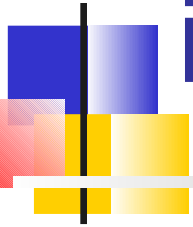


# PERSONALIDAD Y COMORBILIDAD ADICCIÓN ¿ entidades independientes?

---



Dr. Enrique García  
Bernardo  
Clínica San Miguel  
Madrid



# DISCUSIÓN CLASIFICACIÓN ATEÓRICA : POSTULADOS

---

- Correlación con **Experiencia Clínica**
- Uso de información sobre **Pronóstico y Tratamiento** en la diferenciación de criterios diagnósticos selectivos
- Respeto a las **Relaciones** entre Estructura de Personalidad y disposición a otras psicopatologías que refuercen las definiciones **Descriptivas**
- Coincidencia de **Criterios Diagnósticos**



# CUESTIONAMIENTO

---

- Tipologías simplistas, preconcebidas, o representando postulados teóricos de Dimensiones de rasgos o síntomas
- Sistemas clasificatorios idiosincráticos sin relación con la Psiquiatría Clínica
- Agrupaciones de Rasgos de Carácter sin relación con la Clínica o con fuertes solapamientos
- **CATEGORÍAS versus DIMENSIONES**



# COMORBILIDAD

---

- Coocurrencia de Trastornos Independientes
- Causa común subyacente para ambos
- Relación Causal entre ellos
- Artefacto resultado de compartir criterios
  
- **DIFICULTADES METODOLÓGICAS PARA SU INTERPRETACIÓN**



# VARIACIONES TERMINOLÓGICAS

---

- Neurosis Clínicas- Psiconeurosis
- Trastornos Carácter
- Carácter Neurótico
- Perturbación Rasgos Personalidad
- Estructura Personalidad
- Trastorno Personalidad

# CLASIFICACION PATOLOGIA CARÁCTER

O. Kernberg 1976

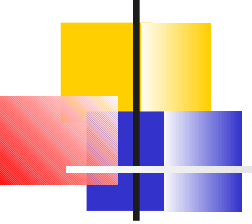
---

- Tipo Neurótico “ALTO”
  - P. Histórica
  - P. Obsesivo-compulsiva
  - P. Depres-masoquista
- Tipo Narcisista “INTERMEDIO”
  - P. Narcisistas ( línea alta)
  - P. Pasivo-agresivas
- Tipo Límite “BAJO”
  - P. Infantiles
  - P. Esquizoides
  - P. Paranoides

# P. HISTÉRICA

# P. INFANTIL

O. Kernberg

- 
- Calidez y Labilidad emocional
  - Capacidad control y adaptación social
  - Crisis emocionales limitadas
  - Interacciones sociales adecuadas
  - Fortaleza Yoica
  - Tendencia Regresión( sexual y tratamiento)
  - Impulsividad ( rabietas)
  - Centro atención
  - Extraversión
  - Seducción-retirada
  
  - Competitiva s/t mujeres
  - Represión
  
  - **HISTERICA CLASICA**

- Labilidad difusa
- No capacidad control
  
- No limitadas
- Problemas serios interacción
- Escasa identidad → Difusión  
→ Masivas
- Regresiones Masivas
  
- Funcionamiento anidado
- Dependencia “ clinging”
- Extraversión exagerada
- Promiscua. No inhibición
  
- Envidia
- Tendencias Disociativas
  
- **BORDERLINE**



# Comorbilidad T. Personalidad

---

- BPD el que mas se solapa
  - Histriónico
  - Dependiente
  - Evitativo
  - Pasivo-agresivo

■  
1989 )

Widiger T y Frances AJ ( A Pschy Press





# CIE-10 T. INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD

---

- Criterios distintos entre CIE\_10 y DSM-IV
  - Impulsividad
  - Animo inestable y caprichoso
  - Rabia → Actitudes Violentas
  - Planificación  $\leftarrow$  inadecuada  $\rightarrow$
  - Intolerancia a la frustración
  - Falta control

## Tipo Límite

- T. Identidad ( sexual)
- Relaciones intensas e inestables
- Actos impulsivos **Consumo sustancias**
- Autoagresiones



# Borderlines y Otros

---

- Esquizofrenia ( lo mas estudiado)
- Otros T. Personalidad
- T. Alimentación
- T. Abuso de Sustancias
- T. Afectivos

■  
1989 )

Widiger T y Frances AJ ( A Pschy Press



# Relación BPD con Ejes I y II

---

- Los pacientes con diagnóstico de BPD tenían **3 o mas** diag. de Eje I que cualquier otro T. Personalidad
  - T. Pánico con Agorafobia
  - **T. Uso Sustancias**
  - Fobia Social
  - PTSD
  - TOC
  - T. Alimentación Atípico
  - T. Somatización

Tendencia a una sobresimplificación de los diagnósticos “ **la parte por el todo**”



# Coocurrencia de T. Personalidad

---

- Estabilidad de los “Clusters”

- BPD + Narcisista + **Histriónico**

- **Evitativo** con Cluster A

- SCID-R

- 

Stuart, S. ( J. Personal Disord Inv 98)



# Comparación de tres sistemas de diagnóstico de Borderline

---

- Pacientes ingresados ( n=51)
- DSM-III, DIB, Spitzer
- 43% tres
- 25% dos
- 32% uno
- Solapamiento con criterios de Kernberg
- Muestra con mucha patología afectiva

■  
1985)

Nelson et al. ( Am J Psychiatry Jul



# Relación T. Personalidad y Adicción

---

- Desviaciones en su **conceptualización**
- **Solapamiento** criterios diagnósticos
- **Inestabilidad** diagnóstico Eje II tiempo
- Hallazgos diferentes en relación a edad, sexo, datos demográficos y estadio enf.
- T. Person. **preexistente** y no necesario **predisponente**
- **Mayor prevalencia** que población general



# B Cluster + Adicción

---

- Naturaleza **interactiva e interdependiente** de ambos trastornos
- Mayor **complejidad** cuadro clínico
- Mayor **resistencia** al tratamiento
- Múltiples dispositivos ( CSM, Unidades Abuso sustancias, Beneficencia)
- Dificultades para los Profesionales



# T Personalidad en Adictos

---

- Distinción entre síntomas dependientes o no del abuso
- N = 370 Abuso sustancias
- SCID-II 57% Diagnóstico Eje II
  - Cluster B 45,7%
    - Antisocial 27%
    - BPD 18,4%
    - Si síntomas relacionados
      - +19,2% Antisociales
      - + 11,4% BPD
      -





# Dimensiones en adictos Tipo A y B

---

- N=370
- Tipo B
  - Mas factores premórbidos de riesgo
  - Mas severidad adicción
  - Mas trastorno psicosocial
  - **Mas T.Personalidad**
  - Neuroticismo, Búsqueda Novedades y Evitación de daño



# Uso De Sustancias en Trast. Personalidad

---

- N = 339
- 71,7% diagnóstico de Eje II
- Cuadro clínico **mas severo**
- Uso **IMPULSIVO**
- Usan drogas en situaciones positivas



# Prevalencia en población atendida por Uso Sustancias



---

- N = 200 ingresados y ambulatorios
- **60% T. Personalidad**
  - BPD mas frecuente
    - Uso sustancias en el momento evaluación
    - Alcohol, estimulantes y otros en su vida
    - Maladaptación global
    - No incremento cronicidad por uso sustancias

# BPD en Unidad Hosp.

## Adicción

---

- N=50
- Borderline mas psicopatología:
  - Depresión
  - Control Impulsos
  - Tendencias antisociales
  - Test realidad
  - Menor tiempo en tratamiento





# BPD y Abuso : Descripción

---

- Varones      **Estimulantes**
- Mujeres      **Alcohol y sedantes**
- Asociación con :
  - Fracaso estudios
  - Desempleo
  - Promiscuidad
  - Complicación con efectos negativos en todos los sentidos

Miller et al. Am J Drug Alcohol Abuse 1993



# Comorbilidad Eje II y Abuso

---

- N=100 Clase Media, Ingresados, Programa abuso
- SCID-II MMPI Alcohol Use Inventory
- **57 T. Personalidad**
  - Drogas ilícitas
  - Mas psicopatología
  - Menos satisfacción vital
  - Uso alcohol mas severo
  - Mas impulsivos, aislados y deprimidos
  - Abordajes terapéuticos mas complejos

■ Nace et al. Am J Psych 1991



# Peso relativo abuso en diagnóstico BPD

---

- N = 137 BPD ingresados
- 67% T. Uso sustancias
- Si no abuso como criterio diagnóstico
  - 23% no borderline
  - Diferencias severidad y curso enfermedad
  - Subgrupo de BPD para los que el uso sustancias juega un papel muy importante en el desarrollo de la psicopatología borderline

■

1990

Dulit et al. Am J Psych



# Jóvenes Abuso + Comorbilidad

---

- N= 117 ingresos consecutivos
- 70 Abuso sustancias
- 47 No abuso sustancias
  
- Eje I No diferencias
- Eje II **BPD en grupo abuso sólo**

■





# Adolescentes: Uso sustancias y T. Conducta

---

- N=165 Ingresados
  - Varones Mayoría
  - T. Conducta 25 ADHD
  - Uso Sustancias 24 BPD
  - Ambos 54 BPD
- } Ambos  
Sexos





# INTENTOS DE SUICIDIO

---

- N = 103 Programa Abuso Sustancias
- 20 intento de suicidio mujeres
  - Depresión Mayor
  - Mayor índice adicción
  - Mayor severidad adicción
  - Mas sustancias( Alcohol y sedantes)
  - BPD y neuroticismo
    - **Impulsividad** ( Eysenck)

■ O'boyle Can J Psych 1999

# Alcoholismo y T. Personalidad

---

- N = 459 BPD y Antisociales
- IPDE 31% ( No variación al excluir adicción en la prevalencia)
- PDQR 52% ( Variación edad)
- CIDI ( Diferencias sexo y edad)
- **Necesidad de Varios instrumentos evaluación**
  - PDQR      Personality Diagnostic Questionnaire Revised
  - CIDI        Composite International Diagnostic Interview
  - IPDE        International Personality Disorder Examination



# Tratamiento Hospitalario T. BORDERLINE

---

- Hospitalizaciones Breves
  - Intervención en crisis
  - Psicoterapia Ambulatoria
- Hospitalizaciones a medio plazo:  
COMUNIDAD TERAPEUTICA
  - Modificación estructural
  - Fortalecimiento yoico





# ESTABLECIMIENTO LIMITES

---

- Sólo unos pocos
- Definirlos claramente
- Coherencia
- Realistas
- Precozmente
- Justificarlos



# INDICACIÓN ESTANCIAS MAS PROLONGADAS

---

- Fracaso Hospital. Breves
- Ausencia contención externa
- Sintomatología psicótica o impulsiva persistente
- Comorbilidad ( p.ej. Sustancias )
- Conductas autodestructivas
- Resistencia al tratamiento



# CONCLUSIONES

---

- Entidades altamente dependientes
- Alta comorbilidad
- Preeminencia de la clínica
- Necesidad de dispositivos terapéuticos adecuados
- Problemas complejos precisan de soluciones complejas



# CONCLUSIONES

---

- No olviden:

NO TOMAR LA PARTE POR EL TODO