

Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo

Dual diagnosis and personality traits: Current situation and future research directions

JULIA ELENA MARQUEZ-ARRICO*; ANA ADAN*, **

* Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

** Instituto de Investigación en Cerebro, Cognición y Conducta (IR3C). Universidad de Barcelona.

Enviar correspondencia a:

Ana Adan

Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Passeig de la Vall d'Hebron, 171. 08035. Barcelona. España.

Tel: 34-933125060

Fax: 34-934021584

Correo electrónico: aadan@ub.edu

Resumen

La patología dual (PD) es la concurrencia de un trastorno mental (TM) y un trastorno por uso de sustancias (TUS) en una misma persona. En la actualidad, el estudio de la personalidad en PD se realiza mayoritariamente desde una visión categorial, centrándose en la detección de los trastornos de personalidad y no en los rasgos asociados y el posible perfil diferencial de los pacientes respecto a aquellos sólo con TM o sólo con TUS. Los trabajos que analizan los rasgos de personalidad de los pacientes con PD y el posible perfil diferencial respecto a aquellos sólo con TM o sólo con TUS son realmente escasos. Pero los datos existentes señalan que los pacientes con PD muestran mayor Búsqueda de Sensaciones, Impulsividad, Evitación del Daño y Neuroticismo; y menor Persistencia, Autodirección, Auto-transcendencia y Cooperación. Por tanto, la PD se asocia a características de personalidad que sugieren conductas más desadaptativas, menos recursos de cara a la recuperación y el mantenimiento de la abstinencia y peor pronóstico, en comparación a quienes sólo tienen un trastorno. Avanzar en la caracterización de los rasgos de personalidad en PD, teniendo en cuenta aspectos metodológicos a mejorar, podría permitir una mejor adecuación del tratamiento integrado de estos pacientes en el futuro.

Palabras claves: patología dual, comorbilidad, trastorno por uso de sustancias, rasgos de personalidad, características de personalidad, esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión.

Abstract

Dual diagnosis (DD) is the co-occurrence, in the same person, of a mental disorder (MD) and a substance use disorder (SUD). Nowadays, the study of the personality with DD is realized mainly from a categorical view, focusing on the detection of personality disorders and not on the traits associated to DD and the possible differential profile compared to those patients with only MD or SUD. Studies analyzing personality traits of patients with DD and their possible differential profile are very limited. However, existing data indicates that DD patients show higher levels of Sensation Seeking, Impulsivity, Harm Avoidance and Neuroticism; and lower levels of Persistence, Self-Direction, Self-Transcendence and Cooperation. Therefore, DD is associated to personality characteristics that suggest more disruptive behaviors, fewer resources for recovering and keeping abstinent and worse prognosis compared to those with only one disorder. Progress in the characterization of personality traits in DD, taking into consideration the methodological aspects to be improved could allow better adaptation of the integrated treatment of these patients in the future.

Key words: dual diagnosis, comorbidity, substance use disorder, personality traits, personality characterization, schizophrenia, bipolar disorder, depression.

Cuando se hace referencia al concepto de Patología Dual (PD) se está aludiendo a la concurrencia de un trastorno mental (TM) y un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) en una misma persona. En un sentido estricto se refiere a aquellos casos en los que el TM y el TUS ocurren a la misma vez en la misma persona, son ambas entidades primarias y etiológicamente independientes. Pero a día de hoy el término PD ha adoptado un sentido más amplio ya que es muy difícil saber si el consumo de drogas y el otro trastorno psiquiátrico, son entidades independientes o no (Torrens, Gilchrist y Domingo-Salvany, 2011).

La comorbilidad entre TM y TUS es elevada tanto en población general como clínica (Kessler, 2004), encontrando tasas de prevalencia que oscilan entre el 18-50% (Rodríguez-Llera et al., 2006). Los tres TM más prevalentes encontrados en una muestra de pacientes ingresados por TUS fueron: Trastornos del Espectro Psicótico con un 81,2%, Trastorno Depresivo Mayor (TDM) con un 7,8% y Trastorno Bipolar (TB) con un 4,7% (Rodríguez-Jiménez et al., 2008). Las características clínicas que muestran los pacientes con PD hacen que se trate de un tema de interés tanto para los investigadores como para los profesionales de la salud mental. Estos pacientes presentan un mal pronóstico y suelen mostrar una cantidad elevada de recaídas, de duración mayor, en comparación con los pacientes que sólo tienen TUS (Baena y López-Delgado, 2006). Realizan un uso más frecuente de los servicios de urgencias y mayor cantidad de hospitalizaciones psiquiátricas (Martín-Santos et al., 2006); muestran un aumento en el riesgo y comportamientos suicidas (Szerman et al., 2012); policonsumo (Casares-López et al., 2011; Rodríguez-Jiménez et al., 2008); peor calidad de vida (Benaiges, Prat y Adan, 2012) y deterioro neuropsicológico (Benaiges, Serra-Grabulosa, Prat y Adan, 2013a; Benaiges, Serra-Grabulosa, Prat y Adan, 2013b).

La personalidad, tanto considerada de forma categórica como dimensional, es un factor importante a la hora de explicar el TUS (Saint-Lèbes, Rodgers, Birmes y Schimitt, 2012), pero una visión dimensional puede facilitar más aspectos clave a abordar en el tratamiento del paciente que una visión categorial de la misma. En la actualidad, puede decirse que la investigación en personalidad y PD se realiza principalmente con fines epidemiológicos, ya que se centra en la detección de los trastornos de personalidad; siendo realmente escasos los trabajos que analizan los rasgos de personalidad de los pacientes duales y el posible perfil diferencial respecto a aquellos sólo con TM o sólo con TUS. Los trastornos de personalidad más prevalentes en PD son aquellos que pertenecen al Clúster B con un 41,6% (Skinstad y Swain, 2001), principalmente el Trastorno Borderline y el Trastorno Antisocial de la Personalidad (Skinstad y Swain, 2001; James y Taylor, 2007; Torgensen, Kringlen y Cramer, 2001). Profundizar en el conocimiento de las dimensiones de personalidad implicadas en PD sería coherente con una perspectiva multiaxial en el entendimiento de los procesos psicológicos (Pedrero-Pérez, 2008) y permitiría una aproximación etiológica al TUS del paciente en concreto, incluyendo en el tratamiento estrategias de manejo de las características de personalidad más desadaptativas con la finalidad de mejorar el abordaje terapéutico (Verheul, 2001).

El propósito de este trabajo es obtener una visión global acerca de cuáles son los rasgos de personalidad más característicos en pacientes con PD, respecto a aquellos con sólo TM o TUS, atendiendo específicamente a los tres TM más prevalentes: esquizofrenia, TDM y TB. A partir de ello se sugieren aspectos conceptuales y metodológicos que deberían abordarse en el futuro para progresar tanto a nivel teórico como con aplicabilidad clínica.

Dimensiones de personalidad implicadas en patología dual

Los estudios que exploran las dimensiones de personalidad en pacientes con PD son bastante escasos, en la Tabla 1 se presentan los principales datos existentes. Las dimensiones más estudiadas en PD son la Búsqueda de Sensaciones principalmente medida con la Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (SSS; Zuckerman, Eysenck y Eysenck, 1978) y la Impulsividad, mediante la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS; Barratt, 1965). En la mayoría de los trabajos se sigue el Modelo de Personalidad de Cloninger utilizando el Inventario de Temperamento y Carácter (TCI y TCI-R; Cloninger, Przybeck, Svrakic y Wetzell, 1994; Cloninger, 2000). Cuando no se utiliza un modelo biológico de personalidad, el instrumento de medición elegido es principalmente el Inventario de Personalidad de los 5 factores NEO-FFI (Costa y McRae, 1992) seguido por el Inventario Clínico Multiaxial de Personalidad de Millon (MCMI-III; Millon, 1994).

El hallazgo más consistente en el estudio de los rasgos de personalidad en PD es la presencia de puntuaciones elevadas en Búsqueda de Sensaciones (Arpana, Neale, Prescott y Kendler, 2004; Trull, Sher, Minks-Bown, Drubin y Burr, 2000; Sher, Batholow y Wood, 2000). Ello se ha observado en pacientes duales con TB (Bizzarri et al., 2007; Mandelli et al., 2012; Haro et al., 2007), con esquizofrenia (Dervaux et al., 2001; Dervaux et al., 2010a; Dervaux, Laqueille, Bourdel, Olie' y Krebs, 2010b; Kim, Kim, Park, Bin y Chung, 2007; Zhornitsky et al., 2012), con trastornos de la esfera psicótica (Bizzarri et al., 2009) y con TDM (Rae, Joyce, Luty y Mulder, 2002) comparados con los que sólo presentaban el TM. Una puntuación elevada en Búsqueda de Sensaciones indica una importante necesidad general de aventura y excitación, la preferencia por situaciones de riesgo y emociones fuertes por el mero hecho de vivirlas, la susceptibilidad al aburrimiento y la desinhibición (Zuckerman, 2002).

Los pacientes con PD también presentan puntuaciones elevadas en Impulsividad. La Impulsividad entendida como la tendencia a actuar con falta de previsión y sin evaluar las consecuencias que puedan derivarse (Adan, 2012), es un rasgo que explica parte del proceso de vulnerabilidad para el uso de drogas, los patrones de consumo, la progresión hacia la adicción (Belin, Mar, Dalley, Robbins y Everitt, 2008) y el craving más severo (Evren, Durkaya, Evren, Dalbudak y Cetin, 2012). Ello se observa con independencia de que el trastorno comórbido sea esquizofrenia (Dervaux et al., 2010 a,b; Zhornitsky et al., 2012), TB (Liraud y Verdoux, 2000; Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham y Moeller, 2004) o, TDM (Liraud y Verdoux, 2000) en comparación a los que sólo tienen el TM. Además los pacientes duales con esquizofrenia puntúan más alto en las

dimensiones Impulsividad Cognitiva y Actividad no Planificada de la Escala de Impulsividad de Barratt en comparación a los que no tenían historia de TUS, lo que se ha relacionado con la mayor tasa de intentos de suicidio (Gut-Fayand, Dervaux, Olié, Loo, Poirier y Krebs, 2001).

Respecto a las dimensiones de temperamento medidas por el TCI, Rae et al. (2002) han hallado niveles inferiores en Persistencia en los pacientes duales con TDM en comparación a los que sólo tenían el TM. Una baja puntuación en Persistencia implica una menor capacidad para continuar hacia una meta frente a la fatiga o la dificultad, bajos niveles de esfuerzo y perfeccionismo (Cloninger et al., 1994); aspectos que podrían estar implicados en el mantenimiento de la abstinencia y el cumplimiento con el tratamiento. También en la dimensión de Evitación del Daño, entendida como la tendencia a las preocupaciones, el temor a la incertidumbre y la timidez social (Cloninger et al., 1994), se han observado puntuaciones superiores de los pacientes con PD respecto a aquellos que sólo tenían TM, sólo TUS o ningún diagnóstico (Lukasiewicz et al., 2009). Así mismo, los pacientes con TB y TUS comórbido muestran puntuaciones superiores en dicha dimensión en comparación a los que sólo tenían TUS y ello resulta predictor de la mala recuperación durante el tratamiento de episodios depresivos del TB (Mandelli et al., 2012).

El Neuroticismo, entendido como emocionalidad negativa o tendencia a experimentar tensión, inseguridad, preocupaciones, disgusto, miedo y gran sensibilidad a las críticas (Zuckerman, 2002), es otro de los rasgos de personalidad relacionado con la PD. Se han encontrado puntuaciones altas en la Subescala Neuroticismo del NEO-FFI en pacientes duales con esquizofrenia (Reno, 2004) y con TDM o trastorno de ansiedad y dependencia de alcohol (Boschloo, Vogelzangs, Brink, Smit, Beekman y Penninx, 2013), respecto a los que sólo tenían el TM o sólo el TUS. Ello indicaría que son los pacientes duales quienes experimentan con más frecuencia e intensidad emociones negativas, siendo posible que se hallen relacionadas con la peor calidad de vida de estos pacientes.

Reno (2004) también observó que pacientes duales con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo puntuaban más bajo en las dimensiones Extraversión, Agradabilidad y Conciencia del NEO-FFI respecto a los que no tenían historia de TUS. Tales puntuaciones indicarían que los pacientes con PD son menos sociables, y tienen más dificultades para ser empáticos y adecuarse a metas o normas (Costa y McRae, 1992). En este mismo estudio utilizando el Inventario de Personalidad MCMI-III se observa que los pacientes con PD tienen puntuaciones superiores en las Escalas de Personalidad Evitativa, Depresiva, Esquizotípica, Paranoide, Agresiva y Borderline respecto a aquellos que sólo tenían TM. No obstante, el autor alerta de que las diferencias podrían explicarse en parte por el efecto de la edad.

En cuanto a las dimensiones de carácter evaluadas por el TCI, Lukasiewicz et al. (2009) encuentran que los pacientes con PD mostraban las puntuaciones más bajas en las dimensiones de carácter Auto-Trascendencia y Autodirección en comparación a aquellos que sólo tenían un diagnóstico. La baja Auto-Trascendencia se considera como un indicador de una visión caótica del mundo, sensación de vacío, escasa sen-

sibilidad a lo que les rodea e imagen inestable de sí mismo y los niveles inferiores en Autodirección se relacionan con un bajo sentimiento de autoeficacia, proyección de culpabilidad hacia uno mismo, falta de hábitos personales congruentes y baja autoestima (Cloninger et al., 1994). Ambas características podrían estar explicando dificultades para asumir responsabilidades durante el tratamiento y percibirse a sí mismo con recursos para afrontar el mismo. También se han observado puntuaciones inferiores de Cooperación en pacientes duales con TDM (Rae et al., 2002) y con TB (Mandelli et al., 2012). Ello se relaciona con la tendencia a mostrarse distante, egoísta u hostil en las relaciones interpersonales y con dificultades para ser empático (Cloninger et al., 1994).

Limitaciones metodológicas

Son varias las dificultades y limitaciones metodológicas que se tendrían que considerar tanto en la interpretación de resultados como en el planteamiento de futuras investigaciones. Una de las principales es el tipo de tratamiento que recibe o ha recibido la muestra y la procedencia de la misma. Los trabajos analizados utilizan indistintamente muestras de pacientes ambulatorios o residentes y con diversas modalidades de tratamiento. Una parte de los resultados podría estar influenciada por las características del tratamiento que se está llevando a cabo y los cambios que el mismo ha podido provocar en el paciente.

Otras limitaciones metodológicas son la sustancia de consumo, la severidad de la adicción y el tiempo de abstinencia de los pacientes incluidos. Prácticamente la totalidad de los trabajos incluyen indistintamente a pacientes con diferentes patrones de consumo. Controlar el tipo de sustancia es una de las principales dificultades a las que se enfrentan los investigadores, máxime cuando el patrón de consumo más prevalente en PD es el policonsumo. La severidad de la adicción es una variable que en general no consideran las investigaciones revisadas y podría ser también un factor mediador entre las características de personalidad y algunas variables clínicas. En relación al tiempo de abstinencia, los estudios revisados no suelen llevar a cabo un análisis en función a éste y es evidente que la duración del período sin consumir podría influir en el estado general del paciente y los resultados obtenidos.

La edad y el sexo de la muestra también son algunas de las limitaciones metodológicas que pueden observarse. Prácticamente la totalidad de los trabajos analizados incluyen participantes con un rango muy extenso de edad y a día de hoy se cuenta con datos que ponen en evidencia el efecto de la edad en las dimensiones de personalidad (Soto, John, Gosling y Potter, 2011). Respecto al sexo, la mayoría de los trabajos se centran sólo en hombres, en concordancia con la prevalencia de PD y de TUS, o no realizan un análisis de datos en función del sexo por lo que los resultados no pueden generalizarse a ambos sexos. El análisis de las posibles diferencias en función del sexo y la edad en PD es un aspecto que deberían abordar investigaciones futuras.

Conclusiones

La situación en la que se encuentra el campo de estudio de la personalidad y la PD en la actualidad requiere un trabajo intenso en el futuro inmediato. Considerar los aspectos dimensionales de la personalidad, como patrón complejo de rasgos psicológicos, puede añadir información útil y aplicable en el manejo clínico de estos pacientes. Los trabajos existentes con este objetivo son escasos, aunque todos ellos obtienen datos significativos que diferencian entre los pacientes con diagnóstico de PD, TM y TUS. Pueden destacarse los niveles superiores en Búsqueda de Sensaciones, Impulsividad, Evitación del Daño y Neuroticismo; e inferiores en Persistencia, Autodirección, Auto trascendencia y Cooperación en los pacientes con PD si se los compara con aquellos con TM y/o TUS. Por tanto, la PD se asocia a características de personalidad más desadaptativas que dificultarían el tratamiento y la recuperación. La caracterización de los pacientes con PD es un aspecto que puede permitir una mejor adecuación y personalización del abordaje terapéutico, facilitando el cumplimiento con las normas actuales de excelencia terapéutica que recomiendan un tratamiento integrado, según el cual las dos patologías deben ser tratadas conjuntamente, dentro de un programa unificado, por un equipo multidisciplinario debidamente capacitado para efectuar ambas intervenciones. Continuar en este campo de investigación y superar las dificultades metodológicas existentes es una labor fundamental que los profesionales de la salud no deben descuidar.

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este trabajo ha contado con la subvención de los proyectos de investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI2009-12300) y del Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2012-32669) y una beca de Formación de Profesorado Universitario otorgada a J.E. Markez-Arrico (AP2010-1636) del Ministerio de Educación Cultura y Deporte.

Referencias

- Adan, A. (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (*binge drinking*). *Adicciones*, *24*, 17-22. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/17-22%20Adan.pdf>
- Arpana, A., Neale, M.C., Prescott, A.C. y Kendler, K. (2004). A twin study of early cannabis use and subsequent use and abuse/dependence of other illicit drugs. *Psychological Medicine*, *34*, 1227-1237. doi: 10.1017/S0033291704002545
- Baena, M.R. y López-Delgado, J. (2006). Trastornos duales. Mecanismos etiopatogénicos. *Trastornos Adictivos*, *8*, 176-181. doi: 10.1016/S1575-0973(06)75118-2
- Barratt, E. S. (1965). Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychological Reports*, *16*, 547-554. doi: 10.2466/pr0.1965.16.2.547
- Belin, D., Mar, A. C., Dalley, J. W., Robbins, T. W. y Everitt, B. J. (2008). High impulsivity predicts the switch to compulsive cocaine-taking. *Science*, *320*, 1352-1355. doi: 10.1126/science.1158136
- Benaiges, I., Prat, G. y Adan, A. (2012). Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: Clinical correlates. *Health and Quality of Life Outcomes*, *10*, 106. doi: 10.1186/1477-7525-10-106
- Benaiges, I., Serra-Grabulosa, J. M., Prat, G. y Adan, A. (2013a). Executive functioning in individuals with schizophrenia and/or cocaine dependence. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, *28*, 29-39. doi: 10.1002/hup.2279
- Benaiges, I., Serra-Grabulosa, J. M. y Adan, A. (2013b). Neuropsychological functioning and age-related changes in schizophrenia and/or cocaine dependence. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *40*, 298-305. doi: 10.1016/j.pnpbp.2012.10.016
- Bizzarri, J. V., Sbrana, A., Rucci, P., Ravani, L., Masei, J. G., Gonnelli, C.,... y Cassano, G. B. (2007). The spectrum of substance abuse in bipolar disorder: Reasons for use, sensation seeking and substance sensitivity. *Bipolar Disorders*, *9*, 213-220. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00383.x
- Bizzarri, J. V., Rucci, P., Sbrana, A., Miniati, M., Raimondi, F., Ravani, L.,... y Cassano, G. B. (2009). Substance use in severe mental illness: Self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry Research*, *165*, 88-95. doi: 10.1016/j.psychres.2007.10.009
- Boschloo, L., Vogelzangs, N., Brink, W., Smit, J. H., Beekman, A. T. F. y Penninx, B. W. J. H. (2013). The role of negative emotionality and impulsivity in depressive/anxiety disorders and alcohol dependence. *Psychological Medicine*, *43*, 1241-1253. doi: 10.1017/S0033291712002152
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Bobes-Bascarán, M. T., Secades, R., Martínez-Cordero, A. y Bobes, J. (2011). Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones*, *23*, 37-44. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/37-44%20casares%2023-1.pdf>
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M. y Wetzel, R. D. (1994). *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis: Washington University Center for Psychobiology of Personality.
- Cloninger, C. R. (2000). Biology of personality dimensions. *Current Opinions in Psychiatry*, *13*, 611-616. doi: 10.1097/00001504-200011000-00024
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Dervaux, A., Bayle, F. J., Laqueille, X., Bourdel, M. C., LeBorgne, M. H., Olié, J. P. y Krebs, M. O. (2001). Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking, or anhedonia? *The American Journal of Psychiatry* *158*, 492-494. doi: 10.1176/appi.ajp.158.3.492

- Dervaux, A., Goldberger, C., Gourion, D., Bourdel, M. C., Laqueille, X., Loo, H.,... y Krebs, M. O. (2010a). Impulsivity and sensation seeking in cannabis abusing patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 123*, 278–280. doi: 10.1016/j.schres.2010.08.029
- Dervaux, A., Laqueille, X., Bourdel, M. C., Olié, J. P. y Krebs, M. O. (2010b). Impulsivity and sensation seeking in alcohol abusing patients with schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry, 1*, 135. doi: 10.3389/fpsy.2010.00135
- Evren, C., Durkaya, M., Evren, B., Dalbudak, E. y Cetin, R. (2012). Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review, 31*, 81–90. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00303.x
- Gut-Fayand, A., Dervaux, A., Olié, J. P., Loo, H., Poirier, M. F. y Krebs, M. O. (2001). Substance abuse and suicidality in schizophrenia: A common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Research, 102*, 65–72. doi: 10.1016/S0165-1781(01)00250-5
- Haro, G., Calabrese, J. R., Larsson, C., Shirley, E. R., Martin, E., Leal, C. y Delgado, P.L. (2007). The relationship of personality traits to substance abuse in patients with bipolar disorder. *European Psychiatry, 22*, 305–308. doi: 10.1016/j.eurpsy.2007.03.009
- Kessler, R. C. (2004). Impact of substance abuse on the diagnosis, course and treatment of mood disorders. The Epidemiology of Dual Diagnosis. *Biological Psychiatry, 56*, 730–737. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.06.034
- Kim, J., Kim, D., Park, S., Bin, H. y Chung, E. (2007). Novelty-seeking among schizophrenia patients with comorbid alcohol use. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 622–624. doi: 10.1097/NMD.0b013e318093f425
- James, L. y Taylor, J. (2007). Impulsivity and negative emotionality associated with substance use problems and cluster B personality in college students. *Addictive Behaviors, 32*, 714–727. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.06.012
- Liraud, F. y Verdoux, H. (2000). Which temperamental characteristics are associated with substance use in subjects with psychotic and mood disorders? *Psychiatry Research, 93*, 63–72. doi: 10.1016/S0165-1781(99)00120-1
- Lukasiewicz, M., Blecha, L., Falissard, B., Neveu, X., Benyamina, A., Reynaud, M. y Gasquet, I. (2009). Dual diagnosis: Prevalence, risk factors and relationship with suicide risk in a nationwide sample of French prisoners. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 33*, 160–168. doi: 10.1111/j.1530-0277.2008.00819.x
- Mandelli, L., Mazza, M., Di Nicola, M., Zaninotto, L., Harnic, D., Catalano, V.,... y Serretti, A. (2012). Role of substance abuse comorbidity and personality disorder: Harm Avoidance influences medium-term treatment outcome. *Psychopathology, 45*, 174–178. doi: 10.1159/000330364
- Martin-Santos, R., Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, J. M., Imaz, M. L., Navinés, R.,... y Torrens, M. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *The European Journal of Psychiatry, 20*, 147–156. doi: 10.4321/S0213-61632006000300002
- Millon, T. (1994). *Manual for the MCMI-III*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Pedrero-Pérez, E. J. (2008). El tratamiento de la dependencia de la cocaína guiado por la personalidad. *Trastornos Adictivos, 10*, 226–41. doi: 10.1016/S1575-0973(08)76372-4
- Rae, A. M., Joyce, P. R., Luty, S. E. y Mulder, R. T. (2002). The effect of a history of alcohol dependence in adult major depression. *Journal of Affective Disorders, 70*, 281–290. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00365-2
- Reno, R.M. (2004). Personality characterizations of outpatients with schizophrenia, schizophrenia with substance abuse, and primary substance abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 192*, 672–681. doi: 10.1097/01.nmd.0000142030.44203.63
- Rodríguez-Jiménez, R., Aragüés, M., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagny, A.,... y Palomo, T. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. *Investigación Clínica, 49*, 195–20. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332008000200007&lng=es&nrm=iso
- Rodríguez-Llera, M. C., Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Silva, T.C., Sánchez-Niubó, A. y Torrens, M. (2006). Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug and Alcohol Dependence, 84*, 48–55. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.11.025
- Saint-Lébes, J., Rodgers, R., Birmes, P. y Schimitt, L. (2012). Personality differences between drug injectors and non-injectors among substance-dependent patients in substitution treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 38*, 135–139. doi: 10.3109/00952990.2011.643982
- Sher, K. J., Batholow, B. D. y Wood, M. D. (2000). Personality and substance use disorders: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 818–829. doi: 10.1037/0022-006X.68.5.818
- Skinstad, A.H. y Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug Alcohol Abuse, 27*, 45–64. doi: 10.1081/ADA-100103118
- Soto, C. J., John, O. P., Gosling, S. D. y Potter, J. (2011). Age differences in personality traits from 10 to 65: Big Five domains and facets in a large cross-sectional sample. *Personality and Social Psychology, 100*, 330–348. doi: 10.1037/a0021717
- Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, M. y Moeller, F. G. (2004). Impulsivity: A link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disorders, 6*, 204–212. doi: 10.1111/j.1399-5618.2004.00110.x
- Szerman, N., Lopez-Castroman, L., Arias, F., Morant, C., Babín, F., Mesías, B.,... y Baca-García, E. (2012). Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Substance Use and Misuse, 47*, 383–389. doi: 10.3109/10826084.2011.636135
- Torgensen, S., Kringlen, E. y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*, 590–596. doi: 10.1001/archpsyc.58.6.590
- Torrens, M., Gilchrist, G. y Domingo-Salvany, A., the psyCoBarcelona Group. (2011). Psychiatric comorbidity in illicit drug users: Substance-induced versus independent disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 113*, 147–156. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.07.013

- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Bown, C., Drubin, J. y Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20, 2, 235-253. doi: 10.1016/S0272-7358(99)00028-8
- Verheul, R. (2001). Comorbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16, 274-282. doi: 10.1016/S0924-9338(01)00578-8
- Zhornitsky, S., Rizkallah, E., Pampoulova, T., Chiasson, J. P., Lipp, O., Stip, E. y Potvin, S. (2012). Sensation-seeking, social anhedonia, and impulsivity in substance use disorder patients with and without schizophrenia and in non-abusing schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 198, 1-5. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.046
- Zuckerman, M., Eysenck, S. B. J. y Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149. doi: 10.1037/0022-006X.46.1.139
- Zuckerman, M. (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factor model. En De Raad, B. y Perugini, M. (Eds), *Big five assessment* (pp.377-396). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.

Tabla 1

Resultados de los trabajos publicados sobre patología dual y características de personalidad atendiendo a las características de la muestra, el consumo de sustancias y diagnóstico así como a los instrumentos de evaluación utilizados.

Autores	Muestra, Sexo y Edad media en años	Consumo de sustancias	Diagnósticos	Instrumentos evaluación personalidad	Resultados
Bizzarri et al., 2007.	N = 104 87 H y 17 M PD 33,43 ± 9,13 TM 37,43 ± 11,04 TUS 38,6 ± 7,0 SD 30,7 ± 10,8	Abuso/Dependencia: Alcohol n = 55 Cannabis n = 58 Sedantes n = 23 Cocaína n = 32 Alucinógenos n = 12 Estimulantes n = 17 Opioides n = 43	Diagnóstico DSM-IV: PD n = 57 (TB tipo I y TUS) TM n = 47 (TB) TUS n = 35 SD n = 50	Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro de Uso de Sustancias (SCI-SUBS; Sbrana et al., 2003)	PD > TM y SD Búsqueda de Sensaciones
Bizzarri et al., 2009.	N = 108 H y M PD 31,8 ± 9,2 TM 34,7 ± 10,1	Abuso/Dependencia: Alcohol n = 22 Cannabis n = 41 Sedantes n = 14 Cocaína n = 11 Alucinógenos n = 7 Estimulantes n = 6 Opioides n = 5	Diagnóstico DSM-IV: PD n = 47 (Trastorno Esfera Psicótica e historia de TUS) TM n = 61 (Trastorno Esfera Psicótica sin historia de TUS)	Entrevista Clínica Estructurada para el Espectro de Uso de Sustancias (SCI-SUBS; Sbrana et al., 2003)	PD > TM Búsqueda de Sensaciones
Boschloo et al., 2012.	N = 2248 752 H y 1496 M 46,4 ± 13,11	Dependencia de Alcohol	Diagnóstico DSM-IV: PD n = 358 (TDM/TA y TUS) TM n = 1398 (TDM/TA sin TUS) SD n = 460	Subescala Neuroticismo, Inventario de los cinco Factores NEO (Costa & McRae, 1992, 1995) Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (SSS; Zuckerman, 1994; Roberti et al., 2003)	PD > TM Neuroticismo
Dervaux et al., 2001.	N = 100 H y M PD 31,3 ± 7,1 TM 37,1 ± 12,3	Abuso/Dependencia: Cannabis Alcohol Cocaína	Diagnóstico DSM-III-R: PD n = 41 (ESQ/TESQ e historia de TUS) TM n = 59 (ESQ/TESQ sin historia de TUS)	Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (SSS; Zuckerman et al., 1978) Escala de Impulsividad de Barratt (BIS; Barratt, 1965)	PD > TM Búsqueda de Sensaciones Impulsividad
Dervaux et al., 2010a.	N = 109 H PD 29,4 ± 7,5 TM 31,3 ± 8,0	Abuso/Dependencia: Cannabis (sustancia principal de consumo)	Diagnóstico DSM-IV: PD n = 45 (ESQ y TUS; TUS actual n = 27) TM n = 64 (ESQ sin historia TUS)	Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (SSS; Zuckerman et al., 1978) Escala de Impulsividad de Barratt (BIS; Barratt, 1965)	PD > TM Búsqueda de Sensaciones Impulsividad
Dervaux et al., 2010b.	N = 100 H y M PD 34,1 ± 7,7 TM 37,0 ± 12,7	Alcohol (sustancia principal de consumo) Abuso n = 4 Dependencia n = 30	Diagnóstico DSM-III-R PD n = 34 (ESQ/TESQ e historia TUS) TM n = 66 (ESQ/TESQ sin historia TUS)	Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (SSS; Zuckerman et al., 1978) Escala de Impulsividad de Barratt (BIS; Barratt, 1965)	PD > TM Búsqueda de Sensaciones Impulsividad
Gut-Fayland et al., 2001.	N = 40 H y M PD 32,2 ± 8,8 TM 33,7 ± 8,1	Abuso: Alcohol n = 3 Cannabis n = 8 Sedantes = 1 Dependencia: Alcohol n = 4 Cannabis n = 1 Sedantes n = 4	Diagnóstico DSM-III-R: PD n = 18 (ESQ/TESQ y TUS) TM n = 32 (ESQ/TESQ sin TUS)	Escala de Impulsividad de Barratt (BIS; Barratt, 1965)	PD > TM Impulsividad (Impulsividad Cognitiva y Actividad no Planificada)
Haro et al., 2007.	N = 59 57,6% H 37,8 ± 10,7	No se especifica sustancias de consumo	Diagnóstico DSM-IV: PD n = 39 (TB tipo I/tipo II e historia o diagnóstico actual TUS) TM n = 20 (TB tipo I/tipo II sin historia TUS)	Inventario de Temperamento y Carácter (TCI; Cloninger et al., 1993)	PD > TM Búsqueda de Sensaciones
Kim et al., 2007.	N = 102 H PD 35,2 ± 5,7 TM 35,3 ± 5,8	Diagnóstico principal: Abuso de Alcohol	Diagnóstico DSM-IV: PD n = 51 (ESQ y TUS) TM n = 51 (ESQ sin TUS)	Inventario de Temperamento y Carácter (TCI; Cloninger et al., 1993)	PD > TM Búsqueda de Novedad

Liraud & Verdoux, 2000.	N = 103 41 H y 62 M 36 ± 10	Abuso/Dependencia: Alcohol 25,2% Cannabis 23,3% Otras sustancias 3,9% (heroína, cocaína, anfetaminas, etc.)	Diagnóstico DSM-IV-TR: PD n = 40 (ESQ, Trastorno Esfera Psicótica, TEA e historia TUS) TM n = 63 (ESQ, Trastorno Esfera Psicótica, TEA sin historia de TUS)	Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (SSS; Zuckerman et al., 1978) Escala de Impulsividad de Barratt (BIS; Barratt, 1965)	PD > TM Búsqueda de Sensaciones Impulsividad (Mayor Actividad no planificada en consumidores Cannabis vs. Alcohol)
Luckasewicz et al., 2009.	N = 998 H y M Rango edad: 18 a 60 años o más 80 % menos de 50 años	Sustancia más prevalente de consumo: Cannabis	Diagnóstico DSM-IV: PD n = 262 (TEA = 73,9 %; TA = 79,7%; Trastorno Psicótico = 30,9% y TUS comórbido) TM n = 427 (sólo TM) TUS n = 89 (sólo TUS) ND n = 220 (sin diagnóstico)	Inventario de Temperamento y Carácter (TCI; Cloninger, 2000)	PD > TM y ND Búsqueda de Novedad PD > TUS y ND Evitación del Daño PD < TM y ND Autodirección PD < TUS y ND Auto-trascendencia
Mandelli et al., 2012.	N = 139 64 H y 75 M 44,4 ± 12,7	No se especifica sustancias de consumo Diagnóstico TUS más frecuente: Abuso de Alcohol n = 44	Diagnóstico DSM-IV: PD n = 56 (TB tipo I/tipo II y TUS comórbido) TM n = 86 (TB tipo I/tipo II sin TUS comórbido)	Inventario Revisado de Carácter y Temperamento (TCI-R, Cloninger, 2000; Martinotti et al., 2008)	PD > TM Búsqueda de Novedad Evitación del Daño PD < TM Cooperación
Rae et al., 2002.	N = 180 H y M PD 32,1 ± 11,5 TM 32,0 ± 10,9	Dependencia: Alcohol (diagnóstico principal) Cannabis n = 18	Diagnóstico DSM-III-R: PD n = 54 (TDM e historia TUS) TM n = 126 (TDM sin historia TUS)	Inventario Revisado de Carácter y Temperamento (TCI; Cloninger et al., 1993)	PD > TM Búsqueda de Novedad PD < TM Persistencia Cooperación
Reno, 2004.	N = 124 H PD 45,43 ± 8,48 TM 51,81 ± 9,41 TUS 44,82 ± 8,48	Abuso/Dependencia: Cocaína Heroína Policonsumo	Diagnóstico DSM-IV: PD n = 42 (ESQ /TESQ y TUS comórbido) TM n = 39 (ESQ/TESQ sin TUS) TUS n = 43 (Sin otro TM en el Eje I)	Inventario de Cinco Factores (NEO-FFI; Costa & McRae, 1992) Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III; Millon, 1994)	PD > TUS > TM Neuroticismo Escala Personalidad: Evitativa, Depresiva, Esquizotípica y Paranoide PD > TM Escala de Personalidad Esquizoide, Agresiva y Borderline. PD < TM < TUS Extraversión PD < TM Agradabilidad Conciencia
Swann et al., 2004.	N = 141 102 H y 39 M Rango edad: 20 a 51 años	Abuso/Dependencia: Alcohol Estimulantes Cannabis	Diagnóstico DSM-IV: PD n = 23 (TB sin historia TUS) TM n = 45 (TB sin TUS) TUS n = 36 (TUS sin otro TM Eje I) SD n = 37	Escala de Impulsividad de Barratt (BIS; Patton et al., 1995)	PD > TM Impulsividad
Zhornitsky et al., 2012.	N = 118 H y M PD 30 ± 9,8 TM 39,9 ± 12,7 TUS 37,8 ± 11,9 SD 40 ± 12,5	Abuso/Dependencia: Alcohol n = 40 Cannabis n = 38 Estimulantes n = 25	Diagnóstico DSM-IV: PD n = 31 (ESQ y TUS) TM n = 23 (ESQ sin TUS) TUS n = 39 (TUS sin otro TM Eje I) SD n = 25 (sujetos controles sanos)	Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman, versión V (SSS; Zuckerman et al., 1978) Escala de Impulsividad de Barratt (BIS; Patton et al., 1995)	PD > TM Búsqueda de Sensaciones Impulsividad

Abreviaciones: **H:** Hombres. **M:** Mujeres. **PD:** Patología Dual. **TM:** Trastorno Mental. **TUS:** Trastorno por Uso de Sustancias. **ND:** No diagnóstico. **TB:** Trastorno Bipolar. **ESQ:** Esquizofrenia. **TEA:** Trastorno del Estado de Ánimo. **TDM:** Trastorno Depresivo Mayor. **TESQ:** Trastorno Esquizoafectivo. **TA:** Trastorno de Ansiedad.