

FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES
EN MATERIA DE SALUD MENTAL

MEJORAR NUESTRAS INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS

4

MÓDULO 4. ASPECTOS GENERALES DE LA CLÍNICA Y DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES: TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEL SUEÑO Y DE ALIMENTACIÓN. Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES

Financiado por:



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Edición y coordinación de contenidos:



Financiado por:



MÓDULO 4

ASPECTOS GENERALES DE LA CLÍNICA Y DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES: TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEL SUEÑO Y DE ALIMENTACIÓN. Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

FORTALECIMIENTO DE LAS CAPACIDADES EN MATERIA DE SALUD MENTAL. MEJORAR NUESTRAS INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS



RED IBEROAMERICANA DE ONG QUE
TRABAJAN EN DROGAS Y OTRAS ADICCIONES



MÓDULO 4.

ASPECTOS GENERALES DE LA CLÍNICA Y DEL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES:
TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEL SUEÑO Y DE ALIMENTACIÓN, Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

TABLA DE CONTENIDO

Trastornos de ansiedad	6
1. Epidemiología y prevalencia	6
2. Causas y mecanismos de interacción	6
3. Intervenciones terapéuticas posibles	8
Trastornos del sueño	9
1. Epidemiología y prevalencia	9
2. Causas y mecanismos de interacción	10
3. Intervenciones terapéuticas	11
Trastornos de la alimentación	12
1. Epidemiología y Prevalencia	13
2. Causas y mecanismos de interacción	13
3. Diagnóstico diferencial	14
4. Intervenciones terapéuticas	14
Trastornos de personalidad	15
1. Epidemiología y prevalencia	15
2. Causas y mecanismos de interacción	16
3. Intervenciones terapéuticas	16
3.1. Intervenciones psicoterapéuticas	17
3.2. Intervenciones farmacológicas	17
3.3. Enfoques integrales y comunitarios	17
Bibliografía básica	18

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

1. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

Los trastornos de ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias, presentan una alta comorbilidad, con una relación bidireccional en la que cada uno puede potenciar la aparición y cronicidad del otro. La ansiedad puede llevar al uso de sustancias como mecanismo de afrontamiento, mientras que el consumo prolongado de drogas puede agravar los síntomas ansiosos, generando un ciclo difícil de romper.

Las personas con trastorno de ansiedad (TA) presentan vulnerabilidad a desarrollar trastornos comorbidos. Estudios epidemiológicos muestran la asociación entre TA y TUS es entre el 18% y el 37%; (Guía Socidrogalcohol, 2017). El Epidemiological Catchment Area (ECA) confirmó que el 24% de pacientes con TA habían presentado un TUS comórbido (17,9% por consumo o dependencia de alcohol y 11,9% por consumo o dependencia de otras sustancias). Algunos autores, destacan la predominancia del consumo de alcohol (y luego otras sustancias) por su efecto ansiolítico. Los trastornos de ansiedad más frecuentemente asociados incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad social. La relación entre ambos trastornos es compleja, ya que la ansiedad puede actuar como factor de riesgo para el consumo de sustancias y viceversa.

El consumo de sustancias puede generar síntomas ansiosos como efecto secundario o durante la abstinencia, dificultando el tratamiento y aumentando la probabilidad de recaídas. La identificación de la relación entre ambos trastornos es fundamental para mejorar los resultados terapéuticos.

2. CAUSAS Y MECANISMOS DE INTERACCIÓN

El estrés podría ser uno de los factores predominantes de la etiopatogenia. Es decir, que seres humanos expuestos a situaciones de estrés durante los primeros años de vida o por largos periodos de tiempo, tienen mayores posibilidades de presentar consumo de sustancias, lo que agravaría el cuadro de TA. Los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias comparten mecanismos neurobiológicos, como la disfunción del eje hipotalámico-hipófisis-suprarrenal y la alteración en los sistemas de neurotransmisión de la serotonina, dopamina y GABA.

El consumo de alcohol y benzodiacepinas puede inducir una reducción temporal de los síntomas ansiosos, pero a largo plazo incrementa la dependencia y la ansiedad de rebote. Los estimulantes, como la cocaína y la metanfetamina, pueden exacerbar los síntomas ansiosos al aumentar la activación del sistema nervioso simpático. Además, los patrones

de afrontamiento disfuncionales en personas con ansiedad pueden llevar a la búsqueda de sustancias como una estrategia de regulación emocional. La interacción de estos factores refuerza la necesidad de un tratamiento integral que aborde ambas problemáticas de manera simultánea.

En cuanto a la relación entre TA y TUS, se consideran 4 modos de relación (Guía Socidrogalcohol, 2017):

- La patología de base (TA) se presenta de manera primaria, es decir, el paciente tiene síntomas de ansiedad y luego para aliviar los síntomas, para aliviar los síntomas comienzan a consumir sustancias. “Las evidencias de algunos estudios sugieren que la ansiedad social es un motivo importante para el consumo de alcohol, ya que mejoraría las expectativas y la creencia de mayor autoeficacia en situaciones de ansiedad social”. El (TA) inducido por sustancias, incluye sintomatología que puede aparecer durante la abstinencia o durante el consumo. Se destaca síntomas como: ataques de angustia, obsesiones o compulsiones.
- El TUS es primario, y luego se presenta el trastorno de ansiedad, como consecuencia del consumo o de la abstinencia. En el caso de trastorno de ansiedad generalizada suele suceder que el (TUS) es primario, en cambio en el trastorno de pánico, puede aparecer de forma primaria o secundaria.
- El TA y el TUS no están relacionados, pero interfieren entre sí, alterando la formas de presentación sintomatología y el pronóstico.
- El TA y el TUS son consecuencia de una base biológica o psicosocial común. Algunos estudios destacan que la presencia de TUS o TA puede inducir uno al otro. Es así por ejemplo la presencia de uso de alcohol puede generar un círculo que se retroalimenta, al menos a corto plazo, ya que el mismo actúa como ansiolítico, que favorece el consumo. Pero a largo plazo, el consumo crónico o la abstinencia del mismo genera síntomas de ansiedad.

Pautas de ayuda para el diagnóstico diferencial entre trastorno primario (independiente) y secundario (inducido)

Trastorno primario/Independiente	Trastorno secundario/inducido
<ul style="list-style-type: none"> • Edad de inicio de adicción posterior • Antecedentes personales psiquiátricos • Antecedentes familiares psiquiátricos • Persiste tras la abstinencia de drogas • Curso más recurrente • Síntomas característicos del trastorno • Síntomas que no se corresponden con el perfil farmacológico de la droga consumida (más sintomatología de la esperada según tipo/cantidad de droga consumida) • Mejor estructura familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad de inicio de adicción previa • Sin antecedentes personales de otros trastornos mentales • Antecedentes familiares de adicciones • Remite con la abstinencia • Curso menos recurrente (si no hay consumo) • Clínica atípica (cuadros mixtos. síntomas confusionales. síntomas inhabituales) • Síntomas que se corresponden con el perfil de la droga consumida • Mayor desestructuración familiar en relación con la adicción

Modificado de (Arias Horcajada, 2009)

Para poder establecer un correcto diagnóstico diferencial y saber si el trastorno de ansiedad es primario o secundario (inducido). Es necesario que el usuario se encuentre en abstinencia prolongada.

3. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS POSIBLES

El tratamiento de la comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias debe abordarse desde un enfoque integral e interdisciplinario. Es fundamental la colaboración entre psiquiatras, psicólogos y especialistas en adicciones para diseñar un plan de intervención adaptado a cada paciente. En cuanto a farmacología, los datos de revisión hecha indican que los psicofármacos más recomendados en el tratamiento de los TA también son altamente eficaces en patologías duales. Antidepresivos ISRS son el tratamiento de primera línea y las benzodiacepinas son fármacos contraindicados.

El diagnóstico diferencial es desde donde partimos para distinguir si los síntomas ansiosos son primarios o secundarios al consumo de sustancias. En muchos casos, la ansiedad persiste incluso tras la abstinencia, lo que requiere intervenciones específicas para su manejo.

Las estrategias terapéuticas más avaladas son (Guía Socidrogalcohol, 2020):

- **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):** Ha demostrado eficacia en la reducción de los síntomas ansiosos y la prevención de recaídas en personas con TCS.
- **Intervenciones farmacológicas:** Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) pueden ser útiles en el tratamiento de la ansiedad en personas con TCS, evitando el uso de benzodiacepinas por su potencial adictivo. Los últimos años han

demostrado que fármacos antiepilépticos de última generación son de gran utilidad, en especial la pregabalina.

→ Terapias basadas en mindfulness: Han mostrado beneficios en la reducción de la ansiedad y en el manejo del craving asociado al consumo de sustancias.

→ Psicoeducación y prevención de recaídas: Abordajes que buscan fortalecer la regulación emocional y mejorar las estrategias de afrontamiento adaptativas.

La presencia de comorbilidad entre TA y TUS e el tratamiento y empeora el pronóstico de ambos tipos de trastorno. Por ejemplo, se ha demostrado cómo la comorbilidad entre el uso de alcohol y el trastorno obsesivo compulsivo aumenta el riesgo de suicidio, o cómo los pacientes dependientes con trastornos de ansiedad no tratados tienen más posibilidad de recaídas (Sáiz et al, 2014).

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño y los trastornos por consumo de sustancias (TUS) están estrechamente relacionados. La alteración en la arquitectura del sueño es un síntoma común en personas con TUS, mientras que la privación de sueño puede aumentar la vulnerabilidad al abuso de sustancias. Esta interacción se debe a la influencia que tienen las sustancias psicoactivas sobre los sistemas neuroquímicos implicados en la regulación del sueño y la vigilia, generando un círculo vicioso que puede perpetuar tanto el consumo como la disrupción del descanso (Angarita et al., 2016).

El consumo de sustancias psicoactivas afecta de manera significativa la calidad y cantidad del sueño, mientras que los trastornos del sueño pueden generar un círculo vicioso que perpetúa el consumo de drogas como mecanismo de afrontamiento. Este fenómeno es particularmente relevante en contextos clínicos, ya que el sueño es un factor crítico en la regulación emocional, la consolidación de la memoria y el mantenimiento del equilibrio neurobiológico.

1. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

Existe evidencia científica que estima que alrededor del 80% de los pacientes con trastornos mentales durante la fase aguda, presenta insomnio. Es sabido que el mismo precede a la depresión. En la dirección contraria, es decir las personas con TUS y patología dual, uno de los síntomas frecuentes es el insomnio. La privación del sueño no solo impacta la salud física y mental, sino que también aumenta la vulnerabilidad al consumo de sustancias.

Los estudios epidemiológicos han demostrado que existe una fuerte correlación entre los

trastornos del sueño y el consumo de sustancias. Se estima que entre el 40% y el 60% de las personas con TUS presentan alteraciones significativas del sueño. El insomnio es la manifestación más común en personas con consumo problemático de alcohol, cocaína, opioides y estimulantes. Además, el abuso de sustancias como la marihuana y los sedantes puede generar una falsa percepción de mejora en la calidad del sueño, cuando en realidad produce una alteración en la arquitectura del mismo, disminuyendo las fases de sueño profundo y de movimientos oculares rápidos (REM).

En poblaciones clínicas, como pacientes en tratamiento por trastornos por consumo de sustancias, la prevalencia de alteraciones del sueño puede superar el 70%. La coexistencia de ambos trastornos impacta negativamente en la calidad de vida y dificulta la recuperación, aumentando el riesgo de recaídas. Es por ello que la identificación y tratamiento de los trastornos del sueño debe ser una prioridad en los programas de rehabilitación para personas con TUS.

Los trastornos del sueño más frecuentemente asociados al consumo de sustancias incluyen:

- **Insomnio:** Se estima que el 58% de las personas con dependencia al alcohol experimentan insomnio crónico. El alcohol inicialmente puede inducir somnolencia, pero interfiere con la fase REM y produce despertares frecuentes.
- **Apnea del Sueño:** Aproximadamente el 30% de los consumidores crónicos de opioides presentan apnea del sueño debido a la depresión respiratoria inducida por la droga. Esto aumenta el riesgo de hipoxia nocturna y problemas cardiovasculares.
- **Narcolepsia y consumo de estimulantes:** El abuso de metanfetaminas puede provocar episodios de hipersomnia rebote tras períodos de privación del sueño, afectando el funcionamiento diurno y aumentando la fatiga crónica.
- **Trastornos del ritmo circadiano:** Se han observado alteraciones en el ciclo sueño-vigilia en consumidores de cannabis y cocaína, lo que genera una desregulación en la producción de melatonina y un desfase en los patrones de sueño.

2. CAUSAS Y MECANISMOS DE INTERACCIÓN

El consumo de sustancias altera neurotransmisores fundamentales en la regulación del sueño, como la dopamina, la serotonina y el GABA. Esto afectan tanto la iniciación como el mantenimiento del sueño, generando patrones disfuncionales generando patrones conductuales que garantizan el consumo de drogas como estrategia compensatoria.

El alcohol, por ejemplo, suprime el sueño REM en las primeras horas, pero genera despertares frecuentes en la segunda mitad de la noche, lo que provoca una sensación de fatiga diurna. Los opioides afectan la respiración durante el sueño y reducen la fase de sueño profundo, incrementando el riesgo de apnea del sueño. Los estimulantes como la cocaína y la metanfetamina alteran la latencia del sueño, disminuyendo el tiempo total de descanso

y generando insomnio severo. Estos efectos pueden persistir incluso después de la abstinencia, contribuyendo a la recaída en el consumo. Por otro lado, los sedantes como las benzodiazepinas y los barbitúricos, si bien inducen el sueño, generan dependencia y reducen su calidad a largo plazo.

Los estudios en neuroimagen han demostrado que la alteración en la actividad de la corteza prefrontal y el sistema límbico en personas con TUS afecta la regulación del sueño. La desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal genera un estado de hiperactivación fisiológica que interfiere con el sueño reparador y aumenta la impulsividad y la búsqueda de sustancias. Estudios recientes han demostrado que la presencia de alteraciones del sueño es un factor de riesgo llevaron a los usuarios a recaídas en el consumo y generando una mala evolución de su psicopatología.

La interacción entre los TUS y los trastornos del sueño genera un ciclo difícil de romper. Muchas personas con consumo problemático utilizan drogas para intentar mejorar sus dificultades para dormir, sin embargo, estas mismas sustancias terminan agravando el problema a largo plazo. Por ejemplo, el alcohol es frecuentemente usado como un sedante para inducir el sueño, pero con el tiempo interfiere con su estructura, causando despertares frecuentes y una reducción de la fase REM, lo que genera un descanso no reparador.

Este fenómeno es particularmente relevante en contextos clínicos, ya que el sueño juega un papel fundamental en la regulación emocional, la consolidación de la memoria y el mantenimiento del equilibrio neurobiológico. La interrupción de estos procesos puede contribuir a síntomas como ansiedad, irritabilidad y dificultades cognitivas, que a su vez aumentan la probabilidad de recurrir a sustancias para mitigar el malestar. La falta de descanso adecuado afecta regiones cerebrales implicadas en la regulación emocional y el autocontrol, como la corteza prefrontal, lo que puede llevar a una mayor impulsividad y dificultades para resistir el deseo de consumir drogas. Además, en personas con antecedentes de TUS, los problemas de insomnio pueden aumentar la probabilidad de recaída, ya que el malestar derivado de la falta de sueño actúa como un desencadenante para retomar el consumo (Brower, 2016).

3. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

El abordaje de la comorbilidad entre los trastornos del sueño y el consumo de sustancias debe ser en un equipo interdisciplinario, con un plan terapéutico personalizado, teniendo en cuenta las particularidades de cada caso. combinando tratamientos farmacológicos, psicológicos y conductuales.

El diagnóstico diferencial desempeña un papel crucial para identificar si los problemas de sueño son una consecuencia del consumo de sustancias o si, por el contrario, preexistían como un factor de vulnerabilidad. En muchos casos, las alteraciones del sueño persisten incluso después del proceso de desintoxicación, lo que hace necesario implementar estra-

tegrías específicas para su tratamiento y control.

Las estrategias terapéuticas más avaladas son:

- Desde el plano farmacológico, el uso de melatonina ha mostrado eficacia para regular el ritmo circadiano en personas con consumo de estimulantes. En pacientes con insomnio asociado a la abstinencia de alcohol, los antidepresivos sedantes pueden ser útiles. Para los casos de apnea del sueño en consumidores de opioides, la reducción progresiva de la dosis y el uso de dispositivos CPAP han mostrado buenos resultados.
- Las intervenciones psicológicas incluyen la Terapia Cognitivo-Conductual para el Insomnio (TCC-I), la cual ha demostrado ser eficaz en la reducción de síntomas de insomnio en personas con trastornos por consumo de sustancias. Asimismo, la implementación de hábitos de higiene del sueño y la terapia de luz pueden ser beneficiosas en la regulación del ciclo sueño-vigilia. En esta línea es importante la psicoeducación para romper algunas dinámicas inadecuadas.

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

El tratamiento de la comorbilidad entre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos por uso de sustancias (TUS) requiere un enfoque integral y multidisciplinario que abarque aspectos médicos, psicológicos y nutricionales. La coexistencia de estos trastornos representa un desafío clínico significativo debido a la interacción bidireccional entre ellos, lo que puede agravar la sintomatología y dificultar el tratamiento (Touyz et al., 2018). Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y los trastornos por consumo de sustancias (TUS) presentan una alta comorbilidad, compartiendo factores de riesgo biológicos, psicológicos y ambientales. Ambas condiciones se caracterizan por patrones compulsivos y desregulación emocional, lo que puede generar una interacción bidireccional en la que un trastorno predispone o exacerba al otro.

El abuso de sustancias en personas con TCA puede deberse a la búsqueda de regulación emocional, control del peso o manejo de la ansiedad. De manera similar, los trastornos alimentarios pueden ser exacerbados por el uso de sustancias que afectan el apetito y la percepción del cuerpo. Comprender esta relación es crucial para el desarrollo de estrategias terapéuticas efectivas.

1. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

Los estudios han demostrado que las personas con TCA tienen un mayor riesgo de desarrollar TUS en comparación con la población general. Se estima que entre el 20% y el 50% de las personas con anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón presentan un consumo problemático de sustancias. El alcohol y los estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, son las drogas más utilizadas por personas con TCA, en particular aquellas con bulimia nerviosa. En estos casos, el uso de sustancias puede estar relacionado con el intento de controlar el peso o suprimir el apetito.

El trastorno por atracón también se asocia con un mayor consumo de sustancias, especialmente alcohol, debido a la relación entre impulsividad y desregulación emocional. Las personas con anorexia restrictiva tienden a presentar tasas más bajas de consumo de sustancias, aunque cuando ocurre, está vinculado a un control extremo del peso.

Las tasas de comorbilidad también varían según el sexo y la edad. Las mujeres con TCA tienen más probabilidades de usar sustancias como un mecanismo de afrontamiento, mientras que en los hombres, el consumo de sustancias puede preceder al desarrollo de un trastorno alimentario.

2. CAUSAS Y MECANISMOS DE INTERACCIÓN

Desde un punto de vista neurobiológico, los TCA y los TCS afectan sistemas similares en el cerebro, incluyendo el sistema dopaminérgico, que regula la recompensa y la motivación. La ingesta de alimentos y el consumo de sustancias activan estos circuitos, lo que puede explicar por qué muchas personas con TCA recurren a las drogas como una vía alternativa de gratificación.

Los factores de riesgo compartidos entre TCA y TUS incluyen:

- **Alteraciones neurobiológicas:** Se han observado alteraciones en los circuitos de recompensa y control inhibitorio del cerebro en ambas condiciones, lo que contribuye a la impulsividad y la búsqueda compulsiva de gratificación.
- **Factores psicológicos:** La baja autoestima, la ansiedad y la depresión son comúnmente compartidas y pueden ser tanto causa como consecuencia del desarrollo de TCA y TUS.
- **Presión sociocultural:** La influencia de los estándares de belleza, junto con el acceso a sustancias que prometen control del peso o evasión emocional, puede exacerbar ambos trastornos.

Las personas con bulimia nerviosa presentan una alta impulsividad, lo que las hace más propensas a conductas de abuso de sustancias. En la anorexia nerviosa, el uso de estimu-

lantes puede reforzar el comportamiento restrictivo, prolongando la enfermedad y aumentando el riesgo de complicaciones físicas y psicológicas.

El abuso de sustancias también puede agravar los síntomas de los TCA, generando un ciclo de refuerzo negativo en el que la droga se convierte en un mecanismo de regulación emocional. Este mecanismo es particularmente peligroso debido al riesgo de sobredosis, desnutrición y deterioro general de la salud.

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial es un paso crucial en el tratamiento, ya que permite determinar cuál de los trastornos se presentó primero y de qué manera influye en la evolución clínica del paciente. En algunos casos, el abuso de sustancias puede haber sido un factor desencadenante del trastorno alimentario, mientras que en otros, la restricción alimentaria o los atracones pueden haber facilitado el uso de sustancias como mecanismo de compensación o regulación emocional.

Un desafío frecuente es que los síntomas de un trastorno pueden enmascarar o exacerbar los del otro. Por ejemplo, el consumo de estimulantes como la cocaína o las anfetaminas puede reducir el apetito y reforzar la restricción alimentaria en pacientes con anorexia nerviosa, lo que dificulta la identificación del problema subyacente. De igual manera, los episodios de atracón en la bulimia nerviosa pueden estar relacionados con el uso de sustancias como el alcohol o el cannabis, utilizados para reducir la ansiedad asociada a la ingesta descontrolada. Dado que los TCA y los TUS comparten factores de riesgo comunes, como la impulsividad, la baja autoestima y la dificultad para manejar emociones negativas, el tratamiento debe centrarse en un enfoque integral que atienda estas vulnerabilidades. Estrategias como la regulación emocional, el fortalecimiento del autocontrol y el trabajo en la construcción de una identidad más estable son clave para una recuperación sostenible (Baker et al., 2018).

4. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

El abordaje terapéutico debe involucrar a un equipo de especialistas que incluya psiquiatras, psicólogos especializados en patología dual y nutricionistas:

- **Psiquiatras:** Se encargan del diagnóstico y del tratamiento farmacológico en caso de ser necesario, considerando la prescripción de medicamentos para el manejo de la ansiedad, la depresión o el control de impulsos, siempre con precaución debido al riesgo de abuso de ciertas sustancias.
- **Psicólogos especializados en patología dual:** Se encarga del diagnóstico, en colaboración con el médico psiquiatra. Implementan terapias basadas en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), que ha demostrado ser eficaz tanto para los

TCA como para los TUS, ayudando a los pacientes a identificar y modificar patrones disfuncionales de pensamiento y conducta.

- **Nutricionistas:** Trabajan en la restauración del equilibrio nutricional, diseñando planes alimentarios adaptados a las necesidades del paciente y promoviendo una relación saludable con la comida. En casos de TCA, se busca normalizar la alimentación sin fomentar restricciones extremas que puedan derivar en recaídas en el consumo de sustancias.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los trastornos de personalidad (TP) y los trastornos por consumo de sustancias (TUS) presentan una relación bidireccional y altamente compleja. Se estima que una proporción significativa de personas con TP también desarrollan un TUS, lo que no solo agrava su sintomatología, sino que también dificulta la adherencia al tratamiento y empeora el pronóstico general. Esta comorbilidad es particularmente relevante en contextos clínicos, ya que los pacientes con ambos trastornos presentan mayores tasas de recaída, hospitalización y riesgo de conductas autodestructivas en comparación con aquellos que padecen solo uno de estos trastornos (Chapman et al., 2020).

1. EPIDEMIOLOGÍA Y PREVALENCIA

Diversos estudios han documentado la alta prevalencia de TUS en personas con TP. Según el National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), aproximadamente el 46% de las personas con un TP cumplen criterios para un TUS en algún momento de su vida. Entre los diferentes tipos de TP, el trastorno límite de la personalidad (TLP) y el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) presentan las tasas más altas de abuso y dependencia de sustancias (Guía Socidrogalcohol, 2017).

El TLP se caracteriza por una elevada impulsividad, inestabilidad emocional y dificultades en las relaciones interpersonales, factores que contribuyen al consumo problemático de sustancias como una forma de regulación emocional. Por otro lado, el TAP, caracterizado por patrones de comportamiento manipulativos, impulsivos y una falta de remordimiento, ha sido fuertemente asociado con el consumo crónico de alcohol y drogas, aumentando el riesgo de conductas delictivas y de violencia.

2. CAUSAS Y MECANISMOS DE INTERACCIÓN

La interrelación entre los TP y los TUS puede explicarse a través de múltiples factores neurobiológicos, psicológicos y sociales:

- **Factores neurobiológicos:** La disfunción en los sistemas dopaminérgico y serotoninérgico está presente tanto en los TP como en los TUS. Estudios de neuroimagen han demostrado alteraciones en la corteza prefrontal y la amígdala en personas con TP, regiones implicadas en la regulación emocional y el control de impulsos, lo que puede aumentar la susceptibilidad al consumo de sustancias .
- **Factores psicológicos:** Los TP están asociados con una mayor impulsividad, baja tolerancia a la frustración y dificultades en la regulación emocional. Estas características pueden llevar al consumo de sustancias como una estrategia de afrontamiento para aliviar la angustia emocional, la ansiedad o la depresión subyacente.
- **Factores sociales y ambientales:** La historia de trauma, abuso infantil y entornos familiares disfuncionales son factores de riesgo comunes en ambas patologías. Las experiencias adversas en la infancia pueden contribuir al desarrollo de TP y aumentar la probabilidad de consumo de sustancias como un mecanismo de escape o automedicación.

El consumo de sustancias puede intensificar la sintomatología de los TP, dificultando la recuperación y perpetuando un círculo vicioso de inestabilidad emocional y dependencia. Algunos de los efectos más significativos incluyen:

- **Mayor impulsividad y desregulación emocional:** El consumo de sustancias como el alcohol, la cocaína o las metanfetaminas exacerba la impulsividad y reduce la capacidad de autocontrol, aumentando el riesgo de conductas autodestructivas y agresivas.
- **Aumento de la ideación y conductas suicidas:** Las personas con TP, especialmente aquellas con TLP, presentan un alto riesgo de intentos de suicidio. El abuso de sustancias agrava esta vulnerabilidad, disminuyendo la inhibición y facilitando conductas suicidas impulsivas (Pérez Rodríguez et al., 2021).
- **Mayor dificultad en el tratamiento:** Los pacientes con TP y TUS suelen mostrar menor adherencia a los programas de tratamiento, mayor riesgo de recaída y peores resultados terapéuticos en comparación con aquellos que solo presentan uno de los trastornos (Guía Socidrogalcohol, 2017).

3. INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

El abordaje de la comorbilidad entre TP y TUS requiere un enfoque interdisciplinario e integral, combinando intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales para mejorar la adherencia y la eficacia del tratamiento (Guía Socidrogalcohol, 2020).

3.1. Intervenciones psicoterapéuticas

- Terapia Dialéctico-Conductual (TDC): Desarrollada por Marsha Linehan, ha demostrado ser particularmente efectiva para tratar el TLP y los TUS. Se enfoca en mejorar la regulación emocional, la tolerancia a la angustia y las habilidades interpersonales.
- Terapia Cognitivo-Conductual (TCC): Ha sido utilizada con éxito en el tratamiento de los TUS y puede adaptarse a personas con TP, ayudándolas a identificar y modificar patrones disfuncionales de pensamiento y comportamiento
- Terapia Basada en la Mentalización (TBM): Se ha mostrado eficaz en el tratamiento del TLP con comorbilidad de TUS, ya que ayuda a los pacientes a comprender sus emociones y mejorar la regulación afectiva.

3.2. Intervenciones farmacológicas

Si bien no existen tratamientos farmacológicos específicos para los TP, algunos medicamentos pueden ser útiles para controlar la sintomatología asociada:

- Estabilizadores del estado de ánimo (ej., lamotrigina) pueden reducir la impulsividad y la labilidad emocional.
- Antidepresivos ISRS pueden ser útiles en pacientes con síntomas depresivos y ansiosos.
- Antipsicóticos atípicos (ej., quetiapina) pueden ayudar en casos de impulsividad grave y síntomas psicóticos transitorios.

3.3. Enfoques integrales y comunitarios

Dado que esta población suele enfrentar múltiples dificultades sociales, es fundamental incluir estrategias de reinserción social y apoyo comunitario, tales como:

- Programas de reducción de daños: Para minimizar los riesgos asociados al consumo de sustancias en pacientes con TP.
- Grupos de apoyo y terapia grupal: Pueden mejorar la adherencia y reducir la sensación de aislamiento.
- Intervenciones familiares: Para mejorar las dinámicas familiares y reducir los factores de riesgo ambientales.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Angarita, G. A., Emadi, N., Hodges, S., & Morgan, P. T. Sleep abnormalities associated with alcohol, cannabis, cocaine, and opiate use: A comprehensive review. *Addiction Science & Clinical Practice*, 2016; 11(1), 9.
- Arias Horcajadas F, Cortés Tomás MT, Fernández Artamendi S, Fernández Miranda JJ, Flórez Menéndez G, Ochoa Mangado E. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Resumen de intervenciones. *Vademecum. Árboles de decisiones lógicas. Guías clínicas basadas en la evidencia científica. Socidrogalcohol*. Valencia, 2020.
- Bobes García J, Casas Brugué M (coord.). Manejo clínico del paciente con patología dual. *Socidrogalcohol*. Barcelona, 2009.
- Brower, K. J.. Assessment and treatment of insomnia in adult patients with alcohol use disorders. *Alcohol*, 2016;49(4), 417-427.
- Franko, D. L., Kerrigan, S., Eddy, K. T., Ramirez, A. L., & Thompson-Brenner, H. A brief history of psychotherapy for eating disorders: Past, present, and future. *Psychological Services*, 2019; 16(1), 73-80.
- Grau Lopez, Lara; Casas Bruque, Miguel; Roncero, Carlos. Factores predictores de recaídas en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia. *Universitat Autònoma de Barcelona*. Barcelona, 2014.
- Guarda, A. S. Hospitalization and partial hospitalization for eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 2020; 43(3), 341-356.
- Medrano-Martínez P, Ramos-Platón MJ. Alteraciones cognitivas y emocionales en el insomnio crónico. *Rev de Neurología*. 2016;62(4):170-78.
- National Eating Disorders Association (NEDA, 2023). "Eating Disorders and Substance Abuse."
- National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2023). "Interacciones entre Ansiedad y Drogas". "Interacciones entre Sueño y Drogas."
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023). "Trastornos de Ansiedad y Consumo de Sustancias". "Trastornos del Sueño y Consumo de Sustancias." "Trastornos Alimentarios y Consumo de Sustancias".
- Touyz, S., Hay, P., & Rhodes, P. *Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A transdiagnostic approach*. Cambridge University Press. Cambridge, 2018.
- Pascual Pastor F, Fernández Miranda JJ, Díaz Fernández S, Sala Añó C. Comorbilidad psiquiátrica en adicciones. Concepto, epidemiología y diagnóstico. Marco general de tratamiento. *Guías clínicas basadas en la evidencia científica*. Ed. Socidrogalcohol: Valencia, 2017.

- Pasche, S. Exploring the comorbidity of anxiety and substance use disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14(3):176-81.
- Sáiz Martínez, P. A., Jimenez Treviño, L., Díaz Mesa, E. M., García-Portilla González, M. P., Marina González, P., Al-Halabí, S., ... y Ruiz, P. Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, 2014; 26(3), 254.
- San Molina L, Bernardo Arroyo M, Arrojo Romero M (Coordinadores). Guía de práctica clínica. Tratamiento Farmacológico y Psicológico de los Pacientes adultos con un Trastorno Mental Grave y un Trastorno por Uso de Sustancias. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid, 2020.
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender prevalence, comorbidity, and psychiatric predictors. *Journal of Abnormal Psychology*, 2018; 127(1), 81.

Financiado por:



www.riod.org

-  [RIOD](#)
-  [@RIOD_oficial](#)
-  [@RIOD.redes](#)
-  [@RIOD_oficial](#)