

11241

29

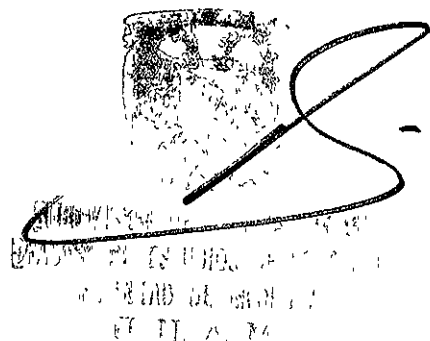
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.**

Titulo:

**" Trastorno de personalidad en los pacientes con
farmacodependencia múltiple".**

Alumno:



Dra: Luisa Angélica Lozano Noguero.
**Residente de tercer año en la especialidad
de Psiquiatría.**

Tutor Teórico:



Dr: Francisco Luna Soria.

Tutor Metodológico:



Dr: Fernando Corona Hernández.

**Tesis para obtener el diploma de especialización en
Psiquiatría.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION:

En la práctica clínica es frecuente encontrar que los pacientes farmacodependientes, presentan además de manera concomitante alguna otra patología, generalmente depresión, ansiedad, o algún trastorno de personalidad, que puede ser un factor predisponente, o bien, ser consecuencia del abuso de sustancias. Esta patología concomitante la mayoría de las veces queda enmascarada, pasando a primer plano la farmacodependencia, situación que complica el manejo de este tipo de pacientes, ya que, si no se toma en cuenta dicha patología, será difícil que se suspenda el abuso de sustancias.

En nuestro medio hay pocos estudios que confirmen o descarten dicha teoría, la mayoría de los estudios se encuentran realizados en población de los Estados Unidos de América, y hay otros pocos estudios realizados en España.

Es frecuente que en nuestro país al paciente con farmacodependencia se le rechace, o en el medio hospitalario cause cierta molestia atenderlos, sobretodo si llegan al servicio de urgencias intoxicados.

Este estudio a pequeña escala busca confirmar la presencia de un trastorno de personalidad de base en la mayoría de los pacientes con farmacodependencia, y resaltar la importancia de evaluar adecuadamente a este tipo de

pacientes, ya que el abordaje puede y debe cambiar ya sea que cuenten o no con un trastorno de personalidad, o con depresión-ansiedad, que es muy frecuente, o estemos frente a un paciente esquizofrénico en episodios iniciales, todo esto para el abordaje integral del paciente y de este modo mejorar el pronóstico del mismo.

Debido a la elevada frecuencia con la que encontramos comorbilidad entre consumo de sustancias y trastornos de personalidad, consideramos necesario llevar a cabo un estudio en pacientes farmacodependientes de nuestro medio, para establecer si esta relación encontrada en otros países, también se da en México.

JUSTIFICACION:

Con este estudio podrían beneficiarse los pacientes hospitalizados en anexos de alcohólicos y drogadictos anónimos, o centros de integración juvenil, ya que su problemática podría abordarse desde otra perspectiva, buscando clasificar el tipo de trastorno y derivando al paciente para atención completa, oportuna y adecuada, este enfoque no ha sido dado actualmente, principalmente debido a la falta de información que existe en este tipo de centros a los que generalmente acuden por primera vez, y que frecuentemente son anexos de AA o grupos de DA anónimos, y son atendidos por miembros de su misma comunidad, es decir, pacientes farmacodependientes rehabilitados.

OBJETIVOS:

- 1) Encontrar que porcentaje de pacientes farmacodependientes tienen asociado algún trastorno de personalidad.*

- 2) Relacionar cuál es el trastorno de personalidad más frecuente en este tipo de pacientes y en nuestro medio.*

- 3) Encontrar proporción de frecuencia entre sexos.*

MARCO TEORICO.

Aproximadamente desde la década de los 60's, el consumo de sustancias psicoactivas es cada vez más frecuente en nuestro medio, y por lo tanto es motivo de preocupación, tanto nacional como mundial.

Al principio el uso de marihuana fué frecuente en grupos minoritarios, posteriormente su uso se extendió, al mismo tiempo se difundió el uso de la heroína, llegando a ser en 1970 el año de su máximo consumo, en este mismo año se inicia la distribución de cocaína.

Es importante mencionar que cada sustancia tiene distinto mecanismo de acción, por ejemplo en el caso de las anfetaminas y sustancias similares operan sobre todo por la activación de los sistemas mesolímbicos y mesocorticales, inhibiendo la recaptura de dopamina y liberación de las terminales nerviosas. Se metabolizan en el hígado y se excretan por riñón, su vida media es de 7 a 19 hrs. Los cannabinoides determinan una inhibición central rápida, reversible, acentuada y estereoespecífica de la adenilato ciclasa, este efecto parece relacionarse con los efectos sobre el SNC, particularmente sobre la analgesia, hecho que nos sugiere la presencia de receptores específicos, teniendo como segundo mensajero, en murinos a la proteína G, que produce un aumento en la fluidez de la membrana. La cocaína produce activación de los sistemas dopaminérgicos, mesolímbicos y mesocorticales, ocupa el mecanismo transportador y por lo tanto inhibe la recaptura de dopamina, entre sus efectos se encuentran la disminución del apetito y del sueño, también puede producir paranoia, recelo y psicosis franca, casi indistinguible de los síntomas

de esquizofrenia. Puede causar toxicidad cardiovascular seria. Tiene una vida media de 30 a 90 minutos. Los alucinógenos tiene otro mecanismo de acción, se piensa que aunque también afectan a la dopamina, estas drogas operan como agonistas de los receptores postsinápticos de la serotonina (5 HT₂), se ha demostrado que este tipo de receptores se encuentran en todo el cerebro, pero principalmente se ha demostrado su presencia en el bulbo olfatorio, corteza anterior, núcleo accumbens, caudado, globo pálido, tubérculos mamilares, oliva inferior y plexos coroideos. Entre este tipo de sustancias encontramos al éxtasis y al LSD, el primero tarda en iniciar sus efectos aproximadamente 30 minutos y pueden durar de 3 a 4 hrs, y el segundo empieza a hacer sus efectos a los pocos minutos, teniendo una acción máxima a las 2 o 4 hrs y puede durar de 12 a 14 hrs, teniendo como vida media 3 hrs. A dosis bajas estos fármacos producen sensación de bienestar, euforia y confianza, a dosis más altas inician efectos sobre la percepción, algún color podría resultar más brillante, los bordes o fisuras podrían verse más marcados; aumentando la dosis podrían verse ilusiones y distorsiones visuales (destellos luminosos, líneas móviles o en zigzag)

Tanto la OMS¹ como la APA², incluyen en sus clasificaciones los trastornos ocasionados por el consumo de sustancias, así tenemos que coinciden en mencionar:

Dependencia: según el DSM IV, "es un conjunto de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo sigue siendo consumidor, a pesar de los problemas significativos acompañantes". El CIE 10, menciona que "este síndrome se manifiesta con un patrón conductual que otorga mayor prioridad al consumo de una

droga psicoactiva dada o a una clase de drogas, que a otros comportamientos que en su momento tuvieron mayor valor .

Abuso de sustancias: Esta definición comprende algunas características, como que el consumo de sustancias debe ser en forma reiterada por un periodo de 12 meses, no se incluyen los criterios de tolerancias, abstinencia, o utilización compulsiva.

Abstinencia: Se incluyen manifestaciones como los cambios conductuales maladaptativos, que causan deterioro en la actividad social, laboral y de otras áreas importantes, a menudo, la abstinencia se asocia con dependencia. En general la gravedad de la abstinencia se relaciona con la dosis, duración y modalidad del consumo. No sólo se advierte cuando se suspende la sustancias, sino también cuando se reduce la dosis, o cuando una modificación en el metabolismo disminuye los niveles tisulares.

Para considerar que un paciente presenta síndrome de abstinencia, según el DSM IV, se deben cumplir tres pautas:

- * Debe ser evidente la reciente suspensión o disminución del consumo de la sustancia después de un consumo repetido y habitualmente prolongado y/o altas dosis de dicha sustancia.*
- * Síntomas y signos compatibles con el conocido cuadro clínico de un síndrome de abstinencia de una sustancia o sustancias concretas.*
- * Los síntomas o signos no se justifican mejor por otro trastorno médico ni por ningún otro trastorno mental y del comportamiento.*

Dependiendo la sustancia que lo provoque, podemos encontrar distintas manifestaciones clínicas del síndrome de

abstinencia, por ejemplo cuando se trata de síndrome de abstinencia a alcohol existe temblor de lengua, párpados o manos extendidas, sudoración, náuseas o vómitos, taquicardia o hipertensión, agitación psicomotriz, cefalea, insomnio, malestar o debilidad, ilusiones o alucinaciones transitorias auditivas, visuales o táctiles, incluso crisis convulsivas, tónico-clónico generalizadas. En el caso de los opioides, además de los criterios generales debe presentarse un deseo imperioso de drogas opioides, rinorrea y estornudos, lagrimeo, dolores musculares y calambres (sobretudo abdominales), náusea y vómito, diarrea, dilatación pupilar, piloerección o escalofríos, taquicardia o hipertensión, bostezos, y sueño sin descanso. Cuando estamos ante un síndrome de abstinencia a sedantes o hipnóticos pueden estar presentes, el temblor de lengua, náuseas o vómitos, taquicardia, hipotensión postural, agitación psicomotriz, cefalea, insomnio, malestar o debilidad, ilusiones o alucinaciones, trastornos visuales, táctiles o auditivos, ideación paranoide, crisis convulsivas. Dentro del síndrome de abstinencia a cocaína, encontramos el humor disfórico, por ejemplo, tristeza o anhedonia, además letargo, retardo o agitación psicomotriz, deseo imperioso de drogas estimulantes, aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, sueños extraños o desagradables. A veces el síndrome de abstinencia presenta datos de delirium que hay que saber manejar. El síndrome de abstinencia a cannabinoides, para este no se han podido establecer criterios definidos, aparece tras la suspensión de consumo de dosis altas de cannabinoides, por un tiempo prolongado, este se llega a manifestar por ansiedad, inestabilidad, temblor de manos extendidas, sudoraciones y

dolores musculares. No se ha encontrado un síndrome de abstinencia a alucinógenos o a disolventes volátiles.

Intoxicación: Como criterios diagnósticos para este trastorno tenemos que se desarrolle un síndrome específico reversible, debido al consumo reciente o exposición a una sustancia, presencia de alteraciones conductuales o psicológicas significativas secundarias a los efectos de la sustancia sobre el sistema nervioso central que aparecen durante o poco después del consumo, los síntomas no deben explicarse mejor por la presencia de una enfermedad médica acompañante.

Además se toman en cuenta otros trastornos tanto en el CIE 10, como en el DSM IV, estos incluyen, demencia persistente, amnesia, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, psicosis, disfunción sexual y trastornos del sueño inducidos por sustancias.

La personalidad puede definirse como el conjunto de rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en su vida diaria y que son relativamente estables y predecibles. Cuando este conjunto supone una variante que va más allá de lo habitual en la mayoría de las personas y los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo , puede diagnosticarse un trastorno de personalidad²².

El DSM IV, define los trastornos de personalidad como trastornos permanentes de experiencia subjetiva y de comportamiento que se apartan de las expectativas de la cultura del sujeto, tienen su inicio en la adolescencia o principio de edad adulta, son estables a lo largo del tiempo y comportan malestar o perjuicios. En ese mismo libro están

clasificados en tres grupos (cluster). El grupo A (cluster A) comprende los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide, y esquizotípico; las personas con este tipo de trastorno suelen ser consideradas como raras o excéntricas. El grupo B (cluster B) incluye los trastornos de la personalidad antisocial, limite, histriónico y narcisista; estas personas suelen tener una clara inclinación al dramatismo, son muy emotivas y su conducta resulta errática. El grupo C (cluster C) comprende los trastornos de la personalidad por evitación, por dependencia y el obsesivo compulsivo, y una categoría denominada trastorno de la personalidad no especificado; las personas con este tipo de trastornos suelen ser ansiosas o temerosas.

Dentro de la etiología del consumo de sustancias, se considera que hay múltiples factores involucrados, teniendo como determinantes principales el acceso a las drogas, la aceptación social, y la presión de las parejas, pero la personalidad y la biología individual podrían ser más relevantes. El uso de drogas echa a andar un patrón que puede ser gratificante o no y que a través del aprendizaje puede incrementar o reducir la probabilidad de repetición de la conducta²¹.

Hay múltiples estudios que han reportado que existe una correlación estrecha entre el consumo de sustancias y la presencia de otra patología psiquiátrica, de las cuales las más frecuentemente encontradas son trastornos afectivos, como depresión y ansiedad, y trastornos de personalidad, principalmente del grupo B, de los cuales los más frecuentemente involucrados son el borderline y el antisocial, casi nunca se encuentra la personalidad esquizoide, aunque también es frecuente observar la

asociación esquizofrenia-abuso de sustancias 13,15, incluso hay un estudio en el cual se ha encontrado una relación entre trastornos de personalidad, dependencia a sustancias y un gen. También hay reportes que prueban la confiabilidad de estos hallazgos, haciendo comparaciones entre ellos. En estos estudios se han empleado distintas escalas, tanto de personalidad como de trastornos afectivos, cabe señalar que debido a que los trastorno de personalidad y los trastorno afectivo pertenecen a dos ejes distintos dentro de la clasificación del DSM IV, también se han llevado a cabo estudios que relacionen las tres patologías, trastornos afectivos, trastornos de personalidad y consumo de drogas.

En estudios recientes se ha comprobado que los pacientes con algún trastorno de personalidad buscan el uso y abuso de sustancias, esto lo explican por que los pacientes con este tipo de trastornos generalmente manifiestan rasgos de impulsividad, aislamiento y depresión, además de aburrimiento y sensación de vacío, generalmente más frecuente en los pacientes con trastorno de la inestabilidad emocional tipo limite³. La asociación más frecuente se da entre trastorno de personalidad y consumo de drogas, principalmente alcohol, y los trastornos de personalidad más frecuentemente involucrados son: disocial, borderline e histriónico, en estos resultados coinciden varios autores⁴, hay algunos que mencionan que no es infrecuente encontrar pacientes que reúnen criterios para dos cluster distintos e incluso encuentran algunos que llenan los tres, y lo han relacionado con una mayor resistencia para dejar el consumo de drogas. También se ha intentado demostrar una relación estrecha entre la presencia de trastorno de

personalidad y la de paranoia durante el consumo de la sustancia, pero los resultados no han mostrado diferencia estadística significativa que apoye esta teoría. Algunos estudios dejan muy clara la importancia de diferenciar entre los rasgos o el trastorno de personalidad y los datos clínicos que pueda generar el consumo de alguna sustancia (epifenómeno). Verheul y cols. en un artículo, menciona que la sintomatología de trastornos psiquiátricos, tanto del eje I como del eje II, pueden inducirse por el consumo de sustancias y que los hallazgos realizados pueden ser debidos a "artefactos" del estudio o de los investigadores, realiza un estudio en el cual encuentra que los trastornos de ansiedad y depresivos pueden ser inducidos por el consumo de sustancias, no así los trastornos de personalidad ¹⁶. Al referirse al trastorno de inestabilidad emocional tipo límite comentan que el abuso de sustancias en algunos casos juega un papel primordial en el desarrollo de sus características patológicas.

Given menciona que la personalidad patológica es un factor pronóstico importante para el tratamiento de múltiples psicopatologías, incluida, el abuso de sustancias, por lo tanto un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado del trastorno del eje II, permitirá un mejor abordaje del problema del eje I, y mejorará el pronóstico del paciente.

En algunos artículos se llega a señalar que en ocasiones es posible confundir la presencia de un trastorno de personalidad, generalmente borderline, y abuso de sustancias, con un posible trastorno bipolar, y hace énfasis en darnos tiempo para identificar y diferenciar ambos diagnósticos⁹.

Es importante mencionar que el diagnóstico de personalidad realizado por diversos autores en pacientes con farmacodependencia ya sea a una o a más sustancias se hace cuando el paciente se encuentra bajo los efectos de la droga y cuando está libre de ella, y en ambos casos la diferencia no ha sido significativa⁵, con esto se busca evitar confundir las características propias del trastorno de personalidad y las manifestaciones provocadas por el uso de sustancias, algunos investigadores incluso han creado escalas en las cuales intentan excluir los síntomas provocados por las sustancias, evaluando al paciente libre de sustancias psicoactivas.

Estos autores afirman que el consumo de sustancias, en trastornos de personalidad de tipo disocial y borderline, sirve como marcador importante ya que pone de manifiesto la impulsividad del paciente y la sensación de búsqueda, por otra parte el uso de estas sustancias puede no inducir, pero si catalizar el desarrollo del trastorno de personalidad, rasgos y aparición de síntomas, justifica de esta manera que este consumo pueda agregarse a los criterios diagnósticos de clasificación de enfermedades⁶.

También hay artículos en los cuales se señala la relación que pueda tener el trastorno de personalidad con el riesgo de recaídas en pacientes con farmacodependencia que hayan estado algún tiempo sin la ingesta de la droga, esto es señalan el trastorno de personalidad o cualquier otra psicopatología como factor predictivo para el riesgo de reinicio de abuso de sustancias, argumentan que el 60% de los pacientes que han logrado dejar el uso de sustancias lo reinician de 1 a 3 meses después de concluir el tratamiento y por lo menos el 80% lo reinician antes del sexto mes, en

esto también se han visto involucrados rasgos y trastornos de personalidad⁷.

Ball, señala la importancia de tratar los trastornos de personalidad que acompañan a la farmacodependencia múltiple, utilizando para este objetivo la teoría de Young, y señala que con un tratamiento adecuado el riesgo de recaídas disminuye significativamente¹⁸.

Cloninger en 1986, creó el Tridimensional Personality Questionnaire, con el cual buscó rasgos de personalidad, principalmente en pacientes alcohólicos, identificó que según esta escala existían dos tipos de alcohólicos, el primero a los que denominó alcohólicos tipo 1, iniciaban tardíamente con su dependencia a alcohol, raramente tenían "búsqueda" de alcohol de manera espontánea, difícilmente exhibían conductas antisociales sin estar intoxicados, estos muestran en su escala niveles bajos de búsqueda de novedad, niveles altos de evitación del daño y búsqueda de recompensa, "son emocionalmente ansiosos, rígidos, perfeccionistas, quietos, pacientes e introvertidos". Los alcohólicos tipo 2, según Cloninger, inician tempranamente con los problemas relacionados al consumo de alcohol, les cuesta trabajo permanecer sin consumir alcohol, muestran frecuentemente conducta antisocial, poco control cuando han iniciado el consumo de bebidas alcohólicas, este tipo de pacientes son agresivos, impulsivos, impacientes, muestran resultados elevados en la subescala de búsqueda de novedad, y bajos en evitación del daño y dependencia a la recompensa, muestran rasgos disociales⁸. Esta clasificación de tipo A y tipo B también se ha llevado a cabo para pacientes que presentan abuso de sustancias, Ball menciona que el tipo B de los pacientes muestran más factores

premórbidos de riesgo y presentan de una manera más frecuente síntomas de algún trastorno de personalidad y tiene puntuaciones altas en búsqueda de novedad y evitación del daño; en cambio el tipo A tiene puntuaciones altas para cooperatividad y autodirección, además es consciente y agradable, generalmente se deja llevar por alguien con trastorno disocial¹⁹.

Posteriormente se modifico este cuestionario creando el inventario de temperamento y carácter (ITC) y en el año de 1994 toma en cuenta rasgos de temperamento y carácter, en los que emplea 6 subescalas, las primeras de temperamento persisten y las siguientes tres son subescalas que se refieren al carácter:

- * Búsqueda de novedad (40 reactivos).*
- * Evitación del daño (35 reactivos).*
- * Dependencia a la recompensa (24 reactivos).*
- * Autodirección (44 reactivos).*
- * Cooperatividad (42 reactivos).*
- * Autotrascendencia (33 reactivos).*

*Galernter y cols. investigaron una supuesta relación entre el rasgo de personalidad búsqueda de novedad y el alelo DRD4*7R del receptor a dopamina D4, esto fué estudiado en sujetos farmacodependientes, sin embargo, no encontraron diferencias significativas, concluyeron que en las muestras que ellos usaron, la presencia de el alelo mencionado no ejerce una influencia directa para la presencia de búsqueda de novedad¹².*

Este cuestionario modificado es el que empleamos en este estudio.

Este cuestionario se ha empleado con éxito en pacientes ancianos, para determinar rasgos de temperamento y carácter, obteniendo resultados acordes con los esperados¹⁰, esta información nos es de utilidad ya que en el presente estudio hay pacientes de edad avanzada.

Ball y cols, evaluaron dimensiones de temperamento y carácter en pacientes con abuso de sustancias y lo compararon con trastornos de personalidad diagnosticados con criterios del DSM IV¹¹.

Battaglia relacionó la presencia de trastornos de temperamento con trastornos psiquiátricos, encontrando que una baja dependencia a la recompensa, distingue a un trastorno de personalidad cluster A y generalmente no se asocia con trastornos en el eje I, una puntuación alta en búsqueda de novedad generalmente se relaciona con trastornos de personalidad cluster B y también con uso y abuso de sustancias así como con trastornos de la alimentación, una puntuación alta en la evitación del daño se asocia con trastornos de personalidad cluster C y con trastornos del afecto¹⁴.

El inventario de personalidad y de carácter es una escala autoaplicable que consta de 240 reactivos, la traducción fue realizada por una psiquiatra y posteriormente fue retraducida a su lengua original, para el estudio de confiabilidad se tomó una muestra de 269 sujetos mayores de 18 años, de ambos sexos. Concluyeron que la traducción al español de este inventario se comportó desde el punto de vista psicométrico, de la misma manera que su versión original, ésta escala ha sido utilizada en numerosos trabajos en los que se ha encontrado su utilidad y confiabilidad¹⁷.

Este cuestionario se basa también en que los subtipos de personalidad se pueden definir en términos de las variables del temperamento, mientras que la presencia o ausencia de un trastorno de la personalidad se puede definir en términos de las dimensiones caracterológicas ²⁰.

HIPOTESIS

Nuestra hipótesis es que los pacientes que presentan farmacodependencia a cualquier sustancia presentan frecuentemente otras alteraciones psiquiátricas, principalmente trastornos depresivos o de personalidad, que favorecen la adicción a dichas sustancias y que si estas patologías no son tratadas, difícilmente podrá ser tratada la adicción a ciertas drogas.

Este cuestionario se basa también en que los subtipos de personalidad se pueden definir en términos de las variables del temperamento, mientras que la presencia o ausencia de un trastorno de la personalidad se puede definir en términos de las dimensiones caracterológicas ²⁰.

HIPOTESIS

Nuestra hipótesis es que los pacientes que presentan farmacodependencia a cualquier sustancia presentan frecuentemente otras alteraciones psiquiátricas, principalmente trastornos depresivos o de personalidad, que favorecen la adicción a dichas sustancias y que si estas patologías no son tratadas, difícilmente podrá ser tratada la adicción a ciertas drogas.

MATERIAL Y METODOS:

Se obtuvo una muestra de 56 sujetos con antecedente de farmacodependencia a dos sustancias por lo menos, incluidas alcohol, cocaína, cannabis, solventes, no se tomó en cuenta a los consumidores de tabaco, esta muestra se tomó de dos anexos de Alcohólicos y drogadictos anónimos del sur de la ciudad de México, además de la población que llega al servicio de Urgencias del Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". A pesar de que en un inicio habíamos pensado incluir únicamente mayores de 20 años, la frecuencia con la que el trastorno se presenta en edades menores provocó que fueran pacientes mayores de 18 años, que es el tipo de pacientes en los cuales la escala empleada ha sido validada.

Todos los pacientes han consumido sustancias psicoactivas por lo menos un año, durante su vida, y no la consumen por lo menos dos meses antes de su inclusión en el estudio. El consumo fué de por lo menos dos sustancias, sin que predominará el uso de una en especial. Todos participaron en la encuesta de manera voluntaria.

La aplicación del cuestionario fué complementada con una entrevista clínica en la cual tratamos de descartar la presencia de algún trastorno psicótico, que pudiera condicionar que el paciente no otorgara respuestas adecuadas.

Los pacientes fueron elegidos al azar por el encargado del centro de Alcohólicos anónimos, entre aquellos que llevaran

dos meses de estar ingresados, y en el hospital "Fray Bernardino Alvarez" por el jefe de guardia.

Inicialmente se captaron 100 pacientes, sin embargo algunos se excluyeron debido a que eran menores de 18 años (20 de ellos), 8 eran psicóticos, y el resto no sabían leer y escribir o se negaron argumentando que el cuestionario era muy largo.

El grupo control se obtuvo de los familiares que llegaban con el paciente al hospital, consta de 15 sujetos, eligiéndose al azar, generalmente por médicos de guardia, estos familiares no deberían estar psicóticos, y sin datos de psicopatología durante una breve entrevista.

Todos respondieron el ITC, previa entrevista de aproximadamente 15 minutos, generalmente se resolvían sus dudas, y permanecían acompañados del médico aunque la encuesta es autoaplicable.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

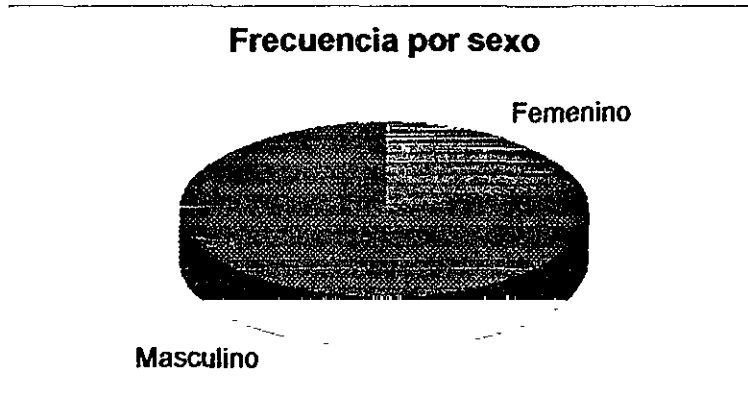
RESULTADOS.

Se analizaron un total de 56 sujetos, de ambos sexos.

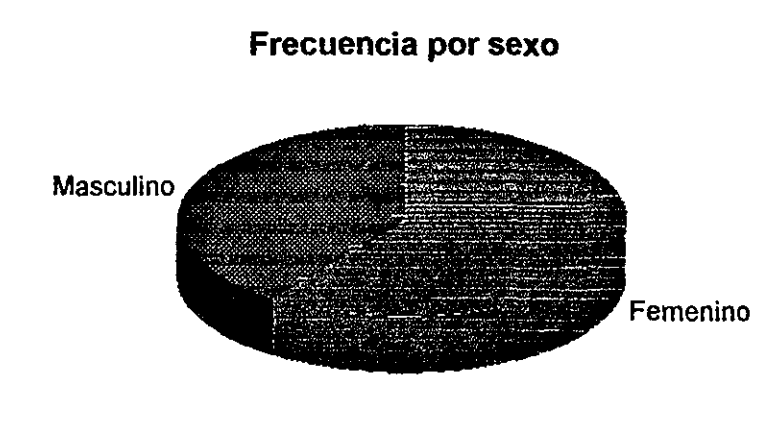
La tabla de a continuación detalla las edades del grupo control y del grupo de estudio.

Edades	Control		Pacientes	
	Frec	%s	Frec	%s
18-20	0	0	10	17.90%
21-25	2	13.30%	13	23.20%
26-30	5	33.40%	13	23.20%
31-35	3	20%	6	10.80%
36-40	1	6.60%	4	7.10%
41-45	2	13.40%	4	7.10%
46-50	0	0	1	1.80%
50 y más	2	13.30%	5	8.90%

De los 56 pacientes estudiados el 19.2% fueron del sexo femenino y el 80.4% fueron del sexo masculino.



En el grupo control un 60 % fueron del sexo femenino y un 40 % del sexo masculino.



Las encuestas se calificaron y se sometieron a análisis estadístico descriptivo de frecuencias y porcentajes.

Subescalas	Escalas	Pacientes Control Media y desviación	Control media y desviación	Valores referencia*
	Búsqueda de la novedad	18.3 +/- 3.5	15.1 +/- 3.9	20.2 +/- 5.1
NS1	Excitabilidad Vs Rigidez.	5.08 +/- 1.6	4.9 +/- 1.7	6.9 +/- 2.2
NS2	impulsividad Vs reflexión	5.5 +/- 1.9	3.5 +/- 1.9	3.9 +/- 2.5
NS3	extravagancia vs discreción	3.4 +/- 0.9	2.4 +/- 1.4	4.7 +/- 2.0
NS4	desorden vs restricción.	4.4 +/- 1.6	4.2 +/- 2.1	4.5 +/- 2.0
	Evitación del daño.	14.2 +/- 2.2	14 +/- 6.3	12.6 +/- 7.1
HA1	preocupación vs optimismo.	3.7 +/- 1.9	3.6 +/- 2.4	3.5 +/- 2.7
HA2	miedo a lo incierto vs confianza	2.6 +/- 1.2	3.4 +/- 1.1	3.1 +/- 1.7
HA3	timidez vs gregarismo.	3.5 +/- 1.7	2.8 +/- 2.1	2.9 +/- 2.2
HA4	fatigabilidad y astenia vs vigor	4.4 +/- 2.4	4.2 +/- 2.4	2.9 +/- 2.4
	Dependencia a la recompensa	13.2 +/- 3.8	15.6 +/- 3.2	13.9 +/- 4.1
RD1	sensibilidad vs insensibilidad.	6.7 +/- 2.2	7.4 +/- 1.5	5.5 +/- 2.2
RD3	apego vs separación.	3.9 +/- 1.9	4.7 +/- 2.1	4.9 +/- 2.2
RD4	dependencia vs independencia.	2.6 +/- 1.3	3.4 +/- 1.4	3.4 +/- 1.3
RD2	persistencia vs irresolución.			4.7 +/- 1.8

*Cuadro 1.- Escalas de temperamento basadas en el inventario de temperamento y carácter. Cuadro comparativo grupo control, grupo de estudio y *resultados obtenidos en la validación del ITC en México.*

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

<i>Subescalas</i>	<i>Escalas de carácter.</i>	<i>Pacientes media y desviación</i>	<i>Control Media y Desvia ción</i>	<i>Valores de referencia*.</i>
	Autodirección.	18.7 +/- 1.14	24.5 +/- 6.8	29.9 +/- 10.8
SD1	responsabilidad vs culpabilidad.	3.7 +/-1.4	5.3 +/-1.4	5.9 +/- 2.5
SD2	determinación vs sin dirección.	2.4 +/-1.2	3.2 +/- 1.2	5.6 +/- 2.3
SD3	con recursos vs apatía.	2.6 +/-1.2	3.2 +/- 1.2	3.6 +/- 1.6
SD4	autoaceptación vs lucha interna.	4 +/- 2	5.4 +/- 1.9	6.4 +/- 2.9
SD5	coongruencia con ideales.	5.8 +/-2.1	7.4 +/- 2.3	8.2 +/- 3.2
	Cooperatividad	22.6 +/- 3.1	30 +/- 2.6	28.22 +/- 9.9
C1	aceptación social vs intolerancia.	4.6 +/-1.1	4.9 +/- 1.3	5.5 +/- 2.5
C2	empatía vs desinterés social.	2.7 +/-1.2	3.4 +/- 0.7	4.4 +/- 1.9
C3	capacidad de ayuda vs incapacidad.	4.3 +/-1.3	7.4 +/- 0.74	5.4 +/- 2.0
C4	compasión vs venganza.	5.8 +/-1.4	8 +/- 0.84	6.9 +/- 3.1
C5	integridad vs falta de escrúpulos.	5 +/-1.3	6.2 +/- 1.22	5.8 +/- 2.1
	Autotrascendencia	15.2 +/- 3.2	11.8 +/- 2.3	16.4 +/- 6.2
ST1	Concentración creativa vs inconsciencia.	5.6 +/-1.5	5.3 +/-1.6	5.9 +/- 2.6
ST2	identificación transpersonal	3.9 +/-1.7	2 +/- 0.84	4.3 +/- 2.1
ST3	aceptación espiritual vs materialismo.	5.7 +/-1.8	4.4 +/-1.5	6.1 +/- 3.1

*Cuadro 2.- Escalas de carácter cuadro comparativo entre grupo control, grupo de estudio y *resultados obtenidos en la validación del ITC en México.*

Posteriormente los resultados fueron sometidos a análisis estratificado variante por variante, los resultados se clasificaron en tres rangos, alto, medio y bajo, estos se obtuvieron al sumar y restar una desviación estándar de los valores a la media de cada grupo, los valores que quedaban por debajo de la media menos una desviación estándar se consideraron como del rango menor, los valores por arriba de la media más una desviación estándar se consideraron en el rango alto, y el resto en el medio.

Para el grupo de los sujetos de estudio:

En búsqueda de novedad (NS) en el rango bajo se encontraron 4 pacientes, todos del sexo masculino entre 27 y 51 años. En el rango normal se encontraron 41 pacientes, 33 del sexo masculino y 9 del femenino, fueron más frecuentes pacientes entre 24 y 32 años. En el rango alto se encontraron 10 pacientes, 8 del sexo masculino y dos del femenino, la edad que predominó fué la de 18 años.

En Evitación del daño (HA) en el rango normal se encontraron 38 pacientes, 29 del sexo masculino y 9 del femenino, siendo hallado más frecuentemente en edades de 26 a 32 años. En el rango alto se encontraron 9 pacientes 8 del sexo masculino y 1 femenino, predominando 2 pacientes de 18 años ambos masculinos.

En la escala de dependencia a la recompensa (RD), el rango bajo fué obtenido por 6 pacientes, 5 hombres y una mujer, sus edades van de 18 a 34 años.

Para Autodirección (SD) en el rango bajo se encontraron un total de 7 pacientes, 3 mujeres y 4 hombres, predominando las edades de 24 a 28 años. En el rango medio encontramos 43 pacientes 7 mujeres y 36 hombres, predominantemente entres 18 y 21 años. En el rango mayor se encontraron 6

pacientes, una mujer y 5 hombres de 18,27,30,38 y 51 años.

En la escala de cooperatividad (C), en el rango bajo encontramos a 3 pacientes, todos ellos masculinos, predominando dos de 27 años. En el rango alto encontramos a 5 pacientes todos también masculinos.

En la autotrascendencia encontramos en el rango bajo un total de 7 pacientes, todos del sexo masculino, predominaron 2 de 21 años. En el rango medio encontramos 41 pacientes 31 masculinos y 10 del sexo femenino, predominando edades entre 24 y 34 años de edad. En el rango alto se ubicaron 8 pacientes, 7 de ellos masculinos la edad que predominó fué la de 36 años.

Para el grupo control:

En la escala de Búsqueda de novedad (NS) encontramos en el rango menor 3 pacientes, 2 masculinos y un femenino, edades de 28, 32 y 62 años respectivamente. Para el rango medio encontramos 11 pacientes 7 mujeres y 4 hombres, las edades que predominaron fueron 28 y 29 años. Para el rango alto encontramos un sujeto del grupo control del sexo femenino de 21 años.

En la escala de evitación del daño (HA) rango bajo encontramos un sujeto de 32 años. En el rango medio encontramos 11 sujetos, 6 mujeres y 5 hombres, la edad que predominó fué de 28 y 29 años. En el rango mayor se encontraron tres sujetos todos femeninos uno de 21, 28 y 39 años.

En la escala de dependencia a la recompensa (RD), en rango bajo se ubicó un sujeto masculino de 29 años, en el rango medio hubieron 10 sujetos,, de los cuales 7 eran del sexo femenino y 3 del masculino, predominando los 21 y 28

años. En el rango alto hubieron 4 pacientes dos mujeres y 2 hombres , éstos últimos con edades de 28 y 33 y las mujeres de 34 y 44 años.

En la escala de autodirección (SD), en el rango bajo se encontraron 2 sujetos de estudio, ambos del sexo femenino sus edades de 28 y 39 años. En el rango medio 10, 7 mujeres y 3 hombres predominando la edad de 21 años. En el rango alto se ubicaron 3 sujetos de estudio todos del sexo femenino entre 28 y 32 años.

Para cooperatividad (C) en el rango bajo se encontraron 2 sujetos del sexo masculino, de 29 y 33 años. Para el rango medio encontramos a 10 pacientes, 6 de ellos femeninos y 4 masculinos, la edad predominante 28 años. Para el rango alto encontramos tres pacientes del sexo femenino de 21, 39 y 65 años.

Para autotrascendencia (ST) en el rango bajo se ubicó una persona del sexo femenino de 21 años. Para el rango mayor se encontró una persona femenino de 44 años.

Al analizar los grupos control y de estudio las diferencias fueron mínimas, no hay diferencias estadística significativa entre los resultados obtenidos en el grupo de pacientes y los obtenidos en el grupo control, por lo tanto no se llevaron a cabo más cálculos ni pruebas estadísticas, ya que la probabilidad (p) era muy alta.

DISCUSION.

Los resultados del presente estudio no establecieron una relación entre la presencia de algún trastorno de personalidad en los pacientes con farmacodependencia múltiple, esto se debió a un probable sesgo ya sea en la aplicación de escalas o en la información del pacientes que probablemente no fué verídica, también pudo deberse a que los pacientes no comprendían adecuadamente las preguntas realizadas. Hay que tomar en cuenta también que el grupo control fué tomado de los familiares de los mismos pacientes que acudían por atención, y que probablemente tendría que hacerse un grupo control de la población en general. A pesar de que el ITC fué validado en México, en este país no se había empleado como único instrumento en pacientes con farmacodependencia, y hay poca bibliografía en el resto del mundo en que se haya empleado de este modo.

En próximos estudios convendría aplicar otros tipo de instrumentos para evaluar personalidad, además no exclusivamente uno, sino combinados, y convendría tomar en cuenta más variables, como tiempo de consumo y edad a la que se inició el mismo, para intentar establecer una relación adecuada, además la muestra podría ser mayor.

BIBLIOGRAFIA.

1.- Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid : Meditor, 1992

2.- American Psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Washington : American Psychiatric Press, 1994.

3.- Kranzler H, Satel S, Apter Andrew; *Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients. Comprehensive Psychiatry, vol 35; (5), Sept-oct. 1994 Pp 335-340.*

4.-Arranz T, Bellido J, Bosque C, Galve L, Navarro M; *Comorbilidad en los trastornos de personalidad. Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y ciencias afines. 1993 Mar-Apr; 21(2): Pp 33-8.*

5.-Weiss R, Mirin S, Griffin M, Gunderson J, Hufford C; *Personality disorders in cocaine dependence. Comprehensive Psychiatry; 1993, may-june. 34(3). Pp 145-9.*

6.-Rounsaville B, Kranzler H, Ball S, Tennen H, Poling J, Triffleman E; *Personality Disorders in substance abusers: Relation to substance use. J Nerv Mental Disease. 1998 Aug;24(3):395-404.*

7.- Fisher LA, Elias JW, Ritz K; Predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimensions. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998 Aug; 15(4): 353-356.

8.- Howard MO, Kivlahan D, Walker RD. Cloninger's tridimensional theory of personality and psychopathology: applications to substance use disorders. *J Stud Alcohol* 1997 Jan; 58(1): 48-66.

9.- Brim JA; Overdiagnosis of major psychiatric disorders in individuals with substance use disorders and personality disorders: the downside of the Woodruff principle. *J Stud Alcohol.* 1998 Jul; 59(4): 653-659.

10.-Casey JE, Joyce PR. Personality disorder and the Temperament and Character Inventory in the elderly. *Acta Psychiatr Scand* 1999 Oct; 100 (4): 302-308.

11.- Ball SA, Tennen H, Poling JC; Personality, temperament, and character dimensions and the DSM-IV personality disorders in substance abusers. *J Abnorm Psychol* 1997 Nov; 106(4): Pp 545-53.

12.- Gelerter J, Kranzler H, Coccaro E, Siever L; D4 dopamine-receptor (DRD4) alleles and novelty seeking in substance-dependent, personality-disorder, and control subjects. *Am J Hum Genet* 1997 Nov; 61 (5): Pp 144-52.

13.- Sandell R, Bertling U; Levels of personality organization and psychopathology among drug abusers in Sweden. *J Clin Psychol* 1996 Nov; 52(6): Pp 711-22.

14.- Battaglia M, Przybeck TR, Bellodi L, Cloninger CR; *Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. Compr Psychiatry* 1996 Jul-Aug; 37(4): Pp 292-8.

15.- Kuwata T, Suwaki H; *A clinical study of substance dependence patients combined with other psychiatric disorders. Nihon arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi* 1998 Oct;33(5): Pp 574-586.

16.- Verheul R, Kranzler HR, Poling J, Tennen H, Ball S, Rounsaville; *Axis I and Axis II Disorders in alcoholics and drug addicts: Fact or artifact?. J Stud Alcohol* 2000 Jan; 61(1): Pp101-10.

17.- Sánchez de Carmona M, Paéz F, López J, Nicolini H; *traducción y confiabilidad del inventario de temperamento y carácter (ITC). Salud Mental V 19, Suplemento octubre de 1996. Pp 5-9.*

18.-Ball SA; *Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual Focus Schema Therapy. Addict Behav* 1998 Nov-dec; 23(6): Pp 883-91.

19.- Ball SA, Kranzler HR, *Personality disorder and dimension differences between type A and type B substance abusers. J Personal Disord* 1998 Spring; 12 (1): Pp 1-12.

20.- Cloninger C R, Giligan SB. Neurogenetic mechanisms of learning a phylogenetic perspective. *J Psychiatr Res* 21: 457-72, 1987.

21.- Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I; *Drogodependencias, Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. 1998; Editorial Médica Panamericana. Pp 12-14.*

22.- Kaplan H, Sadock B; *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. Editorial Medica Panamericana. Octava edición. pp 880.*