Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Facultad de Medicina
Secretaria de Salud
Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano"

Residencia en Psiquiatría

"Prevalencia de comorbilidad entre los rasgos de trastornos de personalidad y consumo de sustancias en pasantes de medicina"

Tesis presentada para obtener el grado de: Especialidad en Psiquiatría

Presenta:

Dra. Samara Lisette Grajeda González

Director de Tesis:

Dra. María del Carmen Lara Muñoz

Asesor de Tesis:

Dra. María del Carmen Lara Muñoz

H. Puebla de Z. 11 de Noviembre de 2019

SECRETARIA DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA
JURISDICCIÓN SANITARIA NUMERO 6

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "DR. RAFAEL SERRANO"
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

Prevalencia de comorbilidad entre los rasgos de trastornos de personalidad y consumo de sustancias en pasantes de medicina

PRESENTA:

- Autor: Dra. Samara Lisette Grajeda González Residente de Cuarto Año de Psiquiatría, Cel. 3315138376 correo electrónico samara-grajeda@hotmail.com

ASESOR METODOLÓGICO:
- **DRA. MARÍA DEL CARMEN LARA MUÑOZ**

COLABORADOR:
- **DR. CARLOS MARTÍN VILLEGAS VARGAS** Médico Cirujano y Partero, Residente de psiquiatría de 4to año, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, CELULAR: 3334563128 CORREO ELECTRÓNICO: cmvv_23ener@hotmail.com

Quiero dar las gracias, no únicamente a las personas que han estado a mi lado durante el período de residencia médica y tesis, sino a todos aquellos que han compartido o comparten parte de este camino.

Un agradecimiento especial para:

Todos los que cursaron este camino antes que yo, por su compromiso con los pacientes, el aprendizaje compartido, sus enseñanzas y el apoyo, mis excelentes profesores, maestros y adscritos, especialmente para mis eternos Rs más y ejemplos a seguir.

Mi terapeuta que tantas veces me escucho hablar de la tesis y la vida de R.

Brisa, Ángel, Marco, Mariajose, Flor, Martin, gracias por formar parte de mi vida e incluirse en la categoría de amigos y colegas, por ser una maravillosa red de apoyo y el mejor ejemplo de que trabajar en equipo nos ayuda a llegar más lejos.

Los que se quedan a continuar las líneas de sangre Elsa, Víctor, Denisse, tengo la certeza de que serán unos fantásticos psiquiatras muy pronto, porque han demostrado ser increíbles seres humanos.

Amigos y pareja gracias infinitas por toda la paciencia, cariño, por mantenerse constantes a pesar del tiempo y la distancia.

Mi familia por ser siempre un ejemplo de superación y constancia, nada sería igual de valioso sin ustedes.

ÍNDICE

ANTECEDENTES 6

Comorbilidad del trastorno de personalidad en sujetos con trastorno por consumo de sustancias 13

Etiopatogénesis de la comorbilidad entre trastornos de la personalidad (PD) y consumo de sustancias (SUDs) 15

Aspectos biológicos de la comorbilidad trastornos de la personalidad (PD) y consumo de sustancias (SUDs) 16

Impacto de la comorbilidad de los trastornos de personalidad (PD) y consumo de sustancias (SUDs) en el curso clínico y pronóstico 18

JUSTIFICACIÓN 20

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 21

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 22

OBJETIVOS 22

OBJETIVO GENERAL 22

OBJETIVOS ESPECÍFICOS 22

HIPÓTESIS 22

MÉTODO 22

DISEÑO DE ESTUDIO 22

SUJETOS 22

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y VARIABLES 23

Instrumentos de medición. 23

Variables. 27

PROCEDIMIENTO 27

PERIODO DE ESTUDIO ..... ¡Error! Marcador no definido.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO 29

CONSIDERACIONES ÉTICAS 30

RESULTADOS 32

Características sociodemográficas 32

Prevalencia de rasgos de trastorno de personalidad según el SCID-II **33**
Prevalencia de trastornos por consumo de alcohol según el AUDIT **33**
Prevalencia de consumo de cigarrillos según ASSIST. **37**
Prevalencia de consumo de sustancias ilícitas según ASSIST. **37**
Trastorno de personalidad y consumo de alcohol ..... ¡Error! Marcador no definido.
Discusión. **39**
Limitaciones **40**
CONCLUSIONES **40**
ANEXOS **42**
REFERENCIAS **43**

ANTECEDENTES

En el presente, existe un mayor interés por el estudio de las comorbilidades de las patologías psiquiátricas y el consumo de sustancias ilícitas. En los estudios clínicos se utiliza el término comorbilidad para referirse a la presencia de más de un trastorno en el paciente. Entre las patologías duales encontramos con frecuencia el alcoholismo asociado a la depresión, el consumo de *cannabis* asociado a la esquizofrenia y el consumo de cocaína y otras sustancias psicoactivas asociado a trastornos de personalidad en especial del closter B (Boliches, F; De Vicente, P; Castellano Gómez , M; Pérez-Gálvez, B; Haro , G; Martínez-Raga, J; Cervera, 2002).

Los trastornos de personalidad comórbidos se cree que complican el tratamiento de personas con adicciones; además de tener trastornos más graves por consumo de sustancias y problemas de la vida, los pacientes con trastornos de la personalidad pueden utilizar sustancias de manera diferente que sus compañeros sin diagnósticos del eje ll.

En psicología y psiquiatría el constructo de personalidad ha sido empleado para referirse al conjunto de patrones de pensamientos, emociones y acciones que caracterizan a una persona desde épocas tempranas de la vida y que son estables, permanentes en el tiempo y a través de diferentes situaciones. Constituye una mezcla de factores temperamentales y caracterológicos que dan cuenta de la influencia de los aspectos biológicos y heredados que en principio determinan la forma de reacción al medio, así como de la formación de unas características psicosociales distintivas que sólo son posibles a partir de la socialización y el aprendizaje (Cervera, Bolinches, & Valderrama, 1999).

El término personalidad proviene de la palabra en latín "*prosopon*" que significa máscara, esto debido al análogo de mostrarse uno a los demás como si portara una máscara en la cara, algo evidente para todo el mundo que nos representa y no puede ser ignorado (Albanesi de Nasetta, Garelli, & Casari, 2009).

Actualmente se concibe a la personalidad como el resultado de la combinación del temperamento y del carácter; siendo el primero la parte biológica, genética y hereditaria del ser humano y el segundo las conductas, patrones y comportamientos desarrollados por la educación, medio ambiente y circunstancias vitales.

El filósofo y médico griego Hipócrates, considerado por muchos como el padre de la medicina, describió en el siglo V antes de nuestra era cuatro tipos de individuos de acuerdo a sus temperamentos, los cuáles eran definidos por el fluido corporal predominante en el individuo: el sanguíneo o alegre, el melancólico o de bilis negra, el colérico en el cual predominaba la bilis amarilla y por último el flemático, conformado por individuos pasivos o calmados (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015).

Posteriormente en el siglo XIX Sigmund Freud teorizó que el desarrollo de la personalidad y sus alteraciones eran debido a vicisitudes acontecidas en las etapas tempranas de la vida. Dependiendo de la etapa en la que hubiera alteraciones en el desarrollo sería el tipo de personalidad que la persona tendría en la vida adulta.

Un siglo después Erikson reinterpretó las etapas psicosexuales de Freud enfatizando el componente social en cada una que habría de culminar en el desarrollo de la personalidad del individuo.

Jung, discípulo de Freud, aportó el binomio de extroversión-introversión, indicando que se nace con un determinado tipo de temperamento, el cual puede consistir en tenerse como interés predominante el sujeto así mismo más que al mundo exterior (introversión), o al contrario (extroversión); además definió a los introvertidos como personas indecisas y a la defensiva, mientras que el extrovertido posee un carácter desprendido y seguro (Szerman, Carrasco Pereira, Jose Luis Martínez Raga, & Ramírez López, Juan Roncero Alonso, Carlos Rubio Larrosa, 2013).

Por su parte estadounidense Skinner desarrolló el conductismo radical, el cual basado en los principios del reforzamiento describe cómo influyen en la conducta las recompensas y castigos otorgados al individuo.

Bandura elaboró el término “Determinismo recíproco” en el cual explica el ambiente como la causa del comportamiento y este a su vez también modifica al ambiente. Posteriormente, consideró que esta interacción necesita de algo más, y que la personalidad se conforma por tres elementos, ambiente, comportamiento y procesos psicológicos. Los rasgos de personalidad son patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales. Tan solo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan deterioro funcional o malestar subjetivo significativo, constituyen un trastorno de la personalidad. Un trastorno de personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y del comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno

generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro (Gabriela, Machuca, Rizo, & Villaseñor Bayardo, 2005)

Según el DSM5 las estimaciones de la prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población en general, de los distintos grupos indican: un 5.7% para los trastornos del grupo A, un 1.5% para los trastornos del grupo B, un 6.0% para los trastornos del grupo C y un 9.1% para cualquier trastorno de la personalidad. Esto concuerda con otra fuente, en la que se estima la prevalencia de los trastornos de personalidad de la población general entre un 10 y un 20%; y de hasta un 50% en los pacientes psiquiátricos (Montalvo & Echeburúa, 2006).

Los trastornos de personalidad se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas. El grupo A está compuesto por los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos. El grupo B se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. Las personas de este grupo se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas. El grupo C aglutina los trastornos de personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Los individuos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos (Heinze, Vargas, & Cortés Sotres, 2008).

Los rasgos de personalidad son considerados como patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar; y estos se convierten en trastornos cuando son inflexibles y desadaptativos causando deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo; lo que lo convierte en un factor predisponente para otros trastornos psiquiátricos (Montalvo & Echeburúa, 2006).

La evaluación de la personalidad y su gama de anormalidad es uno de los elementos críticos en un examen psiquiátrico/psicológico. Sin embargo, se omite con frecuencia en las evaluaciones clínicas, que rara vez la evalúan formalmente. A nivel clínico, el desinterés mostrado por los profesionales hacia los trastornos de personalidad deriva de que éstos tienden a ser permanentes y se muestran resistentes al tratamiento. Muy a menudo, el diagnóstico de los trastornos de personalidad solo se toma en consideración cuando la evolución del trastorno mental en tratamiento es insatisfactoria (Esbec & Echeburúa, 2014).

En el trastorno límite de la personalidad y el trastorno antisocial de personalidad muestran una gran importancia por el componente impulsivo que presentan. Ambos trastornos con dos componentes claramente diferenciados de la conducta impulsiva: la motivación o acción interior previa a la comisión del acto y la gratificación en el momento de llevarla a cabo. Estos dos aspectos aparecen también en los trastornos por consumo de sustancias, que se caracterizan por la necesidad irresistible de consumo y la experimentación de sus efectos; además otros criterios de la dependencia hacen referencia al patrón de uso caracterizado por el déficit de control y la escasa planificación a cerca de las consecuencias del consumo (Pedrero-pérez et al., 2013).

Es posible evaluar los trastornos de la personalidad con una fiabilidad razonablemente buena en diferentes naciones, lenguas y culturas utilizando una entrevista clínica semiestructurada que los médicos experimentados encuentran relevante, significativa y amigable para el usuario. El IPDE demostró ser aceptable para los clínicos y demostró una confiabilidad y una estabilidad temporal similar a los instrumentos utilizados para diagnosticar las psicosis, el estado de ánimo, la ansiedad y los trastornos por consumo de sustancias (Pedrero et al., 2011).

La adolescencia tardía y la edad adulta joven es un período de desarrollo caracterizado por las tasas más altas de comportamiento de externalización comparado con cualquier otro período de la vida. De los que tienen entre 18 y 25 años, en Estados Unidos de América, por ejemplo, el 40% se clasifica como bebedores compulsivos (beber 5 o más bebidas en un solo episodio al menos una vez al mes), y el 21% reporta el consumo actual de drogas ilícitas (Merikangas & McClair, 2012; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013). La agresión y la delincuencia, así como las formas más extremas de conducta antisocial, como la actividad criminal violenta, también alcanzan su punto máximo en la adolescencia y siguen siendo altas en la edad adulta (Loeber & Hay, 1997). Además, se cree que presagian comportamientos antisociales más extremos y pueden servir como un marcador de conducta antisocial persistente durante toda la vida (Burt, Donnellan, Iacono, & McGue, 2011). De hecho, muchos, si no la mayoría, de los comportamientos de externalización en todos los niveles alcanzan una prevalencia de población máxima entre las edades de 16 y 25 años (Merikangas & McClair, 2012). Los picos en el comportamiento de externalización en la adolescencia tardía y la edad adulta joven pueden explicarse por el desarrollo diferencial de los sistemas de recompensa y control. Los estudios neurológicos sugieren que la sensibilidad a la recompensa se desarrolla en un patrón curvilíneo a lo largo de la pubertad y la edad

adulta joven, generalmente alcanzando su punto máximo en la mediana edad y disminuyendo durante la edad adulta (Galvan et al., 2006; Van Leijenhorst et al., 2010). Al mismo tiempo, los estudios de resonancia magnética estructural (MRI) que investigan el desarrollo de la corteza prefrontal (responsable del control cognitivo sobre los impulsos) han demostrado que la maduración completa de esta área sigue un curso lineal y prolongado durante la tercera década de la vida (Somerville, Jones, & Casey, 2010). Los dispares cursos de desarrollo de estos dos sistemas producen una asimetría del desarrollo, y esta asimetría se ha presentado como una explicación de las altas tasas de comportamiento de riesgo durante la adolescencia (Somerville et al., 2010). Específicamente, los adolescentes pueden ser particularmente vulnerables a la participación problemática en comportamientos de externalización porque tienen una mayor propensión hacia el comportamiento impulsado por la recompensa, mientras que su capacidad para controlar dicho comportamiento es relativamente inmadura. Al igual que los estudios neurológicos, los estudios que utilizan rasgos y medidas de comportamiento sugieren que la adolescencia refleja un momento de mayor búsqueda de sensaciones y un desarrollo lento del control de los impulsos. Se cree que los aumentos en la sensibilidad de la recompensa aumentan la búsqueda de la sensación de rasgo, definida como la propensión a buscar activamente la novedad y la emoción independientemente de los riesgos asociados (Steinberg, 2013). Las encuestas y las medidas conductuales de búsqueda de sensaciones han mostrado patrones similares de desarrollo a lo largo de la vida, alcanzando su punto máximo en la adolescencia y, en general, disminuyendo después de los 20 años; sin embargo, también es el caso de que una proporción sustancial de individuos dentro de este rango de edad tiende a abstenerse por completo del comportamiento de externalización (Romer, Duckworth, Sznitman, & Park, 2010), y que gran parte del comportamiento de externalización durante este período puede ser impulsado por solo una minoría de individuos. Esto sugiere que, aunque los adolescentes y los adultos jóvenes se involucran en conductas problemáticas con mayor frecuencia, en promedio, estas cifras pueden no reflejar cambios unilaterales en la conducta de externalización, y un paso crítico es traducir las predicciones del modelo de asimetría del desarrollo en predicciones sobre diferencias individuales. Específicamente, este modelo implica que las personas que son más altas en búsqueda de sensaciones y más bajas en control de impulsos exhibirán el mayor nivel de comportamientos de externalización múltiple. Es decir, independientemente del nivel de desarrollo, la asimetría

entre sistemas puede predecir comportamientos de alto riesgo. Sin embargo, hasta donde sabemos, pocos estudios han probado esta hipótesis.

Búsqueda de sensaciones y comportamiento de riesgo

La búsqueda de sensaciones ha sido un predictor constante de comportamientos de externalización en muestras de adolescentes y adultos jóvenes (Whiteside & Lynam, 2001). Aquellos con una alta búsqueda de sensaciones pueden realizar actividades riesgosas como resultado de un impulso hedónico hacia actividades novedosas y gratificantes, y las medidas de búsqueda de sensaciones dentro de este período de desarrollo están de hecho asociadas con la participación en múltiples comportamientos de externalización. Entre los adultos jóvenes, la búsqueda de sensaciones se asocia con una mayor frecuencia de consumo de alcohol, tasas más altas de consumo de drogas, agresión y otras formas de comportamientos de externalización riesgosos (Roberti, 2004). Aunque la búsqueda de sensaciones puede reflejar una amplia propensión a involucrarse en conductas de riesgo, no está tan claro si la búsqueda de sensaciones confiere vulnerabilidad directa a niveles problemáticos de conductas de riesgo. Por ejemplo, investigaciones previas han demostrado con frecuencia que a menudo hay diferentes predictores del consumo de sustancias *versus* problemas relacionados con sustancias (King, Karyadi, Luk, & Patock-Peckham, 2011), particularmente entre adultos jóvenes. Por separado, las relaciones entre la búsqueda de sensaciones y las conductas problemáticas pueden verse confundidas por la falta de desagregación de la búsqueda de sensaciones de otros rasgos que confieren riesgo. Por ejemplo, las medidas de rasgo de la búsqueda de sensaciones (como la Escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman) han incluido frecuentemente elementos que reflejan tanto una tendencia hacia la novedad como una propensión a actuar por impulso, aunque la búsqueda de sensaciones puede reflejan solo una de varias definiciones distintas de la impulsividad débilmente correlacionadas (Whiteside & Lynam, 2001). En conjunto, estas observaciones sugieren que aunque puede existir una relación entre la búsqueda de sensaciones y las conductas de externalización de problemas, la naturaleza de esta relación puede ser moderada por factores de riesgo psicológicos y contextuales separados.

Consumo de sustancias en estudiantes universitarios

Los estudiantes universitarios se enfrentan a múltiples factores de estrés tales como la sobrecarga académica, la presión constante para tener éxito, la competencia con los compañeros y en algunos países la carga financiera y las preocupaciones sobre el futuro. Todo esto puede llevar a la psicopatología. Múltiples factores protectores y de

riesgo están involucrados en el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios. Los factores de riesgo específicos para el desarrollo de la psicopatología son altos niveles de ansiedad, una menor autoeficacia, así como ciertos rasgos de personalidad principalmente de tipo limite y antisocial. Algunos estudiantes llegan a la universidad con problemas de salud mental ya existentes. Los trastornos mentales más frecuentes entre los estudiantes son el consumo de sustancias, la depresión, la autolesión y el suicidio, la alimentación y los trastornos de ansiedad (Tosevski, Milovancevic, & Gajic, 2010).

Teniendo en cuenta lo anterior es importante considerar que el campus universitario se convierte entonces, en un espacio propicio no solamente para el fortalecimiento de las capacidades intelectuales y el afianzamiento de valores personales y profesionales sino también se convierte en un espacio que propicia el desarrollo de conductas no saludables entre los jóvenes, como es el consumo de diferentes sustancias psicoactivas; bajo esta realidad toma importancia la convivencia en grupos los cuales influyen directamente en el proceso socializador del estudiante universitario, siendo considerado como un patrón de comportamiento y facilitador en la integración , las relaciones sociales, el rol de pares, la aceptación social entre otras situaciones en un espacio en donde la fácil consecución, la disponibilidad y bajo precio de las sustancias psicoactivas, son un factor facilitador para que el estudiante inicie, continúe o afiance el consumo de las mismas (Silverman et al., 2015).

Existen diversos estudios que señalan la presencia de factores que contribuyen al consumo por parte de estos jóvenes universitarios propios de la vida universitaria tales como: jornadas de trabajo extensas y continuas, falta de concentración por exceso de cansancio físico y mental, grandes exigencias académicas por lo complejo de los programas académicos, falta de tiempo para cumplir con muchas exigencias académicas.

Entre los factores de riesgo psicosocial más relevantes identificados, están los relacionados a amigos consumidores, su par más allegado consume drogas; la influencia del grupo debido a su poca asertividad en la toma de decisiones, personalidad tímida, sumisa, dependiente, y muy vulnerable a las influencias externas, constituyéndose en un factor de riesgo sumamente importante, la imagen estricta y poco conciliadora del docente” (Ballard et al., 2014).

Por lo tanto el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios es una práctica, que está asociada entre otros a factores de vulnerabilidad individual a las condiciones de riesgo del entorno social , así como las circunstancias, condiciones y características de las personas con que interactúe. Los factores de riesgo se agravan

cuando ejercen sobre la persona un efecto acumulativo, porque a mayor número de ellos, mayor es la probabilidad de consumir sustancias psicoactivas (Ballard et al., 2014)

En un estudio realizado en una universidad argentina, en la población de estudio de ciencias de la salud se implementó un cuestionario de modalidad cerrada de elaboración propia, autoadministrado a 191 voluntarios estudiantes de tercer año de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) en donde encontraron que el consumo de sustancias legales sobrepasa a las ilegales; el de bebidas alcohólicas llega al 80.5%, sin preferencia por ninguna bebida en particular, siendo los amigos con quienes normalmente toman. El consumo de bebidas etílicas se vincula con un incremento en el consumo de otras sustancias, particularmente bebidas energizantes (p=0.001). El consumo de tabaco es de un 12%, sin diferencia entre sexos. 42,5% ha consumido marihuana, lo que se asocia con un menor consumo de tabaco (p=0.004). No se encontró relación entre el consumo de psicoactivos distintos a alcohol y tabaco en épocas de exámenes (p=0. 24). No encontraron una clara percepción por parte de los usuarios de drogas legales como ilegales de la nocividad de un consumo excesivo, de acuerdo con sus hallazgos. Ese estudio logró mostrar que los universitarios de la carrera de Medicina presentan una prevalencia semejante a las halladas en otras investigaciones en población general para este grupo etario (Barba Fajardo, Abenza Medrano, Navarro Córcoles, & Portero Portaz, 2018).

Es evidente que ya no se puede trabajar con criterios científicos en pacientes drogodependientes sin tener en cuenta la comorbilidad que hay entre los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos de la personalidad, los cuales tenemos que saber diagnosticar y tratar, pues a pesar de las limitaciones terapéuticas no pueden dejar de ser tenidos en cuenta (Boliches, F; De Vicente, P; Castellano Gómez , M; Pérez-Gálvez, B; Haro , G; Martínez-Raga, J; Cervera, 2002).

Ante las múltiples propuestas para relacionar la patología de la personalidad con los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y la insuficiencia de los abordajes llevados a la práctica en el pasado es necesario pasar a una intervención clínica que combine el tratamiento psicoterapéutico y el psicofarmacológico para ambos trastornos.

Comorbilidad del trastorno de personalidad en sujetos con trastorno por consumo de sustancias

La estrecha relación entre el trastorno de la personalidad y el trastorno por consumo de sustancias ha llevado a algunos autores a pensar que el trastorno de la

personalidad es el que frecuentemente lleva al consumo de sustancias (Luna Guerrero, Castro-Martínez, Castellanos Duque, & Trujillo Prieto, 2017).

Una gran cantidad de estudios realizados hasta la fecha sugieren que la prevalencia de trastorno de personalidad (PD) es mayor entre los pacientes con trastorno por consumo de sustancias (SUDs) en comparación con la población general, tal y como se puede apreciar en la tabla 1 (Brooner, King, Kidorf, Schmidt, & Bigelow, 1997; Driessen, Veltrup, Wetterling, John, & Dilling, 1998; Kokkevi, Stefanis, Anastasopoulou, & Kostogianni, 1998; Landheim, Bakken, & Vaglum, 2003; Morgenstern, Langenbucher, Labouvie, & Miller, 1997; Verheul, 2001; Walter et al., 2009).

Esto es especialmente cierto para los PD antisocial, limítrofe, evitadora y paranoica. La prevalencia general de PD varía entre 10% y 14.8% en la población normal y entre 34.8% y 73.0% en pacientes tratados por adicciones, con una mediana de 56.5% (Verheul, 2001). Hallazgos similares también se han encontrado entre pacientes con consumo de sustancias que actualmente no están buscando tratamiento (Singh, Sharma, & Pasweth, 2005).

En un estudio más reciente, se encontró una comorbilidad de PD de 46% de los pacientes con consumo de sustancias, y dos de los trastornos de personalidad más comunes fueron antisocial (16%) límite (13%).

La comorbilidad con trastornos de personalidad se correlaciona positivamente con la gravedad del consumo de sustancias. Estos estudios sugieren que los pacientes con SUDs comúnmente sufren de uno u otro tipo de PD (Preuss et al., 2009).

Tabla 1. Tasas de prevalencia de trastorno de la personalidad entre pacientes con trastorno por consumo de sustancias.

Autor	***País***	***Sujetos del estudio***	***Muestra (n)***	***Sin PD (%)***	***APD (%)***	***TLP***
(Singh et al., 2005)	India	Alcohol dependientes	100	NA	21	NA
(Langås, Malt, & Opjordsmoen, 2012)	Noruega	Pacientes con SUDs con tratamiento ambulatorio y hospitalario	46	46	16	13
(Brooner et al., 1997)	EE. UU.	Hombres opioide-dependiente y mujeres admitidas a una clínica ambulatoria para dependientes de metadona	716	34.8	25.1	5.2
(Driessen et al., 1998)	Alemania	Alcohol dependientes que buscaron tratamiento	250	33.6	4.4	3.2
(Kokkevi et al., 1998)	Grecia	Pacientes drogodependientes admitidas a clínicas de rehabilitación	226	59.6	33.5	27.7
(Morgenstern et al., 1997)	EE. UU.	Alcohol dependientes	366	57.9	22.7	22.4
(Landheim et al., 2003)	Noruega	Drogodependientes a polisubstancias y alcohol	260	72	31	27

Los trastornos por consumo de sustancias también se encuentran comúnmente en pacientes con trastornos de personalidad, especialmente TLP y APD (Trull et al., 2018; Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000). Entre los pacientes con PD, el riesgo de trastorno por consumo de alcohol comórbido aumenta en cinco veces, mientras que el riesgo de trastorno por consumo de drogas aumenta en 12 veces (Trull et al., 2018).

La comorbilidad también depende del tipo de trastorno de la personalidad; por ejemplo, los estudios sugieren que el trastorno por consumo de sustancias es una de las comorbilidades psiquiátricas más comunes entre los pacientes con TLP, con una prevalencia de por vida de alrededor del 78% (Tomko, Trull, Wood, & Sher, 2014). Otro estudio informó que casi la mitad de los pacientes con TLP también mostraron trastorno por consumo de sustancias (McGlashan et al., 2000). Un estudio informó tasas de 47% y 22% para la dependencia del alcohol y las drogas, respectivamente, entre pacientes con TLP (Trull et al., 2018).

En general, las probabilidades de consumo de sustancias, incluido el tabaco, el alcohol y las drogas ilícitas, son mayores entre los pacientes con TLP en comparación con la población general (Tomko et al., 2014).

Etiopatogénesis de la comorbilidad entre trastornos de la personalidad (PD) y consumo de sustancias (SUDs)

Los trastornos de personalidad y el trastorno por consumo de sustancias se producen a tasas que superan con creces sus tasas de prevalencia individual entre la población general, lo que sugiere que ambas condiciones están interrelacionadas.

Se han postulado varias hipótesis para explicar su relación, incluida los rasgos de la personalidad primaria que conduce al consumo de sustancias secundarias y SUDs, trauma relacionado con SUDs que causa cambios de personalidad y factores biológicos comunes que causan impulsividad; y problemas de control de impulsos que conducen a PD y SUDs (Brady & Sinha, 2005).

El modelo sintomático de los SUDs propuesto en los años 70s, que sugirió que el consumo de sustancias entre los pacientes con PD era un síntoma de problemas de personalidad subyacentes y que el consumo de sustancias era parte de la personalidad “pre-adictiva”, ahora se descarta en gran medida (Barnes, 1979).

La comprensión actual de esta comorbilidad sugiere la presencia de una patología primaria de la personalidad que conduce al desarrollo de SUDs secundaria (Brady & Sinha, 2005). Esto ha sido probado por una gran cantidad de evidencia, incluidos estudios longitudinales, que informan la predicción del inicio posterior de SUDs por factores de personalidad durante la adolescencia y la adultez temprana, así como estudios retrospectivos que sugieren la precedencia de la psicopatología de la personalidad en una gran cantidad de pacientes con SUDs (Verheul, 2001).

Sin embargo, es importante señalar aquí que la patología de la personalidad no es exclusiva ni esencial para todos los casos de SUDs.

Hasta la fecha se han formulado hipótesis sobre varias vías causales o de desarrollo que pueden explicar el desarrollo de SUDs entre los pacientes con PD, lo que sugiere que los problemas de personalidad son un factor etiológico importante. Entre ellos, tres vías de desarrollo pueden explicar la alta comorbilidad observada entre PD y SUDs. Estas vías incluyen (1) la vía de desinhibición conductual, (2) la vía de reducción del estrés y (3) la vía de sensibilidad a la recompensa (Sloan et al., 2017; Verheul, 2001).

Entre estos tres, la vía de desinhibición conductual ha sido la mejor documentada en la literatura y podría explicar la alta comorbilidad observada entre las PD, como el APD y el TLP, y el consumo de sustancias (Sloan et al., 2017; Verheul, 2001).

La vía sugiere que rasgos como una alta anti-sociabilidad y la impulsividad, junto con la baja evitación de daños, se asocian con un mayor riesgo de consumo de drogas y alcohol. Del mismo modo, la vía de reducción del estrés sugiere que las personas con altas puntuaciones en los rasgos de neuroticismo, ansiedad y reactividad al estrés son más propensas a usar sustancias durante los eventos estresantes de la vida como parte de la automedicación (Verheul, 2001). Esta vía de automedicación se ha estudiado ampliamente en relación con el consumo de alcohol y explica principalmente el inicio tardío del trastorno por consumo de alcohol, especialmente entre las mujeres. La tercera vía, la vía de sensibilidad a la recompensa, sugiere un mayor consumo de sustancias (especialmente cocaína y otros estimulantes) entre las personas con alta búsqueda de novedades, búsqueda de recompensas o extraversión.

Aspectos biológicos de la comorbilidad trastornos de la personalidad (PD) y consumo de sustancias (SUDs)

Las vías de desarrollo del PD hasta el consumo de sustancias también se pueden explicar en términos de aspectos biológicos. Por ejemplo, la dimensión de restricción

incluye las tendencias hacia la restricción del comportamiento y la impulsividad (Belcher, Volkow, Moeller, & Ferré, 2014). Múltiples estudios de neuroimagen y neuropsicológicos sugieren el papel de la red de la corteza prefrontal y los ganglios basales en el dominio de la desinhibición e impulsividad (Aron, Behrens, Smith, Frank, & Poldrack, 2007; Aron, Robbins, & Poldrack, 2004; Swann et al., 2012). Una de las regiones cerebrales más importantes involucradas en la dimensión de restricción de orden superior es la derecha giro frontal inferior lateral (Aron et al., 2007, 2004; Belcher et al., 2014; Swann et al., 2012). El nivel bajo de restricción (es decir, desinhibición) se encuentra comúnmente en pacientes con SUDs. Incluso los hermanos biológicos no afectados de pacientes con SUDs también muestran déficits similares en la inhibición de la respuesta en las pruebas neuropsicológicas, junto con anormalidades similares en los circuitos prefrontales (incluida la integridad reducida de los tractos de fibra del giro frontal inferior lateral derecho) (Ersche et al., 2012; Tabibnia et al., 2011).

El deterioro en el control de las emociones negativas se correlaciona con la reducción de la materia gris en la circunvolución frontal inferior (Ersche et al., 2012) y el papel de la dopamina en la desinhibición conductual también ha ganado mucha atención de investigación a lo largo de los años (González et al., 2012).

Del mismo modo, el rasgo del neuroticismo representa la sensibilidad a las señales de castigo. Las personas con altos puntajes de neuroticismo tienen más probabilidades de verse afectadas por estados emocionales negativos (como ansiedad, estado de ánimo deprimido, vergüenza, etc.) ya que responden más mal a los estresores (Belcher et al., 2014). Se han identificado varias regiones del cerebro que juegan un papel importante en la expresión de estos estados afectivos, estos incluyen la corteza cingulada anterior (especialmente la parte rostral), la corteza prefrontal (especialmente la parte ventromedial), la ínsula y la amígdala (Etkin & Wager, 2007; Phan et al., 2005). El control disminuido de la corteza cingulada y prefrontal anterior sobre la amígdala se asocia con un control disminuido sobre los estados afectivos negativos observados en individuos con alto neuroticismo (Belcher et al., 2014). Muchas personas con SUDs así como sus familiares sanos muestran una mayor sensibilidad al estrés. Curiosamente, los pacientes con SUDs también tienen una mayor comorbilidad con enfermedades como la depresión y la ansiedad (ambas asociadas con puntuaciones más altas de neuroticismo) (Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson, 2010; Terracciano, Löckenhoff, Crum, Bienvenu, & Costa, 2008). Este alto neuroticismo también se ha relacionado con el polimorfismo 5-HTT (transportador de serotonina humano), con algunos estudios que sugieren un vínculo con

la actividad elevada de la amígdala. Esto puede implicar que 5-HTT modera el posible papel del neuroticismo como endofenotipo para los SUDs (Belcher et al., 2014; Hariri et al., 2002).

La tercera vía involucra el rasgo de alta sensibilidad de búsqueda de novedad y recompensa, que se caracteriza por un estado de fuerte motivación, afecto positivo, deseo y deseos. El sistema de dopamina que se origina en la sustancia negra y el área tegmental ventral e inerva la corteza frontal, el cuerpo estriado y el hipocampo ha sido el mejor estudio en relación con este rasgo (Salamone & Correa, 2012; Wise, 2004). Los estudios sugieren que la sensibilidad de recompensa depende de una sensibilidad general a D2 agonistas de los receptores (Gallo et al., 2015; Volkow et al., 2006). Las sustancias mismas causan un aumento en la transmisión dopaminérgica en el cerebro, lo que sugiere el papel de un rasgo más alto de búsqueda de recompensas o de sensación como un factor de vulnerabilidad o riesgo de SUDs (Volkow, Wang, Fowler, Tomasi, & Telang, 2011).

Sin embargo, varios estudios han sugerido un papel positivo o protector de este rasgo en los PD, especialmente entre los adolescentes, e indicaron que los pacientes con PD tienen un sistema dopaminérgico menos sensible en el cerebro (Belcher et al., 2014; Volkow et al., 2011).

Impacto de la comorbilidad de los trastornos de personalidad (PD) y consumo de sustancias (SUDs) en el curso clínico y pronóstico

En general, el curso clínico y el pronóstico de los SUDs difieren cuando también hay un PD comórbido. Varios estudios sugieren que el PD comórbido entre pacientes con SUDs es un predictor de mal pronóstico en términos de peor respuesta y resultado del tratamiento (Brady & Sinha, 2005; Verheul, 2001; Volkow et al., 2011). Esto también incluye varios problemas en la relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta, problemas de incumplimiento , poca motivación para cambiar y más abandonos. En general, los pacientes con PD y SUDs comórbidos tienen un inicio más temprano de problemas de consumo de sustancias, problemas de dependencia más severos (incluyendo recaídas más frecuentes y períodos de abstinencia más cortos), aumento de la carga psicopatológica, consumo más frecuente de otras drogas (incluidas las ilegales), peor funcionamiento social, mayor riesgo de suicidio y abandonos más frecuentes del tratamiento (Morgenstern et al., 1997; Volkow et al., 2011). Sin embargo, también existe evidencia de lo contrario.

Algunos estudios sugieren que los pacientes de SUDs con PD comórbida se benefician del tratamiento al menos tanto como aquellos sin problemas de personalidad comórbidos (Fenton et al., 2012). Es importante señalar aquí que el tipo de PD comórbido también tiene relación con el curso de SUDs. Por ejemplo, los PD antisociales, limítrofes y esquizotípicas se asociaron de manera más consistente con trastornos persistentes por consumo de alcohol, *cannabis* y nicotina en el seguimiento de 3 años en comparación con otros PD en una gran muestra representativa a nivel nacional tomada de la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre Alcohol y condiciones conexas (Fenton et al., 2012); por lo tanto, el PD comórbido ejerce un impacto negativo en el curso y el pronóstico de los SUDs. También se ha observado que el manejo de los SUDs no conduce a la remisión del PD, lo que sugiere que el tratamiento de los SUDs solo tiene poco impacto en el curso del PD comórbida (Sloan et al., 2017); por lo tanto, es necesario centrarse también en el manejo del PD comórbido.

Aun así el impacto del PD sobre el estigma de la SUDs y la búsqueda de tratamiento no se ha investigado hasta la fecha (Balhara, Parmar, Sarkar, & Verma, 2016).

JUSTIFICACIÓN

La realización de esta investigación tiene diversos motivos que la justifican. Primeramente pretende efectuar una aportación de carácter teórico, que desde luego, implica evidencia clínica que ayude a describir el impacto de los rasgos de los trastornos de personalidad en el creciente aumento del consumo de sustancias en la población de adultos jóvenes, específicamente en los estudiantes universitarios pasantes de medicina, considerado un problema de salud pública. Esta aportación consta de dos puntos de impacto: el conceptual y el operacional. El conceptual, por medio de la revisión sistemática de la situación que viven otros países. En tanto que el operacional, por medio de la indagación interna de los casos de consumo de sustancias que se presentan en la población estudiantil de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Como se pudo constatar, los rasgos de los trastornos de personalidad son un factor de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas en la población, con predominio en los adultos jóvenes. Las patologías duales crean una carga financiera significativa en lo referente al costo de los cuidados médicos, la pérdida de producción y calidad de vida de pacientes y familiares, esto se refleja en mayores demandas a los servicios del sistema de salud, de los servicios educativos y desgaste psicológico de los cuidadores y familiares; por lo que el tratamiento de ambos fenómenos es indispensable sea detectado y tratado a la par.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha planteado anteriormente lo rasgos de los trastornos de personalidad son altamente prevalentes entre los pacientes psiquiátricos. Se trata de una condición la cual complica el tratamiento y empeora el pronóstico de quienes la padecen.

Además conlleva un gran número de comorbilidades, entre ellos el trastorno por consumo de sustancias, ludopatía, trastornos de la alimentación, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad e incluso trastornos psicóticos; entre otros. Así mismo se ha reportado que existe una asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos de personalidad.

El propósito de esta investigación fue tratar de establecer cuáles son las sustancias que están asociadas con mayor frecuencia a los rasgos de los trastornos de personalidad, cuáles son los rasgos de los trastornos de personalidad más prevalentes en estudiantes universitarios y como interfieren ambos diagnósticos.

Es necesario conocer las características psiquiátricas y psicológicas en cuanto a personalidad se refiere, de la población estudiantil universitaria, así como los hallazgos en rasgos de trastornos de personalidad y consumo de sustancias, para obtener un panorama general de la presentación del binomio en este grupo de estudio, por lo que nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de la comorbilidad de los rasgos de trastornos de personalidad y el consumo de sustancias en pasantes de medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la prevalencia de comorbilidad entre consumo de sustancias y de los rasgos de trastornos de la personalidad en pasantes de medicina de la BUAP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar prevalencia de rasgos de trastornos de la personalidad de acuerdo con DSM 5.

Describir la prevalencia de consumo de sustancias como lo son alcohol, tabaco, estimulantes, cocaína, y *cannabis.*

HIPÓTESIS

Los estudiantes con rasgos de trastornos de la personalidad presentan mayor prevalencia de consumo de sustancias.

MÉTODO

DISEÑO DE ESTUDIO

Estudio comparativo, homodémico, transversal y prolectivo.

SUJETOS

Estudiantes de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, en la ciudad de Puebla; pasantes de medicina que iniciarían su servicio social en agosto de 2018, que acudieron al curso de inducción para el mismo.

Se incluyeron hombres y mujeres, mayores de edad que aceptaron participar en el presente estudio.

Criterios de exclusión

No se incluyeron los estudiantes que hayan cambiado su estado a inactivo, o presente un diagnóstico previo de una enfermedad mental grave, cualquiera que ésta sea.

Criterios de eliminación

Se eliminaron del estudio los cuestionarios incompletos.

Se realizó un muestreo no probabilístico.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y VARIABLES

Instrumentos de medición

Para la recolección de datos se aplicó de forma voluntaria el SCID-II, ASSIST y AUDIT a estudiantes universitarios durante su curso informativo de introducción al servicio social, el cual fue impartido en la Facultad de Medicina de la BUAP, el 06 de agosto de 2018.

El instrumento SCID-II **(Structured Clinical Interview for DSM-IV(r) Axis II personality disorders)** en su última versión, se encuentra validado para la población mexicana. Esto debido a que es el instrumento que permite determinar los rasgos de personalidad con mayor equivalencia clínica para los dos sistemas de clasificación clínica más usados actualmente en la psiquiatría occidental: la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5).

Este instrumento permite la evaluación de los 10 trastornos de la personalidad del DSM-IV TR, así como el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.

La versión utilizada, aprobada para la población mexicana en español, consta de 120 preguntas dicotómicas pudiendo ser contestadas solamente marcando la respuesta “Sí” o “No”. Para obtener la calificación, se contabilizan sólo las respuestas marcadas en la casilla “Sí”.

Características	
Tipo de Instrumento	Estructurado
Tipo de Administración	Autoaplicado
Número de Reactivos	120
Tiempo de Administración	30-60 minutos
Área Terapéutica	Sintomatología, cribado, salud mental

(First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997)

El ASSIST (La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) fue desarrollada por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en respuesta a la abrumadora carga que representa para la salud pública el consumo de sustancias psicoactivas en el mundo.

La prueba fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud, donde el consumo dañino de sustancias entre los usuarios puede no ser detectado o empeorar. La versión 3.1 de la prueba ASSIST consiste en un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas. El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Después de determinada la puntuación se inicia una conversación (intervención breve) con el usuario sobre el consumo de sustancias. La puntuación obtenida permite clasificar a los individuos según el nivel de riesgo para cada sustancia en ‘bajo’, ‘moderado’ o ‘alto’, y en cada caso se determina la intervención más adecuada (‘no tratamiento’, ‘intervención breve’ o ‘derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento’ respectivamente). Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y conductas asociadas con inyectarse (Organización Mundial de la Salud, 2011).

El AUDIT fue desarrollado y evaluado a lo largo de un período de dos décadas, habiéndose demostrado que proporciona una medida correcta del riesgo según el sexo, la edad y las diferentes culturas. Al tratarse del primer test de screening diseñado específicamente para su uso en el ámbito de la atención primaria, el AUDIT presenta las siguientes ventajas:

- Una estandarización transnacional: El AUDIT ha sido validado en pacientes de atención primaria en 6 países. Es el único test de screening diseñado específicamente para uso internacional.
- Identifica el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia.
- Breve, rápido, y flexible.
- Diseñado para el personal de atención primaria.
- Es consistente con las definiciones de la CIE-10 de dependencia y de consumo perjudicial de alcohol.
- Se centra en el consumo reciente de alcohol.

En 1982 la Organización Mundial de la Salud pidió a un grupo internacional de investigadores que desarrollaran un instrumento de screening simple. Su objetivo era la detección temprana de personas con problemas de alcohol mediante procedimientos que fueran adecuados para los sistemas de salud, tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados. Los investigadores revisaron diversos procedimientos clínicos, de laboratorio y de auto-informe que habían sido utilizados con este fin en diferentes países. Entonces iniciaron un estudio transnacional para seleccionar los mejores rasgos de las distintas estrategias nacionales de screening. Este estudio comparativo de campo fue llevado a seis países (Noruega, Australia, Kenia, Bulgaria, México y los Estados Unidos de América). El método consistió en seleccionar los ítems que mejor distinguían los bebedores de bajo riesgo de aquellos con consumo perjudicial. A diferencia de los tests previos de screening, el nuevo instrumento pretendía la identificación precoz del consumo de riesgo y perjudicial, así como la dependencia de alcohol (alcoholismo). Cerca de 2.000 pacientes fueron reclutados de diversos recursos sanitarios, incluyendo centros especializados en el tratamiento del alcohol. El sesenta y cuatro por ciento eran bebedores actuales, 25% de los cuales fueron diagnosticados como dependientes de alcohol. A los participantes se les practicó un examen físico, que incluía un análisis de sangre para determinar los marcadores estándar de alcoholismo, así como, una amplia entrevista que recogía las características demográficas, la historia médica, problemas de salud, consumo de alcohol y drogas, reacciones psicológicas al alcohol, problemas asociados con la bebida y los antecedentes familiares de problemas con el alcohol. Los items del AUDIT fueron seleccionados de un grupo de preguntas en base, principalmente, a correlaciones con la ingesta diaria de alcohol, la frecuencia de consumos de seis o más

bebidas por episodio de consumo y su capacidad para discriminar a los bebedores de riesgo de aquellos con consumo perjudicial. Los ítems también fueron elegidos con base en la validez, relevancia clínica y la cobertura de los dominios conceptuales relevantes (p.ej., consumo de alcohol, dependencia de alcohol y consecuencias adversas del consumo). Finalmente, para esta selección de los ítems, se dio especial atención a su adecuación en función del género y capacidad de generalización transnacional. La sensibilidad y especificidad de cada uno de los ítems seleccionados para el cuestionario fueron calculadas para múltiples criterios (p.ej. consumo diario medio de alcohol, intoxicación recurrente, presencia de al menos un síntoma de dependencia, diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol y auto-percepción del problema con la bebida). Se consideraron varios puntos de corte de la puntuación total para identificar la sensibilidad (porcentaje de casos positivos que el test identifica correctamente) y especificidad (porcentaje de casos negativos que el test identifica correctamente) óptimas con el objeto de detectar el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Así mismo, la validez también fue calculada frente al diagnóstico de consumo perjudicial y de dependencia. En las muestras de desarrollo del test un valor de corte de 8 puntos condujo a una sensibilidad en el AUDIT para diversos índices de consumo problemático que se situaba generalmente por encima de 0,90. La especificidad en los diversos países y entre los diversos criterios se situaba como media en valores superiores de 0,80. El AUDIT difiere de otros tests de screening de auto-pase en que se basó en datos recogidos de una amplia muestra multinacional, utilizó un racionamiento estadístico-conceptual explícito para la selección de items, enfatizó la identificación del consumo de riesgo en lugar de la dependencia de larga duración y las consecuencias adversas de beber y se centraba en síntomas que habían aparecido en un pasado reciente en vez de «alguna vez».

Una vez se publicó el AUDIT, los autores recomendaron estudios adicionales de validación. En respuesta a esta solicitud, se han llevado a cabo un gran número de estudios para a evaluar su validación y fiabilidad en diferentes muestras clínicas y comunitarias en todo el mundo. Para el punto de corte recomendado de 8, la mayoría de los estudios han encontrado una sensibilidad muy favorable y una especificidad más baja, pero todavía aceptable, para los trastornos debidos al consumo de alcohol actuales de la CIE-10, así como para el riesgo de futuros daños. No obstante, se han logrado mejoras en la detección de algunos casos mediante el aumento o disminución del valor de corte en uno o dos puntos, dependiendo de la población y el objetivo del programa de screening. Se han estudiado diversas subpoblaciones entre las que se incluyen pacientes de

atención primaria, casos de servicios de urgencias, consumidores de drogas, estudiantes universitarios, pacientes ancianos ingresados y personas con un bajo nivel socioeconómico, viéndose que el AUDIT proporciona una buena discriminación. Una revisión sistemática reciente de la literatura ha llegado a la conclusión de que el AUDIT es el mejor instrumento de screening para la totalidad de problemas relacionados con el alcohol en el ámbito de atención primaria, en comparación con otros cuestionarios como el CAGE y el MAST (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Variables.

Variable	Instrumento	Tipo y escala	Valor
Rasgos de trastorno de la Personalidad	SCID-II	Nominal politómica	Con rasgo/ Sin rasgo
Sexo	Autorreferido	Nominal dicotómica	Hombre/Mujer
Edad	Autorreferido	Dimensional	Número de años cumplidos
Sustancias	AUDIT ASSIST	Nominal politómica	Tipo de sustancia consumida: tabaco, alcohol, cocaína, anfetaminas, estimulantes, inhalantes, tranquilizantes, sedantes, opiáceos y otros en total 10 categorías. Tienen 3 niveles de riesgo: alto, moderado o bajo.

PROCEDIMIENTO

Los cuestionarios fueron respondidos el 06 de julio de 2018.

La autora y el colaborador de este trabajo fueron los encargados de la aplicación de los instrumentos. Los instrumentos: SCID-II, AUDIT, ASSIST fueron aplicados en el auditorio Julio Glockner de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla que cuenta con sillas fijas como mobiliario, el cual fue ocupado por los sujetos. El SCID-II, AUDIT,

ASSIST fueron aplicados en una sola sesión con una duración aproximada de 1 hora con 40 minutos, a estudiantes universitarios de la carrera de medicina durante un intermedio en su curso informativo de introducción al servicio social, el cual fue impartido en la Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Previo al llenado del instrumento se brindaron las instrucciones correspondientes a los pasantes aplicantes, además se brindó de asesoría continua y resolución de dudas durante el mismo en caso de ser solicitadas, lo cual fue otorgado por los autores del presente trabajo.

Se proporcionó el cuestionario a los sustentantes así como de otros materiales necesarios: lápices, plumas, borradores y sacapuntas.

Se transcribieron los formularios en una base de datos elaborada en Google Forms™, así como las respuestas proporcionadas por los participantes en los mismos.

Posteriormente se vaciaron los datos en Microsoft Office Excel 2007™ y se analizaron en el Software Stata en su versión 14.

Entre los datos extraídos se buscaron los demográficos, así como la prevalencia de los diversos rasgos de trastornos de personalidad, el uso de medicamentos y consumo de sustancias.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se codificaron las variables y se construyó la base de datos. A partir de lo anterior se realizó un análisis univariado (incluye las frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión) y bivariado (por medio de la asociación de chi-cuadrada y la significancia de *p* para cada una de las estimaciones de asociación entre variables). El sexo y variables demográficas de los estudiantes se describieron con frecuencias y porcentajes. La prevalencia de trastornos y rasgos de personalidad se describió con frecuencias y porcentajes. La prevalencia de consumo de sustancias se describió con frecuencias y porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Tomando en consideración el Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en su título segundo: “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Se especifica en el Capítulo I en los artículos 16 y 17 lo siguiente:

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos en la cual el riesgo se define como la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio de datos obtenidos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las

indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

III.- Investigación con riesgo mayor que el mínimo: Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Por lo anterior descrito el presente trabajo se trata de una investigación de la categoría “riesgo mínimo”, por solamente constar de la aplicación de inventarios. Además de proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

En el estudio participaron 292 estudiantes de medicina, de los cuales 58.22 % (n=170) eran mujeres y 41.78% (n=122) eran hombres. La media de edad fue de 24.38 años.

El 80.28% (n=232), había egresado de preparatoria pública. La media de su promedio general de ese último grado escolar fue de 9.510929 (escala 0-10).

96.02% (n=266) del estudiantado se declaró como soltero.

El 11.30% (n=33) de los universitarios habían tomado algún antidepresivo y/o tranquilizante en algún momento de su vida (*ver* Cuadro 1).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los estudiantes

Variable	***Frecuencia (%)***
	Sexo
Mujer	170 (58.22)
Hombre	122 (41.78)
	Preparatoria de origen
Privada	57 (19.72)
Publica	232 (80.28)
	Estado civil
Soltero	266 (96.02)
Casado	5 (1.80)
Unión libre	6 (2.16)
Sin respuesta	15 (5.13)
	Prescripción de algún antidepresivo o tranquilizante
Si	33 (11.30)
No	259 (88.70)
	Edad
Promedio	24.38356
Desviación estándar	2.075086
	Promedio de preparatoria
Promedio	9.510929
Desviación estándar	4.645114

Prevalencia de rasgos de trastorno de personalidad según el SCID-II

Los rasgos de trastornos de personalidad con mayor prevalencia entre los estudiantes fueron los de tipo paranoides (23.78%), seguido por el obsesivo compulsivo (21.25%) y en tercer lugar el limítrofe con 17.56%; siendo los de menor prevalencia los de tipo esquizotípico, narcisista y esquizoide (1.39%, 3.14% y 4.18% respectivamente).

La prevalencia de los 12 rasgos de trastorno de personalidad identificados por el SCID-II se describen en el cuadro 2.

Cuadro 2. Prevalencia de rasgos de trastornos de personalidad SCID-II

Trastorno de personalidad	***Frecuencia (%)***
Evitativo	35 (12.15)
Dependiente	14 (5.02)
Obsesivo-Compulsivo	61 (21.25)
Pasivo agresivo	18 (6.32)
Autodestructivo	44 (15.55)
Paranoide	68 (23.78)
Esquizotípico	4 (1.39)
Ezquizoide	12 (4.18)
Histriónico	39 (13.98)
Narcisista	9 (3.14)
Limítrofe	46 (17.56)
Antisocial	17 (6.05)

Prevalencia de trastornos por consumo de alcohol según el AUDIT

El 81.16% (237) de los estudiantes consume bebidas alcohólicas por lo menos una vez al mes. 55.47% (162) consume de tres a más tragos cuando está bebiendo. 54.46% (159) consume más de cinco bebidas alcohólicas por ocasión. El último año el 13.34%(39) de los estudiantes se dio cuenta que no podía dejar de beber después de haber empezado El. 8.55% (25) de las personas encuestadoras incumplió con lo que se esperaba de ellas a causa de la bebida. El 0.73% (8) necesitó un primer trago en la mañana para sentirse mejor después de haber bebido en exceso. El 18.14% (53) tuvo sentimientos de culpa o remordimientos después de haber bebido. El 18.83 % (55) durante el último año no pudo recordar lo que había pasado la noche anterior, a causa de la bebida. El 6.85% (20) se lesiono o lesiono a alguien más por beber en exceso. El 4.13% (15) se le han sugerido que reduzca su consumo de alcohol (los datos anteriores se pueden apreciar en el Cuadro 3)

Cuadro 3. Respuestas por ítem de la escala AUDIT.

Preguntas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	Nunca	**Una vez al mes o menos**	**De 2 a 4 veces al mes**	**De 2 a 3 más veces a la semana**	**4 o más veces a la semana**
¿Con que frecuencia consumes alguna bebida alcohólica?	55 (18.84)	12 (43.84)	66 (2.60	37 (12.67)	6 (2.05)
	1 o 2	**3 o 4**	**5 o 6**	**7 a 9**	**10 o más**
¿Cuántas bebidas alcohólicas consumes en un día típico cuando estas bebiendo?	130 (44.52)	85 (29.11)	58 (19.86)	13 (4.45)	6 (2.05)
	Nunca	**Menos de una vez al mes**	**Mensualmente**	**Semanalmente**	**A diario o casi diario**
¿Con qué frecuencia consumes cinco o más bebidas en una ocasión?	133 (45.55)	120 (41.10)	35 (11.99)	4 (1.37)	0
¿Con qué frecuencia durante el último año te diste cuenta de que no podías dejar de beber después de haber empezado?	253 (86.64)	30 (10.27)	5 (1.71)	2 (0.68)	2 (0.68)
¿Con que frecuencia durante el último año incumpliste con lo que normalmente se esperaba de ti, a causa de la bebida?	267 (91.44)	22 (7.53)	1 (0.34)	1 (0.34)	1 (0.34)

¿Con que frecuencia durante el último año necesitaste un primer trago en la mañana para sentirte bien después de haber bebido en exceso?	284 (97.26)	6 (2.05)	2 (0.68)	0	0
¿Con que frecuencia durante el último año tuviste sentimientos de culpa o remordimientos después de haber bebido?	239 (81.85)	46 (15.75)	4 (1.37)	1 (0.34)	2 (0.68)
¿Con que frecuencia durante el último año no pudiste recordar lo que había pasado la noche anterior, a causa de la bebida?	237 (81.16)	46 (15.75)	7 (2.40)	0	2 (0.68)
	No		**Sí, pero no en el último año**		**Si, el último año**
¿Tu o alguien más se ha lesionado porque bebiste en exceso?	272 (93.15)		12 (4.11)		8 (2.74)
¿Ha estado un pariente, amigo, doctor u otro profesional de la salud preocupado por tu consumo de alcohol o te ha sugerido que lo reduzcas?	277 (94.86)		10 (3.42)		5 (1.71)

El promedio de la puntuación de la escala AUDIT fue de 4.061644 con una desviación estándar de 3.805806 (*ver* Cuadro 3).

Trastorno de personalidad y consumo de alcohol

Prevalencia general 81.16% (237) de los estudiantes consume bebidas alcohólicas por lo menos una vez al mes.

De los 212 sujetos que respondieron a todas las preguntas sobre rasgos de trastornos de la personalidad, 94 reunían criterios para un trastorno por lo menos (44%); en éstos, la frecuencia de consumo perjudicial de alcohol fue de 22.3% (n=21); en aquellos que no reunieron criterios para algún trastorno de la personalidad la frecuencia fue de 8.47% (n=10) (χ^2=8.0575, p=0.005).

En el cuadro 4 se presenta la frecuencia de consumo perjudicial de alcohol y de rasgos de trastornos de la personalidad; en el que se midió la asociación del trastorno de personalidad (SCID-II) y el consumo de perjudicial de alcohol (AUDIT) evaluado por medio de chi-cuadrada y la significancia estadística por medio de *p*; resultado de dichas estimaciones se encontró una asociación estadísticamente significativa entre PD obsesivo-compulsivo, paranoide, esquizotípico y limítrofe.

Cuadro 4. Asociación entre el trastorno de personalidad (PD) y el consumo perjudicial de alcohol (CPA)

Trastorno de personalidad SCID-II	***Con PD por SCID-II***	**AUDIT**	***Sin PD por SCID-II***	**AUDIT**	χ^2	*p*
		CPA		**CPA**		
	n (%)	**n(%)**	**n**	**n(%)**		
Evitativo	35	6 (17.14)	253	36 (14.23)	0.2095	0.647
Dependiente	14	2 (14.29)	265	38 (14.34)	0.0000	0.996
Obsesivo-compulsivo	61	15 (24.59)	226	26 (11.50)	6.7173	**0.010**
Pasivo-agresivo	18	5 (27.78)	267	37 (13.86)	2.6005	0.107
Autodestructivo	44	8 (18.18)	239	33 (13.81)	0.5739	0.449
Paranoide	68	17 (25)	218	25 (11.47)	7.5757	**0.006**
Esquizotípico	4	3 (75)	283	39 (13.78)	11.8328	**0.001**
Esquizoide	12	1 (8.33)	275	41 (14.91)	0.3980	0.528
Histriónico	39	9 (23.08)	240	31 (12.92)	2.8199	0.093
Narcisista	9	3 (33.33)	278	38 (13.67)	2.7530	0.097
Limítrofe	46	11 (23.91)	216	25 (11.57)	4.8715	**0.027**
Antisocial	17	5 (29.41)	264	36 (13.64)	3.2895	0.074

Prevalencia de consumo de cigarrillos según ASSIST

De los 292 estudiantes que contestaron el enunciado en el que se les cuestionaba si eran o no fumadores, el 19.52% (n=57) respondió de manera afirmativa, mientras que el 80.48% (n=235) negó serlo. En cuanto al número de cigarrillos que consumían al día, solo 55 de los 57 estudiantes contestaron el número, 2 de ellos se abstuvieron de responder a esta pregunta; con lo anterior la distribución más frecuente en cuanto al número de cigarrillos por día fue de 1 cigarro/día en el 43.64% (n=24), 2 cigarro/día en 18.18% (n=10), 3 cigarrillo/día 10.91% (n=6), 4 cigarro/día y 5 cigarro/día con 7.27% (n=4) cada uno, 6 cigarro/día y 15 cigarro/día con 3.64% (n=2) cada uno, y finalmente 0.05, 0.1 y 7 cigarro/día con 1.82% (n=1) cada uno.

Prevalencia de consumo de sustancias ilícitas según ASSIST

Al total de los estudiantes (n=292) se les cuestionó si en algún momento han usado alguna sustancia ilícita y de estos el 92.81% (n=271) contestó de manera negativa y el 7.19% (n=21) respondió de manera afirmativa.

En el cuadro 5 se representa la frecuencia de consumo de alguna sustancia ilícita (ASSIST) y de rasgos de trastornos de personalidad (SCID-II); para posteriormente evaluar la asociación de ambas variables por medio de chi-cuadrada y la significancia

estadística por medio de *p*. La única estimación con significancia estadística suficiente para establecer una asociación entre trastorno de personalidad y consumo de sustancias ilícitas fue la histriónica.

Cuadro 5. Asociación entre el trastorno de personalidad (PD) y el consumo de sustancias ilícitas (CSI).

Trastorno de personalidad SCID-II	***Con PD por SCID-II***	**ASSIST**	***Sin PD por SCID-II***	**ASSIST**	χ^2	*p*
		CSI		**CSI**		
	n	**n(%)**	**n**	**n(%)**		
Evitativo	35	2 (5.71)	253	19 (7.51)	0.1466	0.702
Dependiente	14	1 (7.14)	265	20 (7.55)	0.0031	0.955
Obsesivo-compulsivo	61	6 (9.84)	226	15 (6.64)	0.7248	0.395
Pasivo-agresivo	18	0 (0.0)	267	21 (7.87)	1.5283	0.216
Autodestructivo	44	5 (11.36)	239	16 (6.69)	1.1792	0.278
Paranoide	68	7 (10.29)	218	14 (6.42)	1.1422	0.285
Esquizotípico	4	0 (0.0)	283	21 (7.42)	0.3203	0.571
Esquizoide	12	0 (0.0)	275	21 (7.64)	0.9887	0.320
Histriónico	39	6 (15.38)	240	13 (5.42)	5.2525	**0.022**
Narcisista	9	2 (22.22)	278	19 (6.83)	3.0438	0.081
Limítrofe	46	6 (13.04)	216	12 (5.56)	3.3233	0.068
Antisocial	17	0 (0.0)	264	20 (7.58)	1.3866	0.239

Discusión

A través de este estudio, se trató describir la prevalencia del consumo de sustancias y la asociación de éste con los rasgos de trastornos de personalidad en médicos pasantes mediante la evaluación de su personalidad y patrón de consumo de sustancias en la fase inicial del servicio social. Este enfoque nos permitió saber, en las etapas iniciales de su práctica médica, cuántos pasantes pueden tener un curso clínico más severo, cuántos pasantes pudiesen presentar un mayor consumo de alcohol dependiente de su trastorno o rasgos de personalidad, un mayor deseo; así como conocer si sus rasgos de trastorno de personalidad está relacionado o no con consumo de sustancias ilícitas. En esta investigación encontramos que los sujetos de estudio que presentan rasgos de una personalidad más impulsiva muestran una tendencia al consumo de sustancias, particularmente el alcohol. Estos resultados están en línea con algunos otros autores que han estudiado las características de los rasgos de personalidad y el impacto que tienen estas con un consumo perjudicial de alcohol y otras sustancias (Basiaux, 2001; Ducci et al., 2007; Milivojevic et al., 2012; Noël et al., 2011; Tomassini et al., 2012).

La gravedad de la asociación entre rasgos de trastornos de personalidad y consumo perjudicial de alcohol y de sustancias ilícitas determinado por medio de chi cuadrado en relación con el consumo perjudicial de alcohol (CPA) mediante la escala AUDIT, encontramos diferencias estadísticamente significativas. Los PD obsesivo-compulsivo, esquizotípico y limite tienen una asociación con el CPA. En lo que respecta al consumo de sustancias ilícitas (CSI) evaluado por medio de la escala ASSIST el PD histriónico tiene una asociación estadísticamente significativa con el CSI. Estos resultados también fueron evidenciados en estudios equivalentes en los que se encontraron puntuaciones significativas en el caso del alcohol en los sujetos ingresados en la Unidad de Psiquiatría con CPA. Los cuales fueron ingresados por trastornos de tipo compulsivo y límite en una mayor parte.

Del mismo modo, en e lo que respecta al CSI en ambos estudios (el nuestro y el de Pedrero et al) se encontró una asociación entre el PD histriónico y el CSI en los sujetos de estudio. (Pedrero Pérez, 2006) .

La literatura menciona que la mayoría de los trastornos de consumo de sustancias son más frecuentes en hombres que en mujeres. En esta investigación la prevalencia del consumo fue mayor en el sexo masculino.

Limitaciones

Este estudio es limitado porque es un estudio observacional y de práctica clínica habitual.

La información recolectada, expuesta y analizada es ideal para diseños controlados que son diferentes de este estudio.

Así mismo es probable que los resultados obtenidos no sean generalizables para la población universitaria de médicos en otros países e incluso en otros estados de México.

CONCLUSIONES

Los rasgos de trastornos de personalidad que tuvieron diferencias estadísticamente significas asociadas al consumo perjudicial de alcohol fueron: obsesivo-compulsivo, paranoide, esquizotípico y limite. Es decir, el trastorno obsesivo-compulsivo, el paranoide, esquizotípico y límite están asociados a un consumo perjudicial de alcohol. Con respecto al consumo de sustancias ilícitas solo el PD histriónico demostró una asociación estadísticamente significativa. (Tomassini et al., 2012)

Estudios anteriores han indicado que todos los trastornos de la personalidad están asociadas con el consumo de sustancias, especialmente los limite, antisocial, narcisista, e histriónico esto relacionado con que se describen comportamientos que podrían ser

caracterizados por estar relacionado con la impulsividad,

En general, los comportamientos impulsivos son factores de riesgo bien conocidos para el consumo de sustancias. Sin embargo, la "impulsividad" no es una construcción simple y muchas medidas de diferentes rasgos de impulsividad están fuertemente correlacionadas el no planificar con anticipación, impulsividad relacionada con la elección / recompensa, problemas de regulación emocional, que puede hacer que las personas con rasgos de personalidad particularmente del closter B sean vulnerables a desarrollar un trastorno por consumo de sustancias (Rosenström et al., 2018).

Tal y como se estipuló en la hipótesis del estudio en la que se menciona que los estudiantes con rasgos de personalidad más acentuados son los que presentan mayor prevalencia de consumo de sustancias, los datos obtenidos en la presente investigación son compatibles con los resultados esperados y con los encontrados en las investigaciones similares que sustentan la hipótesis, por lo tanto se acepta la hipótesis.

En relación al consumo de otras sustancias como tabaco, cannabis, anfetaminas, opioides, benzodiacepinas y estimulantes nuestro estudio no encontró asociaciones

estadísticamente significativas entre los rasgos de trastornos de personalidad y el patrón de consumo.

Solo hay un número limitado de estudios con tamaños de muestra pequeños para estos, y por lo tanto, se necesitan estudios adicionales para llegar a conclusiones firmes

Se requieren más estudios con tamaños de muestra más grandes que incluyan pacientes con diferentes diagnósticos de trastornos de personalidad (y no solo antisocial o limítrofe).

Por último, es necesario realizar estudios que evalúen diferentes grupos de población de diferentes países y culturas para hacer recomendaciones generalizables.

A pesar de que los datos y resultados obtenidos son similares a los realizados en otros estudios, son necesarias más investigaciones para determinar la generalización de los resultados arrojados en el presente trabajo, así como la delimitación de estos.

ANEXOS

REFERENCIAS

Albanesi de Nasetta, S., Garelli, V., & Casari, L. (2009). Estilos de personalidad y Calidad de Vida en Estudiantes de Psicología. *Fundamentos en humanidades*, (19), 139–156.

Aron, A. R., Behrens, T. E., Smith, S., Frank, M. J., & Poldrack, R. A. (2007). Triangulating a cognitive control network using diffusion-weighted Magnetic Resonance Imaging (MRI) and functional MRI. *Journal of Neuroscience*. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0519-07.2007

Aron, A. R., Robbins, T. W., & Poldrack, R. A. (2004). Inhibition and the right inferior frontal cortex. *Trends in Cognitive Sciences*. https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.02.010

Balhara, Y. S., Parmar, A., Sarkar, S., & Verma, R. (2016). Stigma in dual diagnosis: A narrative review. *Indian Journal of Social Psychiatry*. https://doi.org/10.4103/0971-9962.181093

Ballard, E. D., Cwik, M., Storr, C. L., Goldstein, M., Eaton, W. W., & Wilcox, H. C. (2014). Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. *General Hospital Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.03.004

Barba Fajardo, G. E., Abenza Medrano, M., Navarro Córcoles, J., & Portero Portaz, A. (2018). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de Albacete. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, (4), 11–19. https://doi.org/10.35761/reesme.2018.4.03

Barnes, G. E. (1979). The alcoholic personality. A reanalysis of the literature. *Journal of Studies on Alcohol*. https://doi.org/10.15288/jsa.1979.40.571

Basiaux, P. (2001). TEMPERAMENT AND CHARACTER INVENTORY (TCI) PERSONALITY PROFILE AND SUB-TYPING IN ALCOHOLIC PATIENTS: A CONTROLLED STUDY. *Alcohol and Alcoholism*. https://doi.org/10.1093/alcalc/36.6.584

Belcher, A. M., Volkow, N. D., Moeller, F. G., & Ferré, S. (2014). Personality traits and vulnerability or resilience to substance use disorders. *Trends in Cognitive Sciences*. https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.01.010

Boliches, F; De Vicente, P; Castellano Gómez , M; Pérez-Gálvez, B; Haro , G; Martínez-

Raga, J; Cervera, G. (2002). Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias : algo más que un diagnóstico dual Impulsive personalities and substance use disorders : something more than a dual diagnosis. *Trastornos Adictivos*, *4*(4), 216–222.

Brady, K. T., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1483

Brooner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt, C. W., & Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830130077015

Burt, S. A., Donnellan, M. B., Iacono, W. G., & McGue, M. (2011). Age-of-onset or behavioral sub-types? A prospective comparison of two approaches to characterizing the heterogeneity within antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*. https://doi.org/10.1007/s10802-011-9491-9

Cervera, G., Bolinches, F., & Valderrama, J. (1999). Trastornos de la personalidad y drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, *1*(2), 91–99.

Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., John, U., & Dilling, H. (1998). Axis I and axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. En *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1998.tb03619.x

Ducci, F., Enoch, M. A., Funt, S., Virkkunen, M., Albaugh, B., & Goldman, D. (2007). Increased anxiety and other similarities in temperament of alcoholics with and without antisocial personality disorder across three diverse populations. *Alcohol*. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2007.02.005

Ersche, K. D., Jones, P. S., Williams, G. B., Turton, A. J., Robbins, T. W., & Bullmore, E. T. (2012). Abnormal brain structure implicated in stimulant drug addiction. *Science*. https://doi.org/10.1126/science.1214463

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones Assessment of personality disorders according to DSM-5: Available instruments and limitations. *Terapia Psicologica*, *32*, 255–264. https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008

Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: A meta-ana lysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07030504

Fenton, M. C., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Skodol, A., Krueger, B., … Hasin, D. S. (2012). Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03638.x

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., & Benjamin, L. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). *American Psychiatric Press, Inc.*

Gabriela, I., Machuca, N., Rizo, I. S., & Villaseñor Bayardo, S. J. (2005). Los Trastornos De La Personalidad Y Los Trastornos Relacionados Con El Abuso De Sustancias, 10. Recuperado de http://www.bienvenida.unam.mx/revistas/RDU/ciencias_salud/los_trastornos_de_la_personalidad_y_los_trastornos_relacionados_con_el_abuso_de_sustancias.pdf

Gallo, E. F., Salling, M. C., Feng, B., Morón, J. A., Harrison, N. L., Javitch, J. A., & Kellendonk, C. (2015). Upregulation of dopamine D2 receptors in the nucleus accumbens indirect pathway increases locomotion but does not reduce alcohol consumption. *Neuropsychopharmacology*. https://doi.org/10.1038/npp.2015.11

Galvan, A., Hare, T. A., Parra, C. E., Penn, J., Voss, H., Glover, G., & Casey, B. J. (2006). Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. *Journal of Neuroscience*. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1062-06.2006

González, S., Rangel-Barajas, C., Peper, M., Lorenzo, R., Moreno, E., Ciruela, F., … Ferré, S. (2012). Dopamine D 4 receptor, but not the ADHD-associated D 4.7 variant, forms functional heteromers with the dopamine D 2S receptor in the brain. *Molecular Psychiatry*. https://doi.org/10.1038/mp.2011.93

Hariri, A. R., Mattay, V. S., Tessitore, A., Kolachana, B., Fera, F., Goldman, D., … Weinberger, D. R. (2002). Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science*. https://doi.org/10.1126/science.1071829

Heinze, G., Vargas, B. E., & Cortés Sotres, J. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad. *Salud Mental*, *31*(5), 343–350. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n5/v31n5a2.pdf

King, K. M., Karyadi, K. A., Luk, J. W., & Patock-Peckham, J. A. (2011). Dispositions to rash action moderate the associations between concurrent drinking, depressive symptoms, and alcohol problems during emerging adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*. https://doi.org/10.1037/a0023777

Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: Prevalence and their association with axis I disorders as predictors of treatment retention. En *Addictive Behaviors*. https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00071-9

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “Big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. https://doi.org/10.1037/a0020327

Landheim, A. S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2003). Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics: Substance abusers treated in two counties in Norway. *European Addiction Research*. https://doi.org/10.1159/000067732

Langås, A. M., Malt, U. F., & Opjordsmoen, S. (2012). In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC Psychiatry*. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-180

Loeber, R., & Hay, D. (1997). KEY ISSUES IN THE DEVELOPMENT OF AGGRESSION AND VIOLENCE FROM CHILDHOOD TO EARLY ADULTHOOD. *Annual Review of Psychology*. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.48.1.371

Luna Guerrero, C., Castro-Martínez, J., Castellanos Duque, L., & Trujillo Prieto, M. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de la personalidad: estudio comparativo entre personas consumidoras y no consumidoras. *Drugs and Addictive Behavior*. https://doi.org/10.21501/24631779.2443

McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., … Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x

Merikangas, K. R., & McClair, V. L. (2012). Epidemiology of substance use disorders. *Human Genetics*. https://doi.org/10.1007/s00439-012-1168-0

Milivojevic, D., Milovanovic, S. D., Jovanovic, M., Svrakic, D. M., Svrakic, N. M., Svrakic, S. M., & Cloninger, C. R. (2012). Temperament and character modify risk of drug addiction and influence choice of drugs. *American Journal on Addictions*. https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00251.x

Montalvo, J. F., & Echeburúa, E. (2006). Juego patológico y trastornos de personalidad: Un estudio piloto con el MCMI-II. *Psicothema*, *18*(3), 453–458.

Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E., & Miller, K. J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*. https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.74

Noël, X., Brevers, D., Bechara, A., Hanak, C., Kornreich, C., Verbanck, P., & Le Bon, O. (2011). Neurocognitive determinants of novelty and sensation-seeking in individuals with alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*. https://doi.org/10.1093/alcalc/agr048

Organización Mundial de la Salud. (2001). Audit. *OMS*, 1–40. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria*. *Oms*.

Pedrero-pérez, E. J., León, J. M. R. De, Lozoya-delgado, P., Rojo-mota, G., Llanero-luque, M., & Puerta-garcía, C. (2013). 2013_RevNeurol_56(4)_Sintomatología prefrontal y trastornos de la personalidad, *56*(4), 205–213.

Pedrero, E. J., Ruiz, J. M., Olivar, Á., Rojo, G., Llanero, M., & Puerta, C. (2011). Diferencias de personalidad entre adictos al alcohol y controles emparejados: relación con sintomatología frontal y subtipos de adictos. *Psicothema*, *23*, 100–106.

Pedrero Pérez, E. J. (2006). TCI-140: propiedades psicométricas, relación con el TCI-R y con variables de personalidad. Estudio de una muestra de adictos en tratamiento. *Trastornos Adictivos*. https://doi.org/10.1016/s1575-0973(06)75116-9

Phan, K. L., Fitzgerald, D. A., Nathan, P. J., Moore, G. J., Uhde, T. W., & Tancer, M. E.

(2005). Neural substrates for voluntary suppression of negative affect: A functional magnetic resonance imaging study. *Biological Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.030

Preuss, U. W., Johann, M., Fehr, C., Koller, G., Wodarz, N., Hesselbrock, V., … Soyka, M. (2009). Personality disorders in alcohol-dependent individuals: Relationship with alcohol dependence severity. *European Addiction Research*. https://doi.org/10.1159/000228929

Roberti, J. W. (2004). A review of behavioral and biological correlates of sensation seeking. *Journal of Research in Personality*. https://doi.org/10.1016/S0092-6566(03)00067-9

Romer, D., Duckworth, A. L., Sznitman, S., & Park, S. (2010). Can adolescents learn self-control? Delay of gratification in the development of control over risk taking. *Prevention Science*. https://doi.org/10.1007/s11121-010-0171-8

Rosenström, T., Torvik, F. A., Ystrom, E., Czajkowski, N. O., Gillespie, N. A., Aggen, S. H., … Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Prediction of alcohol use disorder using personality disorder traits: a twin study. *Addiction*. https://doi.org/10.1111/add.13951

Salamone, J. D., & Correa, M. (2012). The Mysterious Motivational Functions of Mesolimbic Dopamine. *Neuron*. https://doi.org/10.1016/j.neuron.2012.10.021

Silverman, J. J., Galanter, M., Jackson-Triche, M., Jacobs, D. G., Lomax, J. W., Riba, M. B., … Yager, J. (2015). The american psychiatric association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults. *American Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.1720501

Singh, Nh., Sharma, S., & Pasweth, A. (2005). Psychiatric co-morbidity among alcohol dependants. *Indian Journal of Psychiatry*. https://doi.org/10.4103/0019-5545.43058

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002

Somerville, L. H., Jones, R. M., & Casey, B. J. (2010). A time of change: Behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental

cues. *Brain and Cognition*. https://doi.org/10.1016/j.bandc.2009.07.003

Steinberg, L. (2013). The influence of neuroscience on US Supreme Court decisions about adolescents' criminal culpability. *Nature Reviews Neuroscience*. https://doi.org/10.1038/nrn3509

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2013). Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health : Summary of National Findings. *NSDUH Series H-46, HHS*.

Swann, N. C., Cai, W., Conner, C. R., Pieters, T. A., Claffey, M. P., George, J. S., … Tandon, N. (2012). Roles for the pre-supplementary motor area and the right inferior frontal gyrus in stopping action: Electrophysiological responses and functional and structural connectivity. *NeuroImage*. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.09.049

Szerman, N., Carrasco Pereira, Jose Luis Martínez Raga, J., & Ramírez López, Juan Roncero Alonso, Carlos Rubio Larrosa, V. (2013). *PATOLOGÍA DUAL y trastorno de la personalidad.*

Tabibnia, G., Monterosso, J. R., Baicy, K., Aron, A. R., Poldrack, R. A., Chakrapani, S., … London, E. D. (2011). Different forms of self-control share a neurocognitive substrate. *Journal of Neuroscience*. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.2859-10.2011

Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J., & Costa, P. T. (2008). Five-factor model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*. https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-22

Tomassini, A., Struglia, F., Spaziani, D., Pacifico, R., Stratta, P., & Rossi, A. (2012). Decision making, impulsivity, and personality traits in alcohol-dependent subjects. *American Journal on Addictions*. https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00225.x

Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: Comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093

Tosevski, D. L., Milovancevic, M. P., & Gajic, S. D. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry*.

https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328333d625

Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *5*(1). https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9

Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review*. https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00028-8

Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, *385*(9969), 717–726. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4

Van Leijenhorst, L., Zanolie, K., Van Meel, C. S., Westenberg, P. M., Rombouts, S. A. R. B., & Crone, E. A. (2010). What motivates the adolescent? brain regions mediating reward sensitivity across adolescence. *Cerebral Cortex*. https://doi.org/10.1093/cercor/bhp078

Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(01)00578-8

Volkow, N. D., Wang, G. J., Begleiter, H., Porjesz, B., Fowler, J. S., Telang, F., … Thanos, P. K. (2006). High levels of dopamine D2 receptors in unaffected members of alcoholic families: Possible protective factors. *Archives of General Psychiatry*. https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.9.999

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Telang, F. (2011). Addiction: Beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. https://doi.org/10.1073/pnas.1010654108

Walter, M., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., … Skodol, A. E. (2009). New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow-ups: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Addiction*. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02413.x

Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a

structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7

Wise, R. A. (2004). Dopamine, learning and motivation. *Nature Reviews Neuroscience*. https://doi.org/10.1038/nrn1406