



REVISIÓN

Intervención psicológica en pacientes con comorbilidad del consumo de cocaína y alcohol y trastornos de personalidad

J.M. Martínez González

Especialista en Psicología Clínica. Máster en Drogodependencias. Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. Granada. España.

Recibido el 18 de noviembre de 2010. Aceptado el 1 de diciembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Trastornos de la personalidad;
Variables relevantes;
Retos;
Intervención psicológica

Resumen

Nos encontramos ante un tipo complejo de patología dual que se ha asociado históricamente con el fracaso terapéutico. Se sabe que las asunciones de algunos profesionales que han impedido que se profundice en las estrategias de intervención se están cuestionando a causa de los hallazgos de diferentes investigaciones. La intervención psicológica con drogodependientes que presentan un trastorno de personalidad pasa por superar numerosos retos, entre los cuales encontramos: las dificultades en el establecimiento de la relación terapéutica, abordar la egosintonía para implicar al paciente en el tratamiento, la evolución del trastorno de personalidad en ausencia de consumos puntuales o recaídas, el trabajo en equipo, la adecuación de los programas de prevención de recaídas a las particularidades que se derivan de esta concomitancia, el empleo de estrategias terapéuticas específicas para un determinado paciente en un momento específico de su evolución y, principalmente, el reto vinculado con la dificultad que encontramos cuando se quieren modificar rasgos de la personalidad. La superación de estos retos está conduciendo a resultados satisfactorios en el tratamiento de drogodependientes con trastornos de personalidad.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SET. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Personality disorders;
Relevant variables;
Challenges;
Psychological intervention

Psychological intervention in patients with comorbid cocaine and alcohol and personality disorders

Abstract

We face a complex dual pathology that has been historically associated with treatment failure. We know that many of the assumptions of some professionals have probably prevented further intervention strategies, are being questioned today because of findings from different investigations. Psychological intervention with drug users has a personality disorder going to overcome many challenges among which are: difficulties in establishing the therapeutic

relationship, addressing egosintonía to involve the patient in treatment, the evolution of personality disorder absence of specific consumption or relapse, teamwork, the adequacy of relapse prevention programs to the specific arising from this conjunction, the use of specific therapeutic strategy for a particular patient at a specific point in its evolution and mainly the challenges connected with the difficulty we found when you want to modify personality traits. Overcoming these challenges is leading to satisfactory results in the treatment of drug addicts with personality disorders.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SET. All rights reserved.

Introducción

La intervención psicológica en pacientes consumidores de cocaína y alcohol, que a su vez presentan un trastorno de personalidad (TP), constituye un verdadero reto, no sólo por las dificultades vinculadas con la conceptualización de este tipo de patología dual, sino también por todas las variables de gran impacto en el tratamiento¹. Nos encontramos probablemente ante una de las formas de concomitancia más complejas, debido a las enormes dificultades que conlleva el estudio de la personalidad en personas consumidoras de drogas. Estas dificultades se constatan en la evaluación, durante el tratamiento y posteriores evaluaciones con las que se intenta conocer la durabilidad de los efectos de la intervención.

Los hallazgos de las investigaciones que se han realizado durante los últimos años nos llevan a cuestionarnos algunas asunciones que han constituido el marco teórico de numerosas investigaciones. Por ejemplo, muchos estudios han querido reflejar el hecho de que los drogodependientes con TP, con independencia del tipo de intervención llevada a cabo, presentan un número mayor de consumos una vez que han iniciado el tratamiento, lo que constituye, como se sabe, un aspecto que afecta negativamente a la evolución. Sin embargo, hay estudios en los que se ha podido ver que no hay diferencias significativas en relación con el número de consumos durante el tratamiento en función de la presencia de esta psicopatología². Históricamente hemos sido testigos también de que algunos modelos de intervención consideraban a los drogodependientes con TP intratables, constituyéndose durante mucho tiempo fueron razón suficiente para no profundizar debidamente en estos casos. En contra de lo que pudiese parecer, hemos constatado que los TP en sí mismos no predicen el tipo de resultado del tratamiento, lo que significa que estos pacientes pueden beneficiarse del tratamiento tanto como lo hacen otros³.

En relación con la intervención con fármacos generalmente estos casos se han asociado con el incumplimiento del tratamiento farmacológico, pero sabemos que incluso aquellos que pueden presentar más dificultad para adherirse al tratamiento pueden hacerlo si se atienden las expectativas del paciente respecto al efecto de la medicación y grado de autonomía de la que dispondrá si toma determinados fármacos. Por ejemplo, cuando los pacientes con trastorno límite de la personalidad son conscientes de su psicopatología y del hecho de que la utilización de algunos fármacos, junto a la psicoterapia, pueden ayudarle a mejorar síntomas como la impulsividad o la inestabilidad emocional (que de otro modo sería muy difícil de modificar de forma

estable), generalmente aceptan su uso⁴. Algunos trabajos asocian los TP con una mala adherencia generalizada durante el tratamiento, sin embargo, hay datos que muestran que puede evitarse el abandono prematuro cuidando la relación entre el terapeuta y el paciente⁵.

Cuando las conductas de estos pacientes no se analizan en clave psicopatológica, los problemas que aparecen durante el tratamiento suelen atribuirse a la falta de motivación para el tratamiento, pero se ha visto que precisamente son estos pacientes los que pueden presentar valores más elevados de motivación. Esto se debe a varias cuestiones que no podemos abordar en esta ocasión por razones de espacio. Se ha pensado también que el tratamiento de estos drogodependientes generalmente suele fracasar, pero se ha visto que, aunque hay diferentes niveles de mejoría, la psicoterapia cognitivo-conductual es efectiva en el tratamiento de los TP en drogodependientes⁶. Se ha asumido que los TP son muy estables en el tiempo y, sin embargo, se ha constatado que presentan menos estabilidad categorial de la que se esperaba.

Respecto a la calidad de vida, que se ha constituido en un concepto válido para evaluar la efectividad y el cambio sintomático de estos pacientes, se han vinculado con valores permanentemente bajos y, por el contrario, se ha podido constatar que hay diferencias significativas en calidad de vida a los 12 meses de tratamiento.

Discusión

Los aspectos que terminamos de comentar, y que sin duda exigen un análisis más profundo, muestran que el tratamiento de los TP en drogodependientes puede ser efectivo si se cuidan una serie de variables que son muy relevantes en el tratamiento y que se constituyen en un verdadero reto para el psicólogo clínico, equipo terapéutico y paciente⁷. Sin ahondar excesivamente veamos algunas de ellas:

1. Uno de los retos más importantes en la intervención con estos pacientes guarda relación con las dificultades que encontramos en el establecimiento de la relación terapéutica. Una de estas dificultades se refiere a los problemas asociados a la coordinación entre paciente y terapeuta, como por ejemplo son la aparición de expectativas negativas en relación con las posibilidades de cambio tanto por parte del paciente como del terapeuta, la carencia de capacidad empática del terapeuta, la incomprensión del terapeuta del impacto del TP en el propio proceso terapéutico, la inoportunidad de algunas

- intervenciones, etc. Sin lugar a dudas, una coordinación deficiente entre terapeuta y paciente para el logro de un determinado objetivo constituye una dificultad de enorme importancia para establecer un adecuado clima terapéutico. De él depende en gran parte la posibilidad de mejorar la adherencia al tratamiento que, como se sabe, es una pieza clave del éxito del tratamiento de drogodependiente con TP. Se ha visto que la calidad de la relación terapéutica constituye una variable que predice el resultado del tratamiento, convirtiéndose la alianza terapéutica en el predictor más significativo del resultado de la intervención. La calidad de la relación terapéutica mejorará si la relación terapéutica está guiada por la personalidad del paciente.
2. Una cuestión de una extraordinaria relevancia está relacionada con la egosintonía. Como se sabe, estos pacientes no pueden describir su malestar en términos sintomáticos, ni son en ocasiones conscientes de presentar trastorno alguno. Un reto de considerable importancia es tratar, con ayuda de la psicoeducación, de que el paciente sea consciente de que sus rasgos de personalidad le afectan o afectan negativamente a otras personas, que hay relación entre esta psicopatología y el consumo de drogas y que su mejoría dependerá en gran medida de que se aborden estos rasgos desde un punto de vista terapéutico. Será probablemente uno de los aspectos de mayor impacto en la propia evolución.
 3. Los cambios derivados de una evolución satisfactoria del TP en ausencia de consumos puntuales de drogas requiere tiempo, de modo que la sola abstinencia no garantiza la mejoría en los rasgos de personalidad más problemáticos. Pacientes y familiares deben conocer esta progresión, por lo que un reto muy importante guarda relación con el hecho de que el paciente esté suficientemente motivado como para esperar el tiempo necesario que le permita lograr la mejoría sintomática antes de abandonar el tratamiento.
 4. El trabajo en equipo multidisciplinario es uno de los pilares de la intervención. Nuestro reto tiene que ver con la comunicación entre los profesionales para formar e informar a los que, sin tener una formación especializada en esta cuestión, pasan la mayor parte del tiempo con estos pacientes, como sucede en determinados recursos. Me refiero, por ejemplo, a la labor de los educadores en comunidades terapéuticas o en cualquier otro recurso en los que ocupan un papel destacado en el tratamiento. Si el profesional convive y desarrolla su labor con estos pacientes debe conocer suficientemente la clínica y las estrategias más apropiadas a cada caso. Parte del reto consiste en aplicar estrategias diferentes a pacientes diferentes y momentos diferentes del tratamiento. Todo parece indicar que en la actualidad aún hay cierto grado de descoordinación en este aspecto.
 5. Por otro lado, los programas de prevención de recaídas exigen una adaptación constante a las peculiaridades del paciente, teniendo en cuenta que estos pacientes no sólo se diferencian de otros en los factores que pueden precipitar un consumo, sino también en las dificultades para abordar, por ejemplo, determinadas cogniciones vinculadas con el consumo de drogas. A grandes rasgos puede decirse que las diferencias entre pacientes en

función de la presencia de TP no guardan relación con el nivel de consecución posible de los objetivos terapéuticos relacionados con la abstinencia, sino con el riesgo de recaída que permanece una vez finalizada la intervención.

6. Uno de los mayores retos consiste en utilizar las estrategias terapéuticas específicas para cada caso, y adaptarlas en todo momento al programa de prevención de recaídas que llevamos a cabo.
7. Un reto de gran impacto en el tratamiento se relaciona con el nivel de colaboración de la familia, cuando este es posible. La familia debe conocer la psicopatología del paciente, para que sus miembros interpreten adecuadamente sus conductas y adecuen las expectativas con respecto a los resultados del tratamiento a las posibilidades reales de cada caso. Su colaboración puede ser crucial, sin embargo, el desconocimiento de los síntomas y los modos más adecuados de relacionarse con el paciente puede dar lugar a situaciones muy conflictivas. La familia debe participar, pero debe saber cómo hacerlo.
8. Probablemente, uno de los mayores retos en la intervención psicológica es el vinculado con el propio cambio de los rasgos de personalidad. Es posible que el paciente no esté dispuesto a cambiar entre otras razones porque: el eje II ha sido para él funcional en muchas ocasiones; se le pide al paciente que renuncie a lo que es y cómo se ha definido durante años, y porque el paciente se enfrenta a un mayor nivel de ansiedad cuando el terapeuta empieza a ayudarlo a ser más vulnerable. Tengamos en cuenta que las personas en general tienen dificultad para cambiar su paradigma, y es por ello por lo que la terapia cognitiva de los TP se ocupa especialmente de estas dificultades.

Conclusiones

En general puede decirse que si introducimos los cambios necesarios en el entorno, se logra instaurar el apoyo externo necesario para el paciente y se utilizan las estrategias terapéuticas de acuerdo con las peculiaridades psicopatológicas del drogodependiente, estos pacientes pueden superar su drogodependencia y mejorar considerablemente con respecto a la clínica del eje II.

Para terminar diremos que si tenemos en cuenta las cuestiones que se han descrito, deberíamos, en la medida de lo posible, desterrar la generalización indiscriminada en torno a los TP. No debemos generalizar las dificultades que encontramos para establecer una buena relación terapéutica especialmente con algunos TP o la impulsividad de los pacientes del *clúster B*.

No cabe duda de que la relación terapéutica permite profundizar en aspectos que de otro modo sería muy difícil abordar, como sucede por ejemplo con la motivación del paciente en relación con el tratamiento. Debemos evitar asociar una baja motivación permanente con el TP, porque somos conscientes que la efectividad de los tratamientos obtenidos obedecen probablemente el empleo de estrategias apropiadas, en el contexto de una buena adherencia al tratamiento que facilita la motivación necesaria.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Martínez-González JM, Trujillo HM. Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad. Madrid: Biblioteca Nueva; 2003.
2. López A, Becoña E, Casete L, Lage M, Díaz E, García J, et al. Dependencia de la cocaína y trastornos de personalidad. Análisis de su relación en una muestra clínica. *Trastornos Adictivos*. 2007;9:215-27.
3. Martínez-González JM, Graña JL, Trujillo HM. Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*. 2009;21:105-12.
4. Gunderson JG, Gabbard GO. Psicoterapia en los trastornos de la personalidad. Barcelona: Ars Médica; 2002. p. 76-80.
5. Skodol A. Manifestaciones, diagnóstico clínico y comorbilidad. En: Oldham JM, Skodol AE, Bender D, editores. *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Madrid: Elsevier Masson; 2007. p. 59-90.
6. Ball SA. Manualized treatment for substance abuse with personality disorders: dual forms schema therapy. *Addictive Behaviors*. 1998;23:883-91.
7. Martínez-González JM. Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*. En prensa.