.

28045 Madrid, España

Correo electrónico: estergmmg@gmail.com

Actas Esp Psiquiatr 2019;47(6):218-28

Coexistence between personality disorders and substance use disorder. Madrid study about prevalence of dual pathology

Introduction. Personality disorders (PD) and substance use disorders (SUD) have a high prevalence and an important health and socioeconomic impact so, it is interesting to study the relationship between them. The objectives of the study are: to compare the prevalence of SUD between patients with and without diagnosis of PD, to analyze if any PD is related to the SUD, and if a specific PD is associated with a specific SUD.

Material and methods. Cross-sectional study in 837 patients from centers of attention to drug addiction and mental health in Madrid, Spain. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) and the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ4+) are used to detect mental disorder and PD, respectively.

Results. SUD is significantly higher in antisocial PD ($p < 0,01$); sedative ($p < 0,01$) and alcohol ($p < 0,05$) use disorder in borderline PD; cocaine ($p < 0,05$) and alcohol ($p < 0,01$) use disorder in paranoid PD; and alcohol use disorder in histrionic PD ($p < 0,01$). The SUD for cocaine is lower in obsessive-compulsive PD ($p < 0,05$) and depressive PD ($p < 0,01$). There is a positive correlation between the number of PD of a subject and the number of SUD that it presents. The risk of an alcohol [OR of 1,08 CI (1,01-1,16)] or sedatives [OR of 1,08 CI (1,001-1,17)] use disorders increases if an individual presents more than one type of PD.

Conclusions. There is not differences of SUD prevalence between PD and not PD groups. We found an association between SUD and PD of cluster B (antisocial, borderline and histrionic) and also with paranoid PD. The SUD are more common among man with the exception of sedatives.

Keywords: Substance use disorder, Personality disorder, Dual pathology, Madrid Study

INTRODUCCIÓN

La personalidad se describe como un conjunto de patrones persistentes en la forma de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se manifiestan a través de numerosos contextos sociales y personales a lo largo del tiempo. Se considera que un sujeto presenta un trastorno de personalidad (TP) cuando el pensamiento, las manifestaciones emocionales, la impulsividad y comportamiento interpersonal se desvían marcadamente de las expectativas de la cultura del individuo¹. Se estima que entre el 6-10% de la población mundial padece un TP² y muchos estudios apuntan una alta coexistencia con los trastornos por uso de sustancias (TUS).³⁻⁵ De hecho, el consumo de sustancias se menciona como posibilidad en los criterios diagnóstico del trastorno de personalidad límite y antisocial. Existe una alta prevalencia de TUS y de TP en la población general lo que supone un gran impacto sanitario, social y económico⁶. Por este motivo es interesante investigar las características de la coexistencia entre ambos procesos.

Hasta los años ochenta del pasado siglo las adicciones a sustancias se consideraban una consecuencia de rasgos de personalidad desadaptados⁷. Esta concepción se reflejaba en los diagnósticos recogidos en el DSM-I y DSM-II como "adicción como trastorno sociopático de la personalidad" y "adicción como trastorno de la personalidad" respectivamente^{8,9}. Estas teorías fueron perdiendo vigencia con la llegada del DSM-III en 1980 y con la publicación de estudios prospectivos y retrospectivos que refutaban la existencia de personalidades pre-adictivas¹⁰. En la actualidad, ha resurgido de nuevo el interés en la asociación personalidad-trastorno por uso de sustancias¹¹⁻¹⁴. En este sentido, se pueden observar diferentes tipos de trabajos: los que se centran en el estudio de determinadas dimensiones de la personalidad y su asociación con el trastorno por uso de sustancias; y aquellos que relacionan los trastornos de personalidad, utilizando una clasificación categorial, y los trastornos por uso de sustancias.

En el estudio *NESARC* se ha indicado que variables como el bajo nivel educativo o económico se asocian a un mayor riesgo de abuso y dependencia de sustancias. Sin embargo, el mejor predictor de tener un trastorno por uso problemático de sustancias es presentar cualquier otro trastorno mental, en especial trastornos psicóticos y de personalidad¹⁵. También señala la escasez de análisis descriptivos que estudian la prevalencia de TUS entre los pacientes con TP. Entre sus resultados destacan un mayor porcentaje de trastorno por uso de alcohol en los pacientes con TP histriónico (29,1%), antisocial (28,7%), dependiente (21,6%) y paranoide (19,5%); y se observan porcentajes mayores de trastorno por uso de otras sustancias entre los TP dependientes (18,5%), antisocial (15,2%) e histriónico (12,8%)¹⁶.

Por otro lado, los sujetos que presentan dichos trastornos concurrentes (TUS y TP) presentan un manejo terapéutico más complejo, con un mayor porcentaje de recaídas y de fracaso en el tratamiento¹⁷⁻¹⁹. Tradicionalmente, ambos trastornos se han tratado por separado, sin embargo, los abordajes terapéuticos integrados desde una perspectiva dual se relacionan con mejores resultados, y no tener en cuenta ambas patologías puede llegar a ser causa de "burnout" entre los profesionales²⁰.

El objetivo principal del presente estudio es comparar la prevalencia de TUS a lo largo de la vida entre pacientes con y sin diagnóstico de TP. Se trata de pacientes en seguimiento en dos de las redes asistenciales de la Comunidad de Madrid (centros de salud mental y centros de atención a las adicciones). Otro objetivo, es analizar si alguno de los tipos de TP se relaciona especialmente con el TUS, y si algún TP específico se relaciona con un TUS concreto.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Se trata del "Estudio Madrid", un estudio descriptivo y transversal realizado en una población de pacientes en tratamiento ambulatorio en Centros de Salud Mental (CSM) o en el Centros de Atención al Drogodependiente (CAD) y Centros de Atención Integral al Drogodependiente (CAID) de la Comunidad de Madrid (CM). Se realiza un análisis post-hoc de los resultados obtenidos en un estudio previo. El material y los métodos están descritos de forma más detallada en dicho trabajo²¹.

Muestra

Los pacientes que participaron en el estudio procedían de centros de tratamiento de drogodependencia (CAID y CAD) y de CSM de la Comunidad de Madrid (CM). A todos los centros mencionados de la CM se les propuso la posibilidad de participar en el estudio con un investigador principal y debían incluir entre 10-20 pacientes por centro. Los terapeutas que participaron en la investigación seleccionaron de forma consecutiva a los pacientes según acudían a la consulta. Los criterios de inclusión eran: ser un paciente que acudiera al centro para una primera valoración o estuviera en seguimiento en el mismo y tener más de 18 años. Por lo tanto, no había una selección aleatoria de los centros ni de los pacientes. Con la finalidad de recoger una amplia muestra y de obtener una validez externa considerable se utilizaron solo como criterios de exclusión no ser capaz de rellenar el cuestionario por presentar deterioro cognitivo o

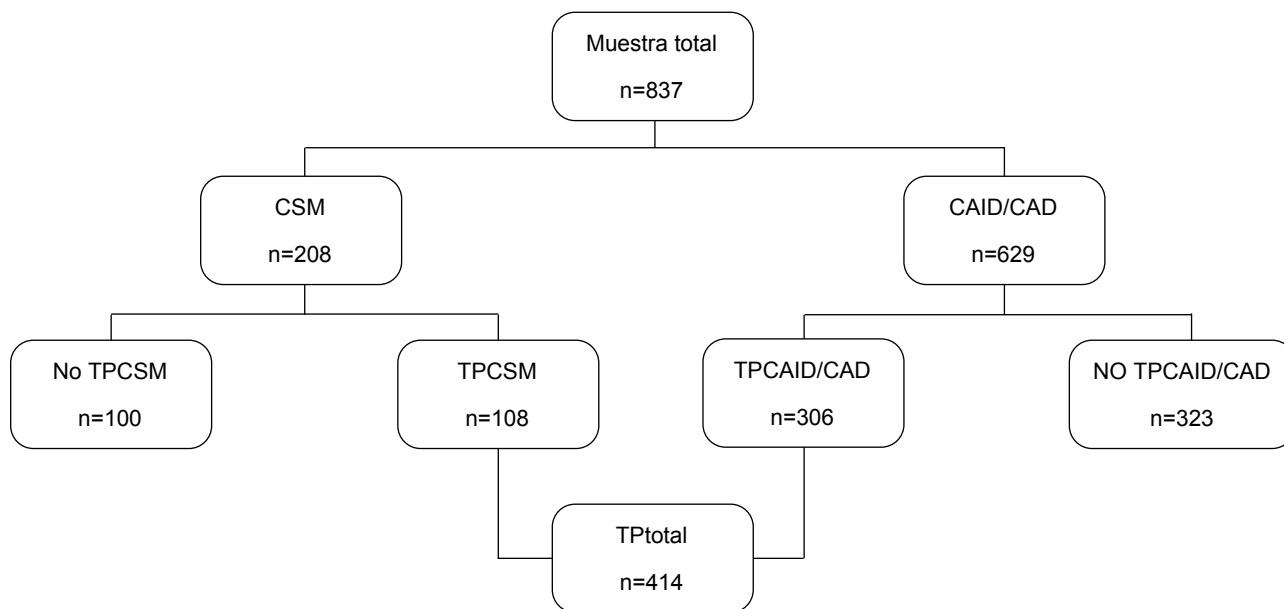


Figura 1

Diagrama de la procedencia de la muestra y la prevalencia de TP

un nivel educativo muy bajo. Los participantes firmaron un consentimiento informado.

Se incluyeron 837 pacientes: 208 (24,9%) procedían de CSM y 629 (75,1%) de CAD/CAID. Del total de 837 pacientes evaluados, 414 tuvieron un TP, de estos 108 procedían del CSM y 306 del CAD/CAID. El grupo de pacientes con TP se comparó con aquellos sujetos que no tenían diagnóstico de TP. También se analizó el trastorno por uso de cada sustancia concreta (alcohol, cannabis, cocaína, opiáceos y sedantes) en los diferentes tipos de TP.

Procedimiento

Participaron 81 entrevistadores (psiquiatras, psicólogos o médicos generales con amplia experiencia en adicciones) de 64 centros de drogas de la CM y de 17 CSM. Todos los entrevistadores recibieron entrenamiento en la administración de los instrumentos utilizados en el estudio. Se realizaron dos reuniones de una hora de duración para explicar la metodología de los cuestionarios antes de la recogida de datos. Las dudas de los entrevistadores sobre el proceso se resolvieron. La falta de respuesta se debió principalmente a la falta de colaboración una vez que el paciente fue incluido. Las variables sociodemográficas se recogieron en la primera entrevista, tras lo cual se realizaba la entrevista MINI. Posteriormente se entregaba el cuestionario auto-aplicado

PDQ4+ que fue analizado por el entrevistador, quien realizaba la escala de significación clínica. El porcentaje de participación fue del 87,2%. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación Ética del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

Instrumentos

Se elaboró un Cuaderno de Recogida de Datos considerando las aportaciones recogidas en un estudio piloto realizado por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)²² sobre las variables más informativas y de mayor interés clínico. Para establecer la presencia de trastornos mentales se utilizó la entrevista estructurada *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* (sensibilidad: 0,89; especificidad: 0,92; no se han encontrado datos sobre el valor predictivo positivo y negativo en los ámbitos descritos)²³ que permite diagnósticos según criterios DSM-IV y CIE-10²⁴. Es una entrevista que permite explorar los principales trastornos psiquiátricos del eje I actuales y a lo largo de la vida. Para aquellos trastornos mentales que dicho instrumento no valora a lo largo de la vida, estos se exploraron a través de la entrevista clínica.

Para establecer el diagnóstico de TP se utilizó la escala PDQ4+ (*Personality Disorder Questionnaire*)²⁵. Este instrumento combina la rapidez y comodidad de uso de un cuestionario autoadministrado con el control del efecto de la sin-

tomatología de estado de una entrevista. Dicho instrumento consta de una parte autoinformada y una parte heteroadministrada (la escala de significación clínica) que permite confirmar o no los resultados del autoinforme. Se usaron ambas partes. Es un instrumento de cribaje a nivel clínico, se comporta como una herramienta diagnóstica siguiendo los criterios DSM-IV cuando se administra la escala de significación clínica²⁶.

Análisis estadístico

Se calcularon en todas las variables los parámetros descriptivos: media y desviación estándar en las cuantitativas; y mediante frecuencias relativas porcentuales en las variables cualitativas. La comparación entre dos grupos se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado (χ^2) o la prueba exacta de Fischer si procedía para las variables categóricas y mediante la prueba t de Student o la U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. En aquellas variables que engloban más de dos categorías se realizó la corrección de Bonferroni. La variable principal se calcula en el intervalo de confianza para un 95% de seguridad. Los test se consideran significativos si la $p < 0,05$. Se utiliza el coeficiente de Pearson para hallar la correlación entre: el número de diagnósticos de TP y el número de TUS a lo largo de la vida. Una vez se obtuvo que ambas variables estaban relacionadas, se decidió realizar regresiones logísticas para ver qué TUS concretos aumentaban conforme un sujeto presentaba un mayor número de diagnósticos de TP. Para ello se realizaron regresiones logísticas, utilizando análisis bayesiano, con el objetivo de analizar si un incremento en el número de diagnósticos de TP suponía una mayor probabilidad de presentar un TUS. Se efectuaron 5 regresiones logísticas múltiples para detectar si el sexo y el centro de procedencia podían ser factores confusores. Se comprobó que estas dos variables no eran factores confusores. Finalmente se realizaron 5 regresiones logísticas simples (número de diagnósticos de TP *versus* Trastorno por uso de las 5 sustancias analizadas: alcohol, cannabis, sedantes, cocaína y opiáceos). El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS v.21 y mediante el software R.

RESULTADOS

Prevalencia de trastorno de personalidad y características sociodemográficas de la muestra

La tabla 1 recoge las características sociodemográficas de los dos grupos analizados: TP vs no TP. De los 837 pacientes evaluados, 414 (49,5%) tienen un TP. En nuestra muestra global se observa un mayor porcentaje de varones (617) que de mujeres (218), no se encuentran diferencias entre ambos grupos respecto la prevalencia de TP. Al analizar por categorías el trastorno antisocial es significativamente mayor en varones

($p < 0,01$), no encontrando diferencias al comparar el resto de TP. La mayoría de los varones (85,4%) y aproximadamente la mitad (45,9%) de las mujeres de nuestra muestra proceden del CAD/CAID. Al analizar por sexo todos los trastornos por uso de sustancias a lo largo de la vida salen significativamente mayores ($p < 0,01$) entre los varones, a excepción del TUS de sedantes ($p = 1$). Se obtienen diferencias significativas al comparar el grupo con TP vs sin TP respecto al estado civil y el tipo de convivencia. Los pacientes con TP con más frecuencia viven solos y se encuentran solteros. En el resto de variables sociodemográficas no se encuentran diferencias significativas.

Trastorno por uso de sustancias y de trastorno por uso de alcohol, cocaína, opiáceos, cannabis y sedantes a lo largo de la vida en pacientes con y sin trastorno de personalidad

No se encuentran diferencias significativas, al comparar TP vs no TP, en la prevalencia de TUS ni de trastorno por uso de cannabis, de cocaína, de opiáceos o de sedantes a lo largo de la vida. Se observa una mayor prevalencia de trastorno por uso de alcohol entre los pacientes con diagnóstico de TP (66,4% vs 59,8%) pero sin llegar a ser estadísticamente significativo ($p = 0,053$). (Tabla 2)

Características del grupo de pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad

El TP tipo depresivo (criterio de la PDQ4+, pero que no existe en las clasificaciones internacionales de trastornos mentales) es el más común, seguido del obsesivo-compulsivo, evitativo, límite, paranoide y antisocial. El resto de trastornos presentan una frecuencia menor del 10%. El clúster C es el más prevalente, seguido por el B y el A. (Tabla 3). Se decidió analizar si había diferencias entre los clúster respecto al centro de procedencia (CSM vs CAD/CAID), no encontrando diferencias estadísticamente significativas (clúster A $p = 0,92$; clúster B $p = 0,1$; clúster C $p = 0,14$). Se estudió también el diagnóstico de los subtipos de TP en función del sexo y se encontró es una mayor prevalencia del trastorno antisocial entre los varones ($p < 0,01$).

En el grupo de pacientes con TP hay sujetos que cumplen criterios para más de una categoría diagnóstica al mismo tiempo. La mayoría de los sujetos están diagnosticados de uno, dos o tres tipos de TP. (Tabla 4)

Comparación de la prevalencia de trastorno por uso de sustancias específicos entre los sujetos con un tipo de trastorno de personalidad determinado

Tabla 1		Características sociodemográficas de los pacientes con y sin trastorno de personalidad		
Variable (n)	Pacientes con trastorno de personalidad (n=414)	Pacientes sin trastorno de la personalidad (n=423)	P (TP vs no TP)	
Edad (media y desviación estándar)	37,54 (9,94)	39,21 (10,21)	0,23	
Sexo				
Varón	296 (71,1%)	321 (76,1%)	0,16	
Estado civil				
Soltero	243 (60%)	211 (50,5%)	0,01	
Casado	95 (23,5%)	138 (33%)		
Otros	67 (16,5%)	69 (16,5%)		
Tipo de convivencia				
Solo	78 (18,9%)	43 (10,2%)	0,01	
Familia propia	125 (30,5%)	150 (35,6%)		
Familia origen	162 (39,2%)	183 (43,5%)		
Institución	17 (4,1%)	13 (3,1%)		
Otros	31 (7,5%)	32 (7,6%)		
Nivel cultural				
Sin estudios	9 (2,2%)	4 (1%)	0,16	
Estudios Primarios	176 (43%)	194 (46,2%)		
Estudios Secundarios	150 (36,7%)	162 (38,6%)		
Estudios Universitarios	67 (16,4%)	58 (13,8%)		
Otros	7 (1,7%)	2 (0,5%)		
Situación laboral				
SL	10 (2,4%)	18 (4,3%)	0,08	
Activo	186 (45%)	217 (51,4%)		
Parado	134 (32,4%)	123 (29,1%)		
Incapacidad laboral	42 (10,2%)	36 (8,5%)		
Jubilado	6 (1,5%)	8 (1,9%)		
Otras	35 (8,5%)	20 (4,7%)		

TP: trastorno de personalidad

En la tabla 5 se representa el diagnóstico de trastorno por uso de múltiples sustancias (alcohol, cannabis, cocaína, sedantes y opiáceos) a lo largo de la vida en cada tipo de TP al compararlo con el resto de la muestra (otros TP y sujetos sin TP). Destaca una mayor prevalencia de TUS de cada sustancia valorada entre los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad (TAP). Además, el trastorno por uso de

sedantes y alcohol es significativamente mayor en los sujetos con trastorno límite de la personalidad (TLP). El trastorno paranoide se asocia a trastorno por uso de cocaína y alcohol, y el histriónico al de alcohol. Por otro lado, el trastorno por uso de cocaína es significativamente menor entre los sujetos con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo y depresivo.

Variable	Pacientes con TP	Pacientes sin TP	P (TP vs no TP)
TUS	289 (69,8%)	292 (69%)	0,43
TU de Alcohol	275 (66,4%)	253 (59,8%)	0,053
TU de Cocaína	242 (58,5%)	246 (58,2%)	0,94
TU de Opiáceos	112 (27,1%)	100 (23,6%)	0,27
TU de Cannabis	186 (43,5%)	173 (40,9%)	0,48
TU de Sedantes	67 (16,2%)	52 (12,3%)	0,11

TP: trastorno de personalidad; TUS: trastorno por uso de sustancias; TU: trastorno por uso

Tipo de TP	Prevalencia (%)
Paranoide	139 (16,6%)
Esquizoide	52 (6,2%)
Esquizotípico	77 (9,2%)
Antisocial	102 (12,2%)
Límite	153 (18,3%)
Histriónico	48 (5,7%)
Narcisista	55 (6,6%)
Evitativo	153 (18,3%)
Dependiente	71 (8,5%)
TP obsesivo-compulsivo	155 (18,5%)
Negativista	81 (9,7%)
Depresivo	177 (21,1%)
Clúster A	192 (22,9%)
Clúster B	235 (28,15)
Clúster C	263 (31,4%)

TP: trastorno de personalidad

Correlación entre el número de trastornos de la personalidad diagnosticados y el número de trastornos por uso de sustancias

Decidimos analizar la posible relación entre el número de diagnósticos de TP en un sujeto y el número de diagnósticos para trastorno por uso de diferentes sustancias (alcohol,

Número de Tipos de TP diagnosticados	Pacientes con diagnóstico de TP
1	124 (29,95%)
2	101 (24,40%)
3	59 (14,25%)
4	44 (10,63%)
5	28 (6,76%)
>6	58 (13,28%)

TP: trastorno de personalidad

cannabis, cocaína, sedantes y opiáceos). Para ello, utilizamos un análisis de correlación para 2 variables cuantitativas: el coeficiente de Pearson. Este coeficiente mostró una correlación positiva, aunque muy baja $r=0,08$ ($p=0,02$), entre el número de TP y el número de TUS. Al analizar esta correlación por sexos los resultados siguen siendo similares con una $r=0,08$ ($p=0,06$) en los varones y con una $r=0,18$ ($p=0,01$) en las mujeres.

Se realizaron regresiones logísticas, utilizando análisis bayesiano, con el objetivo de investigar si un incremento en el número de diagnósticos de TP suponía una mayor probabilidad de presentar un TUS. Para ello se realizaron 5 regresiones logísticas múltiples utilizando como variable dependiente cada uno de los trastornos por uso de diferentes sustancias (opiáceos, cannabis, sedantes, cocaína y alcohol) y como variables independientes el número de diagnósticos de TP, el sexo y el centro de procedencia (CSM vs CAD). Uno

Tabla 5

Comparación de la prevalencia de trastorno por uso de alcohol, cannabis, cocaína, opiáceos y sedantes entre los sujetos con un tipo de TP determinado frente al resto de la muestra (otros TP y sujetos sin TP)

TP TUS	Paranoid (n=139)	Esquizoid (n=52)	Esquizotíp (n=77)	Antisoc (n=102)	Límite (n=153)	Histrion (n=48)	Narcis (n=55)	Evitat (n=153)	Depend (n=71)	TP-OC (n=155)	Depresiv (n=177)
Alcohol	104** (19,4%)	36 (69,2%)	54 (70,1%)	78** (76,5%)	108* (70,6%)	37* (77,1%)	38 (69,1%)	103 (67,3%)	52 (73,2%)	96 (61,9%)	108 (61%)
Cocaína	92* (66,2%)	26 (50%)	41 (53,2%)	83** (81,4%)	96 (62,7%)	32 (66,7%)	35 (63,6%)	90 (58,8%)	41 (57,7%)	77* (49,7%)	85** (48%)
Opiáceos	48 (34,5%)	14 (26,9%)	21 (27,3%)	46** (45,1%)	41 (26,8%)	10 (20,8%)	10 (18,2%)	46 (30,1%)	17 (23,9%)	36 (23,2%)	48 (27,1%)
Cannabis	69 (49,6%)	22 (42,3%)	36 (46,8%)	69** (67,6%)	70 (45,8%)	22 (45,8%)	24 (43,6%)	65 (42,5%)	25 (35,2%)	53* (34,2%)	71 (40,1%)
Sedantes	27 (19,4%)	6 (11,5%)	13 (16,9%)	24** (23,5%)	39** (22,2%)	10 (20,8%)	9 (16,4%)	27 (17,6%)	10 (14,1%)	10 (12,9%)	32 (18,1%)

En negrita aquellos porcentajes estadísticamente significativos. * p<0,05; ** p<0,01; TP: trastorno de la personalidad; TUS: trastorno por uso de sustancias; Paranoid: paranoide; Esquizoid: esquizoide; Esquizotíp: esquizotípico; Antisoc: antisocial; Histrion: Histriónico; Narcis: narcisista; Evitat: Evitativo; Depend: dependiente; TP-OC: trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo; Depresiv: depresivo

de los objetivos era detectar si el sexo y el centro de procedencia podían ser factores confusores. Se comprobó que ninguna de estas variables eran factores confusores ya que, el cambio en el coeficiente de la variable número de TP era muy pequeño (<10%) respecto la regresión simple.

Finalmente hemos realizado las 5 regresiones simples (número de diagnósticos de TP *versus* Trastorno por uso de las diferentes sustancias) obteniendo los resultados de la Figura 2. En ésta se muestra para cada trastorno por uso de sustancia el intervalo de credibilidad (IC) al 95% así como el valor medio. Los trastornos por uso de alcohol y de sedantes son los que aumentan conforme el individuo es diagnosticado de más de un tipo de TP, con un OR de 1,08 IC (1,01-1,16) y de 1,08 IC (1,001-1,17) respectivamente. Atendiendo a estos resultados, ante un nuevo paciente del cual sabemos su número de TP podríamos predecir como 1,08 más probable (en promedio) de que presente un trastorno adicional por uso de alcohol o sedantes.

DISCUSIÓN

Características de la muestra

La alta prevalencia de TP es similar a las halladas en otros estudios. Se estima que la prevalencia de TP en pacientes psiquiátricos, con o sin TUS, es cuatro veces mayor que en la población general⁴. El porcentaje de TP en nuestra muestra (49,5%) es similar a la encontrada en el estudio de Zimmerman et al. En éste, el 45,5% de los pacientes en

seguimiento ambulatorio en salud mental presentaban un TP²⁷. Al igual que en este último artículo citado, en nuestro trabajo los tipos de trastorno de personalidad depresivo, evitativo, obsesivo compulsivo y el límite son los más prevalentes. Estos resultados contrastan con los que se presentan en análisis realizados en muestras de población general (que no necesariamente están en seguimiento en salud mental). Por ejemplo, en una publicación originada en el estudio NESARC los TP más prevalentes son el obsesivo-compulsivo (7,9%), el paranoide (4,4%), el antisocial (3,6%) y el esquizoide (3,1%)¹⁶. Esta discrepancia, indica que las personas que presentan trastorno de personalidad paranoide o antisocial acuden menos a los dispositivos ambulatorios de la red de salud mental en comparación con aquellas que presentan otros trastornos de personalidad como el obsesivo-compulsivo, el evitativo o el límite. Otro hallazgo de Zimmerman et al., que también está presente en nuestro estudio, es la presencia en más de la mitad de los sujetos de criterios diagnósticos para varios TP al mismo tiempo.

Al analizar por sexo, a excepción del trastorno por uso de sedantes, todos los trastornos por usos de sustancias son más prevalentes en los varones (p<0,01) que en las mujeres. En este sentido, se ha publicado un estudio recientemente que encuentra un mayor consumo de sedantes entre las mujeres²⁸. Por otro lado, esta diferencia en la prevalencia de trastorno por uso de sustancias entre varones y mujeres se puede deber a que la mayor parte de los varones de nuestra muestra proceden del CAD/CAID en comparación con una distribución más homogénea de las mujeres.

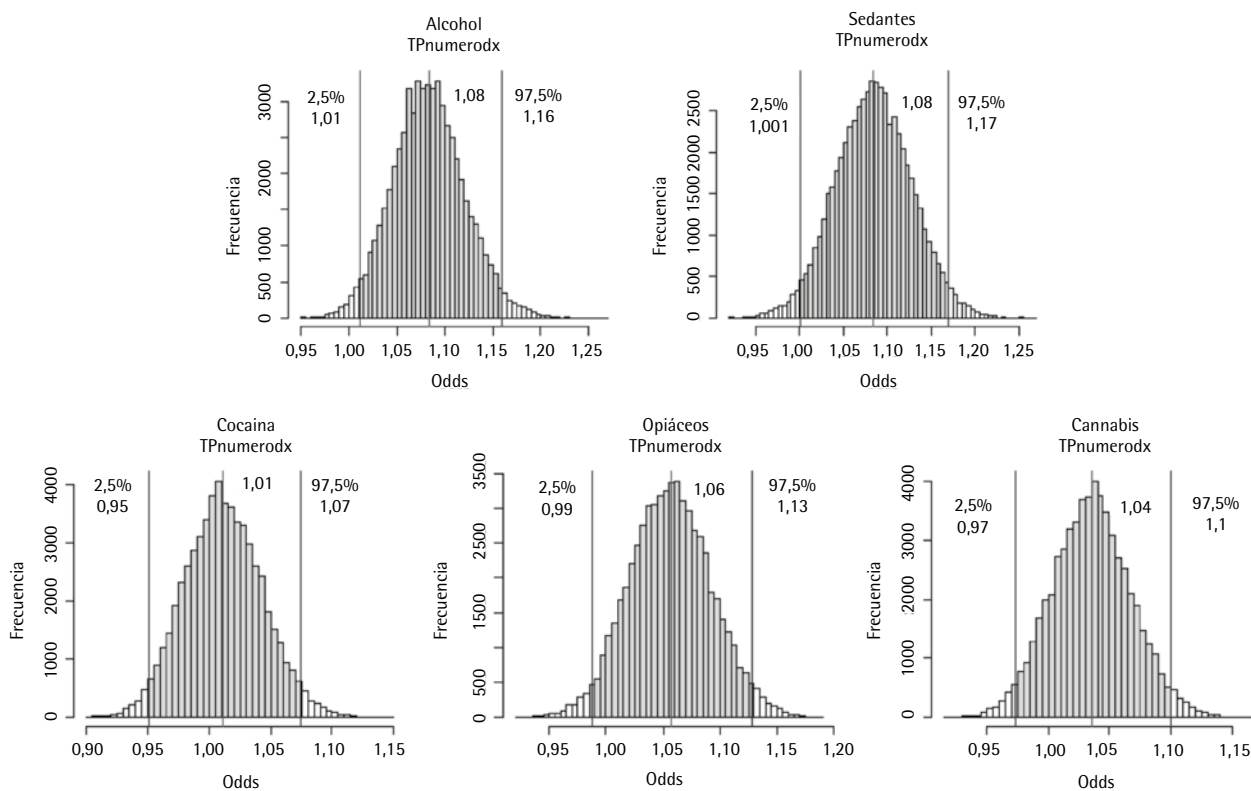


Figura 2

Regresiones logísticas simples. Análisis de la relación entre el número de trastornos de personalidad diagnosticados a los sujetos y el trastorno por uso de alcohol, sedantes, cocaína, opiáceos y cannabis

En nuestra muestra global existe un mayor porcentaje de varones (74%) que de mujeres (26%), no se encuentran diferencias entre ambos grupos respecto la prevalencia de diagnóstico de TP. Sin embargo, cuando se analiza por categorías, el trastorno antisocial es significativamente mayor en varones ($p < 0,01$). Multitud de estudios, al igual que el nuestro, encuentran que el trastorno antisocial es más prevalente entre varones^{29,30}. Al respecto, existen investigaciones que apuntan a que este fenómeno se puede deber a un sesgo en los criterios diagnósticos en el DSM-4, con ítems muy centrados en conductas observables que son más prevalentes entre los varones, pero que pueden que ser reflejo de motivaciones internas diferentes³¹.

Tipos de trastorno de la personalidad y trastorno por uso de sustancias

Grant y col. basándose en un estudio epidemiológico en población general (estudio NESARC) encuentran que entre los individuos con criterios diagnósticos para el trastorno por uso de alcohol y de otras sustancias el 28,6% y el 47,7%,

respectivamente, tenían al menos un TP. Sin embargo, cuando se analizaba la prevalencia de pacientes con TP que presentaban trastorno por uso de alcohol y otras sustancias los porcentajes eran menores (16,4% para alcohol y 6,5% para otras drogas)¹⁶. Las prevalencias de TUS halladas en nuestro trabajo son mayores y no se pueden comparar con el estudio previo ya que, nuestra muestra procede de población clínica en redes asistenciales y no de población general. Nuestros resultados señalan que los TP presentan una tendencia a presentar más trastorno por uso de alcohol, aunque la diferencia no llega a ser estadísticamente significativa. Respecto al resto de sustancias, no hemos encontrado que los sujetos con TP (sin especificar el tipo) presenten más TUS a lo largo de la vida que los pacientes sin diagnóstico de TP. Estos resultados contrastan con la mayor prevalencia de TUS que se encuentra en los pacientes con TP en la mayoría de las investigaciones. Esta diferencia probablemente se debe a que la población de nuestro estudio procede principalmente de los CAD donde los pacientes acuden primordialmente por el TUS, independientemente de la existencia de otros trastornos mentales. Esto puede explicar que la relación entre TP y TUS no se evidencie de forma tan clara, como proba-

blemente habría sucedido si los sujetos hubieran procedido exclusivamente de CSM.

Al analizar nuestra muestra por clústers, los tipos de TP del clúster B (antisocial y límite especialmente) son los que más se asocian al TUS a lo largo de la vida. Varios artículos sostienen una relación sólida entre los TUS y los TP del clúster B^{11,32,33}. Desde la perspectiva de rasgos de personalidad, estudios recientes encuentran que la autoagresividad y la impulsividad desempeñan un papel significativo tanto en los TP del clúster B como en los pacientes con TUS, así como, en la relación que existe entre ambos²⁸. Sin embargo, otros autores sostienen que la emocionalidad negativa podría ser más relevante para entender la coexistencia TUS-clúster B³⁴.

En nuestro análisis, el TAP es el que significativamente se asocia más al trastorno por uso de todas las sustancias. Estos resultados son consistentes con los datos aportados por diferentes publicaciones³⁵. En los pacientes con TAP el TU de alcohol es de mayor gravedad y se caracteriza por un inicio más precoz del consumo y un desarrollo hacia la dependencia más rápido. Las investigaciones también revelan que características asociadas al TAP, como los déficits en las funciones ejecutivas y en la regulación de las respuestas y los rasgos de personalidad ansiosos-impulsivos, representan fenotipos que se asocian a una mayor tendencia a desarrollar un TU de cocaína y anfetaminas¹⁹. Respecto al TLP estudios transversales han encontrado que entre el 30-50% de los pacientes con TLP tienen criterios de un TUS coexistente³⁶. Además, los pacientes con este trastorno presentan una mayor vulnerabilidad para desarrollar un TUS en comparación con el resto de TP, a excepción del TAP. Algunos autores proponen principalmente la impulsividad y otros autores la disregulación afectiva/emocionalidad negativa como factores clave que explicarían la tendencia de estos pacientes a desarrollar TUS persistente. Desde una perspectiva neurocientífica, hay estudios que sostienen que los pacientes con TLP tienen niveles más bajos de opioides endógenos y que la alta prevalencia de trastorno por uso de alcohol en estos pacientes es un intento de regular el sistema opioide¹⁹. No obstante, quedaría por dilucidar por qué estos pacientes no regulan esta disfunción consumiendo opiáceos directamente, conducta más asociada al trastorno antisocial de la personalidad. Puede ser que se este evidenciando de nuevo las limitaciones de la clasificación categorial de lo TP.

El diagnóstico de ambos trastornos (TAP y TLP) se asocian a un inicio más precoz del consumo de sustancias y a un mayor número de recaídas³⁷, por lo que es importante la detección de estos trastornos de personalidad para realizar un abordaje terapéutico más adecuado. Actualmente, la investigación nos dirige a considerar la personalidad desde una perspectiva más dimensional y no desde las categorías descritas en los manuales diagnósticos. El DSM-5 en la sección III propone un diagnóstico basado en los rasgos y en su

mayor o menor disfuncionalidad, reservando la categoría de TP para las alteraciones más graves de los mismos (DSM-5)¹.

Respecto al trastorno paranoide de la personalidad llamamos una mayor prevalencia de trastorno por uso de alcohol y cocaína en comparación con el resto de TP. Estos resultados son similares a los encontrados en la investigación originada en el NESARC¹⁶ que señalan que entre los pacientes con TP paranoide se encuentran prevalencias más altas de trastorno por uso de alcohol en comparación con otros TP. Verheul menciona que este TP se asocia más que otros con el consumo de sustancias⁴. Continuando con el clúster A, algunos autores han propuesto las ideas de referencia y la ansiedad social como rasgos esquizotípicos que podrían predecir el consumo de cannabis³⁸⁻⁴⁰. En el presente estudio no se han hallado resultados en ese sentido. Sin embargo, el porcentaje de esquizotípicos es muy bajo en comparación con otros diagnósticos por lo que desconocemos el impacto que habría tenido en los resultados si hubiera habido más sujetos con este diagnóstico. La baja prevalencia de este TP en nuestra muestra se puede deber a que estos pacientes no tienen un interés muy elevado en tratar el TU por cannabis y por tanto no acudirán a centros de atención al drogodependiente, principal fuente de los sujetos de nuestro estudio¹⁹. Pérez et al. encuentran que los sujetos con trastorno por uso de cocaína en remisión presentan una alta prevalencia de rasgos narcisistas¹². Sin embargo, en nuestros resultados estos sujetos no consumen más esta sustancia que el resto de TP.

Respecto al menor consumo de cocaína en los TP obsesivos-compulsivos y evitativos no hemos encontrado ningún estudio que demuestre un factor protector en estas poblaciones. Podríamos hipotetizar que determinadas características de estos sujetos como la evitación del daño o la inhibición les disuade en el inicio o el mantenimiento del consumo de esta sustancia. Lo que no explicaría es por qué no les protege de otras.

Por otro lado, en el clúster C el trastorno por uso de cocaína es significativamente menor. Como hemos señalado antes, comienzan a existir publicaciones que estudian la vulnerabilidad y resiliencia para el desarrollo de TUS y proponen que algunos rasgos (alta emocionalidad positiva/extraversión, control/restricción y baja emocionalidad negativa/neuroticismo) se asocian a una menor probabilidad de consumo de sustancias⁴¹.

Polidiagnóstico de trastornos de personalidad

Otro resultado interesante de nuestro trabajo es que aquellos sujetos diagnosticados de más de un TP también tienen una mayor predisposición a presentar un trastorno por uso de más de una sustancia. Al analizar por sustancia,

se encontró que a más tipos de TP se le diagnostiquen a un sujeto, mayor es la probabilidad de que éste presente un TUS de alcohol o sedantes. El hecho de que muchos sujetos de nuestra muestra presenten criterios para más de un TP es un fenómeno que se describe en otros estudios, y este mayor número de diagnósticos se ha relacionado con una mayor dificultad en el manejo terapéutico¹⁶.

Limitaciones

Centrándonos en la metodología es importante mencionar el momento en el que los sujetos fueron evaluados. Entre los criterios de inclusión se encontraban sujetos que acudieran a una primera valoración a alguno de nuestros centros. En este sentido se podría entender que algunos de ellos presentaban sintomatología aguda de otro trastorno psiquiátrico, lo que podría sobreestimar la prevalencia de sujetos con TP. En el presente estudio se utilizó el PDQ 4+ que, como hemos mencionado antes, consta de dos partes: una autoadministrada y otra una escala de significación clínica. Esta forma de estar estructurada trata de amortiguar los efectos de una posible sobrestimación. Es interesante tener en cuenta que los sujetos con TP y otra patología psiquiátrica adicional (por ejemplo, trastornos afectivos o trastornos por uso de sustancia) presentan una evolución más tórpida⁴². Si hubiéramos excluido aquellos sujetos que se encontraban descompensados de otra patología psiquiátrica probablemente habríamos excluido muchos de los pacientes que presentan TP. A nivel clínico el presente estudio, aún con prevalencias tan altas, puede que refleje mejor la realidad clínico asistencial con la que se trabaja.

Respecto a las limitaciones cabe señalar que este estudio es transversal y, por ello, no se puede inferir causalidad o sacar conclusiones al respecto. Por otro lado, como hemos explicado antes es posible que el diagnóstico de TP esté sobredimensionado por el momento clínico de los pacientes y porque se trata de una muestra obtenida del ámbito clínico y no de la población general.

Por otro lado, observando los resultados se evidencia una vez más las limitaciones de las clasificaciones categoriales de los trastornos de personalidad. Muchos de los sujetos presentan varios TP al mismo tiempo y no obstante esto no significa necesariamente que sean pacientes más graves que aquellos que tienen un solo diagnóstico. Lamentablemente el DSM 4, y por tanto el PDQ4+, no mide el nivel de gravedad en términos de disfunción social o relacional de los pacientes que pertenecen a una misma categoría⁴³. En la actualidad estamos asistiendo a un cambio de paradigma en el diagnóstico de trastorno de personalidad. En este sentido, el grupo de trabajo del DSM 5 ha propuesto un modelo para los trastornos de personalidad que incluye una evaluación de la gravedad (criterio A) y una descripción de 25 rasgos (criterio

B) que está organizada en cinco dominios. Esta nueva clasificación se encuentra en el manual bajo el nombre "Modelo Alternativo para los Trastornos de Personalidad," permaneciendo vigente la clasificación categorial. No obstante, son muchos los grupos de investigadores que deciden utilizar esta nueva clasificación ya que, entre otras aportaciones, medir la gravedad es importante para realizar un diseño del abordaje terapéutico.

CONCLUSIONES

No se encuentra una mayor prevalencia de TUS al comparar los TP con el resto de la muestra (sujetos atendidos en centros de drogodependencia o a nivel ambulatorio). Atendiendo a los resultados de nuestro trabajo los TP del clúster B (especialmente el trastorno límite y antisocial de la personalidad) y el TP pranaoide se asocian significativamente a TUS; mientras que dentro de los trastornos del clúster C, el evitativo y el obsesivo-compulsivo se asocian a una menor prevalencia del trastorno por uso de cocaína. En nuestro estudio el trastorno por uso de alcohol, cocaína, cannabis y opiáceos son más prevalentes en los varones, aunque estos resultados se podrían deber a una sobrerrepresentación de varones en la muestra.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecemos a Dr. Rafel Xampeny Solani su dedicación para mostrarnos nuevos conceptos estadísticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: APA Press; 2013.
2. Huang Y, Kotov R, De Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, et al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2009;195(1):46-53.
3. Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1999;156:733-8.
4. Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry*. 2001;16(5):274-82.
5. Hasin D, Kilcoyne B. Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(3):165.
6. Hasin D, Fenton MC, Skodol A, Krueger R, Keyes K, Geier T, et al. Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(11):1158-67.
7. Verheul R, Ball SA, van den Brink W. Substance abuse and personality disorders. In: Kranzler HR, Rounsaville BJ, editors. *Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker; 1997. p. 317-363.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 1st ed. Washington DC: American

- Psychiatric Press; 1952.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1968.
 10. Barnes GE. The alcoholic personality: a reanalysis of the literature. *J Stud Alcohol*. 1979;40:571-634.
 11. Bolinches F, De Vicente P, Gómez MC, Pérez-Gálvez B, Haro G, Martínez-Raga J, et al. Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual. *Trastornos adictivos*. 2002;4(4):216-22.
 12. Pedrero Pérez EJ, Puerta García C, Lagares Roibas A, Sáez Maldonado A. Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*. 2003;5(3):241-55.
 13. Conway KP, Swendsen JD, Rounsaville BJ, Merikangas KR. Personality, drug of choice, and comorbid psychopathology among substance abusers. *Drug Alcohol Depend*. 2002;65(3):225-34.
 14. Belin D, Belin-Rauscent A, Everitt BJ, Dalley JW. In search of predictive endophenotypes in addiction: insights from preclinical research. *Genes Brain Behav*. 2016;15(1):74-88.
 15. Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J, Le Foll B. Exploring the association between lifetime prevalence of mental illness and transition from substance use to substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Am J Addict*. 2013;22(2):93-8.
 16. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(4):361-8.
 17. Pedrero Pérez EJ, Segura López I. Los trastornos de la personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico. *Trastornos Adictivos*. 2003;5(3):229-40.
 18. Langås AM, Malt UF, Opjordsmoen S. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area—a clinical study. *BMC Psychiatry*. 2011;11(1):25.
 19. Szerman N, Peris L. Personality Disorders and Addiction Disorders. *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. 2015;2063-83.
 20. Trujols J, Tejero A, Casas M. El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas. *Adicciones*. 1996;8:349-67.
 21. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*. 2013;25(2):121-8.
 22. Szerman N, Arias F, Vega P, Babin F, Mesias B, Basurte I, et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*. 2011;23:249-56.
 23. Lecubrier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*. 1997;12(1):224-31.
 24. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998; 59(2):22-57.
 25. Calvo Pinero N, Caseras Vives X, Gutierrez Ponce De Leon F, Torrubia Beltri R. Spanish version of the personality diagnostic questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30(1):7-13.
 26. Calvo N, Gutiérrez F, Caseras X, Torrubia, Casas M. Psychometric properties of the Spanish version of the self-report Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+) in psychiatric outpatients. *Psicothema*. 2012;24(1):156-60.
 27. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminsk I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1911-8.
 28. Teixidó-Compañó E, Espelt A, Sordo L, Bravo MJ, Sarasa-Renedo A, Indave BI, et al. Differences between men and women in substance use: the role of educational level and employment status. *Gac Sanit*. 2017;32:41-7.
 29. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan W, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:948.
 30. Moran P. The epidemiology of antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34(5):231-42.
 31. Jane JS, Oltmanns TF, South SC, Turkheimer E. Gender bias in diagnostic criteria for personality disorders: An ten response theory analysis. *J Abnorm Psychol*. 2007;116(1):166-75.
 32. Hudziak JJ, Boffeli TJ, Kriesman JJ, Battaglia MM. Clinical study of the relation of borderline personality disorder to Briquet's syndrome (hysteria), somatization disorder, antisocial personality disorder, and substance abuse disorders. *Am J Psychiatry*. 1996;153(12):1598.
 33. Casillas A, Clark LA. Dependency, impulsivity and self-harm: traits hypothesized to underlie the association between cluster B personality and substance use disorders. *J Pers Disord*. 2002;16(5):424-36.
 34. James LM, Taylor J. Impulsivity and negative emotionality associated with substance use problems and Cluster B personality in college students. *Addict Behav*. 2007;32(4):714-27.
 35. Mackesy-Amiti ME, Donenberg GR, Ouellet LJ. Prevalence of psychiatric disorders among young injection drug users. *Drug Alcohol Depend*. 2012;124(1):70-8.
 36. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clin Psychol Rev*. 2000;20(2):235-53.
 37. Verheul R. Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *J Pers Disord*. 2005;19(3):283-302.
 38. Schiffman J, Nakamura B, Earleywine M, La Brie J. Symptoms of schizotypy precede cannabis use. *Psychiatry Res*. 2005;134(1):37-42.
 39. Buckner JD, Zvolensky MJ, Schmidt NB. Cannabis-related impairment and social anxiety: The roles of gender and cannabis use motives. *Addict Behav*. 2012;37(11):1294-7.
 40. Fenton MC, Keyes K, Geier T, Greenstein E, Skodol A, Krueger B, et al. Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*. 2012;107(3):599-609.
 41. Belcher AM, Volkow ND, Moeller FG, Ferré S. Personality traits and vulnerability or resilience to substance use disorders. *Trends Cogn Sci*. 2014; 18(4):211-7.
 42. Reich JH, Green AL. Effect of personality disorders on outcome of treatment. *J Nerv Ment Dis*. 1991;179:74-82.
 43. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4 th ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1984.