

PATOLOGÍA DUAL

Miguel del Nogal Tomé



Guías profesionales


EDITORIAL
SÍNTESIS

Patología dual

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com En ella encontrará el catálogo completo y comentado



NO fotocopies el libro

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Patología dual

Miguel del Nogal Tomé



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Miguel del Nogal Tomé

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN 978-84-907768-1-0

Impreso en España - Printed in Spain

Índice

[Prólogo](#)

PARTE 1

INTRODUCCIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

[1. Introducción](#)

[1.1. Definición de Patología Dual \(PD\). Un subtipo de comorbilidad](#)

[1.2. Estadísticas sobre la relación entre patología mental y trastornos adictivos](#)

[Caso clínico](#)

[Preguntas de autoevaluación](#)

[2. Delimitación y posible etiología de la patología dual](#)

[2.1. Delimitación de la patología dual](#)

[2.1.1. Los cuadros transitorios inducidos por sustancias, intoxicación o síndrome de abstinencia a tóxicos](#)

[2.1.2. Efectos a largo plazo inducidos por el consumo crónico de tóxicos](#)

[2.1.3. Coexistencia a lo largo del tiempo de ambos trastornos: ¿Primarios, secundarios o simultáneos?](#)

[Caso clínico](#)

[Preguntas de autoevaluación](#)

[3. Modelos explicativos de la patología dual](#)

[3.1. Modelos y variables explicativas de la patología dual](#)

[3.1.1. Modelos explicativos centrados en la relación entre trastorno psiquiátrico y trastorno por uso o abuso de sustancias](#)

[3.1.2. Variables implicadas en la patología dual](#)

[Caso clínico](#)

[Preguntas de autoevaluación](#)

PARTE II

EVALUACIÓN

[4. Evaluación \(I\)](#)

[4.1. La evaluación psicológica](#)

[4.2. Instrumentos de evaluación](#)

[4.2.1. La entrevista](#)

[4.2.2. Cuestionarios](#)

[4.2.3. Autorregistros](#)

[4.3. Áreas importantes de evaluación en patología dual](#)

[4.3.1. Descontrol de impulsos](#)

[4.3.2. Manejo de variables internas](#)

[Caso clínico](#)

[Preguntas de autoevaluación](#)

[5. Evaluación \(II\)](#)

[5.1. Interacción social y relación con el equipo terapéutico y sistema asistencial](#)

[5.2. Riesgo suicida](#)

[5.3. Consumo de drogas](#)

[5.3.1. Screening o detección del consumo de drogas](#)

[5.3.2. Diagnóstico](#)

[5.3.3. Deseo de consumo](#)

[5.3.4. Recaídas](#)

[5.4. Conclusiones sobre las dificultades de evaluación y diagnóstico en patología dual](#)

[Caso clínico](#)

[Preguntas de autoevaluación](#)

PARTE III

TRATAMIENTO

[6. Guía para el terapeuta \(I\): áreas de intervención](#)

[6.1. La alianza terapéutica](#)

[6.2. Control de impulsos](#)

[6.3. Manejo de VV internas. El papel de las emociones](#)

[6.3.1. Procedimiento general](#)

[6.3.2. Manejo de la ira](#)

[6.3.3. Sentimiento de vacío, abandono e incompreensión](#)

[6.3.4. Tolerancia a la frustración y al estrés](#)

[6.4. Incumplimiento terapéutico y abandono](#)

[6.5. Interacción social](#)

[6.6. Identificación y manejo de "crisis"](#)

[6.6.1. Automutilaciones](#)

[6.6.2. Ideación autolítica](#)

[6.7. Otros aspectos](#)

[6.7.1. El papel de la familia](#)

[6.7.2. Problemas legales](#)

[6.7.3. Problemas laborales](#)

[6.7.4. La importancia de una buena coordinación de equipo](#)

[Caso clínico](#)

[Preguntas de autoevaluación](#)

[7. Guía para el terapeuta \(II\): líneas de intervención](#)

[7.1. Delimitación del problema y primeros pasos de la intervención](#)

[7.2. Intervención médica](#)

[7.2.1. Programas de sustitutivos opiáceos](#)

[7.2.2. Psicofarmacología](#)

[7.3. Intervención psicológica](#)

[7.3.1. Psicoterapia individual](#)

[7.3.2. Taller multifamiliar](#)

[7.4. Intervención social](#)

[Caso clínico](#)

[Preguntas de autoevaluación](#)

[Resumen y conclusiones finales](#)

PARTE IV

GUÍA PARA EL PACIENTE

[8. Guía para el paciente](#)

[8.1. ¿Qué me ocurre? ¿Por qué me siento así?](#)

[8.2. Momentos difíciles y cómo poder manejarlos](#)

[8.3. El papel de la familia](#)

[8.3.1. Habilidades para abordar a nuestro familiar](#)

[8.3.2. ¿Qué hacer y qué no hacer?](#)

[Caso clínico](#)

[Claves de respuestas](#)

[Referencias bibliográficas](#)

Prólogo

Introducir este nuevo libro de Miguel del Nogal es un privilegio. Se supone que los prólogos son escritos por una persona de supuesto prestigio, para augurar el éxito de un autor novel o poco conocido. No es este el caso, ya que nuestro autor ha labrado su reconocimiento en el campo de la psicología con un trabajo ya muy extenso y dilatado en la clínica, la docencia y la escritura en temas diversos que llegan hasta el fascinante terreno de la autoayuda.

En este caso es la patología dual, una adicción y otro trastorno mental, la que desarrolla en este nuevo y exhaustivo libro sobre el tema. Esta denominación arbitraria y que en sí misma significa bien poco, ha permitido reconocer una realidad clínica hasta hace muy poco ignorada y, lo que es peor aún si cabe, negada y rechazada. Las adicciones y el trastorno por uso de sustancias constituyen una enfermedad mental y por tanto cerebral como cualquier otra. El cerebro sustenta las funciones mentales que condicionan cómo pensamos, sentimos, percibimos, nos relacionamos, controlamos nuestros impulsos, etc. En ese sentido, tiene un componente genético que permite identificarla como enfermedad familiar. Esta carga genética puede no expresarse en un fenotipo adictivo (como se expresa la enfermedad en la naturaleza) si el sujeto nunca entra en contacto con las sustancias objeto de potencial abuso. Y se acompaña, tanto en un caso como en otro, de otras manifestaciones psicopatológicas de distinta entidad que generalmente preceden al uso problemático de sustancias u otras conductas adictivas, dando lugar a la patología dual. Se preguntará el lector por el peso de las causas medioambientales, que definitivamente se suman para dar lugar al estallido de la enfermedad. Sabemos que traumas infantiles de abuso físico o sexual, así como de privaciones afectivas por ejemplo, producen modificaciones del neurodesarrollo cerebral que convierten a un individuo en vulnerable a sufrir distintas alteraciones mentales.

La adicción no es dependencia fisiológica de una sustancia, sino que es un hecho clínico y neurobiológicamente distinto. Nadie elige ser adicto, como no se elige ser diabético o hipertenso. Por tanto, no es el tipo de sustancia ni la cantidad o la frecuencia de su uso la que determina la adicción como hasta hace poco tiempo se creía. Este es el paradigma de la patología dual, la vulnerabilidad individual, para entender este tipo de trastorno de conducta. Los sistemas y circuitos cerebrales involucrados en la conducta adictiva también lo están en las diferentes manifestaciones de las otras enfermedades mentales. Es así como disponemos de diferentes sistemas endógenos, como el opioide, el cannabinoide, el colinérgico/ nicotínico y otros que no existen para que nos "droguemos", sino que están involucrados en aspectos vitales para la supervivencia como individuos y

como especie que durante la evolución (desde el pleistoceno) han permitido nuestra adaptación al entorno. Cuando estos sistemas y circuitos cerebrales son disfuncionales por diferentes motivos (genéticos y medioambientales) surge la vulnerabilidad individual a la patología dual.

Desde el punto de vista epidemiológico, lo que mejor predice el pasar de usar una sustancia a sufrir un trastorno o adicción es la presencia de diferentes manifestaciones de enfermedad mental: ansiedad, trastornos afectivos, trastorno por déficit atencional con hiperactividad, psicosis o rasgos y estados patológicos de trastornos de personalidad. Hechas todas estas consideraciones, es necesario el abordaje clínico de los pacientes que demandan ayuda, para lo cual el tratamiento debe ser integrado y sin lugar a dudas bio-psico-social.

Este libro delimita claramente los tres bloques fundamentales para cualquier clínico interesado en el tema: introducción al problema, la evaluación y, por supuesto, el tratamiento. Y como siempre hace Miguel del Nogal, no olvida un capítulo para guía del paciente, integrando así en esta obra al profesional de la salud mental y también a los pacientes y sus familias, que sufren las dolorosas consecuencias de la enfermedad mental.

Néstor Szerman MD

Psiquiatra. Presidente de la SEPD

PARTE I

INTRODUCCIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1

Introducción

1.1. Definición de Patología Dual (PD). Un subtipo de comorbilidad

Si uno de los principales retos con los que se encuentra la salud mental en estos momentos es la coexistencia en una misma persona de más de una patología, lo que se conoce como comorbilidad, aún lo es más la existencia simultánea de un trastorno adictivo y al menos otro trastorno mental. Lo que se conoce como patología dual.

Además hay que precisar que hablamos de patología dual con independencia de que un trastorno u otro sean primarios o secundarios, ya que cuando nos referimos al concepto de comorbilidad (y no hay que olvidar que la patología dual es un subtipo) no hacemos referencia alguna a relación causal, sino a la coexistencia de ambos.

En psicología es difícil establecer cuáles son las causas de un trastorno, cuanto más si tratamos de ver la interrelación entre varios de ellos.

Según los estudios epidemiológicos, existe entre un 15 y un 80% de concomitancia entre consumo de drogas y otro trastorno mental (Torrens, 2008). Lo cual viene a apoyar los datos recogidos por Montoya (1995), que hablan de una comorbilidad de hasta un 80%.

A este respecto, los estudios más importantes que se han llevado a cabo sobre comorbilidad en población general han sido los de la ECA (Epidemiologic Catchment Area) y el NCS (National Comorbidity Survey).

El de la ECA señala que el porcentaje de pacientes dependientes que presentaban otro trastorno mental era de un 37% para el caso de las personas dependientes del alcohol, y de un 53% para el caso de los dependientes de otras sustancias. En concreto, este estudio señala la presencia de los siguientes trastornos mentales.

Cuadro 1.1. Trastornos mentales más frecuentes en pacientes consumidores de drogas
(Estudio ECA)

	<i>Alcohol</i>	<i>Otras drogas</i>
Ansiedad	19%	28%
Trastornos afectivos	13%	26%
Esquizofrenia	4%	7%

Fuente: Regier et al., 1990.

De este estudio (ECA) también se desprendía que el riesgo de padecer un trastorno mental era 4 veces mayor en pacientes consumidores de alcohol que en la población general, cifra que ascendía a 4,5 veces en el caso de que la persona fuera dependiente a cualquier otra sustancia que no fuera alcohol. Además este estudio también daba cuenta de que la probabilidad de padecer un trastorno mental respecto a la población normal era mayor o menor en función de la droga consumida, como puede apreciarse en el siguiente cuadro.

Cuadro 1.2. Probabilidad de padecer un trastorno mental en función de la sustancia consumida (Estudio ECA)

<i>Probabilidad de padecer trastorno mental comparado con la población normal (odds ratio)</i>	
Cocaína	11
Alcohol	6,7
Opiáceos	2,3

Fuente: ECA (Regier et al., 1990).

Con respecto al estudio NCS, este consistió en una réplica del ECA, y se encontró una comorbilidad mayor. El 42,7% de los dependientes de sustancias presentaban un trastorno mental comórbido.

Por su parte, el National Survey of Mental Health and Well Being, en el año 2002, centrándose en el consumo de alcohol encontró que un 36,5% de los consumidores de alcohol presentaban otro trastorno mental asociado.

Cuadro 1.3. Trastornos mentales más comúnmente ligados a la dependencia a alcohol y probabilidad de padecer trastorno mental comparado con la población normal (odss ratio)

	<i>Trastornos mentales comórbidos al consumo de alcohol</i>	<i>(odds ratio)</i>
Depresión	16,8%	3,4
Trastorno de ansiedad generalizada	7,1%	3,3
Fobia social	3,7%	3,2
Trastorno por estrés postraumático	5,4%	5,2
Trastorno de pánico	3,5%	3,9

Fuente: Survey of Mental Health and Well Being (Burns et al. 2002).

Para tratar de actualizar y concretar los datos sobre la comorbilidad entre trastornos adictivos y trastornos mentales, así como acercarlo a la realidad española, se llevó a cabo el Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente (Arias, Szerman, Vega et al., 2012), donde se analizaron 837 casos (208 de la red de salud mental y 629 de la de drogodependencias) a los cuales se les aplicaron las entrevista MINI y el cuestionario PDQ4+ (Personality Disorder Questionnaire), para poder evaluar la presencia de trastornos mentales y el diagnóstico de los trastornos de personalidad respectivamente, encontrándose un 61,8% de casos con patología dual.

Cuadro 1.4. Porcentaje de pacientes con Patología Dual en la Comunidad de Madrid en función de la red asistencial de la que provenían para el estudio

	<i>Porcentaje de pacientes con patología dual</i>
Red de Salud Mental	36,1%
Red de Atención a Drogodependientes	70,3%

Fuente: Arias, F.; Szerman, N.; Vega, P.; Mesías, B. et al. (2013).

Este estudio, además de ratificar las elevadas cifras de comorbilidad existente entre trastornos mentales y consumo de drogas, apunta una mayor tasa de patología dual entre los pacientes que acuden a los centros de tratamientos de drogas frente a los que acuden a los de salud mental. Lo cual, como decíamos anterior mente, no significa necesariamente que el consumo de drogas genere otro tipo de trastornos mentales, ni que las personas que tienen un trastorno mental tengan menos probabilidades de acabar consumiendo drogas.

Sea como sea la relación causal, la existencia de patología dual en los pacientes con los que trabajamos supone una dificultad añadida por las implicaciones clínicas, sociales y sanitarias asociadas, planteando un importante desafío para los profesionales (ya sean

de salud mental, servicios sociales o atención al drogodependiente), la red asistencial y sobre todo para las familias de estos pacientes.

Si bien hemos hablado de red asistencial, quizá sería más conveniente hablar de redes asistenciales, ya que el primer problema que nos encontramos cuando trabajamos con pacientes duales es la cantidad de recursos que mueven, requieren o demandan, lo cual implica un incremento del gasto asistencial, la duplicidad de la atención, la necesidad de una coordinación estrecha entre los diferentes recursos asistenciales (que generalmente no se materializa) y, sobre todo, un gran desgaste del clínico y del paciente.

En cuanto al día a día con este tipo de pacientes, podemos resumir una serie de aspectos que harán del trabajo con estas personas un reto constante para el clínico y para las redes asistenciales en general:

- Mayor número de recaídas.
- Inicio más precoz de determinadas patologías psiquiátricas.
- Mayor número de ingresos psiquiátricos.
- Mal cumplimiento de los tratamientos y peor respuesta.
- Mayor dificultad de acceso a tratamiento.
- Mayor uso de recursos.
- Mayor presencia de conductas suicidas y heteroagresivas, con alteración de la convivencia familiar y frecuentes alteraciones sociales.
- Mayor índice de desempleo.
- Más marginación social con deterioro del funcionamiento social.
- Mayor índice de conductas delictivas.
- Presencia más frecuente de enfermedades médicas, más conductas de riesgo e infecciones por VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y VHC (virus de la hepatitis C).

A lo largo de este texto trataremos de detallar cuáles son todos y cada uno de estos problemas que presentan las personas con patología dual, cuál puede ser la etiología de ellos, qué objetivos de trabajo nos planteamos y de qué herramientas farmacológicas y

psicoterapéuticas disponemos para lograr estos.

1.2. Estadísticas sobre la relación entre patología mental y trastornos adictivos

El estudio anteriormente citado, además de permitir extraer una estimación del número de pacientes con patología dual en la Comunidad de Madrid, también mostraba datos relativos a cuáles eran los trastornos mentales más frecuentes asociados al consumo de drogas y cuáles son las drogas más consumidas por los pacientes con PD.

Posteriormente, varios estudios sobre los protocolos de actuación en función del tipo de trastorno mental llevados a cabo en estos últimos años por esta misma sociedad científica (SEPD) ha permitido perfilar y establecer la relación trastorno mental-tipo de sustancia.

Cuadro 1.5. Trastornos mentales más frecuentes (agrupados por tipo de trastornos) en los pacientes con patología dual comparados con los pacientes con trastornos mentales no duales

	<i>Pacientes duales</i>	<i>Trastorno mental</i>
Cualquier cuadro de ansiedad	57,4%	42,1%
Cualquier trastorno del humor	63,6%	57,1%
Psicosis	11,4%	14,3%
Cualquier trastorno de personalidad	66,9%	46,8%

Fuente: Arias, F.; Szerman, N.; Vega, P.; Mesías, B., et al. (2013).

En el cuadro anterior observamos la no existencia de comparaciones significativas entre pacientes duales y pacientes con trastorno mental pero sin cuadro adictivo asociado si tomamos el global de los cuadros de ansiedad, los trastornos del humor y los cuadros psicóticos; mientras que sí se encuentra una prevalencia significativamente mayor en el caso de los trastornos de personalidad, especialmente en lo que se refiere al cluster A y cluster B (como podemos apreciar en el cuadro 1.7).

Del cuadro siguiente lo más destacado es la presencia cinco veces mayor del trastorno bipolar en pacientes duales que en pacientes con trastorno mental pero sin presencia de cuadro adictivo. No obstante hay que tomar este dato con cautela, ya que puede haberse sobreestimado este diagnóstico debido a que los efectos de algunas drogas pueden mimetizar los síntomas de este trastorno del humor.

Cuadro 1.6. Trastornos mentales más frecuentes en los pacientes con patología dual

comparados con los pacientes con trastornos mentales no duales

		<i>Porcentaje de pacientes con PD (n=517)</i>	<i>Trastorno mental (n=126)</i>
Trastornos del humor	Episodio depresivo mayor	30,9%	38,9%
	Distimia	22,1%	19%
	Trastorno bipolar	31,3%	6,3%
Trastornos de ansiedad	Trastorno por angustia	29,2%	22,2%
	Agorafobia	14,1%	6,3%
	Fobia social	13%	7,9%
	Trastorno obsesivo-compulsivo	9,9%	13,5%
	Trastorno por estrés postraumático	6%	0,8%
	Trastorno por ansiedad generalizada	26,7%	14,3%
Trastornos de personalidad	TP paranoide	24%	10,3%
	TO esquizoide	9,3%	3,2%
	TP esquizotípico	13%	7,9%
	TP antisocial	19,3%	0,8%
	TP límite	25,5%	14,3%
	TP histriónico	7,7%	5,6%
	TP narcisista	8,9%	7,1%
	TP por evitación	25,1%	18,3%
	TP dependiente	11,4%	9,5%
	TP obsesivo	24%	21,4%
	TP pasivo-agresivo	13,3%	7,9%
	TP depresivo	27,9%	26,2%

Fuente: Arias, F.; Szerman, N.; Vega, P.; Mesías, B. *et al.* (2013).

Si seguimos analizando los trastornos del humor, y ponemos la lupa en el trastorno depresivo mayor, observamos que existe una tendencia no estadísticamente significativa al comparar la presencia de este trastorno entre el grupo dual y aquel con trastorno mental pero sin presencia de cuadro adictivo.

Si analizamos los trastornos de personalidad específicos, observamos que la comparación más significativa la encontramos en el caso del TP antisocial, aunque también encontramos relevancia en el caso del TLP, el TP paranoide y el esquizoide.

En la literatura esto se ha explicado porque determinados trastornos de personalidad favorecen el consumo de drogas bien como resultado de la impulsividad que los

caracteriza, bien para aliviar determinados síntomas. Por otro lado también se ha postulado que el consumo de drogas per se produce una sintomatología que mimetiza patrones de conducta, rasgos o síntomas propios de ciertos trastornos de personalidad (véase mayor impulsividad, conductas antisociales, etc.).

Cuadro 1.7. Porcentaje de trastornos de personalidad agrupados por clusters en pacientes duales en comparación con pacientes con trastorno mental no duales.

	<i>Pacientes duales</i>	<i>Trastorno mental</i>
Cualquier TP del cluster A	33,5%	13,5%
Cualquier TP del cluster B	39,8%	19%
Cualquier TP del cluster C	42%	33%

Fuente: Arias, F.; Szerman, N.; Vega, P.; Mesías, B., *et al.* (2013).

Lo que se pudo comprobar con este estudio es que los pacientes duales presentaban más número de diagnósticos en el eje I y el eje II, siendo el trastorno bipolar y distintos tipos de trastornos de ansiedad los que aparecían más asociados. Por otro lado, también se puede observar la mayor prevalencia de trastornos de personalidad entre las pacientes con PD, especialmente paranoide, esquizoide, antisocial y límite.

Cuadro 1.8. Porcentaje de drogas más consumidas por los pacientes con patología dual en comparación con los pacientes consumidores no duales

	<i>Pacientes con PD</i>	<i>Pacientes consumidores no duales</i>
Alcohol	50,9%	43,3%
Cocaína	53%	46,9%
Opiáceos	13%	17%
Cannabis	19,9%	15%
Sedantes	5,8%	3,6%

Fuente: Arias, F.; Szerman, N.; Vega, P.; Mesías, B., *et al.* (2013).

Por otro lado, este estudio ha comparado los pacientes duales con los pacientes consumidores de drogas no duales en lo que respecta al tipo de droga que consumen, como puede observarse en el cuadro anterior. Observándose que el porcentaje de consumo con independencia de la droga es mayor, a excepción de los opiáceos; por otro lado, y aunque no lo hayamos reflejado en este cuadro, lo más destacado del análisis de los datos de consumo entre pacientes duales y consumidores no duales del estudio

Madrid sobre prevalencia de patología dual es que un 74,5% de los casos de trastornos por uso de alcohol cumplían criterios de dependencia en el caso de los pacientes duales, frente a un 59,5% de los pacientes consumidores no duales, y que el 72,8% de los casos de trastornos por uso de cannabis cumplían criterios de dependencia en el caso de los pacientes duales frente al 50% de los pacientes consumidores no duales.

Hay que señalar que se observa una tendencia a una asociación entre policonsumo de drogas y presencia de PD, como ya se ha reseñado anteriormente en la literatura.

Por último, destacar que el riesgo de suicidio y la gravedad de este es mayor que en los pacientes con trastorno mental que no presentan PD, como puede observarse en el siguiente cuadro.

Cuadro 1.9. Riesgo suicida y gravedad del mismo en pacientes duales y pacientes con trastorno mental no duales

	<i>Pacientes duales</i>	<i>Trastorno mental</i>
Presencia de riesgo suicida	40,2%	16,7%
Riesgo leve	62%	71,4%
Riesgo moderado	12,7%	23,8%
Riesgo grave	25,4%	4,8%

Fuente: Arias, F.; Szerman, N.; Vega, P.; Mesías, B., *et al.* (2013).

Siguiendo la línea de la tradición investigadora, hay que señalar que también existen cuantiosos estudios sobre Trastorno por Déficit de Atención (TDAH) y trastornos por uso de sustancias, observándose que entre un 15% y un 25% de pacientes adultos que presentan problemas de abuso o dependencia de drogas o alcohol presentan un TDAH comórbido, cifras significativamente más altas que las que podemos encontrar en la población general, que rondan entre el 5% y el 6% en la infancia y el 3,5% y el 4,4% en adultos. Si bien también queda patente que la prevalencia de trastornos por uso de drogas o alcohol en pacientes con TDAH ronda el doble de lo que se observa en la población general. En este sentido pasamos a detallar la comorbilidad entre TDAH y los diferentes trastornos mentales.

Cuadro 1.10. Comorbilidad de los trastornos mentales con el TDAH

<i>Porcentajes de comorbilidad de los distintos trastornos con el TDAH</i>	
Trastornos afectivos	15-50%
Trastorno bipolar	Más del 20%
Trastorno por uso y abuso de sustancias	Hasta un 68%
Trastornos de ansiedad	25-50%
Trastornos de Personalidad (TP)	Elevada prevalencia. Se ha hablado especialmente de la relación con el trastorno de personalidad antisocial: 10-50%

Fuente: SEPD (2012), protocolos de intervención en TDAH.

Hay que precisar que en cuanto a los trastornos de personalidad, no se estima ningún porcentaje global para todos ellos por la dificultad que entraña. En primer lugar, por la propia taxonomía de estos trastornos, y en segundo lugar, porque la mayoría de los estudios se han centrado en un tipo de trastorno de personalidad concreto al estudiar la relación con el TDAH, como es el caso del TP antisocial y TP límite.

En cuanto al siguiente cuadro, refleja las comorbilidades con el TDAH y las distintas probabilidades de presentar un trastorno adictivo comparado con la población general sin TDAH.

Cuadro 1.11. Comorbilidad entre trastornos por uso de sustancias y TDAH

	<i>Porcentaje de comorbilidad con TDAH</i>	<i>Riesgo de presentar un problema con la sustancia en la adolescencia o edad adulta (comparado con población que no presenta TDAH)</i>
Alcohol	17-45%	1,35-1,7
Cannabis	67%	1,5
Cocaína	10-35%	2,05
Nicotina	40%	3
Opiáceos	19-55%	

Fuentes: SEPD (2012), protocolos de intervención en TDAH; Sullivan (2001); Jacob (2007).

Por último, con respecto al TDAH y su comorbilidad con los Trastornos por Uso y Abuso de Sustancias, se han descrito los siguientes aspectos significativos en la clínica de los pacientes:

- Inicio más temprano en el consumo y en el abuso de sustancias.

- Mayor gravedad y cronicidad del trastorno adictivo.
- Peor evolución de los síntomas del TDAH.
- Tasas más elevadas de policonsumo.
- Tasas más elevadas de comorbilidad psiquiátrica.
- Menor retención en el tratamiento.

Caso clínico

Varón de 39 años que acude a consulta derivado de otro centro de tratamiento, del cual ha sido expulsado por insultos a los profesionales del mismo.

Ya con anterioridad este paciente ha pedido el traslado de otros centros de tratamiento de drogas y de salud mental porque según refiere no se sentía entendido, y porque no le querían dar un diagnóstico de los trastornos que en realidad tenía, lo cual cifra como negligencia y mala praxis, ya que ello le impide que pueda obtener una pensión que según él le corresponde.

Motivo de consulta actual: "que no sufra, que no discuta tanto con mis padres, ya que la relación es muy machacante". "Tomarme las cosas en serio". "Que respeten como soy". "Nunca he tomado decisiones ni responsabilidades. Y quiero ser dueño de mi vida".

Antecedentes familiares: en su familia no parece que exista ningún antecedente de trastorno mental ni de consumo de drogas.

Antecedentes personales: problemas de conducta en la adolescencia. Posible trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Con respecto a la historia de consumo de drogas, inicia el consumo de cannabis a los 14 años.

Con 17 comienza a consumir cocaína, y a los 26, heroína fumada.

Ha seguido varios programas de metadona en los últimos quince años que lleva en la red de drogas de la Comunidad de Madrid. En los últimos meses, y por acuerdo clínico, ha dejado el programa de tratamiento con metadona y se sustituye la misma por otro opiáceo, la buprenorfina-naloxona (suboxone), agonista parcial, cuya dosis se va reduciendo progresivamente semana a semana para pasar a dejarlo definitivamente en breve.

Situación laboral: la vida laboral de este paciente es muy escasa, habiendo trabajado pocos meses en su vida.

En la actualidad está centrado en obtener cuantos más informes mejor sobre su estado de salud mental e historia de consumo de drogas para aumentar el grado de discapacidad que se le ha otorgado (en la actualidad es del 50%) y así poder conseguir una prestación económica.

Tratamientos anteriores: ha acudido a varios centros de tratamiento de drogas, Centros de Salud Mental y ha ingresado en varios recursos convivenciales y asistido a varios centros de día.

Indica que ninguno de los tratamientos que ha seguido encaja con lo que a él le ocurre, y con la forma que considera debe ser tratado tanto profesional como personalmente.

De todos los centros se ha marchado por sentirse incomprendido, y ante los cuales ha interpuesto cuantiosas reclamaciones por cosas nimias, como que no se le escucha o se realizan determinadas intervenciones que él considera que para su caso son básicas, como hablar sobre aspectos espirituales o filosóficos. Paralelamente a esto, en su historia de tratamientos llevados a cabo ha habido épocas en las que ha simultaneado varios a la vez tanto en centros públicos como privados o dependientes de órdenes religiosas.

Preguntas de autoevaluación

1. Por patología dual entendemos:

- oa) La coexistencia de dos o más trastornos, con independencia de su naturaleza.
- ob) La coexistencia de dos o más trastornos (uno adictivo y otro mental) donde el trastorno adictivo es el primario.
- oc) La coexistencia de dos o más trastornos (uno adictivo y otro mental) donde el trastorno adictivo es el secundario.
- od) La coexistencia de dos o más trastornos (uno adictivo y otro mental) con independencia de cuál es el primario y cuál el secundario.

2. Con respecto a las implicaciones de la patología dual en la clínica diaria, se observa:

- oa) No existe una relación directa con implicaciones de naturaleza social (desempleo,

exclusión social, etc.).

- ob) No hay más incidencia de riesgo suicida aunque sí de conductas heteroagresivas.
- oc) Mayor número de recaídas, ingresos psiquiátricos, conductas auto y heteroagresivas y dificultad de acceso a tratamiento.
- od) Mayores implicaciones psiquiátricas (ingresos y recaídas), sociales (desempleo y exclusión social), pero no médicas (no hay mayor riesgo de enfermedades médicas, ni de infección por VIH ni VHC).

3. Según los datos recabados por la Sociedad Española de Patología Dual:

- oa) La droga más consumida por los pacientes con patología dual es el cannabis.
- ob) La mayor tasa de comorbilidad con trastornos adictivos se produce en pacientes con esquizofrenia.
- oc) A diferencia de los pacientes drogodependientes, los pacientes duales solo consumen un tipo de droga.
- od) Un gran porcentaje (alrededor del 76%) de pacientes con patología dual presentan más de un trastorno mental, además del respectivo trastorno por uso, abuso o dependencia de sustancias.

4. Según los datos recabados por la Sociedad Española de Patología Dual en 2008, los trastornos mentales más frecuentes en los pacientes con patología dual son:

- oa) Los trastornos de personalidad.
- ob) Los trastornos de ansiedad.
- oc) Los trastornos del espectro psicótico.
- od) los cuadros hipomaniacos.

5. Respecto a la comorbilidad de los trastornos por uso de sustancias con el TDAH:

- oa) En las personas consumidoras de drogas hay una menor tasa de TDAH que en la población general.
- ob) Se ha visto que las personas con TDAH inician más temprano el consumo de

drogas que aquellas que no presentan este trastorno.

- oc) En las personas consumidoras de drogas hay una tasa igual de TDAH a la de la población general.
- od) Se ha visto que las personas con TDAH inician más tarde el consumo de drogas que las que no presentan este trastorno.

2

Delimitación y posible etiología de la patología dual

2.1. Delimitación de la patología dual

La coexistencia de dos trastornos hace que ambos se relacionen de manera estrecha y bidireccional. El trastorno por uso de sustancias incide en el trastorno mental agravando, induciendo o atenuando los síntomas psiquiátricos. A su vez, el trastorno mental también puede influir de todas estas maneras en el trastorno por uso o abuso de sustancias. De modo que se plantea un importante reto no solo para la evaluación y el tratamiento, sino también para encontrar una explicación que relacione ambos trastornos, ya que cabe pensar que esta no es fortuita.

Hay que contemplar varios factores a la hora de establecer el tipo de relación entre ambos, como son la gravedad, la cronicidad y la discapacidad de los mismos. O dicho de otro modo, la intensidad, el factor tiempo y el grado de impacto o interferencia de los mismos.

Una vez hemos contemplado dichas variables, podemos establecer que existen tres formas posibles de relación entre el trastorno mental y el trastorno por consumo de sustancias:

- El trastorno mental se produce como resultado de la acción directa y aguda de la sustancia en el Sistema Nervioso Central (SNC). Hablaríamos de la psicopatología asociada a los cuadros de intoxicación o síndrome de abstinencia a una sustancia como por ejemplo la psicosis inducida por sustancias, o el delirium tremens que puede aparecer en el curso de un síndrome de abstinencia a alcohol. Nos referimos a la subcategoría diagnóstica inducidos por sustancias/medicamentos.
- El trastorno mental es causado por una enfermedad física secundaria al consumo crónico de drogas. Es el caso, por ejemplo, del síndrome de Korsakoff, trastorno provocado por un consumo crónico de alcohol y una mala alimentación que ocasiona un déficit en la tiamina, teniendo como manifestaciones clínicas la amnesia, así como problemas de tipo sensorial, motor, y apareciendo con frecuencia sensación de confusión. Nos referimos a la categoría diagnóstica trastornos neurocognitivos, y dentro de estos a las subcategorías delirium inducido por intoxicación por sustancias o por abstinencia a sustancias, y a la subcategoría

diagnóstica trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos. Como podemos observar, tanto este caso como el anterior no son sino cuadros inducidos por sustancias ya sea a corto plazo y de manera transitoria (como intoxicación o síndrome de abstinencia a la sustancia), o a largo plazo y con una permanencia en el tiempo.

-El trastorno psiquiátrico y el consumo de drogas son concomitantes, coexisten en el tiempo y es difícil determinar si surgieron de manera simultánea, o si uno es primario y el otro secundario. Lo que sí sabemos es su coexistencia en el momento temporal actual. Es lo que se conoce como patología dual.

2.1.1. Los cuadros transitorios inducidos por sustancias, intoxicación o síndrome de abstinencia a tóxicos

Los cuadros de intoxicación o síndrome de abstinencia inducidos por sustancias son una de las principales causas de error en el diagnóstico de un paciente. Ante una sintomatología especialmente florida o aparatosa, lo primero que debemos descartar es la presencia de etiología orgánica, medicamentosa o por consumo de sustancias que pueda explicar dichos signos o síntomas. Por ello las preguntas sobre si toma medicación o consume drogas deben ser preguntas imprescindibles cuando le estamos realizando la primera entrevista a un paciente. No debemos olvidar que a menudo un cuadro de intoxicación aguda puede ser de tal magnitud que nos encontremos ante un caso de sobredosificación, la cual puede llegar a comprometer la vida del paciente. No menos importantes que los casos de intoxicación son los de abstinencia, por las implicaciones que pueden tener. Están descritos los casos de muerte por abstinencia alcohólica, amén del famoso delirium tremens. Por lo que debemos procurar atención médica y de soporte vital cuando sea necesario.

Hay que tener en cuenta que en función de la droga que consume el paciente y de si se trata de un cuadro por intoxicación o uno por abstinencia, la sintomatología que presentará este será diferente, pudiéndose confundir con un cuadro psicopatológico con entidad propia y no relacionada con el consumo de tóxicos. A continuación presentamos un algoritmo que nos puede ayudar en el diagnóstico diferencial cuando aparece sintomatología de tipo alucinatoria o delirante.

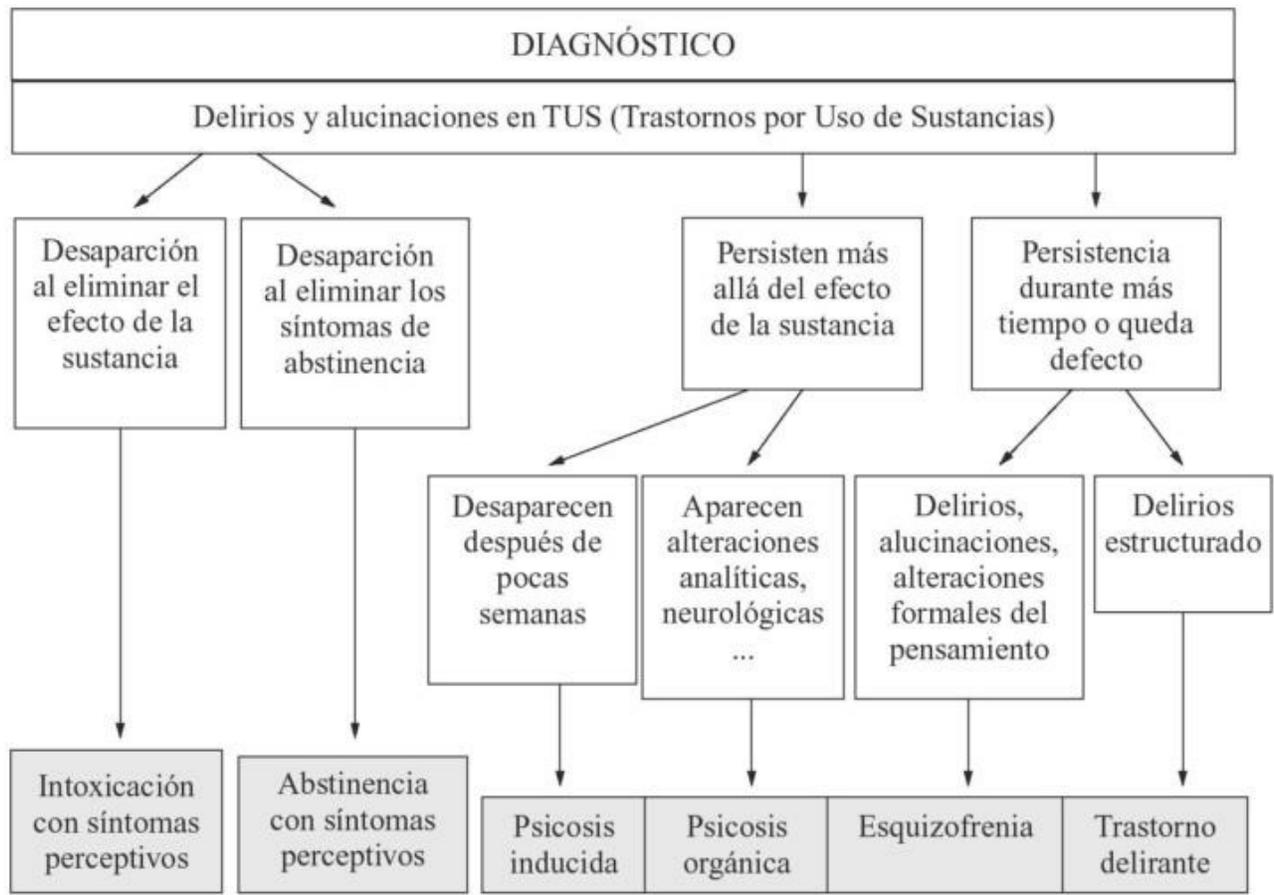


Figura 2.1. Algoritmo de diagnóstico diferencial de trastornos psicóticos con y sin trastorno por uso de sustancias (Fuente: Roncero, 2008).

Este tipo de sintomatología puede erróneamente llevar a un diagnóstico de alguna forma de psicosis si no se siguen los pasos que aparecen perfectamente reflejados en el árbol de decisión lógica anterior.

Lo primero que hay que hacer es esperar a ver si desaparecen los efectos de las sustancias y comprobar si la sintomatología persiste. En el caso de hacerlo, tendremos claro que el cuadro responde a una intoxicación aguda o a un síndrome de abstinencia.

En segundo lugar hay que esperar un tiempo de aproximadamente 4-6 semanas para ver si persiste o no la sintomatología delirante o alucinatoria. En caso de no persistir, y de no hallarse alteraciones analíticas o neurológicas, estaremos ante un caso de psicosis inducida por sustancias. Ahora bien, en caso de encontrarse hallazgos de este tipo, nos encontraremos ante una psicosis de tipo orgánico.

Por último, si la sintomatología delirante o alucinatoria persiste más allá de las 4-6 semanas de haberse eliminado el tóxico o queda un deterioro en la persona, estaríamos

ante un cuadro psicopatológico del espectro psicótico independiente del consumo de drogas. En concreto, si existen delirios, alucinaciones y alteraciones formales del pensamiento todo apuntaría a un diagnóstico de esquizofrenia, mientras que si nos encontramos ante delirios de carácter estructurado el diagnóstico iría en la línea de un trastorno delirante.

Pese a que este algoritmo se centra en la sintomatología psicótica, también deja claro que antes de llevar a cabo un diagnóstico de trastorno mental, si media consumo de drogas (sean cuales sean), es preciso esperar un tiempo prudencial antes de dar un diagnóstico independiente del consumo.

De utilidad para el diagnóstico diferencial son las dos figuras siguientes que reflejan tanto las manifestaciones de la intoxicación por drogas como las manifestaciones del síndrome de abstinencia (cuadros 2.1 y 2.2, respectivamente).

Cuadro 2.1. Manifestaciones de la intoxicación por drogas

	<i>Psíquicos</i>	<i>Físicos</i>
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Ideación y expresión más fácil y fluida • Verborrea • Desinhibición • Reducción de la capacidad de coordinación y operativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiporreflexia • Sueño • Sudoración • Vasodilatación • Taquicardia
Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> • Euforia • Logorrea • Excitación • Reducción del cansancio 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión • Taquicardia • Anestesia local • Sudoración
Opiáceos	<ul style="list-style-type: none"> • Analgesia • Reducción frecuencia respiratoria • Reducción del ritmo cardiaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Euforia • Sensación de bienestar • Somnolencia
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia • Reducción de la coordinación • Apatía • Sequedad de boca 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de bienestar • Euforia • Locuacidad • Hilaridad

Fuente: modificado de Azanza Perea, J. R. (2009) y Pereiro-Gómez, C. (2010).

Cuadro 2.2. Manifestaciones de la abstinencia por drogas

	<i>Duración del síndrome</i>	<i>Efectos psíquicos</i>	<i>Efectos físicos</i>
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome: 12 horas después de la ingesta. • Recuperación: 5-7 días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Pesadillas • Alucinaciones visuales persecutorias 	<ul style="list-style-type: none"> • Temblor • Náuseas • Sudoración • Vómitos • Calambres • Hipertensión • Convulsiones • Desorientación • Confusión • Agitación • Hipertermia • Posibilidad de fallecimiento
Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio aproximado a las 9 horas de la última ingesta. • Duración: las manifestaciones más acusadas duran aproximadamente 3 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Irritabilidad • Alteraciones de la memoria • Pérdida de la capacidad de concentración 	<ul style="list-style-type: none"> • Sueño profundo y prolongado • Astenia • Hiperfagia
Opiáceos	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio a las 2 horas de la última dosis, hasta las 12-14 horas, en que llegan a su máximo punto las manifestaciones del síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO). 	<ul style="list-style-type: none"> • Rinorrea • Lagrimeo • Sudoración • Escalofríos • Temblor • Náuseas • Dolor muscular • Piloerección • Despertar agitado 	<ul style="list-style-type: none"> • Inquietud • Irritabilidad
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> • Poco intenso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Temblor • Anorexia 	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad

Fuente: modificado de Azanza Perea, J. R. (2009) y Pereiro-Gómez, C. (2010).

Como resumen de los cuadros anteriores exponemos el siguiente cuadro que puede servir de guía al clínico que trabaje con pacientes con sospecha de intoxicación o abstinencia por drogas:

Cuadro 2.3. Síntomas guía en reacciones a drogas

	<i>Signos o síntomas</i>	<i>Tipo de reacción</i>	<i>Drogas posibles</i>
Signos vitales	Hipertensión arterial	T	Estimulantes o LSD
	Hipotensión arterial	A	Depresores
	Taquicardia	T	Estimulantes
		A	Depresores
	Temperatura irregular	T	Solventes o estimulantes
	Hipertermia	T	Atropínicos, estimulantes, LSD
	Hipotermia	A	Opiáceos o depresores
Bradipnea	T	Opiáceos o depresores	
Ojos	Miosis	T	Opiáceos
	Midriasis reactiva	T	Alucinógenos
		A	Opiáceos
	Midriasis perezosa	T	Estimulantes o glutamina
	Midriasis arreactiva	T	Atropínicos
	Inyección conjuntival	T	Marihuana, solventes
	Nistagmo	T	Depresores
	Lagrimeo	A	Opiáceos
Nariz	Rinorrea	A	Opiáceos
	Seca	T	Atropínicos
	Ulceraciones o perforaciones	Uso crónico	Cocaína
Piel	Caliente, seca	T	Atropínicos
	Caliente, húmeda	T	Estimulantes
	Signos de venopunción	Uso crónico	Opiáceos, estimulantes, depresores
	Exantema sobre boca o nariz	T	Solventes
Lenguaje	Lenguaje lento no farfullante	T	Opiáceos
	Lenguaje lento farfullante	T	Depresores
	Lenguaje rápido	T	Estimulantes

Manos	Temblor fino	T	Estimulantes o alucinógenos
		A	Opiáceos o depresores
Neurológicos	Temblor grueso	A	Depresores
	Hiperreflexia	T	Estimulantes
	Hiporreflexia	T	Depresores
	Convulsiones	T	Estimulantes, codeína, propoxifeno
		A	Depresores
Pulmón	Edema de pulmón	T	Opiáceos y depresores

T= Tóxico (durante intoxicación). A= Abstinencial (durante la misma).

Fuente: modificado de Chinchilla (2004) y Schuckit (1985).

2.1.2. Efectos a largo plazo inducidos por el consumo crónico de tóxicos

Con frecuencia en los pacientes consumidores de drogas nos encontramos con una serie de deterioros en las funciones cognitivas (memoria, atención, capacidad de planificación, etc.), siendo estos y por ende sus manifestaciones clínicas resultado del consumo crónico de tóxicos.

A diferencia de los cuadros de intoxicación, abstinencia o inducidos por sustancias, las alteraciones antes mencionadas aparecen con el consumo crónico y no con el consumo puntual y masivo, o con su retirada brusca. Además en este tipo de trastornos de la conciencia, mnésicos, etc., los efectos se mantienen a lo largo del tiempo o no desaparecen. Estaríamos hablando de casos en los que existen evidencias de alteraciones o deterioros de tipo neuropsicológico, hablándose de cuadros de naturaleza orgánica, aunque eso sí, causados por el consumo de tóxicos.

El sistema de clasificación de las enfermedades mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (el archiconocido DSM) los agrupa dentro de la categoría trastornos neurocognitivos, y dentro de estos en la subcategoría inducidos por sustancias. A continuación presentamos sus criterios diagnósticos.

Cuadro 2.4. Criterios para el diagnóstico de delirium

-
- A) Una alteración de la atención (p. ej., capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno).
- B) La alteración aparece en poco tiempo (habitualmente unas horas o pocos días), constituye un cambio respecto a la atención y conciencia iniciales y su gravedad tiende a fluctuar a lo largo del día.
-

- C) Una alteración cognitiva adicional (p. ej., déficit de memoria, de orientación, de lenguaje, de la capacidad visoespacial o de la percepción).
- D) Las alteraciones de los Criterios A y C no se explican mejor por otra alteración neurocognitiva preexistente, establecida o en curso, ni suceden en el contexto de un nivel de estimulación extremadamente reducido, como sería el coma.
- E) En la anamnesis, la exploración física o los análisis clínicos se obtienen evidencias de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de otra afección médica, una intoxicación o una abstinencia por una sustancia (p. ej., debida a un consumo de drogas o a un medicamento), una exposición a una toxina o se debe a múltiples etiologías.
-

Especificar si:

Delirium por intoxicación por sustancias:

Este diagnóstico debe establecerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

Delirium por abstinencia de sustancia:

Este diagnóstico solamente debe establecerse en lugar de un diagnóstico de síndrome de abstinencia de una sustancia cuando los síntomas de los Criterios A y C predominen en el cuadro clínico y sean suficientemente graves para exigir atención clínica.

Codificar síndrome confusional por abstinencia de [sustancia específica]: 291.0 (F10.231) alcohol; 292.0 (F11.23) opiáceo; 292.0 (F13.231) sedante, hipnótico o ansiolítico; 292.0 (F19.231) otra sustancia o medicamento (o sustancia o medicamento desconocido).

Fuente: American Psychiatric Association (2014).

Cuadro 2.5. Criterios diagnósticos de sustancias que pueden provocar un síndrome confusional (por intoxicación o por abstinencia) según CIE-9-MC y CIE-10-MC

	<i>CIE-9-MC</i>	<i>CIE-10-MC</i>		
		Con trastorno por consumo, leve	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo
Alcohol	291.0	F10.121	F10.221	F10.921
Cannabis	292.81	F12.121	F12.221	F12.921
Fenciclidina	292.81	F16.121	F16.221	F16.921
Otro alucinógeno	292.81	F16.121	F16.221	F16.921
Inhalante	292.81	F18.121	F18.221	F18.921
Opiáceo	292.81	F11.121	F11.221	F11.921
Sedante, hipnótico o ansiolítico	292.81	F13.121	F13.221	F13.921
Anfetamina u otro estimulante	292.81	F15.121	F15.221	F15.921
Cocaína	292.81	F14.121	F14.221	F14.921
Otras sustancias (o sustancia desconocida)	292.81	F19.121	F19.221	F19.921

Fuente: American Psychiatric Association (2014).

Cuadro 2.6. Trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos

-
- A) Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo mayor o leve.
 - B) El deterioro neurocognitivo no sucede exclusivamente en el transcurso de un síndrome confusional y persiste más allá de la duración habitual de la intoxicación y la abstinencia agudas.
 - C) La sustancia o medicamento involucrados, así como la duración y la magnitud de su consumo, son capaces de producir el deterioro neurocognitivo.
 - D) El curso temporal de los déficits neurocognitivos es compatible con el calendario de consumo y abstinencia de la sustancia o medicación (es decir, los déficits se mantienen estables o mejoran tras un periodo de abstinencia).
 - E) El trastorno neurocognitivo no puede atribuirse a ninguna otra afección médica y no puede explicarse mejor por otro trastorno mental.
-

Especificar si:

Persistente: El deterioro neurocognitivo continúa siendo significativo tras un periodo prolongado de abstinencia.

Fuente: American Psychiatric Association (2014).

Cuadro 2.7. Criterios diagnósticos de sustancias que pueden provocar un trastorno neurocognitivo mayor o leve inducido por sustancias/ medicamentos (según CIE-9-MC y CIE-10-MC)

<i>CIE-9-MC</i>	<i>CIE-10-MC</i>			
	Con trastorno por consumo	Con trastorno por consumo, moderado o grave	Sin trastorno por consumo	
Alcohol (trastorno neurocognitivo mayor), tipo no amnésico confabulatorio	291.2	ND	F 10.27	F10.97

Alcohol (trastorno neurocognitivo mayor), tipo amnésico confabulatorio	291.1	ND	F10.26	F10.96
Alcohol (trastorno neurocognitivo leve)	291.89	ND	F10.288	F10.988
Inhalante (trastorno neurocognitivo mayor)	292.82	F18.17	F18.27	F18.97
Inhalante (trastorno neurocognitivo leve)	292.89	F18.188	F18.288	F18.988
Sedante, hipnótico o ansiolítico (trastorno neurocognitivo mayor)	292.82	ND	F13.27	F13.97
Sedante, hipnótico o ansiolítico (trastorno neurocognitivo leve)	292.89	ND	F13.288	F13.988
(Trastorno neurocognitivo mayor) relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas)	292.82	F19.17	F19.27	F19.97
(Trastorno neurocognitivo leve) relacionado con otras sustancias (o sustancias desconocidas)	292.89	F19.188	F19.288	F19.988

Fuente: American Psychiatric Association (2014).

Cuadro 2.8. Diagnósticos asociados a una clase de sustancias

	T psicóticos	T bipolares	T depresivos	T ansiedad	T TOC y T relacionados	T del sueño	Disfunciones sexuales	Síndrome confusional	T neurocognitivos	T por consumo sustancias	Intoxicación por sustancias	Abstinencia de sustancias
Alcohol	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Cafeína				I	I/A						X	X
Cannabis	I			I	I/A	I/A		I		X	X	X
Alucinógenos												
Fenciclidina	I	I	I	I				I		X	X	
Otros alucinógenos	I*	I	I	I				I		X	X	
Inhalantes	I			I				I	I/P	X	X	
Opiáceos			I/A	A		I/A	I/A	I/A		X	X	X
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	I/A	I/A	I/A	A		I/A	I/A	I/A	I/A/P	X	X	X
Estimulantes**	I	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I	I		X	X	X
Tabaco					A					X		X
Otras (o desconocida)	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A	I/A		X	X	X

Nota. X = la categoría está reconocida en el DSM-5.

I = se puede añadir el especificador "inicio durante la intoxicación".

A = se puede añadir el especificador "inicio durante la abstinencia".

I/A = se puede añadir "inicio durante la intoxicación" o "inicio durante la abstinencia".

P = el trastorno es persistente.

*También trastorno persistente de la percepción por alucinógenos (reviviscencias).

**Incluye sustancias amfetamínicas, cocaína y otros estimulantes sin especificar.

Fuente: *American Psychiatric Association (2014)*.

2.1.3. Coexistencia a lo largo del tiempo de ambos trastornos: ¿primarios, secundarios o simultáneos?

Como ya hemos señalado, cuando la sintomatología que presenta el paciente sigue presente más allá de 4-6 semanas de la última ingesta de drogas podemos establecer casi con toda probabilidad que dichas manifestaciones clínicas no son resultado de los tóxicos sino que son resultado de un trastorno mental que coexiste con el consumo de drogas.

Llegado a este punto nos surgen un montón de dudas. A menudo es difícil determinar cuál de los trastornos (el mental o el adictivo) ha surgido primero, si el surgimiento de ambos es independiente pero han acabado coincidiendo, y en qué medida la presencia de un trastorno facilita o predispone la aparición del otro.

Antes de meternos en honduras probablemente todos tengamos en mente la importante correlación (con independencia de cuál es la causa y cuál es el efecto) entre alcoholismo y celotipia, entre psicosis y consumo de cannabis, entre alcoholismo y depresión, entre trastorno límite de personalidad y consumo de tóxicos, entre consumo de opiáceos y cocaína y trastorno antisocial de la personalidad, y así un largo etcétera.

A continuación se repasarán los trastornos mentales más frecuentemente vinculados con el consumo de drogas, analizando de manera somera cuáles son las posibles formas de relación entre ambos.

A) Depresión y drogas

•Alcohol:

Se ha observado la relación estrecha entre depresión y consumo de alcohol, encontrándose que la depresión puede ser resultado de los efectos depresógenos de la sustancia. No obstante también podemos observar una relación existente entre las personas (especialmente mujeres) que sufren o han sufrido alguna forma de trauma (especialmente malos tratos y abuso sexual), donde parece ser que el estado depresivo ligado al evento traumático facilitaría el inicio y sobre todo el mantenimiento del consumo de alcohol como forma de evadirse o evitar pensar.

Hay que señalar que en mujeres el trastorno depresivo precede al alcoholismo en 2/3 de las ocasiones, mientras que en el hombre el alcoholismo precede a la depresión en el 78% de los casos (ECA 1990).

•Cocaína:

En pacientes consumidores de cocaína se ha observado la presencia de estados de ánimo depresivos ligados a los primeros momentos (días o semanas) de abstinencia a la sustancia, que es lo que se conoce como crash cocaínico.

•Opiáceos:

Se estima que al menos el 30% de los consumidores de opiáceos presentan cuadros de tipo depresivo, comprobándose además que estos pacientes presentan una gran sensibilidad e intolerancia a los efectos secundarios de los fármacos antidepressivos, en especial los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (ISRS). Se debe además señalar que si bien este tipo de antidepressivos son los más usados, los resultados en cuanto a su impacto en la sintomatología anímica no son concluyentes o no son significativos (Roncero y cols., 2004).

B) Trastorno bipolar y drogas

Según los datos que se derivan de la NCS-R (2001-2002), el trastorno afectivo aparece antes que el trastorno por uso o abuso de sustancias en el 41,3% de los casos si tomamos como referencia la aparición de aquel a lo largo de la vida de la persona, pero si tomamos la aparición del trastorno afectivo en los últimos doce meses aparece en el 49,2% de los casos antes que el trastorno adictivo. Sin embargo otros estudios, como el de Brown y cols. (2001), señalan que el abuso de drogas en estos pacientes a lo largo de la vida se sitúa entre el 15 y el 39%.

Lo que sí parece claro para todos los expertos es que el trastorno bipolar es de los cuadros con mayor riesgo de presentar comórbidamente un trastorno por uso, abuso o dependencia de sustancias, encontrándose unas tasas importantes de consumo de sustancias en cicladores rápidos. En concreto se ha observado una importante frecuencia de uso de estimulantes y alcohol en este tipo de trastornos.

Los estudios sobre trastorno bipolar y consumo de drogas establecen que la relación entre ambos cuadros puede ir en tres líneas: que las drogas induzcan episodios afectivos, que el paciente maníaco consuma drogas como una de otras tantas conductas impulsivas (y de riesgo) que lleva a cabo sin contemplar posibles riesgos o posibles consecuencias que puedan derivar de su ejecución o bien que exista una vulnerabilidad genética al desarrollo de ambos trastornos.

Como señalan los expertos, el uso de estimulantes en personas predispuestas puede dar lugar a episodios hipertímicos o manías inducidas por sustancias que pueden acabar generando manías espontáneas.

C) Psicosis y drogas

La relación entre psicosis y trastornos relacionados con el consumo de drogas parece ser bidireccional, en la medida que las drogas pueden inducir sintomatología psicótica e incluso desencadenar la aparición o reagudización de un brote psicótico, así como podemos observar cómo la población psicótica (comparada con el resto de pacientes psiquiátricos) se caracteriza por presentar grandes tasas de consumo de drogas.

Los pacientes psicóticos consumidores de drogas van a suponer el reto más importante para la salud mental de las próximas décadas, ya que este tipo de pacientes:

- Presentan peor pronóstico tanto en lo relativo al tratamiento como en lo referente al consumo de drogas.
- El cuadro clínico que manifiestan es más florido o se caracteriza por manifestaciones clínicas atípicas.
- Presentan una mayor tasa de recaídas en cuanto al consumo y mayor número de ingresos psiquiátricos, ligados a un mayor número de brotes psicóticos.
- Tienen peor cumplimiento terapéutico y mayor tasa de abandonos.
- Presentan más problemas físicos y sociolaborales.
- Requieren la movilización de más recursos sanitarios y sociales.
- Son más difíciles de manejar en consulta.

D) Ansiedad y drogas

En paciente con algún trastorno de ansiedad se ha comprobado que el consumo de drogas o alcohol complican aquel.

La intoxicación por estimulantes y la abstinencia a depresores agravan un trastorno de pánico, agorafobia o un trastorno obsesivo-compulsivo existente.

La existencia de una patología asociada al trastorno por uso o abuso de sustancias, sea del tipo que sea (incluidos los cuadros de ansiedad) se asocia con una peor evolución del cuadro adictivo y una menor tasa de retención en tratamiento.

E) Trastornos de personalidad y drogas

Los trastornos de personalidad son variables de riesgo para el inicio y mantenimiento de los cuadros por uso o abuso de sustancias.

Una vez el trastorno adictivo ya ha sido desarrollado, se produce un agravamiento del trastorno de personalidad.

Existen tres explicaciones que vinculan los trastornos de personalidad con los cuadros por uso o abuso de sustancias:

- Desinhibición del comportamiento: vinculada con dimensiones como la búsqueda de sensaciones, novedad, etc. Bajo estos aspectos lo que subyace es la variable impulsividad, especialmente presente en los trastornos de personalidad del clúster B, pero también aspecto esencial de los trastornos adictivos, al estar presente en la conducta de consumo (deseo, cantidad de consumo, procesos de caída y recaída).
- Reducción del estrés: entendido en términos de la automedicación, la cual se produce en este tipo de pacientes como resultado de una baja tolerancia a la frustración y al estrés, conformándose la conducta de consumo como una forma de hacer frente tanto a este como a estados emocionales adversos tan presentes en los trastornos de personalidad como la sensación de vacío, de culpa, etc.
- Sensibilidad a la recompensa: los pacientes duales que presentan un trastorno de personalidad tienen una mayor sensibilidad a la recompensa. De modo que los efectos del consumo son vividos como especialmente positivos y reforzantes.

Caso clínico

Varón de treinta y tantos años que acude a servicio de urgencias de Hospital de Madrid acompañado de su madre, la cual refiere que su hijo ha estado diciendo cosas sin sentido durante las últimas horas.

El psiquiatra de interconsulta es avisado y comienza a realizar la exploración psicopatológica.

Durante los primeros momentos de la entrevista, el psiquiatra se dirige a la madre y le pregunta qué es lo que le ocurre a su hijo. Ella señala que no para de hablar manifestando un lenguaje incoherente.

Mientras tanto el paciente se mantiene callado y con la mirada perdida, como si las preguntas no hicieran referencia a él.

Entonces el psiquiatra le pregunta al paciente qué es lo que le ocurre. A lo cual este responde con tono de voz elevado y acelerado "entonces vamos a mi cuarto, cogemos la moto... y nos vamos los dos en ella...". El paciente, en ese momento comienza a adoptar la postura y a emitir los sonidos propios de una motocicleta.

Posteriormente la madre nos confirma que su hijo está en programa de tratamiento de drogas en el CAID de zona, y que aunque llevaba tiempo sin consumir cocaína, anoche salió y sospecha que estuvo consumiendo. Con respecto a la moto, señala que su hijo es muy aficionado al mundo del motor.

Ante la sospecha fundada de una posible intoxicación por tóxicos se deja al paciente en observación a la espera de analítica de detección de tóxicos, y con pauta de medicación pertinente para que el paciente se encuentre más tranquilo y pueda pasar en un ambiente controlado lo que presumiblemente es un proceso de intoxicación aguda con manifestaciones floridas de tipo comportamental. Y se le indica que continúe tratamiento en CAID de referencia.

En este caso el psiquiatra de interconsulta había sido llamado para descartar la presencia de patología mental que pudiera explicar las alteraciones de tipo conductual.

Preguntas de autoevaluación

1. Cuando nos encontramos con un trastorno mental causado por la acción directa y aguda de una droga sobre el Sistema Nervioso Central, y cuyos efectos son transitorios hablaríamos de:

- oa) Patología dual.
- ob) Un síndrome confesional por intoxicación por sustancias.
- oc) Trastorno mental "inducido por sustancias".
- od) Síndrome de abstinencia a drogas.

2. Con respecto al síndrome de abstinencia a cocaína hay que saber que:

- oa) Las manifestaciones duran aproximadamente 3 semanas y su principal señal de identidad es la presencia de una acusada sintomatología depresiva.
- ob) No existe síndrome de abstinencia a la cocaína.

oc) La depresión no es uno de los rasgos definitorios de este síndrome.

od) No dura más allá de unas horas.

3. La relación entre psicosis y drogas:

oa) Es bidireccional. Los pacientes psicóticos consumen gran cantidad de drogas, y las drogas pueden provocar una reagudización, la aparición de nuevos brotes psicóticos.

ob) Es unidireccional. Los pacientes psicóticos consumen gran cantidad de drogas, pero el consumo de drogas no tiene relación alguna con la aparición de nuevos brotes psicóticos.

oc) Es unidireccional. La reagudización de la sintomatología psicótica se produce cuando un paciente con psicosis consume drogas, pero no es habitual, sino muy infrecuente el consumo de tóxicos entre la población psicótica.

od) No existe relación de ningún tipo entre la psicosis y el consumo de tóxicos.

4. Sobre la depresión y el consumo de drogas podemos observar que:

oa) El consumo de alcohol no tiene efectos depresógenos.

ob) Los cuadros de tipo depresivo no se han descrito en pacientes consumidores de heroína.

oc) Los cuadros depresivos en pacientes consumidores de cocaína se observan durante los primeros momentos de la abstinencia a la sustancia (crash cocaínico).

od) Se ha estudiado el uso, abuso y dependencia de alcohol en mujeres que han sido víctimas de malos tratos o abuso sexual, y no se observa relación alguna entre ambos fenómenos.

5. Respecto a las tasas de comorbilidad trastorno mental-trastorno adictivo observamos:

oa) Los trastornos bipolares son los que menores tasas de comorbilidad presentan con los trastornos adictivos.

ob) Existe una alta asociación entre depresión y consumo de alcohol.

oc) En los pacientes psicóticos el consumo de tóxicos no influye en la reagudización

de la sintomatología psicótica.

od) Las mujeres que han sufrido traumas tienen menos probabilidad de acabar desarrollando un problema de alcohol.

3

Modelos explicativos de la patología dual

3.1. Modelos y variables explicativas de la patología dual

Lo primero que debemos dejar claro es que no existe ningún factor ni modelo explicativo que por sí solo permita entender la totalidad de los casos que se dan en patología dual. Tanto unos como otros no son sino un intento de entender, explicar y predecir los diferentes casos, tratando de poner orden en el caos que a menudo son las manifestaciones clínicas que presentan este tipo de pacientes.

A la hora de explicar la coexistencia de los trastornos adictivos y los trastornos psiquiátricos en los pacientes duales podemos centrarnos en la propia relación existente entre ambos, o centrarnos en las variables que pueden estar en la base de que dicha coexistencia se dé.

3.1.1. Modelos explicativos centrados en la relación entre trastorno psiquiátrico y trastorno por uso o abuso de sustancias

Si nos centramos en la propia relación existente entre los trastornos adictivos y los trastornos psiquiátricos, podemos hablar de modelos cronológicos, etiológicos, epidemiológicos y modelos terapéuticos, como señalan Santis Barros y Pérez de los Cobos (2002).

Pese a que también habría que desarrollar el modelo psicopatológico (ligado al modelo de ordenamiento jerárquico de Jaspers y precursores de los sistemas CIE y DSM de clasificación de los trastornos), no lo vamos a hacer por no contemplar la posibilidad de otorgar diagnósticos de tipo dual.

A) Modelo cronológico

Este tipo de modelos busca establecer cuál de los diagnósticos fue primero, hablándose de trastornos primarios y secundarios. Se pueden dar tres posibles situaciones: que un trastorno precede claramente al otro, que ambos surjan de forma más o menos simultánea o que no se sepa de manera clara cuál de los dos ha sido primero en la secuencia temporal.

B) Modelo etiológico

Este tipo de modelos da un paso más a la cronología de aparición de los trastornos, y buscan cuál es la causa de estos, pudiéndose dar la curiosa situación de que un trastorno, pese a haber aparecido antes cronológicamente hablando, no sea la causa primaria. Así, cuando en el DSM nos encontramos con la acepción primario, no se refiere a que sea la causa primaria, sino a que no ha sido causado por factores biológicos conocidos.

Dentro de este modelo podemos hablar de modelo etiológico de base biológica, modelo etiológico de base psicológica, modelo de causa compartida, modelo etiológico biopsicosocial y modelo etiológico de independencia.

•Modelo etiológico de base biológica

Hace hincapié en que los efectos fisiológicos directos de una sustancia provocan un trastorno mental. Sin embargo hay que señalar que la relación causal o etiológica no siempre está clara, debiendo a menudo tomar dicha relación con gran cautela, para lo cual el DSM ha dejado la puerta abierta al establecer la subcategoría "no especificado".

En cualquier caso, como señala Pérez de los Cobos (1988), hay que tomar en consideración una serie de evidencias que apuntan a que la sustancia es el agente generador del trastorno mental:

- Presencia objetiva de la sustancia causante (p.ej., a través de analíticas).
- El consumo de la sustancia antecede a la aparición del trastorno inducido, siendo además preciso comprobar si su interrupción hace que desaparezcan o no los síntomas del trastorno inducido.
- Magnitud del consumo.
- Ausencia de otros agentes etiológicos.
- Ausencia de antecedentes personales o familiares de un trastorno mental no relacionado con sustancias, que permita explicar la sintomatología aparecida.
- Presencia de síntomas clínicos característicos del trastorno inducido o de síntomas atípicos del trastorno mental no relacionado con sustancias. Por ejemplo, si tras un consumo de cocaína aparecen alucinaciones de tipo visual apuntarían más a un cuadro psicótico inducido por sustancias que a uno no

inducido.

-Coherencia entre los efectos biológicos de la sustancia y el trastorno observado.

- Modelo etiológico de base psicológica

Lo que establece este modelo es que el trastorno mental no relacionado con sustancias hace que a través de determinados mecanismos de corte psicológico haga que se desarrolle un trastorno por uso o abuso de sustancias.

El modelo de etiológico de base psicológica por automedicación es el modelo de automedicación, que establece que la persona consume (ya sea por presentar un trastorno mental, o por estar ligado a una serie de determinantes personales, sociales o familiares existentes) para aliviar el malestar que va unido a las circunstancias adversas asociadas.

Pese a los esfuerzos por contrastar esta hipótesis, los datos no terminan de confirmarla plenamente.

- Modelo etiológico de causa compartida

Establece que tanto el trastorno mental como el trastorno por consumo de sustancias son resultado de una misma tercera variable que puede ser otro trastorno mental, o bien otra serie de variables de tipo ambiental o genético.

Con respecto a las variables de tipo ambiental la más estudiada ha sido el estrés, el cual actuaría a nivel del eje hipotalámico-hipofisiario produciendo un aumento del factor liberador de corticotropa y un aumento de la liberación de dopamina en el núcleo accumbens.

En cuanto a las de tipo genético, hay que señalar que si bien por si solo los aspectos genéticos no permiten explicar la mayoría de los casos de patología dual, su poder explicativo de ambos trastornos (el trastorno mental y el por uso o abuso de sustancias) se plasma en un mecanismo de vulnerabilidad genética común, como por ejemplo la que se observa en la depresión bipolar tipo 1 y el consumo de alcohol o psicoestimulantes.

Hay que tener en cuenta que en los últimos años se está dando especial importancia a la existencia de un TDAH en la infancia como variable con alto poder predictivo del desarrollo de un trastorno por uso o abuso de sustancias en la adolescencia o inicios de la edad adulta.

- Modelo etiológico de corte biopsicosocial

Contempla los trastornos mentales y las adicciones como resultado de la interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos.

- Modelo etiológico de la independencia

Establece que las causas que originan el trastorno mental y las que originan el trastorno adictivo son independientes, pero que llegado el punto en el cual ambas patologías coexisten, puede producirse una interacción mutua entre ambas patologías.

C) Modelo epidemiológico

Este modelo se centra en los datos aportados por la epidemiología de los trastornos mentales y trastornos adictivos en la población general.

De estos estudios se derivan datos centrados en el análisis de los factores de vulnerabilidad, protección y coincidencia.

D) Modelo terapéutico

Este modelo se centra en cómo el trastorno psiquiátrico interviene favoreciendo o interfiriendo la respuesta al tratamiento farmacológico empleado para el trastorno por consumo de sustancias.

3.1.2. Variables implicadas en la patología dual

La clasificación del apartado anterior es una forma de organizar las teorías explicativas sobre la posible relación entre los trastornos adictivos y psiquiátricos concomitantes. Si en vez de centramos en el tipo de relación ponemos el énfasis en las variables implicadas, en tal interacción se puede establecer la clasificación que se recoge a continuación.

A) Bases neurobiológicas implicadas en la patología dual

Los elementos y estructuras fundamentales a nivel neurobiológico que parecen aumentar la vulnerabilidad al consumo de drogas son el estrés, el eje hipotálamicohipofisioadrenal y las proyecciones de la dopamina sobre el núcleo accumbens.

En concreto, el aumento de la corticoesterona o una mayor sensibilidad a sus efectos (cosa que por ejemplo se haya presente en las personas deprimidas) hace que se potencie

el funcionamiento dopaminérgico mesoencefálico, generando en última instancia una mayor vulnerabilidad a producirse una dependencia a las sustancias.

En este sentido parecen existir elementos neurobiológicos comunes entre la depresión y la dependencia, lo que apuntaría a una hipótesis explicativa única de ambos trastornos que se apoya en que las personas que toman antidepresivos, además de mejorar la depresión, también consiguen una disminución del consumo; así como se produce una disminución de la tasa de recaídas y el deseo de consumo del alcohol cuando se emplean antidepresivos como imipramina, fluoxetina o citalopram. En resumen, parece ser que las personas consumidoras de drogas y que además presentan depresión no solo responden mejor a los antidepresivos que las personas dependientes sin depresión, y no solo en lo que tiene que ver con los efectos de este tipo de medicación sobre el estado de ánimo, sino también sobre los aspectos relativos a la dependencia (véase disminución de recaídas y acción sobre el deseo de consumo).

Por otro lado, y centrándonos en el síndrome de abstinencia a drogas, puede observarse una serie de cambios en el funcionamiento de los neurotransmisores que son comunes también a los procesos depresivos, y que además permitirían explicar las alteraciones motivacionales que se dan en ambos tipos de trastornos. Siendo más precisos, las alteraciones a nivel de neurotransmisión que se producen durante la abstinencia a psicoestimulantes pueden cifrarse en una disminución serotoninérgica y dopaminérgica en el núcleo accumbens, y un aumento de la transmisión de la hormona liberadora de corticotropa (CRF) en estructuras mesolímbicas y amígdala. Con respecto al alcohol, el síndrome de abstinencia a dicha sustancia se caracteriza por un descenso noradrenérgico, serotoninérgico y gabaérgico, acompañado de un aumento de la CRF. En lo referente al síndrome de abstinencia a opiáceos podemos destacar una disminución del funcionamiento opioide en el núcleo accumbens y amígdala así como un incremento de la CRF y un proceso noradrenérgico.

La razón por la que se emplearían fármacos de tipo antidepresivo tanto en la depresión como en los trastornos adictivos respondería a la existencia de funcionamientos de neurotransmisión similares. La acción de algunos antidepresivos iría en la línea de generar un aumento de la transmisión serotoninérgica en zonas de la corteza frontal, hipocampo, núcleo estriado y diencefalo, mientras que por otra parte la acción de antidepresivos tricíclicos y atípicos iría en la de producir el aumento de la dopamina en el núcleo estriado y aumento de la función en el núcleo accumbens.

En cuanto a los elementos neurobiológicos comunes a la ansiedad y a los trastornos adictivos, cabe destacar la presencia de una disminución de la función gabaérgica, que

sería además la que permitiría explicar la presencia de los fenómenos ansiosos que acompañan a la depresión (síndrome ansioso-depresivo) y al síndrome de abstinencia a cualquiera de las drogas de abuso.

B) Impulsividad

Ya tradicionalmente se ha estudiado el constructo impulsividad como una variable muy presente en las personas consumidoras de drogas, entendida como todo aquel tipo de conductas poco o nada planificadas, que suponen ciertos riesgos o inadecuación dada la situación y que a menudo llevan emparejadas consecuencias indeseables. De la tradición en el estudio de la impulsividad en las personas drogodependientes hay que resaltar que dicha variable ha sido contemplada desde una perspectiva bidireccional. Es decir, que en las personas consumidoras de drogas se observaba la elevada prevalencia de conductas impulsivas, pero paralelamente también se consideraba la hipótesis de la impulsividad como factor de vulnerabilidad para el desarrollo o instauración de un problema de consumo de drogas.

En el caso de la patología dual, el papel de la impulsividad queda más patente, sobre todo cuando la asociación del consumo de drogas es con trastornos cuya esencia ya viene delimitada por presencia de patrones o rasgos impulsivos, como en el caso de los trastornos antisociales, límites, TDAH o cuadros de tipo maníaco. En concreto, con respecto a los trastornos de personalidad antes citados hay que señalar que las manifestaciones de la impulsividad en los trastornos antisocial suelen ser en forma de conductas heteroagresivas, mientras que en el caso del trastorno límite, además de las conductas heteroagresivas, también la impulsividad se manifestará en forma de conductas autolesivas.

Con respecto al TDAH, la clínica impulsiva en las personas que presentan este trastorno consiste en la incapacidad de contener respuestas inapropiadas (inhibición de la respuesta) y la dificultad para demorar refuerzos, que como podemos ver se asemeja a las bases de la conducta del paciente drogodependiente. De modo que es fácil entender que las personas con antecedentes de TDAH tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de drogas en la edad adulta.

Por otro lado y muestra de la importancia de la impulsividad como factor predictor de patología dual cabe señalar la correlación existente entre la presencia de trastornos de conducta en la infancia o adolescencia y el desarrollo de problemas de drogas y trastornos como el antisocial de la personalidad en la primera edad adulta, siendo el factor común a todo ello la existencia de elevados niveles de impulsividad.

C) Factores familiares, personales e interpersonales

Mucho se ha hablado sobre el papel de la familia en el desarrollo de problemas mentales y de consumo de drogas en la descendencia.

En este sentido cabe destacar algunas de las variables que más han sido analizadas en la literatura:

- Antecedentes familiares de consumo de drogas o de trastornos mentales: la existencia de estos antecedentes parece ser un factor predictor de la presencia de trastornos mentales y de consumo de drogas en la descendencia.
- Dinámica familiar: mucho se ha hablado de la dinámica familiar como causante de trastornos de toda índole en los hijos. En lo que a nosotros nos compete, los estudios han revelado una mayor probabilidad de desarrollar problemas mentales, de conducta y de consumo de drogas en aquellas personas que han experimentado unos vínculos familiares caracterizados por la ausencia de cercanía o, lo que es peor, en aquellas que han vivido un vínculo caracterizado por la inestabilidad o la ambivalencia, manifestándose como mucho peor incluso que pautas familiares caracterizadas bien por el autoritarismo, bien por la extrema laxitud.
- Inicio más temprano de consumo de las sustancias: otra de las cuestiones que parecen encontrarse en los pacientes diagnosticados de patología dual es haberse iniciado antes en el consumo de drogas.

Lo que sí debe quedar claro es que todos estos factores tienen relación entre sí y no puede depositarse en uno solo de ellos la causa de la patología dual de la descendencia.

Caso clínico

Varón de 28 años atendido en centro de tratamiento de drogas en 2011. Acude a consulta motivado por el excesivo gasto económico derivado del consumo de cannabis (aproximadamente de 200 a 300 euros/ mes) y por su psicóloga de su CRPS (centro de rehabilitación psicosocial para enfermos mentales crónicos), al que acude desde hace unos años pero al cual acude de manera irregular.

Motivo de consulta: "casi no salgo de casa, siempre estoy fumando (tabaco y cannabis)". Refiere querer bajar a 2 o 3 porros al día.

Antecedentes familiares: primos consumidores de cannabis. No más antecedentes psicopatológicos directos.

Antecedentes personales: consumo de cannabis cannabis (aproximadamente de 200 a 300 euros/mes) y por recomendación de la psicóloga de su CRPS (Centro de Rehabilitación Psicosocial para Enfermos Mentales Crónicos) al que acude desde hace años, pero de manera irregular.

Accidente de moto con 21 años (año 2000). Traumatismo craneoencefálico.

Diagnosticado de trastorno esquizofreniforme. Ingreso en unidad de agudos con 26 años (año 2005).

Otros hábitos tóxicos: tabaquismo (2 paquetes al día).

Situación laboral: trabajando desde hace 2 o 3 años en empleo normalizado. Conserje y jardinero.

Tratamientos:

2001. Centro de daño cerebral. Tiempo: 1 año.

2005. Ingreso en Unidad Psiquiátrica de Agudos. Hasta estabilización

2010. CRPS, donde continúa hasta la actualidad pero al cual acude de manera irregular.

2012. Tratamiento actual. Centro de tratamiento de drogas.

Lo más interesante de este caso es la presencia, además de patología mental y patología adictiva, de un cuadro de naturaleza orgánica (como es el traumatismo craneoencefálico) que permite explicar en parte las alteraciones comportamentales de nuestro paciente, pero que no debe entenderse nunca como la única variable causal, como tampoco lo son ni el trastorno mental ni el cuadro activo, pese a que pueda darse en pensar eso.

Preguntas de autoevaluación

1. Respecto a los modelos y variables explicativas de la patología dual observamos:

oa) Todos los modelos explicativos de la patología dual se centran en establecer cuál de los trastornos ha surgido primero y cual segundo, siendo esto elemento central para explicar la relación entre ambos.

ob) El modelo etiológico de causa compartida establece que las causas del trastorno

adictivo y el del trastorno mental son independientes.

oc) Las variables neurobiológicas de la adicción están centradas en las alteraciones que se producen a nivel de neurotransmisión, estructural y funcional en el cerebro, y de cómo estas provocan una mayor vulnerabilidad al consumo de drogas.

od) Con respecto a la impulsividad, hay que decir que las personas consumidoras presentan una alta impulsividad, pero la presencia de esta no parece predecir el desarrollo ulterior de un problema de consumo de drogas.

2. Con respecto a las variables relacionadas con el desarrollo de la patología dual cabe señalar que:

oa) La presencia de trastornos mentales o de drogas en la familia es independiente de los trastornos duales en los descendientes.

ob) La impulsividad tiene un papel importante como variable explicativa de la patología dual.

oc) Los vínculos familiares, pese a su gran tradición como factores etiológicos de patologías mentales, en nuestro caso se muestran como una variable poco significativa a este respecto.

od) No existen estudios que relacionen la presencia de trastornos de conducta en la infancia y el desarrollo de los consumos de drogas o de trastornos mentales (fundamentalmente de trastornos de personalidad) en la edad adulta.

3. Respecto a los modelos cronológico y etiológico:

oa) Los modelos etiológicos buscan establecer una relación causal entre los trastornos, mientras que el modelo cronológico solo busca determinar qué trastorno surgió antes, pero sin establecer una relación causal.

ob) El modelo cronológico busca una explicación causal entre los trastornos, mientras que el etiológico simplemente busca la relación entre estos.

oc) Tanto uno como otro buscan establecer una relación causal.

od) Ni el modelo etiológico ni el cronológico buscan determinar la relación causal entre los trastornos mental y adictivo.

4. Algunos aspectos a tener en cuenta a la hora de considerar una sustancia como causante de un cuadro mental son:

- oa) Presencia de otros trastornos etiológicos y evidencia de trastorno mental en la familia no relacionado con sustancias.
- ob) Incoherencia entre los efectos biológicos de la sustancia y el trastorno observado y evidencia de trastorno mental en la familia no relacionado con sustancias
- oc) El consumo de la sustancia es posterior a la aparición del trastorno inducido, y la interrupción del consumo no hace que desaparezca los síntomas del trastorno inducido.
- od) Presencia en sangre de la sustancia y coherencia entre los efectos biológicos de la sustancia y el trastorno observado.

5. Respecto a los aspectos relacionados con la familia en tanto en cuanto al desarrollo de la patología dual:

- oa) Los antecedentes familiares de la patología dual, el tipo de vínculo dentro de la familia y el inicio temprano del consumo de sustancias han resultado variables especialmente significativas.
- ob) Los antecedentes familiares y el inicio temprano del consumo de tóxicos parecen relevantes en el desarrollo de la patología dual, pero no existe evidencia en contra ni a favor sobre el papel de los vínculos intrafamiliares a tal efecto.
- oc) No existe relación alguna entre el inicio temprano del consumo de sustancias y los antecedentes familiares de patología dual para el desarrollo de esta.
- od) Las variables familiares no tienen ninguna relevancia en el desarrollo de patología dual.

PARTE II

EVALUACIÓN

4

Evaluación (I)

4.1. La evaluación psicológica

La evaluación psicológica es un proceso en el que está comprometido por un lado la formación de impresiones, medición de variables de una persona y la emisión de juicios al respecto con un objetivo concreto: seleccionar personas, ver el grado de formación de un grupo de personas, dar cuenta de los avances de una persona en un tratamiento, etc.

Lo que queda claro para todos nosotros es la máxima de la evaluación psicológica de que toda intervención debe llevar asociada un proceso de evaluación previo, durante y posterior a la intervención, al proyecto o al programa. Y que la evaluación tendrá un mayor o menor grado de inferencia si lo que tratamos de medir son variables directa o indirectamente observables.

Otro de los conceptos básicos de la evaluación psicológica es que esta debe estar fundamentada en técnicas y procedimientos científicos. Por tanto, y siguiendo dicho método, debemos tener en cuenta que lo que subyace son establecimiento y verificación de hipótesis, al hilo del axioma fundamental de la evaluación psicológica ya comentado antes, de que hay que evaluar para intervenir, y no al revés, porque si no podríamos caer en el sesgo confirmatorio.

Siguiendo con los conceptos fundamentales de la evaluación psicológica, no debemos olvidar que todo proceso evaluativo debe dar cuenta de las cinco uves dobles de la comunicación (quién, cómo, cuándo, dónde y por qué), utilizando para ello uno o varios instrumentos o métodos disponibles en nuestra disciplina.

Se puede hablar de dos periodos (cuya división es más académica que real) en el proceso de evaluación: el correspondiente al análisis topográfico de la conducta (que da cuenta de quién, cómo, cuándo y dónde) y el análisis funcional (donde se trata de responder al porqué de esa o esas conductas). Es durante el análisis funcional donde se establecen las hipótesis de origen y de mantenimiento de las conductas basándose en la información que disponemos del caso.

4.2. Instrumentos de evaluación

La selección de los instrumentos de evaluación es un punto clave a la hora de evaluar, pero antes de tomar tal decisión es preciso tener presente cuáles son las funciones de estos:

- Detección (screening). Se trata de instrumentos concebidos para la detección de problemas y trastornos, por lo que son de especial relevancia su sensibilidad y especificidad.
- Diagnóstico. La finalidad última de este tipo de instrumentos es poder obtener un diagnóstico, el cual puede ser de corte general (se examinan los distintos trastornos) o con un carácter específico (se evalúa un trastorno en concreto, analizando cuáles son las manifestaciones o características específicas del mismo). Como decimos, el objetivo último es permitir realizar un diagnóstico sobre la base de los sistemas clasificatorios DSM o CIE.
- Información para el tratamiento. A menudo se utilizan instrumentos de evaluación que permiten obtener información de cara a planificar el tratamiento.
- Información para la evaluación del cambio y los resultados. Se trata de instrumentos dirigidos a evaluar los cambios y resultados obtenidos con un programa o tratamiento, por lo que es importante que sean instrumentos que presenten una alta sensibilidad al cambio. Suelen evaluar variables que dan cuenta de aspectos tales como la calidad de vida, salud general, funcionamiento psicosocial, etc.
- Búsqueda de información. Son instrumentos que realizan barridos por sectores de actividad de la persona, ayudando a desentrañar los problemas que pueda presentar el paciente en las distintas áreas de su vida.
- Contraste de hipótesis. El objetivo de este tipo de instrumentos es poder llevar a cabo el contraste de las hipótesis previamente establecidas.
- Tareas de administración. Su objetivo es la evaluación y el control de los distintos programas de atención, ayudando a la planificación y organización de recursos y servicios asistenciales.

La selección de un instrumento u otro se realizará en función de los objetivos, de los recursos personales, materiales y económicos de los que dispone, de si se requiere una evaluación más pormenorizada o más general, etc.

En definitiva, que a la hora de la selección de un instrumento de evaluación u otro

tendremos en cuenta:

- Criterios temporales: tiempo del que dispone el paciente y del que dispone el clínico. A igualdad de información aportada, siempre elegir el instrumento más sencillo y breve.
- Criterios de utilidad:
 - Especificidad: la información que aporte debe ser relevante al caso a evaluar, debiendo evitarse baterías de instrumentos aplicadas de manera indiscriminada.
 - Colectivo de aplicación: no es lo mismo si vamos a evaluar un individuo, un grupo pequeño o una comunidad.
- Según el informante: la elección será distinta si quien informa es el paciente, un familiar, etc.
- Momento dentro del proceso de evaluación: es distinto un instrumento para detectar el listado de problemas que para realizar un análisis de contingencias.
- Habilidad del evaluados en el empleo de la técnica: a igualdad de criterios, emplear aquella técnica con la que el evaluador esté más familiarizado y se sienta más cómodo.
- Criterios de calidad: como es bien sabido por todos, en la selección de instrumentos también pesan de manera importante los criterios de calidad, cuyos ejes principales son la fiabilidad y la validez.
 - La fiabilidad hace referencia a cómo la aplicación del mismo instrumento varias veces al mismo sujeto (o sujetos) en la misma situación permite obtener un resultado que no es apreciablemente distinto. Se puede calcular a través de tres procedimientos: test-retest, formas paralelas y dos mitades. Debe tenerse en cuenta que la fiabilidad de un instrumento se puede ver afectada por instrucciones mal estandarizadas, diferencias en los contextos de aplicación, efecto de adivinación, fluctuaciones o inestabilidad de los sujetos.
 - Por otro lado, para seleccionar de manera adecuada un instrumento de evaluación es preciso tener en cuenta el otro importante eje de calidad, la validez. Un instrumento es válido si mide el rasgo que se quiere medir. Matemáticamente supone la correlación entre un instrumento x y un criterio y. La validez se estima a partir de un criterio de correlación denominado "cociente de validez".
- Criterios económicos: es indudable que los criterios económicos marcan todas las

decisiones que tomamos en nuestra vida, y en el caso de la selección de instrumentos de evaluación es importante llevar a cabo un análisis coste-beneficio.

- Criterios culturales: no debemos olvidar que los instrumentos de evaluación, sobre todo los tests, tienen una importante carga cultural que se ve reflejada en la forma en la que se hacen las preguntas de cada uno de los ítems, lo que conduce a menudo a tener que llevar a cabo procesos de adaptación de las pruebas. Por ello no debemos olvidar la importancia de tener en cuenta los criterios culturales a la hora de seleccionar un instrumento de evaluación u otro.

A continuación vamos a pasar a detallar los principales instrumentos de evaluación psicológica.

4.2.1. La entrevista

La entrevista no es sino una relación entre dos personas con una serie de objetivos prefijados y conocidos por el entrevistador; y que es considerado como el instrumento de evaluación más potente del que disponemos por las propias características que hacen única a la entrevista:

- Se trata de una forma de comunicación de tipo bidireccional, y generalmente oral.
- Los objetivos vienen prefijados por el entrevistador.
- Se da una asignación marcada de roles. El control de la entrevista lo lleva a cabo el entrevistador, aun cuando se deja al entrevistado que hable libremente.
- Las respuestas a las preguntas anteriores marcan el desarrollo de las preguntas posteriores. Siendo esta sin duda la característica más importante de este instrumento, que lo hace inigualable.
- La importancia de la comunicación verbal y no verbal. Al tratarse de una relación tú a tú y, como decíamos, generalmente de tipo verbal, es muy importante la información que nos aporta la comunicación no verbal, y especialmente su congruencia o incongruencia respecto a lo que la otra persona verbaliza.

Con respecto a los objetivos de la entrevista clínica, hay que decir que son entender, explicar, predecir e interpretar, siendo estos dos últimos (y especialmente el de predecir) lo que diferencia la entrevista clínica de las entrevistas que llevan a cabo otros profesionales como abogados, periodistas, etc.

En resumen, la entrevista se caracteriza por ser una relación interpersonal (por lo que aspectos de la persona como la edad, el sexo o las habilidades se ponen en marcha durante la misma), flexible (lo que permite la retroalimentación, aclarar dudas y adaptar las preguntas según las respuestas previas) y donde la retroalimentación (ya sea verbal o no verbal) es inmediata.

Frente a todas las bondades de las que hemos hablado sobre la entrevista, hay que decir que este instrumento presenta algunas desventajas, sobre todo las que tienen que ver con el coste de tiempo que implica si lo comparamos con otros instrumentos como los cuestionarios (que pueden aplicarse de manera masiva) y con el riesgo de verse mediatizada por numerosos sesgos y errores que pueden aparecer durante la misma.

Algunos de los errores más comunes que podemos cometer durante la realización de una entrevista son los siguientes:

- Reforzar al entrevistado insuficientemente.
- Reforzar indiscriminadamente.
- Alto porcentaje de preguntas cerradas y bajo de abiertas.
- Permanecer pasivo (pues acabará dirigiendo la entrevista el entrevistado).
- Excesivo control-directividad.
- Evitar tocar "temas delicados".
- Preguntar varias cosas a la vez.
- Obviar el lenguaje no verbal.
- Interrumpir.

De cara a evitar algunos de estos errores, y con vistas a poder llevar a cabo una adecuada entrevista clínica, los especialistas en el tema han dado cuenta de las habilidades que debe tener un buen entrevistador:

- Características actitudinales:
 - Empatía.
 - Calidez.

-Competencia.

-Honestidad y ética profesional.

•Habilidades de escucha:

-Dejar hablar.

-Escucha activa.

-Baja reactividad verbal.

-Silencios instrumentales.

•Estrategias en el manejo de las verbalizaciones:

-Estrategias para elicitación o mantener una comunicación con el paciente.

-Estrategias en el modo de hacer preguntas.

A continuación vamos a detallar algunas de las entrevistas estructuradas más conocidas.

A) MINI

Se trata de una entrevista diagnóstica estructurada que permite explorar los trastornos del eje 1 según los criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE-10.

Como todas las entrevistas estructuradas, sus preguntas están divididas por bloques, cada uno de los cuales permite explorar un grupo de trastornos específico acorde a los sistemas clasificatorios anteriormente citados.

Cada bloque de preguntas va a iniciarse con una pregunta filtro, de modo que en función de la respuesta a la misma se seguirá explorando esa área o se pasará a la siguiente. Al final de las preguntas relativas a cada bloque, el clínico tipificará si la persona cumple criterios diagnósticos para ese trastorno.

Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, siendo su mayor bondad el poder ser administrada en un periodo de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados

El test permite evaluar las siguientes áreas:

- Episodio depresivo mayor. Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional).
 - Trastorno distímico.
 - Riesgo suicida.
 - Episodio maníaco. Episodio hipomaníaco.
 - Trastorno de angustia.
 - Agorafobia.
 - Fobia social (trastorno de ansiedad social).
 - Trastorno obsesivo-compulsivo.
 - Estado por estrés postraumático (opcional).
- 9Dependencia de alcohol. Abuso de alcohol.
- Dependencia de sustancias (no alcohol). Abuso de sustancias (no alcohol).
 - Trastornos psicóticos. Trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos.
 - Anorexia nerviosa.
 - Trastorno de ansiedad generalizada.
 - Trastorno antisocial de la personalidad (opcional).

B) SCID

La SCID se trata de una entrevista clínica estructurada que permite evaluar los principales trastornos del eje I (SCID-I) y los diferentes trastornos de personalidad (SCID-II) del DSM-IV.

Se trata de una entrevista semiestructurada presentada en forma de diferentes módulos, al igual que la CIDI, y que además también permite obtener información sobre los ejes IV (valoración psicosocial) y V (escala de actividad global) del DSM.

Presenta unos buenos niveles de validez y fiabilidad

C) CIDI

Permite evaluar los trastornos del eje 1 y posibilita dar un diagnóstico basándose en el DSM-IV y el CIE-10.

Aunque fue diseñada con fines epidemiológicos y transculturales, se emplea en la clínica.

Su tiempo de aplicación es elevado, de unos 75 minutos.

Tiene buenos niveles de fiabilidad y validez.

4.2.2. Cuestionarios

El cuestionario es la técnica de evaluación que más se asocia con los psicólogos, y aunque el caso de las drogodependencias y en concreto de la patología dual no es un área (como sí lo son otras como la inteligencia o la personalidad normal) donde se han escrito y desarrollado gran cantidad de cuestionarios de evaluación, lo que sí encontramos es un volumen elevado de cuestionarios que permiten dar cuenta de un gran número de aspectos, variables o áreas de interés esenciales a la hora de desarrollar nuestro trabajo con los pacientes duales.

Más adelante se detallarán cuáles son estas áreas relevantes de trabajo y qué cuestionarios permiten evaluar cada una de ellas, pero antes es preciso establecer las características y los elementos definitorios de un cuestionario, inventario y escala.

Los cuestionarios, inventarios y escalas son instrumentos de evaluación cuyas características principales son:

- Ser estructurados (tanto en las preguntas como en las respuestas).
- Evalúan conductas o clases de conductas especificadas de antemano.
- Preguntan sobre eventos que ocurren habitualmente.
- Tienen un formato verbal.

Aunque a menudo suele hablarse indistintamente sobre cuestionarios, inventarios y escalas, lo cierto es que existen algunos matices. Los primeros tienen un formato de respuesta dicotómica, mientras que a los inventarios se responde mediante la anotación

del acuerdo o desacuerdo a una pregunta basándose en una escala. Por último, en las escalas, el sujeto debe responder a las preguntas mediante la ordenación de los elementos según las preferencias.

Sin embargo, más que centramos en estas diferencias, lo que debemos tener en cuenta son las características que comparten todos ellos y que acabamos de señalar.

En cualquier caso, y hablando ya específicamente de los cuestionarios, hay que señalar que los objetivos de estos son muy diversos: desde la detección de un problema o trastorno (pruebas de screening) hasta la determinación de un diagnóstico, pasando por el análisis de la sintomatología con que se manifiesta.

4.2.3. Autorregistros

Se trata de una técnica de evaluación consistente en la observación y el registro de las conductas propias, de modo que estamos hablando de la autoobservación.

La ventaja de esta técnica es que permite evaluar multitud de conductas, incluidas conductas encubiertas, es decir, no observables a simple vista, como es el caso de pensamientos, deseos, etc. Además, otro de los puntos fuertes de este tipo de instrumentos es que puede realizarse en el propio medio del sujeto y en el mismo momento en que la persona tiene, por ejemplo, ese pensamiento.

En función del problema nos interesará evaluar una conducta u otra, y dentro de esta unos parámetros u otros de la misma. Así, por ejemplo, nos puede interesar evaluar la variable tiempo medida en días, para lo cual utilizaremos un calendario donde se marcará la última vez que la persona consumió, o nos puede interesar registrar el contenido de un pensamiento, en ese caso utilizaremos simplemente una hoja de papel donde la persona registre cuándo tuvo lugar dicho pensamiento y en qué consistió.

En definitiva, en función de la conducta y los parámetros que nos interese evaluar, usaremos la técnica de registro más adecuada (una grabadora o videocámara, un lápiz y un papel, un calendario, etc.).

4.3. Áreas importantes de evaluación en patología dual

Como en el caso de cualquier persona que acude a consulta, debemos llevar a cabo una exploración general y completa de la persona. No se debe olvidar la máxima a la que debe responder todo proceso de evaluación psicológica: no intervenir sin haber evaluado, y no evaluar si no se va a intervenir.

Otro de los axiomas principales de una buena evaluación es no olvidar que lo primero que tenemos que hacer es una evaluación general para luego irnos deteniendo en las áreas que requieran una evaluación más profunda por considerarlas especialmente problemáticas o relevantes para el caso. Para ello es muy recomendable el empleo de la entrevista clínica como instrumento primero e imprescindible para formarnos una idea global del paciente. En este sentido son de especial importancia las guías de entrevista clínica, ya que permiten explorar los diferentes aspectos de la persona sin olvidar ninguno, para posteriormente centrarse en los aspectos más moleculares. El problema de estas entrevistas "tipo" es que son aplicables a cualquier población, lo que hace que los aspectos definitorios de los pacientes con patología dual no queden bien reflejados.

Cuadro 4.1. Guía de entrevista clínica

<i>Partes de la entrevista</i>	<i>Preguntas concretas</i>
Interacción inicial	Observación de las características de la persona. Si precisa: examen del estado mental.
Delimitación inicial de los problemas	¿Cuál es el problema por el que acude a consulta? ¿Tiene usted alguna otra preocupación o problema?
Análisis de las secuencias actuales	Cuénteme como en una película la última vez que le ha sucedido.
Partes de la entrevista	Preguntas concretas.
Historia clínica	¿Cuándo le ocurrió por primera vez? ¿Podría describirme la vez en que fue peor?
Situación vital actual	¿Cómo es su vida en la actualidad?
Importancia del problema	¿Hasta qué punto está interfiriendo el problema en su vida?
Análisis de parámetros	¿Cuántas veces le ha pasado el último día/semana/mes?
Diagnóstico	
Otras variables de interés	¿Qué espera conseguir con el tratamiento?
Despedida	Recapitular y devolver la información. ¿Cómo se siente después de haber venido a consulta?

Fuente: Muñoz (1997).

No obstante, existen modelos de entrevista específicas para personas consumidoras de drogas; un ejemplo es el propuesto desde la Unidad de Conductas Adictivas del Hospital San Pan de Barcelona (Santis y Pérez de los Cobos, 2006), que divide la entrevista en cuatro bloques: estado actual, historia adictiva y psiquiátrica, entrevista a informante externo y evaluaciones complementarias (ver cuadro 4.2).

Además, no debemos olvidar la existencia de entrevistas de corte más estructurado que permiten detectar, mediante preguntas por bloques de preguntas, la existencia o no de diferentes tipos de patologías. Se trata de entrevistas como la MINI, la CIDI o la SCID (de las que ya hemos hablado) y cuya finalidad última es la de ayudar en el proceso de evaluación y diagnóstico, al desarrollar una suerte de árbol de decisión lógica a través del análisis por bloques de las áreas de evaluación psicopatológica.

Cuadro 4.2. Guía de entrevista para personas consumidoras de drogas

<i>Estado actual</i>	<p>Información sociodemográfica. Motivo de consulta. Consumo de los últimos 30 días. Último tratamiento recibido. Problemas médicos actuales y antecedentes mórbidos. Problemas sociofamiliares y eventos estresores en el último año. Examen mental y funcionamiento global.</p>
<i>Historia adictiva y psiquiátrica</i>	<p>Antecedentes adictivos. Tratamientos previos de la adicción. Antecedentes personales generales. Antecedentes psiquiátricos. Antecedentes familiares.</p>
<i>Entrevista a informante externo</i>	<p>Esto permite contrastar la información que nos ha aportado el paciente, siendo fundamental que este nos dé el permiso expreso (y preferiblemente por escrito) de que podemos hablar con un familiar relevante para él. Con respecto al familiar, es importante garantizar la confidencialidad de lo que nos cuenta.</p>
<i>Evaluaciones complementarias</i>	<p>Personalidad. Funcionamiento cognitivo. Severidad de la dependencia. Impulsividad. Trastornos mentales comórbidos.</p>

Fuente: Santis y Pérez de los Cobos (2006).

Además, debemos tener en cuenta que conocer la clínica de las personas con patología dual también nos va a orientar en el proceso de evaluación y tratamiento, permitiéndonos centrar nuestra atención en las áreas más importantes de trabajo, como señalamos a continuación.

4.3.1. Descontrol de impulsos

El descontrol de impulsos es probablemente uno de los aspectos que más se relacionan con los pacientes drogodependientes. Además de su presencia en este tipo de pacientes, cuando dicha variable la encontramos en niños y adolescentes, suele ser un buen predictor de patologías futuras tanto adictivas como de trastornos límite y antisocial de la personalidad en la adolescencia o en las primeras etapas de la edad adulta.

De modo que cuando nos encontramos con pacientes que presentan patología dual, es muy probable que una de las cosas que más llamen la atención sea una elevada impulsividad manifestada en varias esferas de su vida, como son las conductas agresivas, impaciencia, intentos autolíticos, conductas disociales (hurtos, robos...), elevada promiscuidad sexual, consumo compulsivo y conjunto de varias drogas, abuso de psicofármacos o retirada abrupta de ellos.

La impulsividad ha sido probablemente una de las variables que más han despertado el interés por parte de los clínicos e investigadores, observándose en la literatura un aumento del número de estudios dirigidos a desentrañar el papel de esta en la patología dual, y desarrollándose modelos explicativos y sobre todo instrumentos de evaluación que han permitido su estudio más pormenorizado.

A este interés también ha contribuido el surgimiento de una nueva gama de psicofármacos dirigida al descontrol de impulsos, que ha supuesto una verdadera revolución en lo referente al arsenal terapéutico del que se disponía para poder actuar sobre lo que se ha considerado como la primera parte de la ecuación del proceso de consumo. Es decir, las alteraciones motivacionales, descontrol de impulsos y conducta de búsqueda recurrente de la droga (ver figura 4.1).

Este tipo de fármacos, de los que hablaremos más adelante, son los anticonvulsivantes, los cuales, aplicados a dosis elevadas, se han descrito en diferentes estudios como una herramienta muy útil para el control (al menos parcial) de la impulsividad propia de diferentes trastornos psiquiátricos, como los cuadros alimentarios, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno por uso de sustancias, etc. A este grupo de fármacos pertenecen el topiramato, la carbamacepina, el ácido valproico, la lamotrigina, etc.

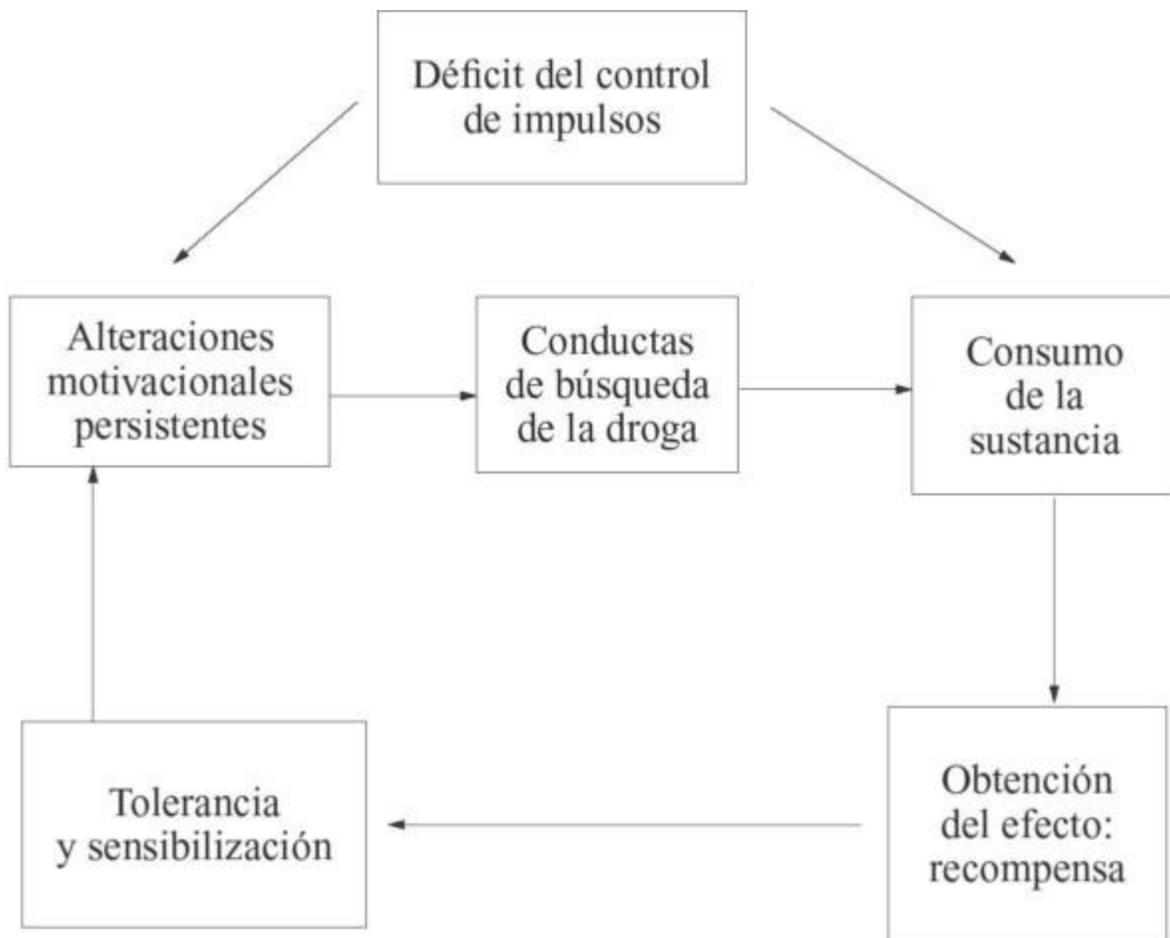


Figura 4.1. El ciclo de las adicciones.

El creciente interés por la impulsividad ha repercutido también en el surgimiento de varias medidas de autoinforme destinadas a medir este constructo. Sin embargo, hay que precisar que cada una de estas pruebas está fundamentada en una concepción propia de lo que los autores entienden por impulsividad. Los lectores podrán comprobar cómo cada una de las escalas que a continuación pasaremos a detallar especifican cuáles son las dimensiones contempladas como definitorias de este constructo, puesto que pese a que la impulsividad es concebida por todos los autores como una variable multidimensional, no existe un acuerdo sobre las dimensiones que componen esta.

•Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11)

El Barrat es el cuestionario más antiguo que existe para evaluar la impulsividad. Fue creado en 1959, contemplando la impulsividad con un carácter unidimensional para posteriormente ir modificando su teoría y con ella las dimensiones del instrumento.

La última versión de la Escala de Barrat está compuesta por 30 ítems que contemplan

la impulsividad desde tres dimensiones:

- Atencional: entendida por el autor como la incapacidad para mantener el foco atencional o concentración.
- Motora: concebida como la forma en la que la persona actúa sin pensar.
- No planificada: o falta de previsión futura o de planificación.

Permite obtener una puntuación global y una para cada una de las tres dimensiones anteriormente señaladas.

Es un instrumento autoaplicado y las respuestas las da el paciente basándose en una escala likert de 4 puntos.

- Escala de valoración de la impulsividad (IRS)

Esta escala está compuesta de 7 ítems que evalúan los siguientes aspectos:

- Irritabilidad.
- Paciencia/impaciencia.
- Tiempo para tomar decisiones.
- Capacidad para mantener la actividad.
- Agresividad.
- Control de las respuestas.
- Capacidad para diferir.

Es un instrumento heteroaplicado, y las preguntas han de responderse acorde a una escala likert de 4 puntos (que oscila entre 0 y 3), proponiéndose un punto de corte de 8 para hablar de comportamiento impulsivo.

- Escala de impulsividad de Plutchik (EI)

Es una escala compuesta por 15 ítems que evalúa la tendencia a "hacer cosas sin pensar" o impulsivamente. Contempla 4 dimensiones pero aporta como resultado una única puntuación global.

Las dimensiones son:

- Capacidad para planificar.
- Control de los estados emocionales.
- Control de las conductas (ingesta, gasto de dinero, relaciones sexuales).
- Control de otras conductas.

Es un instrumento autoaplicado, se responde sobre la base de una escala likert de 4 puntos del 0 al 3, proponiéndose como punto de corte el 20.

•Escala de control de impulsos Ramón y Cajal (ECIRyC)

Se trata de una escala compuesta por 20 ítems que permite obtener una puntuación global sobre impulsividad, y que evalúa:

- Descontrol.
- Intransigencia.
- Falta de planificación.
- No persistencia.
- Imprevisión de consecuencias.
- Incapacidad para demorar gratificaciones.
- Desprecio del riesgo.

Se trata de un instrumento autoaplicado, puntuándose con una escala tipo likert de 4 puntos (en concreto del 0 al 3).

No establecen un punto de corte.

Pese a que en este apartado se ha hecho especial hincapié a las medidas de autoinforme para evaluar la impulsividad, hay que precisar que durante la entrevista clínica con el paciente puede empezar a evaluarse la presencia o ausencia de conductas impulsivas así como sus implicaciones, lo cual puede orientar al clínico hacia la importancia de ahondar más sobre este aspecto, especialmente sobre sus manifestaciones

de corte cognitivo (actuar sin pensar, falta de planificación, incapacidad para analizar las consecuencias negativas...), ya que todo ello va a ser de especial relevancia de cara al tratamiento.

4.3.2. Manejo de variables internas

Una de las cosas que más les cuesta a los pacientes drogodependientes es ser capaces de manejar sus estados emocionales sin recurrir a los consumos, que es la estrategia que han empleado a lo largo de su vida para poder hacer frente a momentos de ansiedad, de tristeza, de frustración, los cuales forman parte del día a día de cualquier persona.

Si además de consumidores de drogas nos encontramos ante pacientes que tienen una patología dual, la cosa se complica aún más, puesto que la inestabilidad emocional, conductual y cognitiva no solo va a ir ligada al consumo prolongado en el tiempo, sino que es un rasgo de la propia personalidad del individuo.

Esto queda perfectamente reflejado, por ejemplo, en las sensaciones de vacío existencial y falsa percepción de que no le importan a nadie que presenten las personas con trastorno límite de personalidad.

Otro de los aspectos que están muy presentes en los pacientes duales es la gran facilidad de desbordamiento que tienen. Cuando las demandas externas son un poco más elevadas de lo que ellos están acostumbrados, tienden a saturarse, lo que a menudo ocasiona momentos de desestabilización que se plasman en abandono de la actividad que están llevando a cabo sin mediar explicación alguna, enfados con los demás y consigo mismos, deseo de consumo y aumento del riesgo de que se produzca una recaída, etc. Lo que en última instancia acabará menoscabando aún más la frágil autoestima de estos pacientes.

Es por tanto especialmente relevante evaluar los niveles basales de ansiedad, depresión y autoestima de los pacientes. A continuación exponemos los cuestionarios más comúnmente empleados para evaluar estos niveles:

A) Ansiedad

Evidentemente, los instrumentos que vamos a emplear no son específicos para un trastorno en concreto de ansiedad como sí lo son por ejemplo el Yale - Brown de obsesiones y compulsiones, el cuestionario de sensaciones corporales para el caso de los trastornos de pánico (BSC-BQS) o la escala de gravedad de síntomas del estrés postraumático (EGS - TEPT). Sino que emplearemos instrumentos que evalúen la

ansiedad en su concepción más general.

- STAI (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo)

Es probablemente uno de los cuestionarios más comúnmente empleados para medir la ansiedad, aunque no es el más preciso ni el que aporta mayor cantidad de información sobre la ansiedad de la persona a evaluar.

Es una escala autoaplicada que consta de 40 preguntas con respuestas en formato likert de 0 a 3 puntos que permite evaluar dos aspectos diferentes del constructo. Por un lado, la Ansiedad Estado o, dicho de otro modo, el estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión, y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Y por otro, lo que se conoce como Ansiedad Rasgo, que hace referencia a la propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras.

- ISBA (Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad)

Se trata de un instrumento que permite evaluar tanto las respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de la ansiedad ante situaciones concretas, dividiendo estas en cuatro factores. El primer factor situacional o rasgo específico de ansiedad hace referencia a situaciones en las que el paciente debe realizar alguna actividad por la que puede ser evaluado o criticado. En el segundo factor se agrupan las situaciones sexuales y de interacción social. El tercero es un factor situacional o rasgo específico de ansiedad ante situaciones fóbicas. Y por último, el cuarto abarca situaciones habituales o de la vida cotidiana.

El sujeto debe responder a la frecuencia con la que presenta una serie de respuestas de ansiedad ante cada una de las diferentes situaciones que plantea el test.

Consta de 244 ítems que se responden mediante una escala tipo likert de 0 a 4 puntos que permite evaluar la frecuencia con la que aparece la respuesta de ansiedad (preguntándose en cada uno de los tres sistemas de respuesta) ante una serie de situaciones concretas. De modo que permite obtener información sobre la ansiedad en cada uno de los sistemas de respuesta, la ansiedad ante determinadas situaciones, así como una respuesta de ansiedad general.

B) Depresión

La depresión es uno de los trastornos que aparecen más comúnmente asociados al consumo de sustancias, por lo que su evaluación, aunque sea a un nivel de screening, debe realizarse sin duda para orientar el tratamiento a una de las áreas que muy probablemente deban ser abordadas por el clínico.

- Inventario de Depresión de Beck (BDI)

El BDI es sin duda alguna el inventario que más se ha usado en la evaluación de la depresión, o mejor dicho, de la severidad de esta.

Es una escala autoaplicada, siendo además, de entre todas las medidas de depresión, la que más ítems de naturaleza cognitiva presenta, lo que concuerda con la teoría de depresión de su autor.

El inventario fue desarrollado en 1961 y ha sido revisado en dos ocasiones hasta configurarse en 1996 en la forma BDI-II, momento en el cual se revisaron los ítems relacionados con la imagen corporal, hipocondría, dificultad para aplazar el trabajo y especialmente los relativos a la pérdida de apetito y sueño, donde se introdujo también la posibilidad de incremento de ambos como síntoma de depresión (la llamada depresión atípica). No obstante, pese a la revisión de estos ítems, el cambio más notorio fue el que se llevó a cabo en tres ítems en concreto, los cuales fueron reformulados en esta versión.

El test consta de 21 preguntas que la persona debía responder en una escala de 0 a 3 sobre la frecuencia con la que presentaba cada una de las cuestiones durante las dos últimas semanas.

Respecto a los baremos, la versión de 13 ítems muestra las siguientes horquillas:

0-4: depresión ausente o mínima.

5-7: depresión leve.

8-15: depresión moderada.

> 15: depresión grave

- HDRS. Escala de Hamilton para la depresión

Escala compuesta por 17 ítems que permite evaluar la sintomatología y la gravedad de la depresión del paciente en estos momentos, ya que se le pregunta sobre su estado

de ánimo durante el momento de la entrevista.

Es una prueba heteroaplicada.

La mayor crítica que se le hace a esta escala es estar contaminada por síntomas de ansiedad y por aspectos de naturaleza somática, lo que hace difícil su aplicación con enfermos físicos.

En cuanto a la puntuación de corte se han propuesto diferentes baremos, pero el más utilizado es el siguiente:

7: sin depresión.

8-14: distimia.

> 15: depresión de moderada a grave.

C) Autoestima

De la mano de la depresión podemos observar cómo los pacientes con un trastorno mental y uno adictivo presentan una baja autoestima.

Si bien no existen instrumentos de autoinforme tan precisos ni tan variados como en el caso de la depresión o la ansiedad, es cierto que disponemos de algunos que nos permiten perfilar un poco más la valoración que la persona hace de sí misma. Quizá el instrumento más conocido para la evaluación de la autoestima es la Escala de Autoestima de Rosenberg.

•Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

Contempla la autoestima como un constructo unidimensional, si bien ha sido criticada por otros autores que consideran que la autoestima está compuesta tanto por una dimensión positiva como otra negativa.

La escala está compuesta por 10 ítems con formato likert de 4 puntos. Hay versiones que contemplan el rango 0-3 (de muy de acuerdo a muy en desacuerdo) mientras que otras lo hacen con uno de 1 a 4 (con la misma asignación de valor semántico). El test permite la obtención de una puntuación global de 0 a 30 o de 0 a 40 respectivamente.

No existe un punto de corte claro, aunque algunos autores señalan 15 como punto

por debajo del cual podríamos hablar de una baja autoestima cuando se usa la escala likert con rango 0-3.

Caso clínico

Paciente de 19 años que acude acompañado de su madre y de su padre a centro de tratamiento de drogas por consumo de cannabis.

El paciente vive solo en Madrid en un colegio mayor, y ambos padres están de visita en la ciudad.

Al chico le van mal las cosas en los estudios y parece que está consumiendo cannabis.

La madre manifiesta una preocupación elevada porque cree que su hijo además de cannabis está consumiendo otras drogas, cosa que él niega rotundamente. Señala que en la actualidad no consume cannabis más que de manera ocasional. Refiere que como 1 porro cada quince días. Sin embargo la madre insiste en que está consumiendo otras drogas y me enseña unas analíticas de hace unos meses donde el chico ha dado positivo a anfetaminas, consumo que el chico vuelve a negar rotundamente.

Dado que la presencia de los padres en consulta está alterando la alianza terapéutica con el paciente y empieza a entorpecer la entrevista, decido que los padres esperen fuera.

El chico no refiere otros problemas médicos ni tratamientos anteriores, aunque señala que se le ha llevado a cabo una exploración neuropsicológica en la policlínica de Navarra. Le pregunto en qué consiste esa exploración y si de aquella ha derivado algún tratamiento. Señala que le mandaron una serie de pastillas para tratar lo que cifraron era un TDAH.

Evidentemente, el paciente había estado tomando metilfenidato y el positivo a anfetaminas era resultado de la terapéutica con dicha sustancia. Se devuelve la información al paciente y a los padres indicándoles que el problema de consumo no es tan grave como ellos sospechaban, limitándose a un consumo ocasional de cannabis (lo cual por otro lado no debe pasarse por alto), y que las dificultades en los estudios, más que por el consumo de cannabis, pueden ser debidos al TDAH.

Se le emplaza a citas psicológicas a las cuales nunca acude.

Preguntas de autoevaluación

1. Sobre la entrevista hay que decir:

- oa) Está menos influenciada por los sesgos que los cuestionarios.
- ob) No existen guías de entrevistas para la evaluación de las drogodependencias.
- oc) Las entrevistas estructuradas no se diferencian mucho de lo que es un cuestionario, al tratarse de preguntas cerradas.
- od) En el caso de la entrevista de evaluación, no existe un cambio de roles entre emisor y receptor, ya que es el psicólogo el que hace las preguntas y la otra persona se limita a contestar.

2. Respecto a la evaluación y las manifestaciones de los trastornos mentales:

- oa) Las manifestaciones comportamentales de cada trastorno son iguales en cada individuo que lo padece, no existe variabilidad individual, lo que facilita el diagnóstico.
- ob) El problema de presentar más de una patología es la interacción entre ellas, lo que se hará patente en las manifestaciones que observaremos.
- oc) Los cuestionarios, los autorregistros y la entrevista son instrumentos de evaluación tan directos y precisos a la hora de la evaluación de los trastornos mentales, como las pruebas biomédicas para el caso de las enfermedades físicas.
- od) La sintomatología por consumo de sustancias es tan florida que nunca se confundirá con la sintomatología causada por otro tipo de trastorno mental.

3. En cuanto a la evaluación de diferentes áreas del paciente dual, hay que decir que:

- oa) La depresión no es un aspecto clave, puesto que no es un problema que comúnmente afecte a las personas duales.
- ob) La evaluación de ansiedad debe hacerse respondiendo a cada uno de los trastornos específicos dentro de la ansiedad, no debe evaluarse esta en su aspecto más global sino que para cada paciente hay que llevar a cabo la evaluación de cada uno de los trastornos de ansiedad que configuran este constructo.
- oc) La autoestima no es un aspecto que haya que evaluar, dado que los pacientes duales no parecen tener resentida esta área debido a su gran impulsividad.
- od) La mayoría de las escalas para evaluar la impulsividad responden a un formato de

respuesta tipo likert.

4. Los autorregistros:

- oa) Son técnicas centradas en la observación de las conductas de terceros, no permiten la evaluación de las conductas por parte de la propia persona que las lleva a cabo.
- ob) Permiten evaluar conductas encubiertas.
- oc) Son una forma de entrevista.
- od) No son propiamente un instrumento de evaluación.

5. Respecto al método y proceso de evaluación psicológica debemos saber que:

- oa) La evaluación psicológica se basa en el método científico y por tanto sigue el procedimiento de establecimiento y contraste de hipótesis.
- ob) El momento del proceso de evaluación no marca el instrumento a seleccionar.
- oc) Los instrumentos de screening son concebidos como instrumentos de diagnóstico.
- od) La evaluación psicológica solo da cuenta del análisis topográfico pero no el funcional de las conductas a evaluar.

5

Evaluación (II)

5.1. Interacción social y relación con el equipo terapéutico y sistema asistencial

Quizá uno de los puntos definitorios de la problemática de los pacientes duales es lo que tiene que ver con el ámbito de las relaciones interpersonales, especialmente cuando la patología psiquiátrica de fondo corresponde a la esfera de los trastornos de personalidad.

También es este punto el que no debe pasársenos por alto y el que debe orientarnos al diagnóstico y al tratamiento, puesto que será de las áreas que más impacto negativo tengan en la vida del paciente y de los familiares, manifestándose en forma de:

- Dificultades en el establecimiento o mantenimiento de relaciones sociales. Una de las cosas más sobresalientes cuando tratamos con pacientes duales es la dificultad que tienen para interactuar con los demás, siendo especialmente significativos los problemas para establecer y mantener vínculos.

La inexistencia o mayoritariamente la presencia de un apego ambivalente es una de las cuestiones presentes desde la infancia, y que como puede imaginarse se perpetúan a lo largo de la vida de estos pacientes.

- Tendencia al aislamiento. La respuesta lógica a lo anterior, como puede imaginarse, es la tendencia a aislarse, a crearse un mundo paralelo a las relaciones sociales. Un mundo regido por él mismo bajo una serie de normas o reglas autoimpuestas que van encaminadas a controlar las situaciones de cara a buscar encontrarse bien, pero sin acabar de lograrlo.
- Dependencia. Frente a la postura del aislamiento que presentan algunos de nuestros pacientes, también se da la paradoja de que muchos de ellos presentan una gran dependencia hacia personas en concreto, con las que establecen una relación de "amor-odio".

Este tipo de personas suelen ser alguno de los progenitores, pero se hace especialmente patente en la relación que mantienen con sus terapeutas.

- Tendencia a la manipulación. Otra de las características que más comúnmente nos

encontramos es la presencia de conductas altamente manipuladoras, por lo que el equipo deberá estar especialmente atento para evitar verse embaucado por el paciente, que utilizará todo tipo de artimañas para obtener un beneficio secundario que no necesariamente tiene que ser de tipo material, sino que muchas veces puede responder a la necesidad de ser atendido con más frecuencia, o cuando considera que debe ser atendido aunque no tenga cita.

- Sentimientos de incomprensión y sobrecarga asistencial y familiar. A todo lo anterior debemos sumar la gran sobrecarga que generan este tipo de pacientes en la relación con los demás. Ocasionan una gran sobrecarga familiar, pero también asistencial, al acudir a consulta con más frecuencia, por ser incapaces de manejar por sí mismos sus propias emociones y por presentar unos fuertes sentimientos de incomprensión, acudiendo a muchos centros y especialistas con los cuales, si bien en un principio se sienten muy cómodos, a medio o largo plazo vuelven a considerar que no les comprenden, cambiando constantemente de equipo y profesionales.
- Incumplimiento de normas. A menudo a estos pacientes les va a costar cumplir las normas establecidas por los centros de tratamiento, sus familias y personas con las que conviven, lo que forzará enfrentamientos que servirán para que el paciente se reafirme en su rol de incomprendido o incluso maltratado.

Todos los aspectos abordados en este apartado tienen que ver con la estructura de personalidad del paciente, por lo que de cara a la evaluación de todo ello se recomienda el empleo de instrumentos de evaluación de personalidades clínicas, algunos de los cuales pasaremos a detallar a continuación.

a)IPDE. The International Personality Disorder Examination. Se trata de una entrevista clínica semiestructurada que permite evaluar los trastornos de personalidad según los criterios de la CIE-10 y de DSM-IV.

En el módulo DSM-IV encontramos 99 ítems, con un cuestionario de 77 ítems. En el módulo CIE-10 encontramos 67 ítems, con un cuestionario de 59 ítems. Los ítems están ordenados bajo seis encabezamientos:

- Trabajo.
- Uno mismo.
- Relaciones interpersonales.
- Afectos.

- Prueba de realidad.
- Control de impulsos.

En ambos módulos las preguntas son abiertas, cerradas y de respuesta "sí o no"; existe un cuestionario de screening con preguntas verdadero o falso en ambas versiones.

Permite obtener criterios presentes y ausentes, número de criterios cumplidos, diagnóstico (definido, probable o ausente, inicio tardío, en el pasado, así como una puntuación dimensional). Este instrumento no es apropiado para pacientes muy agitados o con depresión grave, psicosis o deterioro cognitivo severo. El uso en pacientes con un proceso psicótico en remisión es controvertido.

b) MCMI-III. Inventario multiaxial clínico de Millon-III. Cuestionario compuesto por 175 ítems que permite evaluar estilos y trastornos de personalidad, y algunos de los principales síndromes clínicos según los criterios DSM-IV y la teoría de personalidad de Millon.

El cuestionario está conformado por 11 subescalas que evalúan trastornos de personalidad clínicos (evitativo, esquizoide, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, pasivo - agresivo y autodestructiva), y tres que evalúan trastornos graves de la personalidad (esquizotípico, paranoide y límite).

Se trata de un cuestionario que se contesta mediante respuestas verdadero o falso a cada uno de los ítems.

c) MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota. Es un cuestionario que evalúa psicopatología general.

Está compuesto por 8 subescalas básicas (hipocondrías, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia y manía) que son multidimensionales y a su vez contienen otras subescalas; en concreto 2 subescalas (masculinidad-feminidad e introversión-extroversión social) y 3 subescalas que evalúan actitudes en la comunicación.

Está compuesto por 527 ítems de respuesta dicotómica verdadero o falso.

5.2. Riesgo suicida

Otra de las cuestiones más significativas en el trabajo con los pacientes duales, y quizá una de las más delicadas es el riesgo suicida que presentan estos pacientes.

Dos de los factores de riesgo con mayor peso para explicar y predecir un intento autolítico son la presencia de abuso o dependencia de sustancias, y la presencia de patología mental. Lo cual hace palpable el riesgo que presentan los pacientes duales para llevar a cabo conductas autolíticas, aunque habrá que perfilar con cada uno cuántas son llamadas de atención, cuántas son formas de pedir ayuda y cuántas en realidad tienen una intencionalidad suicida.

•Escala SADPERSON

En este sentido la escala SADPERSON permite evaluar, aunque de manera grosera, el riesgo suicida en base a una serie de factores que responden a cada una de las letras con las que se conoce esta escala:

S: sexo masculino

A: edad. Menor de 20 o mayor de 45 años.

D: depresión.

P: tentativa suicida previa.

E: abuso de alcohol (etanol).

R: falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).

S: carencia de soporte social

O: plan organizado de suicidio.

N: no pareja o cónyuge.

S: enfermedad somática.

Se trata de un instrumento heteroaplicado que consta de 10 ítems de respuesta dicotómica, otorgándose 1 punto si la respuesta es sí, y 0 puntos si la respuesta es no.

Los puntos de corte de esta escala son los siguientes:

0 - 2: riesgo bajo.

3 - 4: riesgo moderado, recomendándose seguimiento frecuente.

5 - 6: se debe contemplar la posibilidad de un ingreso hospitalario.

7 - 8: se plantea la necesidad de un ingreso hospitalario.

•Escala de ideación suicida de Beck (SSI)

Se trata de una escala que permite evaluar pensamientos suicidas.

Consta de 19 ítems agrupados en cuatro factores:

-Actitud hacia la vida y la muerte.

-Características de la ideación o del deseo de muerte.

-Características del intento planeado.

-Actualización de la tentativa.

Se trata de un instrumento heteroaplicado a cuyas preguntas se responde mediante una escala tipo likert de 3 puntos, oscilando las puntuaciones globales del test entre 0 y 38 puntos. El autor señala que si bien no existen puntos de corte, lo que sí deja claro es que, a más puntuación, más gravedad suicida.

5.3. Consumo de drogas

Es importante conocer si en la actualidad está consumiendo el paciente, cuándo fue el último consumo, sustancia consumida, cantidad y vía empleada para ello, e interferencia con su vida cotidiana.

Todas estas áreas nos van a permitir hacer una idea del grado de severidad de la adicción; lo habitual es el empleo de la entrevista para dar cuenta de todos estos aspectos. Sin embargo existe otra serie de instrumentos que van a posibilitar ahondar en todo esto:

5.3.1. Screening o detección del consumo de drogas

Aunque damos por hecho que la persona con la que estamos trabajando presenta un problema de consumo de drogas, ya que el objeto de este libro es el trabajo con los pacientes duales, puede dárse nos el caso de que estemos ante un paciente con un trastorno mental del que sospechamos que puede presentar un trastorno adictivo, y queremos testar su existencia. Para ello nos valdremos de una serie de instrumentos cuyas señas de identidad serán la sencillez y rapidez de aplicación, pues su objetivo es el

cribaje.

Este tipo de instrumentos han sido muy desarrollados para el caso del alcohol, pero menos para el resto de drogas de abuso.

Para el caso del alcohol cabe destacar los siguientes:

- CAGE

Es una prueba que consta de 4 preguntas de dos opciones (sí o no).

La persona tiene un problema de alcohol con al menos dos respuestas afirmativas.

Se recomienda que estas preguntas se camuflen dentro de una exploración más amplia para que no sea tan obvio que se está preguntando por el consumo de alcohol y la persona no distorsione su respuesta.

La principal ventaja de esta prueba es que permite detectar gran parte de los bebedores problemáticos. Su principal problema, que al no referirse las preguntas a un periodo concreto, no da cuenta de la situación actual respecto a la bebida.

- Test de identificación de trastornos relacionados con el uso de alcohol (AUDIT)

Es un cuestionario desarrollado por la OMS con la finalidad de la identificación temprana de problemas de bebida.

Consta de 10 preguntas con 5 opciones de respuesta en función de una escala tipo likert que oscila entre nunca y diariamente, considerándose con 8 puntos o más que la persona presenta problemas de bebida.

La ventaja frente al CAGE es que se centra en aspectos más concretos de la conducta de beber, está referido al consumo actual o reciente y permite una contestación más matizada (al poder responder en base a una escala tipo likert de 5 puntos).

- Cuestionario Breve de Alcoholismo (CBA)

Se trata de un cuestionario de 22 ítems a los que hay que responder de manera afirmativa o negativa en función de que se presenten o emitan una serie de conductas relacionadas con el consumo de alcohol, las cuales hay que decir que al igual que el AUDIT son más concretas y con un marco temporal más acotado (consumo actual o en el último año) que el CAGE.

Adecuado para analizar consumo problemático en estudios epidemiológicos.

- Test de discriminación del alcoholismo de Michigan (MAST)

Está compuesto por 25 ítems dicotómicos.

Existen versiones abreviadas.

Detecta problemas de consumo de alcohol y la gravedad de su abuso, al recoger información sobre el consumo y las consecuencias negativas asociadas.

Para el caso del consumo de drogas, el más relevante es:

- Test de evaluación para el consumo de drogas (DAST)

Se trata de un cuestionario de 28 ítems que hacen referencia a los problemas asociados con el consumo de drogas, disminución del control debido al consumo y síntomas neuroadaptativos de la dependencia.

Adaptación del MAST para la evaluación del consumo de drogas, permite identificar el abuso de drogas o la dependencia a diferentes sustancias psicoactivas y detecta el grado de problemas relacionados con dicho abuso o dependencia.

5.3.2. Diagnóstico

Se trata de pruebas con mayor finura a la hora de evaluar los criterios diagnósticos de los trastornos adictivos, ayudando a otorgar un diagnóstico adecuado.

Para el caso del alcohol contamos con:

- Test de alcoholismo de Múnich (MALT)

Como hemos dicho, se trata de un test de diagnóstico que presenta gran precisión en este sentido.

Consta de 7 ítems objetivos (extraídos a partir de la exploración del paciente, su historia clínica y los análisis de laboratorio, y de la exploración clínica) y 26 ítems subjetivos que responde el paciente a partir de las preguntas referidas a las experiencias recientes sobre el consumo de alcohol.

5.3.3. Deseo de consumo

Por deseo de consumo o craving entendemos la apetencia, las ganas de consumir la droga tras un periodo (corto o largo) de abstinencia a la sustancia en concreto.

El craving está relacionado con la ansiedad, que está tras el deseo de consumo.

Hay personas que presentan más y personas que manifiestan menos deseo una vez han abandonado el consumo. Hay muchos pacientes duales que no identifican su deseo de consumo porque no presentan una dependencia, aunque abusan de las sustancias y minimizan los consumos aludiendo a que no están enganchados, por lo que son incapaces de detectar el deseo.

También podemos encontrarnos con pacientes duales que optan por la opción contraria, esto es, se escudan en el deseo y en los consumos para no enfrentarse a su verdadero problema, que es de carácter más profundo (por ejemplo, la sensación de vacío tan propia del TLP).

Para la evaluación del deseo de consumo en el caso del alcohol partiremos de la revisión llevada a cabo por Montes, Urosa, Rubio y Poyo (2006) (cuadro 5.1).

Cuadro 5.1. Cuestionarios de evaluación del deseo de consumo de alcohol

	<i>Dimensiones evaluadas</i>	<i>N.º de ítems</i>	<i>Periodo evaluado</i>
<i>Alcohol Craving Questionnaire (ACQ).</i> Cuestionario de <i>Craving</i> de Alcohol. Singleton <i>et al.</i> 1994.	Emotividad. Capacidad de ser resuelto. Compulsividad. Expectativas.	47	Momento actual.
<i>Desire for Alcohol Questionnaire (DAQ).</i> Cuestionario de deseo de beber. Clark 1994.	Intención de beber. Deseo de consumir alcohol. Anticipación de expectativas positivas. Anticipación de evitación de expectativas negativas.	36	Momento actual.
<i>Impaired Control Scale (ICS).</i> Escala de Control respecto al Consumo. Heather <i>et al.</i> 1993.	Intentos por controlar el consumo. Dificultades para el control. Percepción subjetiva de control.	25	Últimos 6 meses de consumo.
Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica (EIDA). Rubio <i>et al.</i> 1998.	Síntomas físicos. Síntomas psicológicos. Conductas para aliviar el síndrome de abstinencia. Consumo de alcohol. Dificultades para el control. Reaparición de los síntomas tras la recaída.	30	Últimas semanas.
<i>Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS).</i> Cuestionario de los componentes Obsesivo-compulsivos de la bebida. Antón <i>et al.</i> 1995.	Componente obsesivo. Componente compulsivo.	14	Últimos 6 meses de consumo.

El ACQ y ADQ son las que evalúan de manera más completa el deseo de beber, sin embargo ni han sido adaptados ni validados a la población española.

Del ICS ha sido comprobada su utilidad como predictor de buenos resultados en el tratamiento (tanto de cara a lograr la abstinencia como de cara a lograr bebida controlada).

•Obsesive-compulsive drinking scale (OCDS)

Evalúa preocupación por la bebida y consumo.

Se trata de 14 ítems tipo likert con 5 opciones de respuesta.

Considera que ciertos aspectos del deseo de beber son similares a los rasgos del trastorno obsesivo compulsivo caracterizados por pensamientos obsesivos y conductas repetidas de forma impulsiva o compulsiva.

Tiene 2 escalas, la que valora aspectos obsesivos y la que valora aspectos compulsivos.

- Cuestionario sobre el deseo de beber (CDB)

Se evalúa el deseo de beber desde una perspectiva multidimensional. Consta de 33 ítems con 4 opciones de respuesta. Diferenciar 3 tipos de deseo de consumo:

- Refuerzo positivo.

- Refuerzo negativo.

- Dificultad de control.

- Escala multidimensional de craving para la dependencia de alcohol (EMCA)

Escala de 12 ítems tipo likert de 5 puntos.

Hace referencia a 2 factores:

- Deseo de beber (evaluado mediante 10 ítems).

- Desinhibición conductual (evaluado a través de 2 ítems).

Permite obtener puntuaciones en tres escalas:

- Deseo de beber.

- Desinhibición conductual.

- Puntuación global de craving.

Con respecto al consumo de cocaína, los instrumentos que hemos encontrado para la evaluación del craving fueron los siguientes:

- Minnesota Cocaine Scale (MCCS) y Simple Test of Cocaine craving and related Responses (STCCRR)

Se trata de dos escalas de tipo analógico-visuales.

La operativización que hacen del craving es unidimensional.

- Cuestionario de Craving de Cocaína (CCQ).

Conceptualiza el craving como un estado compuesto por varios componentes:

- Deseo de consumo.
- Intención y planificación del consumo.
- Anticipación de los efectos positivos del consumo.
- Anticipación de una mejora en la abstinencia o disforia.
- Pérdida de control sobre el consumo.

El craving y el consumo son considerados como fenómenos paralelos controlados por procesos mentales distintos: el consumo está controlado por procesos mentales automatizados y el craving por procesos no automatizados.

Está compuesta por 45 ítems tipo likert de 7 puntos.

Permite medir el craving tanto en el momento concreto como en los últimos siete días.

- Cuestionario de Craving de Roger D. Weiss (Weiss et al., 1995, 1997)

Se trata de 5 preguntas sobre lo que él considera un fenómeno unidimensional y relativo al momento presente de la evaluación.

Se hace hincapié en la relevancia del momento y situación en la que se evalúa el craving, así como el problema de la validez predictiva asociada.

5.3.4. Recaídas

Desde luego, si hay un área que es especialmente relevante cuando trabajamos con pacientes consumidores de drogas o con patología dual es la vuelta al consumo a través

de una caída o recaída.

A la hora de la historia del trabajo con personas drogodependientes se ha tratado de encontrar cuáles son las variables de riesgo para que se produzca una recaída, desarrollándose algoritmos sobre cómo se producen estas y cuáles son los factores esenciales en cada una de las fases del proceso.

Algunos de estos se han plasmado en cuestionarios que tratan de medir el influjo de estas variables y el riesgo de recaída, y las habilidades para hacer frente a este tipo de situaciones, con la intención de tratar de reducirlo al máximo.

Cuadro 5.2. Cuestionarios para la evaluación de los aspectos relacionados con las recaídas

	<i>Situaciones de riesgo</i>	<i>HH de afrontamiento</i>	<i>Autoeficacia</i>
Alcohol	<i>Inventory of Drinking Situations (IDS)</i> . Inventario de situaciones de bebida. <i>Relapse precipitants Inventory (RPI)</i> . Inventario de precipitantes de recaída.	<i>Coping Behaviours Inventory (CBI)</i> . Inventario de conductas de afrontamiento. <i>Situational Competency Test (SCT)</i> . Test de competencia situacional.	<i>Situational Confidence Questionnaire (SCQ)</i> . Cuestionario de confianza situacional.
Tabaco	<i>Relapse Debriefing Form</i> . Formulario de recaídas. <i>The Shiffman-Jarvick Withdrawal Scale</i> . Escala de abstinencia de Shiffman-Jarvick	<i>Coping With Temptation Inventory (CWTI)</i> . Inventario de afrontamiento a tentaciones.	<i>The Confidence Questionnaire</i> . Test de competencia situacional.
Otras drogas ilegales	<i>Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS)</i> . Inventario de situaciones de consumo. <i>Self-Statement Record (SSR)</i> . Escala de valoración del propio estado. <i>The Phases and Warning Signs of Relapse</i> . Fases y señales de advertencia de recaída.		<i>Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)</i> . Cuestionario de confianza para el consumo de drogas. <i>Situational Confidence Questionnaire for Heroin Users (SCQH)</i> . Cuestionario de seguridad situacional para consumidores de heroína.

Fuente: Secades (1997).

Ahondando en los instrumentos para evaluar la prevención de recaídas en los casos de consumo de alcohol, encontramos los siguientes cuestionarios:

- Inventario de Situaciones de Bebida (IDS-100)

Cuestionario empleado para detección de situaciones potenciales de recaída.

Se apoya en las 8 categorías propuestas por Marlatt y Gordon.

Se trata de 100 preguntas con respuesta tipo likert de 4 puntos.

Proporciona una jerarquía individualizada de situaciones de alto riesgo, reflejando un perfil (establecido en puntuaciones centílicas) que puede ser de dos tipos: uno generalizado, en el que no hay ninguna categoría sobresaliente, y otro diferenciado, en el que aparecen picos extremos altos y bajos que indican áreas de mayor o menor riesgo.

- Inventario de Situaciones precipitantes de recaídas

Cuestionario empleado para evaluar situaciones de riesgo.

Se trata de 25 preguntas tipo likert de 4 puntos.

Está compuesto por un listado de situaciones internas o externas, que se distribuyen en cuatro factores:

- Factor 1. Estados afectivos negativos.

- Factor 2. Vigilancia cognitiva.

- Factor 3. Reuniones, ocio, emociones positivas.

- Factor 4. Estímulos previamente relacionados con la bebida.

Para el caso de la prevención de recaídas para la heroína:

- Cuestionario de confianza o seguridad en situaciones de riesgo para consumir (DTCQ)

Cuestionario empleado para evaluar las expectativas de autoeficacia en determinadas situaciones de riesgo de consumo.

Se trata de 50 ítems con 6 alternativas de respuesta: 0%, 20%, 40%, 60%, 80%, 100% de seguridad de no consumir.

Se apoya en la taxonomía propuesta por Marlatt y Gordon, agrupando los factores en las 8 categorías propuestas por aquellos.

En cuanto a la cocaína, los instrumentos empleados en prevención de recaídas son los siguientes:

- Cuestionario de situaciones de alto riesgo para el consumo de cocaína (CHRSQ)

Autoinforme de 21 ítems similar en formato y objetivo al IDTS pero diseñado

exclusivamente para cocaína.

Hace referencia a 233 situaciones asociadas a la cocaína.

Estructura unifactorial.

- Escala de Predicción de recaídas de Beck

50 ítems relativos a situaciones de riesgo para consumir cocaína o crack.

Deben contestarse las preguntas en base a 2 dimensiones: intensidad del deseo y probabilidad de consumo.

Los ítems se presentan en una escala tipo likert de 6 puntos.

No se aportan datos respecto a las propiedades psicométricas.

Y en general para evaluar los aspectos relacionados con las recaídas respecto al consumo de cualquier droga ilegal disponemos de:

- Inventario de situaciones relacionadas con el consumo de drogas

Evalúa las situaciones que más frecuentemente desencadenan el consumo de drogas ilegales, permitiendo individualizarlas para cada paciente.

Consta de 50 ítems que son evaluados con una escala tipo likert.

Se apoya en las 8 categorías propuestas por Marlatt y Gordon

De la revisión de todos estos cuestionarios podemos sacar varias conclusiones:

-Casi todas las escalas son de tipo likert y permiten obtener una información más amplia que si planteáramos preguntas de tipo dicotómico. Y es que el deseo de consumir o las situaciones de riesgo no son aspectos que puedan conceptualizarse de manera dicotómica.

-La mayoría de las escalas plantean conceptualizaciones dimensionales, hablando de diferentes factores. Y aquí hay que hacer una precisión: en el caso de las escalas que evalúan riesgo de recaída, buena parte de ellas se fundamentan en la taxonomía planteada por Marlatt y Gordon (1989). Y en el caso de las escalas que evalúan deseo de consumo existen escalas que adoptan una disposición unifactorial, pero la mayoría apuestan por la multiplicidad factorial, siendo

especialmente relevante la mención de una nueva dimensión que está adquiriendo peso últimamente: la dimensión dificultad de control.

-Todas las escalas aluden tanto a determinantes externos como internos como precipitantes tanto del deseo como de la propia recaída.

5.4. Conclusiones sobre las dificultades de evaluación y diagnóstico en patología dual

A modo de resumen, y como colofón, vamos a señalar algunas de las dificultades de evaluación que nos encontramos cuando trabajamos con pacientes con patología dual.

Lo primero que debemos tener siempre presente es que en sí mismo, y como ya hemos reiterado, la patología dual hace referencia a la concomitancia de al menos dos trastornos mentales donde uno de ellos es un trastorno de naturaleza adictiva.

El problema con respecto al diagnóstico hay que entenderlo, para empezar, dentro de la dificultad que supone el diagnóstico en salud mental, en el sentido de que para otorgar un diagnóstico nos fundamentamos en una serie de criterios (cosa que ya es un importante avance) que distan bastante de la exactitud que existe en otras disciplinas biomédicas donde se dispone de un mayor refinamiento en lo relativo a los instrumentos de evaluación, y una mayor exactitud en los diagnósticos pese a que ni la medicina ni la psicología pueden concebirse como ciencias exactas, ya que debemos contar con mayor riesgo de error y con unos sesgos que a priori no están presentes en otras ciencias como la física o las matemáticas.

En segundo lugar, hay que entender que las manifestaciones de las patologías son resultado de algo más que la suma de cada uno de los trastornos, es decir, que existe un importante factor de interacción entre ellos, lo que hará que se potencien, dando como resultado una gran variabilidad en sus manifestaciones con la consiguiente dificultad diagnóstica asociada.

En tercer lugar, para complicar aún más las cosas y como comentábamos en el capítulo anterior, hay que tener en cuenta que el consumo de drogas puede generar una sintomatología que puede confundirse con la derivada de una enfermedad mental no relacionada con sustancias (por ejemplo, con aquella que tiene que ver con el espectro psicótico), y viceversa, lo cual puede hacer pensar falsamente que nos encontramos con un caso de patología dual. Además, dado que los pacientes drogodependientes presentan una multiplicidad de patologías orgánicas, a menudo podemos errar nuestro diagnóstico y confundirlo con un cuadro dual, ya que cuando nos encontramos ante un paciente con una sintomatología muy florida esta puede deberse a la presencia de una enfermedad

orgánica que permita explicar aquella, por ejemplo los cuadros demenciales asociados al VIH, desgraciadamente tan frecuentes en los pacientes drogodependientes consumidores de heroína (o mezcla) intravenosa.

De manera similar a esta casuística, podemos cometer un sesgo en el diagnóstico y falsamente considerar que estamos ante un caso de patología dual cuando nos encontramos con pacientes polimedicados (como es el caso de buena parte de los pacientes drogodependientes), ya que algunas de las manifestaciones, comportamientos o alteraciones pueden deberse a las altas dosis de medicaciones, y sobre todo una posible interacción entre los medicamentos y las sustancias de abuso.

Por todo ello debemos ser muy cautos a la hora de emitir un diagnóstico de patología dual y cerciorarnos, como reza en los manuales diagnósticos de los trastornos mentales, de que no existe otra variable que permita explicar la presencia de esa sintomatología.

Caso clínico

Varón de 28 años, mayor de 2 hermanos. Vive con sus padres (su hermana se independizó, según refieren sus padres, porque no soportaba más la convivencia con su hermano en casa).

Tanto la familia como él refieren que los problemas de conducta comenzaron a los 13 o 14 años de edad, que es expulsado por primera vez del colegio. En esa época él se define como una persona "indefensa, dependiente de los demás".

A los 15 o 16 años empieza a cometer hurtos en casa, y refiere que es cuando empieza el contacto con las drogas. Indica que además de consumir también comienza a traficar "para ser alguien, para tener dinero" según refiere.

En la actualidad el consumo se caracteriza por un par de semanas de grandes consumos seguidas de largas semanas e incluso algunos meses en los que permanece abstinente.

Con respecto a los actos delictivos, estos mayoritariamente han sido contra su familia, tratándose de hurtos en casa para sufragar los consumos, así como una denuncia por agresión a sus padres.

Objetivos de intervención:

1. Eliminación (o al menos disminución) de conductas impulsivas.

- Hurtos, robos y agresiones.
- Coger el coche de sus padres sin permiso y desaparecer.

2. Mejora del ambiente familiar:

- Que los padres entiendan los problemas y crisis de su hijo y aprendan a manejarlas.
- Conseguir una disminución de enfrentamientos en casa.
- Procurar una estabilidad emocional de los padres.

3. Que se siga la pauta de tratamiento farmacológico.

4. Adquiera habilidades para hacer frente a estados emocionales adversos:

- Relativos al estado anímico: sentimientos de soledad, vacío, incompreensión.
- Relativos a los estados de ansiedad (por ejemplo: hacer frente a hablar con su jefe para decirle que no ha ido a trabajar porque se ha quedado dormido).

5. Relativo a horarios y responsabilidades:

- Búsqueda, incorporación y sobre todo mantenimiento del empleo.
- Control adecuado del gasto económico.
- Organización de actividades de ocio y tiempo libre más saludables.

6. Relativo a la interacción interpersonal:

- Mejora de la relación con sus padres.
- Eliminación de la ambigüedad en la relación interpersonal y conseguir una estabilización con ellas.
- Retome relaciones interpersonales.

Con respecto a las técnicas cognitivo-conductuales empleadas, estas fueron:

- Ventilación emocional.
- Reestructuración cognitiva (especialmente de los pensamientos de carácter dicotómico, los sentimientos de incapacidad, de desesperanza, etc.).
- Confrontación directa de los "cambiazos" de los controles de orina.
- Apoyo emocional.

-Asesoramiento a los padres.

En cuanto a la estructura de las sesiones terapéuticas, estas tenían el siguiente orden:

-Ver cuáles han sido los avatares de la semana anterior.

-Evaluar el estado psicopatológico de cara a analizar si existe indicio de crisis manifiesta o próxima.

-Ver cómo está la dinámica familiar.

-Analizar si se han producido o no consumos de tóxicos.

-Reestructuración de ideas distorsionadas sobre su forma de interpretar la realidad, las relaciones sociales, actividades diarias, etc.

-Sugerirle la instauración de hábitos saludables en su día a día de cara a mejorar su estabilización psicopatológica y a proponer metas futuras.

Preguntas de autoevaluación

1. Sobre la evaluación de algunas de las variables tradicionalmente estudiadas en el caso de los pacientes duales debemos saber que:

oa) Las relaciones interpersonales no es un área que debemos evaluar cuando trabajamos con pacientes duales, ya que no es relevante para este tipo de casos.

ob) Presentar un trastorno adictivo y presentar un trastorno mental no son factores de riesgo para la ideación y tentativa suicida.

oc) La evaluación de la personalidad es muy importante cuando trabajamos con pacientes duales.

od) La evaluación de la conducta adictiva solo es importante cuando tenemos un caso de paciente drogodependiente, pero no si con quien tratamos es con un paciente dual, pues hay cosas más importantes que evaluar que la conducta de consumo.

2. Sobre la evaluación de la personalidad:

oa) No existen cuestionarios ni fiables ni válidos que permitan evaluar la personalidad.

ob) No es de interés evaluar este aspecto de la persona en el caso de pacientes duales,

ya que no aportan mucha información de cara al tratamiento.

- oc) Los cuestionarios de personalidad se fundamentan en una misma teoría sobre la personalidad, de modo que las escalas que componen los cuestionarios son similares.
- od) Sentimientos de incompreensión, manipulación, tendencia al aislamiento son rasgos de personalidad que comúnmente aparecen en los pacientes duales, sobre todo los que presentan un TP asociado a un cuadro adictivo, por lo que su evaluación es especialmente importante.

3.Sobre el deseo de consumo o craving debemos tener en cuenta que:

- oa) El deseo de consumo no tiene ninguna relación con la ansiedad. No existe vinculación alguna entre ambos aspectos.
- ob) El deseo de consumo solo aparece en el caso del alcohol, por ello solo existen instrumentos que evalúan el deseo de consumo de esta sustancia.
- oc) Todos los cuestionarios de valoración del deseo de consumo contemplan que este está compuesto por una única dimensión.
- od) Por deseo de consumo se entienden las ganas de consumir una sustancia tras un periodo de abstinencia. La persona puede presentar más o menos deseo de consumo, siendo por ello importante evaluar el grado de deseo hacia la sustancia.

4.Sobre las relaciones con los demás debemos saber que los pacientes duales:

- oa) Suelen generar y mantener muchas relaciones interpersonales a lo largo del tiempo.
- ob) Muy frecuentemente mostrarán tendencia al aislamiento o una gran dependencia hacia los demás.
- oc) Siguen a rajatabla las normas en relación con los demás (véase, por ejemplo, con la familia o con el centro de tratamiento).
- od) Los sentimientos de incompreensión y abandono no suelen estar presentes en estos pacientes.

5.Sobre la evaluación de las recaídas en los pacientes duales debemos tener en cuenta

que:

- oa) Algunos cuestionarios valoran las situaciones de riesgo, y otros la confianza para hacer frente a estas.
- ob) Los cuestionarios valoran las situaciones de riesgo pero no hay ninguno que valore las habilidades de la persona para hacer frente a las mismas.
- oc) El riesgo de recaídas no es un aspecto relevante a evaluar cuando trabajamos con pacientes duales, aunque sí lo sea cuando trabajamos con drogodependientes sin otra patología mental asociada.
- od) Pese a la relevancia del modelo de Marlatt y Gordon sobre las recaídas, la mayoría de los cuestionarios desarrollados para evaluar dicho constructo no se apoyan en dicho modelo.

PARTE III

TRATAMIENTO

6

Guía para el terapeuta (I): áreas de intervención

6.1. La alianza terapéutica

En cualquier relación interpersonal la alianza terapéutica es lo que marca el grado de intimidad entre las personas, así como el acceso a una información más profunda o más superficial. Si a esto le sumamos que la mayoría de estudios sobre alianza terapéutica marcan esta como elemento esencial explicativo del éxito terapéutico, podremos comprobar por qué es tan importante este factor cuando trabajamos con cualquier paciente en general, y especialmente cuando se trata de pacientes duales.

Hay escuelas en psicología, como la psicodinámica, que han tomado como bandera la propia alianza terapéutica (mejor dicho, en términos psicodinámicos, el vínculo terapéutico) y a partir de él han desarrollado no solo un corpus teórico sino además una forma concreta de trabajar con el mismo.

El modelo conductista sin embargo no contempló tanto la alianza terapéutica puesto que su enfoque estaba más centrado en las herramientas y técnicas y no tanto en la relación en consulta.

Fue con la llegada de las psicoterapias cognitivas cuando se renovó el interés por la alianza terapéutica, concibiéndose como un elemento esencial en enfoques como el constructivista (Corbella y Botella, 2003).

Uno de los autores que más ha estudiado el papel de la alianza terapéutica ha sido Bordin (1976, 1994), definiéndola como el encaje y colaboración entre cliente y terapeuta, señalando tres elementos esenciales que lo componen: el acuerdo en las tareas (entendidas como las acciones y pensamientos propios del trabajo en psicoterapia), el vínculo positivo (en términos de confianza y aceptación) y el acuerdo en los objetivos a alcanzar con la psicoterapia.

A día de hoy lo que sí parece claro es que la alianza terapéutica se concibe como un elemento que construyen conjuntamente paciente y terapeuta y que sin un adecuado vínculo no existirá ninguna forma de relación terapéutica y la psicoterapia habrá concluido antes siquiera de haber empezado. Sobre todo si tenemos en cuenta la alta tasa de abandonos de los pacientes con los que trabajamos.

De hecho, el mantenimiento en consulta de los pacientes duales, en especial aquellos con trastorno de personalidad puede entenderse como un criterio de buena evolución en el mismo, si exceptuamos el caso de los pacientes con TP dependiente, donde precisamente su problema es la dificultad para desvincularse del tratamiento, o mejor dicho, del terapeuta. Lo que nos apunta a que en función del tipo de paciente dual con el que trabajemos el vínculo a establecer debe ser uno u otro.

En este sentido, Beck y Freeman (1995) hablan de las conductas manifiestas en la relación con los demás, dejando entrever el tipo de vínculo que mantienen con terceros, incluidos con el terapeuta. Por eso, al cuadro (6.1) desarrollado por los autores anteriores (y que exponemos a continuación) le hemos añadido la última columna, que hace referencia a qué actitud debe llevar a cabo el terapeuta para lograr un buen vínculo que le permita trabajar adecuadamente con el paciente, y que está inspirada en algunas de las indicaciones dadas por Valliant y Perry (1992) para generar un adecuado clima en consulta cuando trabajamos con pacientes con trastornos de personalidad.

Cuadro 6.1. Actitud del terapeuta para generar un buen vínculo terapéutico frente al trastorno de personalidad

<i>Trastorno de personalidad</i>	<i>Creencias/ actitudes básicas</i>	<i>Estrategias (conducta manifiesta)</i>	<i>Actitud del terapeuta</i>
Paranoide	Las personas son adversarios potenciales.	Cautela. Desconfianza. Susplicacia.	Cortesía, sinceridad, respeto y disculpas llegado el caso. No discutir sobre la realidad o no de sus creencias. Búsqueda de la confianza. Especial atención al lenguaje no verbal del propio terapeuta pues el paciente puede interpretarlo de manera maliciosa.
Esquizoide	Necesito mucho espacio.	Aislamiento social. Restricción de la expresión emocional.	Cortesía, sinceridad, respeto y disculpas llegado el caso.

<i>Trastorno de personalidad</i>	<i>Creencias/ actitudes básicas</i>	<i>Estrategias (conducta manifiesta)</i>	<i>Actitud del terapeuta</i>
Esquizotípico.	El mundo es distinto a como los demás lo perciben.	Malestar en las relaciones personales. Distorsiones perceptivas o cognoscitivas. Comportamiento extravagante.	Aceptación y no confrontación directa de las extravagancias del paciente. Tratar de acercar a la realidad al paciente con pequeños cambios que le permitan ajustarse un poco más a su entorno.
Límite	Todos me rechazarán aunque haga las cosas bien.	Inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos. Notable impulsividad.	La actitud del terapeuta debe reflejar que siempre estaremos ahí para ayudarlo, con independencia de lo que pase o de lo que diga.
Antisocial	Las personas están para dominarlas.	Desprecio y violación de los derechos de los demás. Ataque. Cólera impulsiva. Hostilidad.	Importante el establecimiento de unos límites firmes e inamovibles. Mejor pocas reglas pero férreas, que muchas y variables.
Histriónico	Necesito impresionarles.	Dramatismo.	Dejar espacio para que exprese sus intensas emociones sin que se pongan en tela de juicio las mismas. El trabajo consistirá en la clarificación de dichos sentimientos.

<i>Trastorno de personalidad</i>	<i>Creencias/ actitudes básicas</i>	<i>Estrategias (conducta manifiesta)</i>	<i>Actitud del terapeuta</i>
Narcisista	Soy especial.	Autoexaltación. Grandiosidad. Necesidad de admiración. Falta de empatía.	Señalamiento muy gradual de las limitaciones realistas del paciente y de sí mismo. Es muy importante desarrollar un clima empático. Confrontaciones directas que desarman su interpretación de realidad y sus propias capacidades pueden dar lugar al abandono inminente del paciente, deben hacerse muy gradualmente.
Evitativo	Pueden hacerme daño.	Evitación. Inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.	Confianza. Establecer una fuerte alianza terapéutica.
Dependiente	Estoy desvalido.	Sumisión. Necesidad excesiva de ser cuidado.	Importante crear un adecuado clima de autofortalecimiento. Depositar en él los logros que se vayan obteniendo en consulta. Potenciación, empoderamiento de sus capacidades.
Obsesivo-compulsivo	Los errores son malos, no me debo equivocar.	Perfeccionismo. Preocupación por el orden y control.	Seriedad. Cumplimiento de los compromisos. Buscar la flexibilidad.

Fuente: modificado de Beck y Freeman (1995), Vaillant y Perry (1992) y Martínez González (2003).

En aras de establecer una buena relación terapéutica, diversos investigadores han analizado cuáles son las variables tanto del paciente como del terapeuta que influyen a este respecto.

En lo concerniente al terapeuta, parecen ser necesarios pero no suficientes la empatía y la calidez, también se contemplan como importantes las habilidades sociales de este. Por último, parece ser que la experiencia del terapeuta es una variable que en los estudios

ha obtenido resultados contradictorios sobre su papel en la alianza terapéutica.

En lo relativo al paciente, el índice de eventos estresantes, las relaciones sociales y familiares, la motivación, expectativas y actitudes se muestran como elementos positivos para el desarrollo de una buena alianza terapéutica; mientras que la defensividad, la desgana, la hostilidad, el perfeccionismo y la dominancia del cliente parecen tener relación con la dificultad para desarrollar esta.

En esta línea, Beck (1995), en su libro *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*, señala algunos de los problemas que pueden aparecer en la relación terapéutica con el paciente con trastorno de personalidad, los cuales pueden ser aplicables a aquellos que presentan patología dual (ya esté asociada con patologías de personalidad o con cualquier otro trastorno):

- El paciente carece de capacidad para ser cooperativo.
- El terapeuta carece de capacidad para cooperar.
- Los estresores ambientales pueden impedir el cambio o reforzar la conducta disfuncional.
- Las creencias del paciente acerca de su fracaso potencial en la terapia.
- Las creencias del paciente acerca de los efectos que sobre los demás va a tener su cambio.
- Los miedos del paciente acerca del cambio y de su "nueva personalidad".
- Las creencias disfuncionales del paciente y terapeuta pueden ser complementarias.
- Una socialización pobre del modelo.
- El paciente puede experimentar beneficios secundarios.
- La inoportunidad de las intervenciones.
- Los pacientes pueden carecer de motivación.
- La rigidez del paciente.
- El paciente: control pobre de sus impulsos.

- Las metas: carecer de realismo o ser vagas.
- El sujeto no conozca su psicopatología.
- Que no haya habido acuerdo en relación a las metas.
- El paciente o terapeuta estén frustrados por la falta de progreso.
- Una baja autoestima en el paciente.

6.2. Control de impulsos

La impulsividad es una de las variables que más han sido estudiadas en busca de un sustrato explicativo de la patología dual ya que una de las características más preponderantes de los pacientes duales es su elevada impulsividad, siendo el control de impulsos uno de nuestros principales objetivos terapéuticos. De hecho, está presente en gran cantidad de trastornos, como el consumo de drogas, el trastorno límite de personalidad (TLP), la ludopatía, los trastornos alimentarios (APA, 2000; Barratt y Slaughter, 1998; Mann, Waternaux, Hass y Malone, 1999; McMurrin, Blair y Egan, 2002; Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, Swann, 2001).

Pero ¿qué entendemos por impulsividad? Si acudimos a la RAE en busca de una definición general de impulsividad, el Diccionario de la Real Academia hace referencia a una cualidad de impulsivo cuya segunda acepción es la siguiente: adj. dicho de una persona: que suele hablar o proceder sin reflexión ni cautela, dejándose llevar por la impresión del momento.

Si continuamos investigando en busca de una definición más precisa del concepto impulsividad, autores importantes en el terreno de la personalidad, y más concretamente en la variable objeto de nuestro estudio, como son Buss y Plomin (1975), Eysenck y Eysenck (1977), Moeller et al. (2001), Patton, Stanford y Barratt (1995), Schachar, Tannock y Logan (1993), definen esta como la tendencia a actuar o tomar decisiones de forma inmediata sin tomar en consideración las consecuencias de la misma, y caracterizada por la búsqueda de recompensas inmediatas.

Si bien las definiciones son más o menos unánimes, en lo que no están de acuerdo los investigadores es en las dimensiones que componen dicho constructo.

Desde hace unos años parece haberse demostrado la existencia de una estrecha relación entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y el desarrollo ulterior de un trastorno adictivo en cuyo proceso mediará indefectiblemente la

existencia de conductas disociales en la infancia o adolescencia, como ponen de manifiesto diversos estudios de corte longitudinal. Como señala Pérez de los Cobos (2009), el Center for Education Drug Abuse Research (CEDAR) ha comprobado cuál es el curso de los niños que acabarán desarrollando un problema de drogas en la adolescencia o primeras etapas de la edad adulta.

De la figura siguiente debemos señalar que la desinhibición neuroconductual se manifiesta en términos de dificultades para inhibir la conducta (búsqueda de sensaciones, impulsividad, agresividad, etc.) de regular las emociones (labilidad emocional, irritabilidad, afecto negativo, etc.) y tomar adecuadamente las decisiones (ligado a procesos de planificación y análisis de consecuencias, etc.). En definitiva problemas ejecutivos, ligados a alteraciones de la corteza prefrontal.

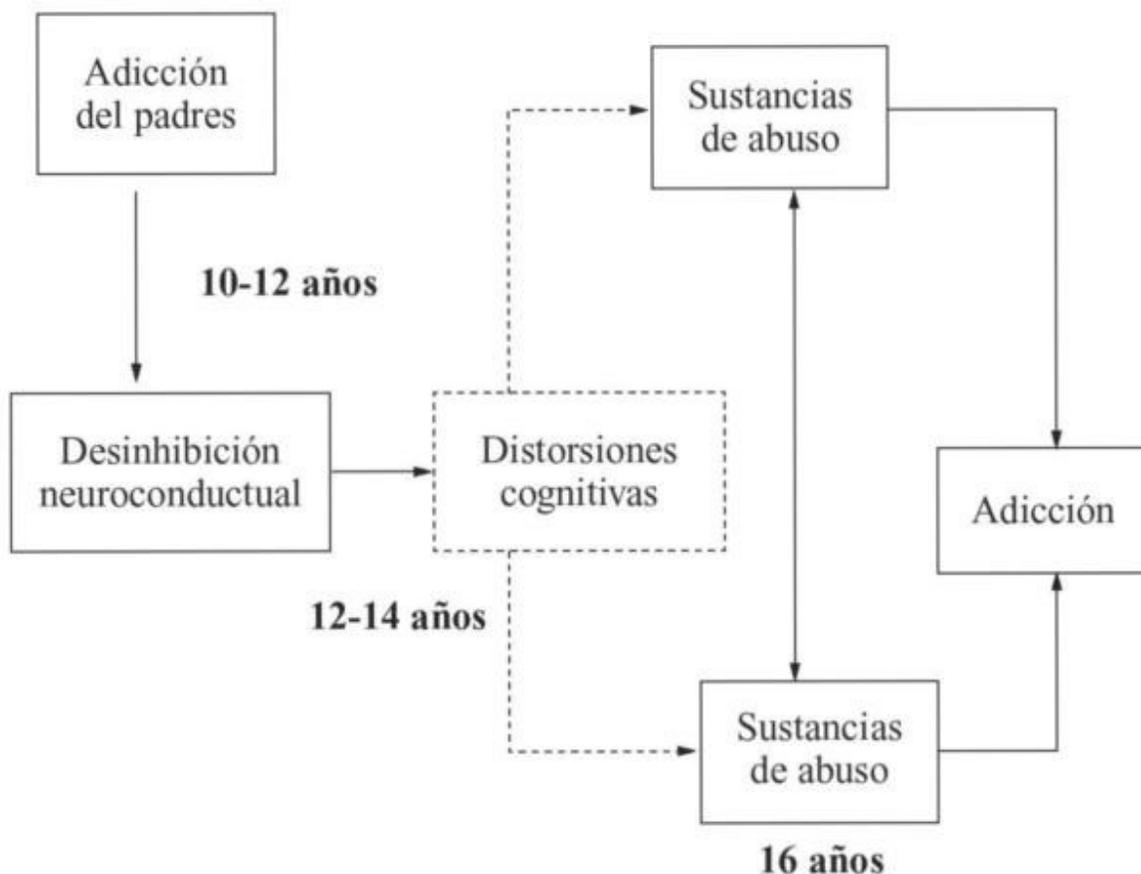


Figura 6.1. Secuencia etiológica de las adicciones (Fuente: CEDAR).

Con respecto a las distorsiones cognitivas, el equipo de CEDAR señala que este tipo de distorsiones afectan a las expectativas sobre el efecto de la sustancia, la valoración de nuestro propio estado y la interacción social, manifestándose en las interpretaciones que el joven hace respecto a su persona y su entorno (mediatizando su conducta), así como

en su capacidad para organizar, planificar y razonar de manera abstracta ante cada situación.

Todo esto da lugar a las distorsiones propiamente dichas, que se manifiestan en términos de sesgos cognitivos, generalizadores y persistentes (Pérez-Bouchard et al., 1993).

Los estudios del NIDA sobre el papel de la dopamina en los sujetos adictos y las personas con otro tipo de patologías mentales encontraron que los cocainómanos experimentaban unas respuestas más atenuadas en términos de dopamina que las personas no adictas cuando se les administraba una dosis de metilfenidato intravenoso (que emulaba los efectos de la cocaína); sin embargo, los pacientes consumidores de cocaína aumentaban su deseo de consumo y sus niveles de dopamina en el sistema mesolímbico cuando se les presentaban elementos asociados con los consumos (estímulos condicionados), cosa que no ocurría en las personas no consumidoras.

Respuestas similares de atenuación de la respuesta a la dopamina en el núcleo ventro estriatal fueron encontradas en pacientes alcohólicos sometidos a un experimento similar pero centrado en el alcohol, naturalmente.

Estos déficits dopaminérgicos también aparecen en las personas deprimidas y en aquellas que presentan TDAH, lo cual nos habla de la dopamina como elemento interviniente en los procesos de amotivación y desmotivación e inatención que fácilmente aparecen en los pacientes drogodependientes. Sentándose además las bases que permiten explicar por qué las personas con TDAH tienen más probabilidades de acabar desarrollando problemas de consumo de drogas en la adolescencia o primeros momentos de la edad adulta (Volkow, 2010).

Con todo esto podemos dar cuenta de lo importante que es trabajar adecuadamente el descontrol de impulsos, puesto que está en la base no solo de la drogodependencia, sino también del resto de patologías asociadas, siendo el determinante último tanto de las alteraciones motivacionales como de la conducta de consumo.

En cuanto a la terapéutica farmacológica, esta ha avanzado mucho en la última década, incorporándose los anticomociales como el topiramato, la gabapentina y la oxcarbamacepina, entre otros, como fármacos de primera elección en la práctica clínica para abordar el descontrol de impulsos. Líneas futuras de investigación irían enfocadas a lograr una mayor especificidad en sus mecanismos de acción y mejor tolerabilidad y perfil de efectos secundarios (somnolencia, dificultades de concentración, parestesias...).

Con respecto al arsenal terapéutico psicológico se han puesto en marcha medidas de corte cognitivo-conductual derivadas de los conocidos como programas de autocontrol, y cuyas piezas centrales son las siguientes:

- Psicoeducación

Identificación de las de conductas en que se manifiesta su impulsividad.

Lo primero que debemos hacer es enseñar al paciente que varias de las conductas que lleva a cabo son fruto de su impulsividad. Y que esta deja su huella en varias de las cosas que hace habitualmente, donde lo que media no es un procesamiento consciente, sino que es puro acting.

Debemos hacer que el paciente entienda cuáles son todas esas conductas impulsivas que lleva a cabo, y cómo todas ellas tienen una raíz común, siguen el mismo patrón en él.

- Identificación de los desencadenantes externos e internos de las conductas impulsivas

Se trata de que el paciente tome conciencia de cuáles son los disparadores de este tipo de conductas.

En pocas palabras, conseguir que el paciente se haga consciente de aquellas conductas y procesos que hasta el día de hoy hacía de una manera automática (sin pasar por el filtro de la razón) y que han desencadenado los comportamientos impulsivos.

- Identificación de la relación consumo-impulsividad

Una de las cuestiones que los pacientes duales deben identificar es la relación entre los consumos y la disminución del control personal, lo que frecuentemente lleva a la aparición de conductas impulsivas.

- Análisis de las consecuencias derivadas de anteriores conductas impulsivas

Una de las cosas más llamativas de las conductas impulsivas es que los pacientes las llevan a cabo sin pararse a pensar cuáles son las consecuencias que se pueden derivar de ellas.

Con la identificación de los desencadenantes de las conductas impulsivas se consigue que el paciente se siente a pensar. Ahora vamos a dar un paso más y vamos

a pedir que analice cuáles son las consecuencias de cada una de las decisiones posibles a tomar. Nuestra pretensión es que pase de un control por las consecuencias inmediatas a un control por las consecuencias más a largo plazo. Por ejemplo, de lo que se trata es de que el paciente pase de emitir una conducta de agresión porque considera que "le tienen manía" y por eso no le tratan como tratan al resto de gente, a una de reflexión de qué posibles explicaciones alternativas a "me tienen manía" existen.

No se trata de cuestionar si es cierto o no que le han tratado mal, sino de buscar si existen explicaciones alternativas respecto a su comportamiento. Para ello tratamos de que el paciente reflexione sobre ¿qué consecuencias podría tener la agresión, frente a qué consecuencias distintas tendría sentarse a hablar con la otra persona?

- Técnicas de desactivación

El descontrol de impulsos, como hemos dicho, se manifiesta por actuar sin pensar, lo que lleva asociado una enorme activación fisiológica, por lo que parte de nuestra intervención debe ir dirigida a calmar la ansiedad asociada al deseo irrefrenable de actuar de manera inmediata sin pararse a reflexionar si es lo mejor o no. Por eso es importante entrenar al paciente en técnicas destinadas a la desactivación fisiológica, como por ejemplo la relajación progresiva de Jacobson o el entrenamiento autógeno de Schultz.

- Control estimular (estímulos tanto internos como externos) que puedan desbordar al paciente

Es muy importante que la persona identifique cuáles son aquellos estímulos que le desencadenan la pérdida de control de impulsos, porque eso permite evitar aquellos que irremediablemente asocia al descontrol, previniendo que pueda dispararse la conducta impulsiva. Se trata de evitar situaciones y personas en las cuales irremediablemente aparecen las respuestas impulsivas. Por ejemplo, evitar permanecer en el mismo sitio durante mucho tiempo con aquellas personas que le despiertan elevados grados de irritabilidad y que han acabado ocasionando respuestas agresivas (ya sean verbales o físicas).

Modelos de trabajo en grupo como el planteado por Iribarren, Jiménez, Ferré y Rubio (2009) hablan de la importancia de la confección de un listado de signos de alarma, situaciones de alto riesgo (SAR) y situaciones de bajo riesgo (SBR).

- Búsqueda del apoyo de personas referentes para él

A menudo los pacientes sienten que no pueden hacer nada ante sus impulsos, y se encuentran desprotegidos, sin apoyo para poder hacerles frente. De lo que se trata es de que cuando sientan que van a "perder los papeles" sean capaces de pedir ayuda o contárselo a una persona que les pueda hacerse sentir comprendidos. De este modo damos un freno y una alternativa a la respuesta impulsiva.

La figura 6.2 no deja de ser un resumen de la forma de pensar y actuar de las personas con patología dual (aunque también el mismo funcionamiento se observa en pacientes drogodependientes de larga evolución, tengan o no patología dual) y de las personas que no padecen un problema de este tipo.

Estos pacientes directamente van a la acción, sin pararse a reflexionar previamente sobre cuáles son las posibles acciones que puedo emprender ni cuál de ellas a priori me va a reportar mejores resultados. Es decir, no solo no son capaces de analizar las posibles respuestas a dar ante el estímulo en concreto, sino que además son incapaces de proyectar hacia el futuro y analizar las posibles consecuencias que se derivarán de ellas.

Por otro lado también observamos su incapacidad para inhibir la respuesta hasta un momento o situación adecuada para poder hacerlo, siendo a su vez incapaces de dar una respuesta distinta a la que siempre han dado ante un mismo estímulo.

Pero quizá lo más sorprendente es precisamente eso, que tardan mucho en aprender de sus propios errores, y tomar conciencia de que si quieren obtener un resultado diferente deben dar una respuesta distinta. Es como si no fueran capaces de recordar que las consecuencias que se desprenden de sus respuestas habituales son siempre negativas. Lo que va asociado a otro fenómeno curioso, el de la tolerancia tan sorprendente que presentan este tipo de pacientes a las consecuencias negativas, sin que hagan nada para evitarlo; lo cual nos recuerda la vigencia del archiconocido paradigma de la indefensión aprendida.

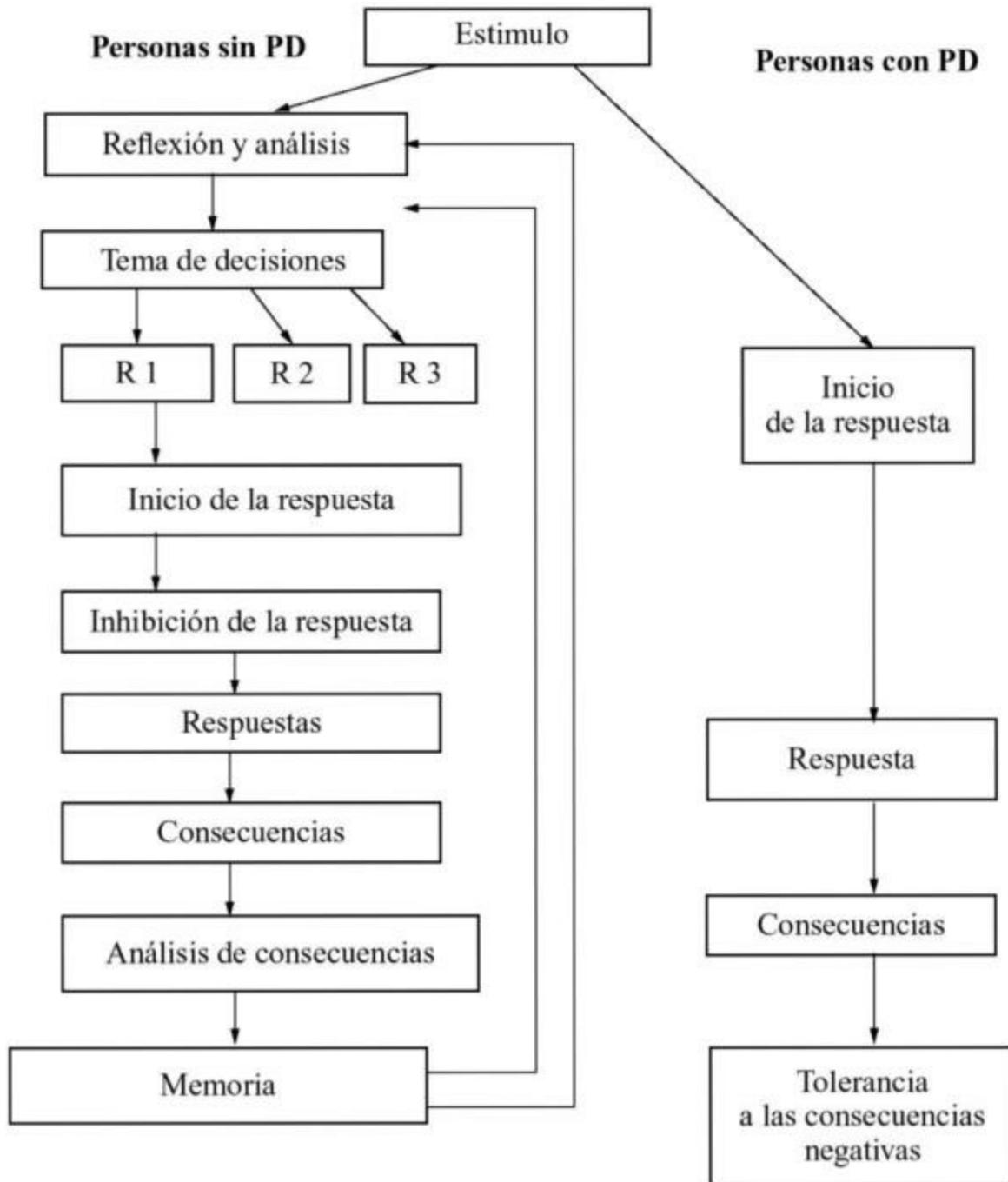


Figura 6.2. Forma de tomar decisiones y ejecutar una acción por parte de las personas sin adicción vs. adictas o con PD.

Con nuestras técnicas y procedimientos de intervención lo que pretendemos es que los pacientes se paren a pensar, tengan en cuenta que existen múltiples opciones a la hora de decidir, que sean capaces de contemplar aquellas, y sensibles a las consecuencias que de sus acciones se derivan. Para así poder cambiar su forma habitual de proceder ante

una situación similar a la que antes respondían bien consumiendo, bien actuando de manera impulsiva sin medir el alcance de su acción.

En cierta medida lo que queremos es que el paciente pase de un procesamiento basado en la acción pura, a uno menos automático y más centrado en el análisis de pros, contras y resultados posibles esperados.

6.3. Manejo de W internas. El papel de las emociones

Una de las cosas que peor manejan los pacientes duales es precisamente sus emociones. Las cuales hay que recordar que tienen varias funciones ontogenéticas. En primer lugar, lo que define al ser humano es precisamente su capacidad para manifestar emociones; por otro lado, las emociones desempeñan un importante papel en las relaciones con los demás, siendo básico tanto su manifestación como la identificación de las mismas por parte de nuestros congéneres.

Además, las emociones tienen la función de indicarnos cómo nos encontramos en cada momento ante un determinado evento (sea externo o interno), y así obrar en consecuencia. Por ejemplo, el miedo es el que nos permite activarnos para poder responder ante una situación potencialmente peligrosa, y esto tiene un papel evolutivo. Es un mecanismo tan primitivo que está en los orígenes mismos del ser humano, cumpliendo la finalidad de permitir mantenernos con vida. Sin embargo esto, en la actualidad, no tiene tanto que ver con la supervivencia física sino con una cuestión más social, con nuestra supervivencia en cuanto a relación adecuada con los demás, ya que al fin y al cabo somos seres sociales.

Y es en este punto donde flaquean nuestros pacientes: en lo que tiene que ver con la identificación, expresión y sobre todo de regulación de las emociones. Son personas que se desbordan fácilmente ante las propias emociones o las de los demás.

A continuación vamos a señalar algunas de las técnicas y procedimientos para trabajar con las emociones.

Primero hablaremos de procedimientos para abordar cualquier tipo de emoción, lo que hemos llamado procedimiento general, y posteriormente pasaremos a desglosar la forma de intervenir con algunas de las emociones que más fácilmente nos vamos a encontrar en los pacientes duales.

6.3.1. Procedimiento general

•Identificación de las propias emociones

Una de las cosas que más les cuesta a nuestros pacientes, e indefectiblemente el paso primero de toda intervención que pretenda abordar las emociones, tiene que ver con que la persona sea capaz de identificar las propias emociones y las de los demás.

Muchas veces los pacientes no se dan cuenta de qué cosas transmiten a sus iguales, y cómo esto se torna una reacción (positiva o negativa) de vuelta por parte de la otra persona.

A menudo damos por hecho que el paciente es capaz de identificar las emociones, y no debemos hacerlo. Hay que trabajar con los pacientes para que identifiquen cómo se sienten ante tal o cual estímulo (ya sea externo o interno).

•Reinterpretación

El verdadero problema de los pacientes duales es precisamente la interpretación que hacen de los estímulos: amenaza, rechazo, competitividad, abandono, etc. Esto es especialmente palpable si la patología asociada a la adicción es un trastorno de personalidad (como deja entrever el cuadro 6.1).

Nuestro objetivo es adecuar las interpretaciones a la realidad pero con el fin de que la persona ajuste los sentimientos derivados de ello. Lo que se busca es que el paciente flexibilice su forma de pensar respecto a lo que interpreta que ha sido por ejemplo, una provocación. La idea es que busque una posible explicación alternativa a "me ha dicho tal cosa porque soy yo", como puede ser "ha tenido un mal día". Así, de este modo, las emociones derivadas de la nueva interpretación del hecho cambian radicalmente.

Para ello se le pide a la persona que identifique qué explicaciones alternativas al pensamiento anterior puede haber, y qué probabilidad existe de que cada una de ellas sea la que me permita explicar lo acontecido. Si se quiere, también se puede hacer de manera gráfica mediante el uso de un diagrama de tarta donde se atribuye un porcentaje de certeza (del 100% total que supone la tarta) a cada alternativa. Naturalmente, la explicación primera que daba el paciente es la que se coloca la última para que compruebe que la probabilidad otorgada al principio y la que da ahora una vez pensadas el resto de explicaciones alternativas no tiene nada que ver.

Por último, una vez realizado esto es importante que analicemos con el paciente cómo cada una de esas alternativas nos genera diferentes emociones que serán más o menos positivas en base a la explicación que hemos considerado.

- La percepción de control

Una de las cosas más importantes de las que el paciente con patología dual no dispone es de la sensación de control. Es víctima de sus propios impulsos y emociones, viéndose impelido a actuar, a llevar a cabo acciones que, pese a no querer, se ve a menudo arrastrado a ello.

Esto genera un gran sufrimiento en la persona, que se siente al albur de "la tormenta" (impulsos, emociones desbordantes, pensamientos). Por ello uno de nuestros objetivos es conseguir que la persona sienta que toma las riendas de su vida.

Realmente lo importante no es sobre qué cosas adquiera el control, sino que adquiera la propia percepción de control en sí misma.

- Cambio de los pensamientos partiendo de las emociones

Algunos tipos de abordaje psicoterapéuticos, como por ejemplo la risoterapia, buscan el cambio de los pensamientos negativos y la mejora de la salud en general trabajando directamente con las emociones. Cuando conseguimos inducir una determinada emoción, los pensamientos que uno tiene pasan por el filtro de color de la emoción que está experimentando en ese momento.

Por este motivo es tan importante, por ejemplo, que los pacientes deprimidos lleven a cabo actividades que puedan a priori parecerles placenteras. Esto tendrá una doble finalidad. Por un lado se trata de que rompan la inactividad en la que se encuentran metidos, y por otra que esas actividades empiecen a generarles emociones positivas, lo que redundará en el aumento de la percepción de control y en la aparición de pensamientos de signo positivo.

6.3.2. Manejo de la ira

La ira es una respuesta emocional que se experimenta ante un evento (provocación) que consideramos inapropiado, amenazante, injusto o contrario a nosotros, manifestándose mediante una serie de correlatos fisiológicos, cognitivos y conductuales.

- Explicación de la curva de hostilidad. Fases y escalada

Una de las cosas que tenemos que hacerle ver al paciente es cómo la ira es un proceso ascendente que crece no solo con cada nueva provocación, sino con la interpretación de las mismas. Es la valoración de los hechos como provocaciones lo que genera la respuesta de ira y no los hechos en sí mismos.

La ira tiene manifestaciones en cuatro niveles (cognitivo, fisiológico, emocional y conductual). Puede hablarse de cuatro fases de la ira:

- Inicio: es el momento en el cual la persona empieza a enojarse. Todavía es capaz de responder a argumentos que le pueden hacer retroceder y disminuir su nivel de activación.
- Aumento: la respuesta de ira empieza a alcanzar sus cotas más elevadas, siendo incapaz la persona de atender a ningún tipo de razones. De hecho, cualquier tipo de comentario por parte de terceros se tomará como una nueva amenaza o provocación y acrecentará la respuesta de ira. Por eso en estos momentos lo que debe procurarse es que la persona termine de llegar hasta el punto más elevado de la respuesta de ira, porque a partir de este momento, la activación comenzará a bajar.
- Mantenimiento: la ira ha llegado hasta su punto más alto, a la asíntota, y a partir de este momento la respuesta no hará más que decrecer.
- Descenso o agotamiento: la ira comienza a bajar poco a poco, y si no hay ninguna otra provocación descenderá del todo.

Es importante que los pacientes conozcan las distintas fases que componen la ira puesto que de este modo podrán reconocer cómo se encuentran en lo que a nivel de activación se refiere, pudiendo intervenir para que no vaya a más y se transforme en un estallido de ira que lo que va a provocar va a ser fuertes consecuencias tanto externas (discusiones, rotura de objetos, etc.) como interna (culpa, obsesiones respecto al acontecimiento, etc.), cosa muy propia de los pacientes con patología dual.

Es fundamental hacerle ver al paciente que en la ira, el control de la misma lo tiene uno. Yo soy quien decido si "pierdo los papeles o no". Con independencia de lo que me diga el otro debo ser yo quien controle la situación, quien decide si me enojo o no.

También es importante enseñar al paciente a actuar adecuadamente cuando se enfrenta con alguien que está en la fase aguda de ira. En ese momento cualquier tipo de comentario (ya sea una justificación, quitarle importancia al asunto, o lo que sea) puede ser interpretado como una nueva forma de provocación, por lo que debemos procurar la ventilación emocional y esperar hasta que notemos que la cólera de esa persona ha empezado decrecer. Es en este momento cuando aquel es capaz de escuchar lo que le decimos, por lo que empezaremos a plantearle alternativas de solución a la situación o hecho que le ha enojado, sin olvidar seguir procurándole la ventilación emocional.

- Identificación de desencadenantes

Una de las cosas que debemos hacerle ver a los pacientes es que ni las situaciones, ni las personas son los desencadenantes últimos de la ira, sino que son las interpretaciones sobre unos u otros lo que hace que la ira se dispare. El problema aparece cuando no nos damos cuenta de todos estos pensamientos intermedios, que al fin y al cabo son los desencadenantes últimos de la respuesta de ira. Ya que el primer paso para poder controlar la ira es identificar cuáles son estos desencadenantes.

Recuerdo el caso de un paciente con un trastorno de personalidad paranoide al que solo el hecho de que una persona no le saludara (probablemente porque no se había dado cuenta) le hacía disparar pensamientos del tipo "no me ha saludado por no le caigo bien", lo que le encolerizaba sobremanera.

- Autoinstrucciones

Una de las partes más importantes a trabajar para hacer frente a la ira tiene que ver con los mensajes que nos damos a nosotros mismos. De modo que si yo pienso "se lo tiene merecido" el resultado será diferente a si yo pienso cosas del estilo a "me estoy empezando a alterar y si no hago algo, acabaré perdiendo los papeles".

Los pacientes con patología dual ya hemos visto que tienen una tendencia a desbordarse emocionalmente con mucha facilidad, por lo que es especialmente importante que introduzcan en su funcionamiento cotidiano pensamientos que les permitan evitar la aparición de las reacciones de ira. Serían cosas del estilo a "lo estoy haciendo muy bien, estoy siendo capaz de controlarme", "no quiero desbordarme", etc.

- Desactivación

Al igual que en el caso del descontrol de impulsos, las técnicas de desactivación son esenciales para lograr bajar los elevados niveles de activación que aparecen asociados a la respuesta de ira.

La evidencia señala que es más útil la relajación progresiva de Jacobson, ya que se fundamenta en la tensión muscular, siendo precisamente la tensión uno de los signos que mejor identifican los pacientes cuando empiezan a encolerizarse.

- Tiempo fuera

Una de las estrategias que hay que enseñar a los pacientes cuando se empiezan a encontrar airados y no son capaces de controlar ni la situación ni sus respuestas

emocionales y notan el aumento del nivel de activación es encontrar una forma de escape, para permitir volver a tomar perspectiva y evitar que los sentimientos de culpa, arrepentimiento... afloren.

Debemos entrenar al paciente en la identificación de las señales que anticipan que la cólera se va a manifestar en su más florida expresión, el punto de no retorno, aquel en el que si no hacemos algo la ira hará su aparición de manera inminente y manifiesta.

El paciente debe saber cuál es ese punto, y abandonar la situación hasta conseguir que la ira baje completamente.

Es importante avisar al paciente de que no se trata de marcharse dando un portazo y diciendo que uno se va porque con la otra persona no se puede hablar, sino que uno se marcha para conseguir calmarse él mismo. Hay que avisar a nuestro interlocutor que uno se marcha para tranquilizarse, porque si uno se va sin decir nada o acusando al otro de que es el responsable de que se tenga que ir, esto será tomado por el otro como una provocación en sí misma, lo que ocasionará que se enfade a su vez, y comience la archiconocida escalada de violencia.

6.3.3. Sentimiento de vacío, abandono e incomprensión

Una de las cuestiones que más aparecen en los pacientes duales es esa sensación difusa de vacío que nos recuerda la que con frecuencia aparece en los cuadros depresivos graves de tipo psicótico.

Por otro lado también es frecuente encontramos con aspectos relacionales del tipo incomprensión, no sentirse querido, creerse abandonado. Este tipo de sensaciones son muy propias de los pacientes con trastornos de personalidad del clúster C y del trastorno límite de personalidad (clúster B).

En la visión más racionalista de Ellis esto sería fruto de uno de los axiomas fundamentales del ser humano, el de la necesidad de ser querido por los demás. Sin embargo, los pacientes duales dan otra vuelta de tuerca, sienten que no tienen cabida en las relaciones con los demás.

Nuestros objetivos a la hora de trabajar estos sentimientos serán:

- a) Identificación de estas emociones. Muchos pacientes manifiestan un profundo malestar ligado a la interacción con los demás pero no son capaces de ponerles nombre. A menudo porque esas sensaciones son difusas, no están bien definidas, o

solo responden a los aspectos superficiales como no sentirse comprendido, o porque son la resulta de algo más hondo: la sensación de abandono o vacío.

La sensación de vacío que aparece en los pacientes con trastorno de personalidad o la que aparece en un cuadro depresivo de tipo psicótico tiene un calado mucho mayor en la persona, y no está vinculada a algo concreto como, por ejemplo, es el caso de la ausencia de reforzadores en una depresión neurótica, o con la pérdida de un ser querido como en el caso de los cuadros de tipo adaptativo.

Luego el primer trabajo a realizar con este tipo de pacientes será la identificación de este tipo de sensaciones, que se dé cuenta de que con frecuencia le aparecen, generándole un profundo malestar que a menudo le lleva a realizar una serie de actuaciones (muchas veces tremendamente impulsivas) en un intento de librarse de ese malestar. Son cosas como llamadas constantes de atención, amenazas de suicidio, etc., que entrañan constantes conductas de riesgo de todo tipo. Un ejemplo de ello es el caso de un joven de 28 años que tras una discusión con sus padres es incapaz de manejar la sensación interna de malestar asociada y coge el coche de su padre y lo estrella contra la farola que está justo en frente de la casa de es tos. El problema de este chico, que tenía un TLP, era precisamente su incapacidad para identificar este tipo de emociones, simplemente sabía que se encontraba mal en la relación con sus padres pero era incapaz de dar un paso más a la hora de tomar conciencia sobre sus propias emociones.

b) Acotar los problemas y las emociones derivadas. Como ya hemos comentado, uno de los fenómenos que nos encontramos comúnmente en este tipo de pacientes es que se desbordan con facilidad ante cualquier acontecimiento, por pequeño que sea, y son incapaces de controlar las emociones que de ello se desprenden.

A menudo esto se debe a que plantean el problema de manera incorrecta, no son capaces de encontrar una solución que les permita abordar la cuestión de manera adecuada y se dejan llevar simplemente por la emoción que se deriva.

Debemos trabajar con el paciente para que pase de ver el problema como un todo, y lo subdivida en pequeños problemas más fácilmente solucionables.

Del mismo modo también perseguimos que el paciente pueda acotar las emociones, para lo cual lo primero es identificarlas, ponerles nombre. Ahora lo que le vamos a pedir es que las analice en términos de intensidad y frecuencia, de modo que se dé cuenta de que ni siempre es víctima de una emoción concreta, ni

siempre el grado de intensidad es tan grande como dice que es. Esto permite dotar al paciente de un cierto grado de control para hacer frente por sí mismo a estos problemas o emociones derivadas de ellos, así como entender que no todo es una "crisis", ya que en la medida que soy capaz de hacer frente a algo, en la medida que encuentro una solución a un problema aparentemente irresoluble, aquel deja de ser un problema.

- c) Reestructuración de los pensamientos a partir de la forma de los mismos y no tanto de su contenido. A menudo es importante hacerle ver al paciente que no es tanto el hecho del contenido de los pensamientos que le han llevado a esas emociones que le desbordan, como la forma que tienen sus pensamientos (en la línea más pura de las distorsiones cognitivas de Beck). Por ejemplo, es posible que un paciente esté muy desbordado tras una discusión con su madre, lo cual le ha llevado a plantearse que no le quiere nadie, que nadie le comprende.

En este caso tan importante como trabajar las emociones y los pensamientos nucleares que han derivado en este pensamiento "nadie me quiere" es analizar el formato del mismo y cómo de un hecho aislado se generaliza a todas las situaciones. En términos de las distorsiones de Beck, hablamos de un pensamiento dicotómico, donde de un hecho aislado sacamos un axioma general. Es importante trabajar formas específicas de pensar como estas, ya que son tan idiosincráticas que no se circunscriben a un área concreta de la vida de la persona sino que se refieren a la forma de pensar, y específicamente a lo que tiene que ver con la relación con los demás.

6.3.4. Tolerancia a la frustración y al estrés

Una de las características más destacadas de los pacientes duales es precisamente su baja tolerancia a la frustración y al estrés. Como ya hemos hecho referencia anteriormente, son personas que se desbordan muy fácilmente, sobre todo cuando hay momentos de cierto estrés, o cuando las cosas no se desarrollan como ellos esperan.

El problema no viene tanto por la situación como por las emociones derivadas de ellas, las cuales les cuesta manejar a estos pacientes.

Pese a todo, lo que también encontramos en estos pacientes es una dificultad para analizar de manera adecuada los problemas con los que se enfrentan. No piensan en los problemas en términos de las posibles soluciones, ya que el desbordamiento emocional se lo impide.

Por eso es tan importante trabajar precisamente el manejo de las emociones para posteriormente abordar el problema desde la perspectiva del entrenamiento en solución de problemas.

- Entrenamiento en solución de problemas.

Esta técnica trata de centrarse no tanto en el problema sino en las soluciones posibles que podemos encontrar al mismo.

Lo que se busca es analizar el problema de manera específica pero abriendo la mente para poder ver todos los posibles "flancos" por los cuales podemos abordarle.

Muchas veces el planteamiento del problema no es sino la suma de varios problemas, o el planteamiento de un problema muy general, que visto o analizado desde ese punto lógicamente es irresoluble, generando el ya citado desbordamiento emocional. Sin embargo lo que pretendemos nosotros con la técnica de solución de problemas es que el paciente pueda contemplar el problema desde otra perspectiva, de tal modo que pueda plantear soluciones alternativas, evitando el bloqueo y desbordamiento. En resumen, lo que se busca es dotar al paciente de un nuevo enfoque a la hora de abordar los problemas, que pueda disponer de una nueva herramienta de afrontamiento, redundando todo ello en el aumento de la sensación de control.

- Inoculación al estrés

Se trata de enseñar al paciente una serie de estrategias y habilidades que le permitan hacer frente a situaciones presentes y futuras marcadas por el estrés, percibiéndose a sí mismo con herramientas para poder hacerle frente en vez de tener que entrar en un proceso de desesperanza, conflicto o acabar recurriendo a conductas de riesgo como el consumo de drogas.

Podemos hablar de tres fases partiendo de las premisas desarrolladas por Meichembaum (1987):

- Fase educativa o de conceptualización: destinada a que los pacientes entiendan en qué consiste el estrés y cómo puede afectarle, y cómo puede hacerle frente, para lo cual se le enseñarán una serie de estrategias cognitivas y comportamentales.
- Fase de ensayo y de adquisición de habilidades: durante esta fase al paciente se le enseña a desarrollar esas habilidades y estrategias.
- Fase de aplicación y consolidación: supone la puesta en marcha de las habilidades

anteriormente señaladas.

En el caso concreto de los pacientes con patología dual nos encontramos principalmente con problemas a la hora de percibir y procesar la información del medio y de las relaciones interpersonales, interpretándola como estresante; así como presentan una dificultad para poder manejar las respuestas emocionales en este tipo de situaciones.

Este tipo de forma alterada de percibir la información del medio puede resumirse en:

- Percepción selectiva de características estímulares estresantes.
- Evaluación errónea o demasiado rígida de las situaciones.
- Criterios de evaluación de la actividad desajustados.
- Desorganización total cognitiva.
- Ideas irracionales.
- Fallos en la observación de la propia conducta.

Con respecto a los problemas en el control de las respuestas psicofisiológicas podemos hablar del trabajo con:

- Inadecuado control de respuestas (excesos o déficits).
- Interpretación errónea de las mismas.

6.4. Incumplimiento terapéutico y abandono

Una de las cuestiones que hemos ido dejando claras a lo largo de todo el texto es que los pacientes con patología dual presentan una mayor tasa de incumplimiento terapéutico y de abandono que otro tipo de pacientes.

Una de las manifestaciones del incumplimiento la podemos observar en la asistencia a citas. Acuden, pero a menudo lo hacen a deshora, y aducen que una serie de problemas les han impedido venir en fecha y hora. Nos contarán lo incapacitante de sus problemas, la dificultad para hacerles frente, o "echarán balones fuera" culpando a otros de lo que les ocurre, y cómo todo ello ha impedido que acudan a la hora o día apalabrados. En cualquier caso, lo que estos pacientes parecen no tener claro es la responsabilidad respecto a sus problemas y solución de los mismos. Depositán en los demás, sea el terapeuta, la familia o en la etiqueta del trastorno, su responsabilidad para así no hacer

nada, no cumplir con lo pautado o no emprender una serie de cambios, permaneciendo en la zona de confort de los viejos hábitos y costumbres, aunque no sean muy adecuados o le estén trayendo consecuencias negativas.

Por otro lado, ya hemos mencionado la elevada tasa de abandono que aparece en este tipo de pacientes. De hecho, un indicador de buen pronóstico es su permanencia en consulta, mientras que uno de mal pronóstico es el número de terapeutas a los que ha acudido. Cuantos más haya visitado a lo largo de su vida, la gravedad del caso será mayor, así como la probabilidad de abandono.

Para evitar el incumplimiento y el abandono terapéutico es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Seguimiento de la pauta psicofarmacológica. Los pacientes que toman de manera reglada la pauta dada por el médico presentan una menor tasa de abandono del tratamiento. Aunque también, por el contrario, nos encontramos que precisamente los pacientes duales tienen una mayor tasa de abandono de la medicación pautada. En cualquier caso y para evitar tanto el abandono de la medicación como del tratamiento en general, es preciso que exista una comunicación estrecha entre el paciente y su equipo terapéutico. También, y concretamente referido a la medicación, a menudo es importante llevar a cabo la supervisión directa de su ingesta, para comprobar no solo que el paciente se la toma, sino que lo hace según la pauta.
- Buen vínculo terapéutico. Como ya hemos comentado, el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica es esencial para el tratamiento, y especialmente para disminuir la probabilidad de que se produzca un abandono.
- Apoyo familiar. Contar con el apoyo de la familia sirve de sostén en todo momento terapéutico, pero en lo que se refiere a la probabilidad de abandono o incumplimiento terapéutico, la familia supone el soporte necesario para que estos pacientes acudan regularmente a citas y no opten por el abandono. Es importante que se tengan en la medida de lo posible citas con la familia, ya sea a nivel individual o grupal (véase grupos terapéuticos familiares o grupos psicoeducativos de familias).
- Abstinencia a drogas. El consumo activo de drogas hace que sea más probable el incumplimiento y abandono terapéutico, por lo que uno de nuestros objetivos principales es tratar de lograr una abstinencia más o menos prolongada en el tiempo.

Algunas de estas indicaciones nos recuerdan a las que señalan Martínez y Trujillo (2003) al hablar de las diferencias existentes en el tratamiento de las drogodependencias cuando coexisten con un trastorno de la personalidad:

- La latencia entre sesiones debe ser la menor posible.
- La duración de las sesiones depende del trastorno de personalidad, porque mientras que una persona con trastorno límite previsiblemente demandará sesiones más largas, los que presentan un trastorno antisocial tienen dificultades para implicarse en sesiones de más de veinte minutos.
- Los familiares de estos pacientes necesitan mayor nivel de instrucción para poder colaborar activa y eficazmente en el tratamiento.
- Se requiere más tiempo para hacer la evaluación.
- El uso de psicofármacos es necesario en muchas ocasiones.
- Dependiendo del tipo de trastorno de la personalidad, la relación entre paciente y terapeuta debe establecerse cuidando diferentes aspectos.
- Se necesita un mayor grado de dedicación y especialización del profesional.
- Debe tenerse en cuenta el impacto de los consumos esporádicos sobre la evolución del tratamiento, porque estos incrementan la probabilidad de que se reagudice la psicopatología concomitante.
- Los tratamientos serán más largos aunque se haya logrado con prontitud la abstinencia.
- En comparación con los casos que no presentan patología dual, el consumo de alcohol tiene en estos pacientes peores consecuencias.
- Las sesiones de seguimiento tras el alta terapéutica son muy importantes, en especial si el drogodependiente presenta un trastorno de la personalidad límite o dependiente.
- La clara inadecuación de recomendaciones estándar.
- La familia tendrá que implicarse más.

Los programas de prevención de recaídas deben centrarse en estos casos en: el

manejo de la presión social, el afrontamiento de estados emocionales negativos, los mecanismos de prevención de respuestas, las alteraciones cognitivas asociadas al deseo de consumo, la identificación de factores de riesgo para la recaída y las estrategias de control de las mismas. Estos pacientes se diferencian, entre otras cuestiones, por las situaciones en las que suelen comportarse de un modo desadaptado o consumir algún tipo de droga.

Al fin y al cabo, estas apreciaciones sobre los pacientes drogodependientes con trastorno de personalidad no dejan de ser sino una serie de indicaciones para mejorar la adherencia y continuidad en el tratamiento de los pacientes duales, especialmente aquellos que presentan un trastorno de personalidad.

6.5. Interacción social

Si hay un área en el que destaca la problemática de los pacientes con patología dual, este es el de la interacción social. Estos pacientes van a destacar por interacciones sociales caracterizadas por exceso, por defecto o por inadecuación. Como vemos, estamos contemplando la variable cantidad de relaciones sociales o facilidad o dificultad en el establecimiento de las mismas. Sin embargo, también tenemos que tener en cuenta la variable implicación emocional, donde las manifestaciones pueden ir desde una expresión desmedida de las emociones hasta una frialdad emocional en las interacciones.

Por otro lado también hay que contemplar la funcionalidad de las emociones, donde nos vamos a encontrar con pacientes que emplean estas para obtener un beneficio secundario material o uno de un tipo más emocional. En cualquier caso estaríamos ante formas de interacción de tipo manipulativo.

En resumen, en lo que se refiere a la interacción social de los pacientes duales hay que tener presentes algunas variables que van a definir su forma de relacionarse:

- Cantidad de interacciones sociales. Está relacionado con la facilidad o dificultad para su establecimiento. Estaríamos en el continuo: aislamiento-expansividad.
- Adecuación o inadecuación de las interacciones según las normas sociales imperantes.
- Expresión de las emociones ligadas a dicha interacción. Iríamos desde el histrionismo más extremo hasta la frialdad emocional propia de la psicopatía.
- Finalidad o beneficios derivados de las interacciones. Desde la necesidad de ser

venerado del narcisista o la necesidad de saber que la otra persona no le va a abandonar, como en el caso de los dependientes emocionales, hasta los beneficios materiales secundarios que va a ser la finalidad última de las interacciones del psicópata.

Los pacientes con patología dual suelen tener una forma de relacionarse que hace que las interacciones sociales se vean interferidas. El problema es que en la mayoría de los casos esta interferencia no es percibida, o si lo es, suelen achacar dicho problema a los demás y no a sí mismos, a excepción de los trastornos del clúster C de los trastornos de personalidad.

Sea cual sea el trastorno que presentan los pacientes, esta área va a estar muy afectada sobre todo en lo que tiene que ver con el mantenimiento de interacciones más o menos duraderas. Y en el caso de que mantengan interacciones sociales habituales, estas no suelen ser precisamente muy normalizadas, por lo que tampoco parecen las más recomendables.

Esto nos lleva a un punto extremadamente delicado, y es que estos pacientes cuentan con una red de apoyo socio-familiar muy escasa, lo que los hace especialmente vulnerables a problemáticas psicosociales de lo más variopinto (problemas de vivienda, reagudización de la psicosis, etc.).

Por otro lado, también podemos observar cómo muchos de estos pacientes no solo no mantienen interacciones estables sino que además van a presentar una manifiesta tendencia al aislamiento, lo que va a suponer un doble reto para el terapeuta que tendrá que procurar que salgan de su ensimismamiento, y además se integren en un circuito social más o menos normalizado siempre y cuando sea posible.

Otro de los rasgos identificativos de la interacción social que puede aparecer en muchos de los pacientes duales es justo el polo contrario, la dependencia emocional. Cada uno de los pasos que dan deben siempre estar refrendados por un tercero, su valía depende siempre de cómo lo percibe el otro, manifestando un vínculo indisoluble, que fácilmente puede ser con el terapeuta, y el cual el paciente se niega a romper pues considera que sin él no va a poder hacer nada en su vida. Las emociones y las decisiones las deposita en un tercero y le da miedo decidir por sí mismo y romper el lazo tan estrecho que ha establecido con el otro.

Pero quizá uno de los puntos más problemáticos del trabajo con muchos de estos pacientes es la tendencia a la manipulación, cuyo sentido o función puede tener que ver con la obtención de un beneficio secundario, pero también con la necesidad de sentirse

escuchado, sentirse el centro de atención, una estrategia más dentro de su tendencia a la seducción, etc. Sea lo que sea, es preciso que el clínico esté atento a esta tendencia manipulativa y a la función que cumple dentro de la casuística propia del paciente, obrando en consecuencia para abordarlo de la manera más adecuada y no dejarse llevar por ella.

6.6. Identificación y manejo de "crisis"

El problema con el que nos encontramos cuando trabajamos en psicoterapia es cuando los pacientes acuden a consulta con demandas inadecuadas. En concreto no tanto por su contenido como por el momento y la forma en la que plantean ser atendidos.

A menudo cualquier cosa que les ocurre es entendida como una situación desbordante que les lleva a acudir sin cita y sin hora a que les atienda su psicólogo.

En los pacientes duales esta forma de proceder es muy habitual. Y puede responder a multitud de funcionalidades, no debiendo caer en el error de pensar que solo quieren llamar nuestra atención y ser atendidos fuera de hora. Si bien esta es una de las posibles explicaciones con que nos podemos encontrar, existen otras como que el paciente es incapaz de manejar sus propias emociones y se encuentra desbordado.

Nuestro trabajo será enseñarle a que identifique qué es, y qué no, una situación de crisis, haciéndole ver que dispone de estrategias (se las hemos ido enseñado previamente) para manejar las emociones que le desbordan. Por eso es importante que nosotros tampoco nos dejemos arrastrar por las demandas de urgencia que nos plantean los pacientes. Debemos actuar con calma, filtrando si las consultas obedecen o no a una demanda adecuada de crisis o no (atendiéndolo en ese momento o emplazándolo para el día siguiente o para el día de cita correspondiente) y trasladarle al paciente que siempre vamos a atenderle, y que lo que nos cuenta es muy importante pero lo que a menudo es inadecuado es la forma en la que nos hace la demanda, y que tiene recursos suficientes para afrontar el lapso de tiempo entre el día de hoy y el próximo día de cita.

6.6.1. Automutilaciones

Las automutilaciones consisten en infligirse daño corporal de manera repetida sin una finalidad suicida. Se trata de cortes, quemaduras, etc.

Al igual que con las demandas inadecuadas de consulta, las automutilaciones son muy frecuentes en los pacientes duales, pero en concreto en aquellos que presentan trastorno límite de la personalidad (TLP), donde la presencia de este tipo de actos es un rasgo

definitorio en sí mismo.

Las automutilaciones pueden responder a multitud de funciones: alivio o manejo de emociones (la ira y la tristeza principalmente), una forma de conseguir atención por parte de los demás, una forma de castigar (a través del sentimiento de culpa) a las personas que tiene alrededor, de pedir ayuda; aunque también puede obedecer a la necesidad de autocastigarse, a un intento de autodestruirse por no aceptar su propia imagen, o tener una intención de limpiarse a nivel metafórico, o responder a un intento de superar el sentimiento de abandono o vacío tan propio del TLP.

6.6.2. Ideación autolítica

Se denomina ideación autolítica o ideación suicida a la presencia persistente en el sujeto de pensamientos o ideas encaminadas a cometer suicidio.

Por su parte, entendemos por tentativa de suicidio o intento autolítico al acto en sí mismo pero sin que se produzca como resultado la muerte (donde hablaríamos de suicidio consumado). Es cuando la persona trata de llevar a cabo la idea de suicidio pero sin llegar a conseguirlo.

En el caso concreto de los pacientes con patología dual, el riesgo suicida es del 41%, y es que ya a priori estos pacientes presentan dos de los más importantes factores de riesgo para llevar a cabo una tentativa suicida, la presencia de un trastorno mental y de consumo de drogas.

El consumo de alcohol, de entre todas las drogas, ha sido la más estudiada en relación con la tentativa suicida, comprobándose cómo las personas alcohólicas presentan un riesgo de suicidio 6 veces mayor que la población general. Por otro lado, dicha sustancia está presente en los intentos autolíticos en un porcentaje que oscila entre el 25 y el 50% de los casos.

Con respecto a los trastornos mentales, se estima que existe un riesgo de entre 6 y 15 veces más de llevar a cabo una tentativa suicida si se presenta un trastorno de personalidad (especialmente del clúster B) que si no se presenta. De hecho, en el caso del TLP el riesgo suicida es tan elevado como en el caso de los pacientes bipolares, aunque en aquellos hay más falsos positivos (conductas manipuladoras relacionadas con el suicidio). Y es que no debemos olvidar los beneficios que se pueden derivar de la verbalización de una ideación suicida, como son los beneficios materiales secundarios (cambio de pauta medicamentosa, derivación a otros recursos, atenuación o eliminación de los problemas legales, etc.), y los beneficios emocionales, como obtener atención por

parte de la familia o del equipo terapéutico, así como no asumir la responsabilidad del cambio echándole la culpa de su situación a terceros (entrando en el terreno del chantaje emocional).

Si a esto le sumamos la tan frecuente impulsividad, la falta de soporte social, haber tenido una persona con un problema mental en su familia, antecedentes autolíticos previos (tan habituales), la dificultad para manejar sus propias emociones..., tenemos listos todos los ingredientes para que aflore la ideación y la tentativa suicida.

6.7. Otros aspectos

Para concluir este epígrafe consideramos importante contemplar algunos actores y áreas significativas en el trabajo con los pacientes duales.

6. 7.1. El papel de la familia

El trabajo con estos pacientes pasa ineludiblemente por el trabajo con los familiares de estos, ya que van a ser el entorno que ayude o dificulte la labor que hacemos.

A modo de breves recomendaciones que se deben tener en cuenta con las familias, es importante destacar las que se detallan a continuación:

- Establecimiento de un buen vínculo con ellos. Si la familia considera que estamos en contra de ellos o que interferimos en la relación con su familiar se mostrarán pasivos, cuando no boicoteadores.
- Comunicación constante y fluida por ambas partes. Una de las máximas que llevan a cabo los pacientes duales es el famoso "divide y vencerás". Saben muy bien cómo lograr hacer de intermediarios entre nosotros y sus familiares, de modo que nunca tengamos una comunicación directa con aquellos, logrando manejar a su conveniencia a unos y otros.
- Contraste de información. En la línea de lo anterior, es importante que la información que nos transmita el paciente sea debidamente contrastada con la familia, pues de lo contrario acabaremos asumiendo lo que el paciente nos dice sobre él mismo, dando mejor o peor imagen que la real en función de sus intereses y conveniencia del momento.
- Labor de contención emocional. Si bien hemos estado hablando de la labor de la familia en relación a su familiar, es preciso contemplar esta con sus propios problemas, y uno de los que más se quejan es cómo manejar sus propias

emociones, ya que con frecuencia se contagian de las urgencias, ansiedades, momentos de ira y desesperanzas del paciente.

- Educación y manejo de situaciones difíciles. Otra de las cuestiones importantes con los familiares de los pacientes duales es enseñarles habilidades y estrategias para manejar situaciones difíciles que puedan darse, como por ejemplo cómo actuar si aquel amenaza con suicidarse o se muestra violento. Y es que hay que tener en cuenta que solo el hecho de que la familia disponga de unas breves indicaciones de qué hacer en estos casos hace que disminuyamos la incertidumbre, aumentemos su sensación de control y garanticemos una mayor tranquilidad, la cual será perceptible por el usuario. A este respecto nos han resultado de especial importancia los grupos de intervención multifamiliares, que comentaremos en el capítulo siguiente.
- El importante papel de coadyuvante en la terapia. La familia nos sirve como catalizador de las pautas, acciones o medidas establecidas por el equipo terapéutico, permitiendo comprobar además que estas se lleven a cabo.

Si se trata de dos o más miembros de la familia los que acuden a consulta, es básico que no se contradigan (ni verbalmente ni defacto) a la hora de actuar con el paciente, ya que la contradicción generará por una lado mayor desconcierto y por otro podría ser aprovechado para poner en marcha conductas de tipo manipulativo.

6.7.2. Problemas legales

Como ya hemos comentado, los pacientes duales presentan una mayor tasa de problemas legales que los pacientes consumidores de drogas que no tienen asociada otra patología mental.

Esto hace importante poder poner en conexión al paciente con servicios de asesoramiento legal, con los que el equipo terapéutico debe estar en contacto estrecho para estar al día de las causas pendientes y de las acciones que por parte de su abogado se van a poner en marcha de cara a la defensa.

Esta comunicación es muy importante dado que nos permitirá contrastar lo que el paciente nos dice sobre su situación legal, así como corregir malos entendidos que el paciente tiene respecto de la misma.

6.7.3. Problemas laborales

Como ya comentábamos en el capítulo 1, los pacientes con patología dual presentan más problemas de desempleo, de inserción laboral y de mantenimiento en su puesto de trabajo que otro tipo de pacientes, por lo que la figura del orientador/mediador sociolaboral es importante.

Sin embargo no debemos olvidar que para trabajar la inserción laboral es preciso que previamente a la búsqueda del empleo el paciente se haya estabilizado a nivel psicopatológico y adictivo, debiéndose además haber abordado aspectos tan importantes como la motivación, la toleración a la frustración, el mantenimiento de hábitos de la vida diaria, etc.

Por otro lado, y de cara a procurar que el paciente se mantenga en su puesto de trabajo y lo continúe a lo largo del tiempo, es básico concienciarle de la importancia de que acuda a las citas de seguimiento con su orientador laboral, quien abordará las dificultades que se pueda estar encontrando el paciente en su puesto de trabajo, ayudándole a hacerles frente o a minimizarlas en la medida de lo posible.

6.7.4. La importancia de una buena coordinación de equipo

Si el trabajo en los centros de tratamiento de drogas y los centros de salud mental debe ser multidisciplinar y coordinado, cuando se trata de personas con patología dual la buena coordinación es esencial. En primer lugar por la problemática que presentan en todas o casi todas las esferas de su vida (lo que va a requerir un enfoque más intensivo e implicará un número mayor de profesionales e instituciones), y en segundo por la elevada tendencia de estos pacientes a la manipulación.

En concreto, el trabajo en equipo debe ir en varias direcciones:

- Establecimiento de los problemas principales del paciente. Ya hemos dicho que son pacientes que presentan multitud de problemas, y que estos se engloban en varias áreas de su vida.
- Diseño y puesta en marcha de un plan de acción que aborde cada uno de esos problemas. A menudo resulta complicado el hecho de que todo el equipo se siente a hablar de un caso, y en el caso de hacerse, es frecuente que no se trace un plan común, sino que se actúe de manera parcelada, como si el paciente no fuera un todo, sino diferentes partes de uno que no terminan de verse de manera integrada. Por eso es importante que el equipo consensúe unos objetivos comunes con el caso (con independencia de si pertenecen más al terreno médico, psicológico, social o laboral) y se plantee un plan de acción donde la intervención de cada

profesional apunte la de los demás (forma de ejecución, técnicas, instrumentos, fármacos, recursos a emplear). No obstante siempre debemos tener presente que en el caso de que tras un tiempo dicho plan de acción no diera sus frutos, es importante saber y aceptar que debemos replanteárnoslo, y trazar uno nuevo, haciéndolo nuevamente de manera consensuada

- Estar informado de los últimos acontecimientos que han tenido lugar con el paciente antes de cada una de las intervenciones de cada miembro del equipo. Es decir, es muy importante el continuo feedback sobre el caso entre los profesionales, pues de lo contrario volvemos a caer en el trabajo parcelado del que hablábamos antes. Este punto es especialmente importante cuando el paciente se encuentra en una situación de crisis.
- La coordinación de equipo también permite evitar contradicciones entre los profesionales, dificultando las posibles manipulaciones de los pacientes.
- Coordinación externa con otras personas, recursos y redes que trabajan con el paciente (familia, centros de Servicios Sociales, centros de atención a familias, centros ocupacionales, etc.) de cara al trabajo en la consecución de los mismos objetivos.
- Por último, a los profesionales a menudo se nos olvida, o la presión asistencial nos lo impide, establecer seguimientos adecuados en el caso de pacientes de alta o desaparecidos, ya que de ello también va a depender en parte la evolución del paciente.

En resumen, debemos modular nuestra intervención basándonos en las intervenciones precedentes de los compañeros, objetivos a perseguir y la situación en la que se encuentra el paciente.

Caso clínico

N. es una mujer de unos 28 años que acude a consulta por problemas de consumo de alcohol. Ya acudió hace unos años por el mismo problema, pero abandonó el tratamiento a las pocas semanas de empezarlo. Dos años después vuelve a tratamiento asegurando que aquella vez no lo tenía claro, pero esta sí.

Su forma de consumo no es regular, sino que se desarrolla siguiendo un patrón muy impulsivo.

Es capaz de permanecer semanas sin beber, pero cuando consume lo hace hasta generar un gran impacto físico y psíquico, ya que va acompañado de conductas de riesgo sexual y explosiones de agresividad incontrolables (como arrancarle la falange de un dedo a una persona de un mordisco, o derribar la puerta de la casa de su ex pareja a patadas). No obstante, la agresividad suele manifestarla verbalmente.

Lo más interesante de este caso son las emociones que experimenta N, y que no es capaz de manejar, lo que desencadena todas esas explosiones agresivas y sexuales.

La paciente verbaliza los desencadenantes de estas conductas impulsiva a través del análisis de varios de los episodios:

- Conducta sexual (por ejemplo, sexo con desconocidos que viven en situación de calle, sexo con desconocido que decide aprovecharse de ella porque está bebida y ella no es capaz de negarse aunque sabe que no quiere realizar sexo con él, ya que es incapaz de decirle que no): "es dejadez de la embriaguez", "en mi estado normal no soy promiscua".
- Consumo compulsivo de alcohol: "comerse el coco" y estado de ansiedad que no sabe manejar.
- Conducta agresiva: sentir que se la está haciendo de menos, que se la está tratando inadecuadamente (por ejemplo, insulta a una teleoperadora de un servicio de atención telefónico porque le habla muy rápido y no es capaz de tomar la información).

Preguntas de autoevaluación

1. Sobre la alianza terapéutica debemos saber que:

- oa) Es un aspecto que solo se tiene en cuenta desde una orientación psicodinámica.
- ob) Debemos entenderla como una construcción que lleva a cabo el terapeuta.
- oc) Debemos entenderla como una construcción que llevan a cabo conjuntamente terapeuta y paciente.
- od) No es ni un elemento clave en la relación terapéutica ni en la psicoterapia.

2. Respecto a la impulsividad:

- oa) Esta es definida como la tendencia a actuar o tomar decisiones de forma meditada y lenta, contemplando las posibles consecuencias derivadas de aquellas.
- ob) No hay discrepancia entre los autores sobre las dimensiones que componen la impulsividad.
- oc) No se emplean los anticonvulsivantes como arsenal farmacológico para tratar de controlar la impulsividad.
- od) El descontrol de impulsos parece estar en la base de las drogodependencias y de las patologías asociadas, siendo el determinante último tanto de las alteraciones motivacionales como de la conducta de consumo.

3. En lo referente a las emociones:

- oa) Las emociones son un mecanismo primitivo que permite mantenernos con vida, no teniendo nada que ver con su papel en las relaciones sociales.
- ob) La regulación de las emociones no es uno de los problemas que tienen los pacientes duales.
- oc) Uno de los objetivos que se busca con el abordaje de las emociones de estos pacientes es que aumente su percepción de control sobre estas.
- od) No existe ninguna forma de conseguir un cambio de los pensamientos negativos partiendo del trabajo con las emociones.

4. Respecto al abordaje de la ira y la sensación de vacío que sufren los pacientes duales podemos afirmar que:

- oa) Son las interpretaciones las que hacen que la ira se dispare.
- ob) No es adecuado emplear las técnicas de desactivación para trabajar la ira puesto que esta debe abordarse exclusivamente a nivel cognitivo
- oc) Las sensaciones de vacío que experimentan los pacientes duales son muy concretas y el paciente es capaz de identificarlas. Solo debemos enseñarle a cómo hacerles frente.
- od) Debemos trabajar exclusivamente con el contenido de los pensamientos, y no con la forma de los mismos.

5. Señala la respuesta incorrecta:

- oa) Los pacientes duales suelen mantener relaciones sociales a lo largo del tiempo. Suelen ser relaciones duraderas.
- ob) La ideación y tentativa autolítica en estos pacientes es elevada.
- oc) Enseñar a los pacientes a identificar las crisis es uno de los puntos en los que debemos centrarnos cuando trabajamos con pacientes con patología dual.
- od) Lo extremo de las emociones parece ser una de las manifestaciones más notorias de los pacientes duales en el terreno emocional.

7

Guía para el terapeuta (II): líneas de intervención

7.1. Delimitación del problema y primeros pasos de la intervención

Efectivamente, el primer problema a la hora de trabajar con pacientes con patología dual es detectar la presencia de esta. A menudo la propia drogodependencia, con sus manifestaciones floridas, hace que el otro u otros trastornos mentales queden enmascarados, dificultando el proceso de diagnóstico e interfiriendo en el tratamiento asociado. Por eso es importante, en la medida de lo posible, realizar un proceso de screening de otro tipo de posibles patologías que pueda presentar el paciente.

En este sentido, informes previos nos pueden ayudar en el proceso de detección, sin embargo también nos pueden predisponer a analizar a la persona desde una perspectiva ya viciada. Por lo que deberemos tomar como referencia informes diagnósticos o de derivación, pero siempre contemplándolos desde una sana distancia, de tal modo que no nos sesguen en nuestro proceso de análisis.

Este doble ejercicio de análisis debemos llevarlo a cabo cuando el paciente acude acompañado de un familiar que nos aporta datos de la situación del paciente. En este caso debemos nosotros filtrar lo que el familiar nos dice, lo que nos dice el paciente, sumarlo a las referencias que nos aportan los informes, para finalmente integrar toda esa información y conformarnos una idea de la situación y diagnóstico del paciente para poder trazar unos objetivos y líneas de intervención.

7.2. Intervención médica

Como en cualquier intervención de corte clínica, lo primero que debe realizarse es una historia clínica completa sobre las enfermedades físicas que el paciente ha padecido a lo largo de su vida. Para poder llevarla a cabo de manera exhaustiva, se suelen analizar los aspectos médicos función por función. De este modo analizaremos la función pulmonar, cardíaca, genitourinaria, etc. Evidentemente, y dado que se trata de pacientes con patología mental, es importante detenerse en las enfermedades mentales de las que ha sido diagnosticado, siendo muy recomendable disponer de informes al respecto.

Para el caso de las enfermedades (ya sean físicas o mentales) donde la base biológica tiene un peso importante como factor predisponente, resulta básico analizar los

antecedentes familiares. Ejemplo de ello lo encontramos en el caso de la esquizofrenia o en el de la hipertensión o el cáncer.

Otra de las áreas importantes a analizar es si en la actualidad está llevando a cabo algún tratamiento médico, ya se trate específicamente de medicación o de revisiones o seguimientos médicos; como por ejemplo citas en áreas de medicina interna, enfermedades infecciosas o salud mental. Siendo también relevante analizar si sigue yendo o no, y en el caso de no hacerlo, las razones que le han llevado a abandonarlos.

También será importante analizar la existencia previa de hospitalizaciones en el último tiempo, y cuáles han sido las razones para ello, pues resulta un buen indicador no solo de las enfermedades que ha tenido a lo largo de su vida, sino además de la gravedad de las mismas.

Otra cosa que no debe olvidarse preguntar bajo ningún concepto es sobre la ideación autolítica. Si bien es importante analizar si la persona ha tenido algún intento autolítico, tan importante como ello es saber si ha pensado en ello en algún momento, y cuáles han sido las razones para no hacerlo finalmente.

Con respecto a la intervención hay que decir que si bien los médicos de los centros de tratamiento de drogas o de salud mental no deben entenderse como sustitutos de los médicos de atención primaria, sino como complementarios, la relación que muchos de nuestros pacientes duales establecen con los profesionales sanitarios de los dispositivos de adicciones o de salud mental es tan buena y tan estrecha que será a estos a quienes también les cuenten las dolencias de tipo somático, no siendo siempre el lugar ni el profesional más apropiado.

Si bien hay que decir que muchos de estos pacientes no son capaces de discernir dónde termina un médico de drogas o de salud mental y dónde empieza un médico de atención primaria o de medicina interna; o lo que es peor, la situación de desamparo que viven estos pacientes hace que el único referente que tengan en su vida sea el psiquiatra o el médico del centro de drogas de zona, al cual le contarán todas sus dolencias sean las que sean.

7.2.1. Programas de sustitutivos opiáceos

A menudo las personas que trabajamos directa o indirectamente en el campo de la intervención en drogodependencias parece que tenemos interiorizada la figura del médico de este ámbito con la dispensación de psicofármacos y estupefacientes, especialmente de metadona, en la línea de lo que en los años ochenta y primeros noventa llamaban algunos

colectivos, no bien intencionados, "camellos de bata blanca".

No obstante si bien en los años noventa gran parte del trabajo de los médicos de adicciones consistía en el desarrollo y puesta en marcha de los programas de mantenimiento con metadona (PMM), en la actualidad, dado el cambio de sustancias de consumo por parte de los pacientes, se ha convertido en una de las actividades que desarrollan pero no la única. En la actualidad la mayoría de las consultas no tienen que ver con el consumo de opiáceos sino con el de cocaína en primer lugar, seguido por el de alcohol y posteriormente por el de cánnabis.

Hay que entender que los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, fundamentalmente con metadona, respondían a la necesidad de una época (la de los ochenta y noventa) dominada por el consumo de heroína, y atenazada por el VIH fruto de la vía intravenosa.

En este sentido, y poniendo nuestro punto de mira en la patología dual, hay que señalar cómo en el caso de los pacientes psicóticos consumidores de heroína en mantenimiento con metadona, esta estabiliza la sintomatología de tipo psicótico positivo, y su descenso brusco o retirada produce un empeoramiento de la misma. Por eso todo ajuste que se lleve a cabo en la dosis de metadona debe realizarse de manera muy delicada y progresiva, pues de lo contrario se corre el riesgo de que se reagudice la sintomatología positiva propia de los cuadros psicóticos. Más concretamente que se produzca un aumento de la agresividad y de la ideación paranoide del paciente.

De este modo, el empleo de metadona suele hacerse a dosis elevadas, de cara a potenciar su efecto antipsicótico, eligiéndose a su vez antipsicóticos en dosis no muy elevadas, de cara a evitar que aparezcan efectos secundarios que favorezcan el abandono de los mismos por parte del paciente, u opten por el consumo de tóxicos como una manera de mitigarlos o minimizarlos. En este sentido los autores parecen estar de acuerdo en el empleo de antipsicóticos atípicos, y antiparkinsonianos. La razón de estos últimos es porque los psicóticos presentan una alta sensibilidad a los efectos secundarios de los antipsicóticos además de porque su uso mejora algunos síntomas negativos y porque parecen tener cierto efecto euforizante (Soler, 1993).

7.2.2. Psicofarmacología

Respecto al empleo de psicofármacos, quizá los casos de patología dual más estudiados son los cuadros psicóticos que aparecen conjuntamente con consumo de tóxicos. En estos casos los estudios ponen de manifiesto que es preciso abordar ambas patologías de manera simultánea desde un primer momento, teniendo siempre en cuenta que muchos

de los tóxicos alteran el metabolismo de los fármacos y disminuyen su efecto terapéutico.

Otra de las cuestiones importantes a considerar en los casos de psicóticos con patología dual es que una buena opción terapéutica es el empleo de medicación depot como opción terapéutica, ya que está más que comprobado que este tipo de pacientes cumple peor el tratamiento antipsicótico (Arias et al., 1997). Además, a esto debe sumarse que los pacientes psicóticos tienen una mayor sensibilidad a los efectos de las sustancias psicoactivas.

Con respecto a la pauta psicofarmacológica, se sigue la misma que pudiera llevarse a cabo en cualquier caso de psicosis no dual, sin embargo siempre hay que tener presente las posibles interacciones a nivel farmacocinético y farmacodinámico con las drogas de abuso y con otros fármacos que esté tomando el paciente (Miller y Guttman, 1997).

Si bien se observa que la sintomatología positiva disminuye con el empleo de metadona, como se ha señalado anteriormente, algunos estudios también han encontrado que estos mejoran con el empleo de antagonistas opiáceos (como naltrexona).

En lo relativo a los neurolépticos, son de elección los atípicos, porque tienen menor posibilidad de inducir síntomas depresivos y sintomatología psicótica negativa. Además presentan un perfil farmacodinámico de antagonización de varios sistemas de neurotransmisión (dopaminérgico, serotoninérgico) muy útil en pacientes toxicómanos aunque también hay que tener la precaución de saber que aumentan ligeramente el riesgo de convulsiones.

En el caso de los pacientes psicóticos con abuso o dependencia de alcohol, la opinión mayoritaria es contraindicar el uso del disulfiram, ya que se ha relacionado con descompensaciones psicopatológicas (Soyka, 2000). Aunque otros autores (Poyo et al., 2007) limitan el uso de interdictores en los pacientes con episodios psicóticos agudos, depresión, deterioro cognitivo, conducta impulsiva o riesgo de suicidio, pero no en todos los casos por defecto.

Centrándonos en el análisis pormenorizado del cuadro 7.1 observamos que:

- Los resultados positivos de los antidepresivos no ISRS se encuentran en los casos de alcoholismo con depresión.
- El tratamiento de los pacientes con patología dual requiere del empleo de otros psicofármacos además del uso de antidepresivos, ya que el efecto de dichos fármacos se hace patente en cuanto a sintomatología depresiva se refiere, pero no

en lo que respecta a la sintomatología adictiva.

-Solo se ha encontrado eficacia significativa de los antidepresivos en lo que a problemas adictivos se refiere, en la reducción del consumo de opiáceos sin que esto llevara asociado una mejoría de la sintomatología depresiva.

-La nortriptilina y el bupropión se han mostrado eficaces de cara a mantener la abstinencia a nicotina.

Cuadro 7.1. Evidencias científicas sobre antidepresivos en PD

<i>TUS</i>	<i>Fármaco</i>	<i>Eficacia sobre depresión</i>	<i>Eficacia sobre consumo de sustancias</i>
Alcohol	ISRS	No: fluoxetina, sertralina, citalopram. Sí: escitalopram.	No. No.
	Otros antidepresivos	Sí: desimipramina, imipramina, nefazodona, amitriptilina, mirtazapina.	
Cocaína	ISRS	No: fluoxetina.	No.
	Otros antidepresivos	No: desimipramina*, imipramina. Sí: desimipramina*.	No.
Opiáceos	ISRS	No: sertralina.	No.
	Otros antidepresivos	No: imipramina.	Sí: imipramina, doxepina.
Nicotina	ISRS	Sí: fluoxetina.	No: fluoxetina, sertralina
	Otros antidepresivos	No evaluado.	Sí**: bupropión, venlafaxina, nortriptilina. No: resto de Antidepresivos.

TUS se refiere a Trastornos por Uso de Sustancias.

Por ISRS se entiende el grupo de antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina.

* Resultados contradictorios entre el estudio de McDowell *et al.* (2005) y el metaanálisis de Torrens *et al.* (2005) (hay que recordar que este fármaco no está disponible en el mercado español).

** Reducción significativa en el consumo de opiáceos.

Fuente: Sociedad Española de Patología Dual (2009).

Como resumen del tratamiento farmacológico de los pacientes duales con depresión hay que dar cuenta que debe tratarse tanto la depresión como la patología adictiva, empleándose para ello fármacos distintos. Siendo importante para su abordaje un buen

diagnóstico de cara a evaluar la existencia de cuadros depresivos anteriores y la etiología de los mismos, ya que esto enfocará en cierta medida el abordaje psicofarmacológico a emplear. Por último, no debemos olvidar lo que tiene que ver con la interacción de los antidepresivos con las sustancias de abuso, especialmente lo relativo al aumento de la sedación y de la toxicidad de las sustancias de las que se abuse.

En el caso de los pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP) y consumo de tóxicos hay que tener en cuenta que no existe tratamiento farmacológico específico, sino que el abordaje es sintomático y puntual. Y es que con respecto a los trastornos de personalidad, no hay gran evidencia sobre la eficacia de los tratamientos farmacológicos, haciendo referencia las guías clínicas a la adecuación de los psicofármacos a la sintomatología manifestada por el paciente, por ejemplo si predomina el descontrol de impulsos podría estar indicado el uso de anticonvulsivantes (topiramato, ácido valproico...) o fármacos de perfil más sedativo como los antipsicóticos a dosis bajas. Particularmente, en el caso de los trastornos límite de personalidad hay un mayor número de investigaciones y evidencias a favor del empleo de antidepresivos (en concreto se recomienda el empleo de los ISRS), antipsicóticos (recomendándose los atípicos a dosis bajas) y anticomiciales (topiramato, oxcarbacepina, gabapentina o lamotrigina).

En lo referente a los trastornos de ansiedad, observamos que en el caso del trastorno de pánico, donde las benzodiacepinas se emplean de manera habitual para su tratamiento, deben ser empleadas con cuidado en los pacientes que presentan un trastorno por uso o abuso de sustancias asociado, debido al mal uso por parte de este tipo de pacientes y a su potencial efecto adictivo derivado de ello. También se han usado los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) debido a que no tienen potencial de abuso, son bien tolerados y relativamente seguros (SEPD, 2009).

Respecto a los antiepilépticos, la gabapentina parece ser la más recomendable.

En cuanto al trastorno de ansiedad generalizada, las recomendaciones hablan del empleo de antidepresivos, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), desaconsejándose el empleo de benzodiacepinas. Dentro del grupo de anticonvulsivantes, la pregabalina ha acumulado mayor nivel de evidencia con un buen perfil de tolerabilidad y seguridad, bajo potencial de abuso y escasas interacciones farmacológicas.

Con respecto al trastorno por estrés postraumático (TEPT), como ya hemos ido señalando a lo largo del libro, la relación que se establece entre consumo de drogas y este trastorno es muy estrecha, dado que cuando se ha producido un evento traumático, para

combatir la sintomatología asociada al mismo se suele recurrir al consumo de drogas. Por ello el empleo de benzodiacepinas no está indicado, dado que podría ocasionar un abuso de las mismas. De modo que por su eficacia y escaso potencial de abuso, los fármacos de elección son los antidepresivos ISRS (San Molina et al., 2005).

Hay que señalar que con respecto a los cuadros de trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y fobia social, los estudios sobre los psicofármacos de elección han sido muy limitados, extrapolándose las recomendaciones de los estudios realizados con pacientes con trastornos depresivos y el uso de antidepresivos, señalándose únicamente la recomendación general que aboga por el empleo de fármacos que tengan un bajo potencial de abuso y unos marcados niveles de seguridad.

7.3. Intervención psicológica

Como en el caso de la intervención médica, y como ya señaláramos en capítulos anteriores, es preciso realizar una evaluación completa de todos los aspectos de la vida de la persona. Solo así podremos dar cuenta tanto de las conductas problema como de las potencialidades en las que apoyarnos de cara al tratamiento (personas con las que cuenta, habilidades personales, etc.). Existen una serie de aspectos que tenemos que evaluar cuando trabajamos con pacientes drogodependientes, pero a su vez existen algunas variables concretas que hay que evaluar porque son consustanciales a las personas con patología dual. Es el caso de la impulsividad, de las relaciones interpersonales, de la dificultad para manejar sus estados emocionales, etc. Aspectos que pasaremos a analizar más detalladamente.

Si bien cuando trabajamos con pacientes drogodependientes es importante el trabajo con las familias, en el caso de los pacientes con patología dual es fundamental. Por eso en este punto vamos a hablar del trabajo tanto con el paciente como de la familia (en este caso a través de un grupo multifamiliar) para conseguir un abordaje integral de la problemática dual.

7.3.1. Psicoterapia individual

Antes de comenzar a intervenir, uno debe plantearse cuáles son las características de los pacientes con los que va a trabajar. En este sentido, la psicopatología nos ha enseñado cuáles son los rasgos, áreas o variables más importantes de cada uno de los trastornos mentales descritos en los manuales DSM y CIE, sin embargo, como hemos ido reseñando a lo largo de este libro, la patología dual no es un trastorno en sí, ni una categoría diagnóstica, sino una taxonomía que puede incluir una gran variedad de trastornos o patologías, pero donde siempre coexiste un trastorno mental junto con un

trastorno de naturaleza adictiva. Dicho esto, y dada la gran cantidad de combinaciones posibles existentes a la hora de "combinar" ambos tipos de trastornos, uno puede creer falsamente que no existen rasgos comunes a los pacientes duales; sin embargo, si uno se para a analizar detenidamente la clínica (con independencia de los cuadros mentales y por uso o abuso de sustancias que están en la base), podemos encontrar una serie de rasgos propios de este tipo de pacientes.

En resumen, qué observamos ante la pregunta ¿cómo son los pacientes con patología dual? A continuación se recogen los distintos tipos de pacientes que es posible encontrar:

- Impacientes

Per se, los pacientes drogodependientes se caracterizan por su impaciencia para que se les atienda, se les realice un informe o se lleve a cabo un ingreso para desintoxicación o deshabituación. Si esto ocurre con los pacientes consumidores sin otra patología asociada, cuando nos encontramos con pacientes duales, esta forma de actuar será aún más acusada (manifestándose con frecuencia y contundencia más elevada aún si cabe) lo que a menudo ocasionará el roce con el equipo terapéutico y una gran sobrecarga asistencial y desgaste del personal.

- Impulsivos

Al igual que en el caso anterior, los pacientes duales manifiestan una impulsividad mayor incluso que los pacientes drogodependientes sin otra patología asociada. Un ejemplo de ello es la forma de consumir que tienen muchos de estos pacientes, que pueden pasarse semanas sin consumir, pero cuando lo hacen, el consumo es masivo.

Aunque este patrón de consumo explosivo no es exclusivo de los pacientes duales, lo cierto es que es más propio de estos.

- Dependientes

Uno de los rasgos más curiosos de muchos pacientes duales es que a menudo manifiestan una gran dependencia hacia algunas de las personas de su entorno o más comúnmente hacia el equipo terapéutico en general, y en particular a todo aquel que se brinde a atenderle en todo momento.

Esto se manifestará en acudir constantemente a consulta sin cita previa aduciendo cualquier tipo de demanda peregrina.

A menudo suelen aderezar este tipo de consultas a demanda con frases del tipo "nadie

nunca me ha entendido como usted", o "este es el único centro en el que me he sentido comprendido".

Con frecuencia este tipo de pacientes no tienen otra ocupación diaria más que pasar las horas en la sala de espera de los centros de tratamiento, sin ninguna finalidad concreta más que esperar el momento para entablar conversación con otros pacientes, o para solicitar una consulta a demanda al equipo terapéutico.

Sea como sea, las implicaciones de este tipo de actuación suelen ser una sobrecarga asistencial y emocional de los profesionales, los cuales a menudo caemos en "su juego" y acabamos desarrollando un rol paternal que poco ayuda a los pacientes porque por un lado confundirá al paciente (hay que recordar que somos su terapeuta, no su padre), y por otro hará que nos dejemos llevar por la pena y acabemos cediendo a sus demandas constantes, perdiendo la perspectiva del caso.

- Tendentes al aislamiento

Otra de las características que podemos encontrar en algunos pacientes duales es su tendencia al aislamiento.

Probablemente su tendencia a tal comportamiento sea manifestación de la patología mental (véanse cuadros de tipo psicótico, cuadros afectivos y clúster C de los trastornos de personalidad) más que del trastorno por uso o abuso de sustancias o de la suma de ambos.

- Dificultades en el establecimiento o mantenimiento de relaciones sociales

Al hilo del aislamiento del cual hacíamos referencia, también encontramos que estos pacientes suelen tener dificultades a la hora de establecer, pero sobre todo de mantener, relaciones sociales prolongadas en el tiempo más allá de aquellas que les suponen un beneficio instrumental. Si bien esto es algo habitual en los pacientes drogodependientes, en los pacientes duales se hace especialmente notorio.

- Inestables emocional, conductual y cognitivamente

Quizá lo más llamativo de los pacientes duales, o mejor dicho lo que al profesional le hace saltar todas las alarmas de que se encuentra ante un caso de patología dual es precisamente su elevada inestabilidad en todas y cada una de las esferas de la persona.

Esto va muy ligado a aspectos que ya han sido comentados, como la impulsividad o la impaciencia.

- Se desbordan con facilidad (baja tolerancia a la frustración)

La baja tolerancia a la frustración está presente en los pacientes drogodependientes así como en muchas patologías mentales, con lo que podemos dar cuenta de los niveles que puede alcanzar tal rasgo cuando nos encontramos con casos duales.

- Producen una gran sobrecarga personal y emocional (tanto a familiares como a profesionales)

Dadas las características de los pacientes duales y su tendencia a la demanda, y dado el poco calado que tienen las palabras de sus familiares y la lentitud de las intervenciones profesionales, podemos imaginarnos la gran sobrecarga que producen en todas las personas con las que están en contacto.

- Producen una gran sobrecarga asistencial

La lentitud de las intervenciones, y la gran demanda de recursos que producen este tipo de pacientes, así como la tendencia inconsciente que tienen muchos equipos a derivar este tipo de casos (llamémoslos difíciles) a otros centros supuestamente más preparados para su abordaje hace que se produzca una gran sobrecarga a la ya elevada presión asistencial existente tanto en los centros de tratamientos de drogas como en los de salud mental, ya que este tipo de pacientes pueden entrar por cualquiera de las dos puertas asistenciales.

- Alta tendencia a la manipulación (familia, equipo terapéutico)

Otra de las características esenciales de los trastornos duales es la manipulación con la que funcionan estos pacientes.

Al igual que ocurre con la mentira, en el caso de la manipulación, el profesional puede personalizar los comportamientos implícitos en esta forma de relacionarse, y considerar que uno no puede fiarse de lo que nos cuentan o hacen. Pero uno no debe llegar a tomarse como algo personal esta forma de actuar, sino que hay que contemplarlo como un rasgo propio de las patologías de estos pacientes, y sobre todo tratar de poner remedio a la implicación que ello tiene en nuestro trabajo, debiendo tener una buena coordinación con la familia y resto de profesionales con los que se esté trabajando. Los objetivos son evitar que la información que nos da el paciente a cada uno sea lo que el otro "quiere oír", y poder trazar un plan de abordaje común, sin fisuras que puedan ser utilizadas por el paciente para la manipulación que los define.

- Abandonos frecuentes del tratamiento

Con todo esto, lo que sí comprobamos es que los pacientes con patología dual tienen una tasa de abandono mucho más alta que los pacientes con una sola patología.

Esto nos plantea la importancia que tiene trabajar la motivación y adherencia al tratamiento, la prevención de recaídas, y sobre todo una muy buena coordinación con el resto de las entidades que trabajan con el paciente, así como con la familia.

- Exacerbación bidireccional de ambas patologías

Una de las cuestiones que observamos cuando trabajamos con pacientes duales es cómo cuando una de las patologías se exagera, también lo hace la otra. Por ejemplo, si el paciente empieza a consumir, se reagudizará la psicosis, y viceversa.

En resumen, podemos decir que todos estos aspectos reseñados sobre la intervención con pacientes duales puede resumirse en: una mayor lentitud de las intervenciones, unos resultados más limitados, un mayor esfuerzo por parte del equipo terapéutico, una duración mayor de las sesiones y una mayor frecuencia de las citas. Además, podemos comprobar cómo de cara al tratamiento se hace imprescindible la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico (ya que se ha comprobado que su uso conjunto permite que permanezcan más tiempo abstinentes y más tiempo en tratamiento), requiriéndose además un abordaje simultáneo de ambas patologías.

¿Pero cómo se interviene, qué objetivos tanto generales como específicos nos planteamos con este tipo de pacientes dadas las complicadas características de estos? A continuación pasamos a detallar algunos de los objetivos dadas las carencias y necesidades más comunes que presentan los pacientes duales:

- Procurar las necesidades básicas: alojamiento, comida, higiene

Como hemos hecho referencia a lo largo de todo el libro, los pacientes duales tienen una probabilidad mayor de tener problemas sociales, incluidos el de acabar en situación de calle. Precisamente, dada la importancia que tiene la cobertura de las necesidades básicas para el trabajo posterior de otros aspectos de más hondura, el primer punto a trabajar es garantizar las necesidades básicas.

Fuera del entorno familiar encontrar un recurso que procure alojamiento, higiene y comida no es especialmente difícil, sin embargo encontrar un lugar que además de todo esto garantice un entorno saludable (personal y emocionalmente) no lo es tanto. Véase el

ejemplo de los albergues.

Por otro lado hay que tener en cuenta que los recursos convivenciales adecuados para estos pacientes, del tipo unidades de patología dual, pisos tutelados, pisos de autogestión, etc., son escasos y con una posibilidad de estancia muy breve, por lo que muchos de estos pacientes o cuentan con un sostén familiar o económico, o muy probablemente acabarán en situación de calle nuevamente, produciéndose el archiconocido fenómeno de la puerta giratoria.

•Persecución de la abstinencia a drogas

Evidentemente, uno de los aspectos esenciales que hay que trabajar con todo paciente dual es lograr la abstinencia a las sustancias.

En este sentido hay que precisar que si bien muchos de estos pacientes tienen un consumo diario, muchos otros tendrán periodos de gran consumo seguidos de otros de abstinencia prolongada. En estos casos el objetivo no será tanto conseguir que dejen de consumir, que también, sino sobre todo incidir sobre aquellas variables (intrapésicas fundamentalmente) que hacen que se disparen los consumos, y que suelen tener que ver con la incapacidad para poder manejar sus estados emocionales.

En cualquier caso es importante el desarrollo de un trabajo terapéutico destinado a identificar estas variables internas, a dotar al paciente de herramientas para poder hacerles frente, así como al empleo de los psicofármacos como otro elemento del arsenal terapéutico.

•Manejo de la impulsividad

A continuación vamos a señalar algunas de las técnicas o estrategias dirigidas a manejar de una manera adecuada la impulsividad, para frenar esta y actuar de manera más reflexiva, con la consiguiente reducción del impacto del puro acting.

- Lo primero que debemos trabajar con el paciente es identificar los desencadenantes externos pero sobre todo internos de las conductas impulsivas. Es decir, aquellas situaciones, personas, pensamientos y emociones que las disparan.
- Por otro lado, también se recurre al empleo de fármacos anticomiciales: topiramato u oxcarbamacepina son de gran utilidad de cara a reducir los impulsos.
- Análisis de consecuencias derivadas de anteriores conductas impulsivas. Analizar las consecuencias que han tenido en el pasado y las que pueden tener en el futuro mis

conductas hace que pasemos de un plano más impulsivo a uno más reflexivo a la hora de actuar.

- Técnicas de desactivación. Las técnicas de respiración y de relajación son un buen aliado a la hora de combatir las conductas de tipo impulsivo.
- Control de estímulos (tanto internos como externos) que puedan desbordar al paciente. Además de analizar las situaciones, personas, pensamientos y emociones disparadoras, evitarlas impide que las acciones impulsivas se acaben llevando a cabo.
- Búsqueda del apoyo de personas referentes para él. Evidentemente, el apoyo emocional hace que podamos enfrentarnos a las cosas de una manera más eficaz.
- Entrenamiento en manejo de emociones (ira, ansiedad, sensación de vacío). Las emociones nos hacen actuar a menudo sin pensar en los pros y contras de nuestras actuaciones, dejándonos llevar (sin pensar) por la intensidad de la carga emocional. Si somos capaces de manejar las emociones, seremos capaces de actuar de una manera más tranquila.

•Asesoramiento y psicoterapia a familiares

El trabajo con los familiares es importante cuando trabajamos con todo tipo de pacientes con problemas graves, pero en el caso de los pacientes duales es especialmente relevante, ya que permite apuntalar las cosas que se trabajan en consulta y que de otra manera sería imposible lograr. Además, a menudo la familia va a sernos útil para contrastar la información aportada por el paciente, y con frecuencia va a ser un elemento de contención para evitar que este lleve a cabo conductas de mayor riesgo.

Por ello es importante lograr un adecuado vínculo terapéutico. Tener a la familia a nuestro favor, pero sin enemistarnos con el paciente, ya que es frecuente que pueda pensar que estamos conspirando contra él. Por eso debemos tratar de mantener una equidistancia y neutralidad con unos y otros, haciéndoles saber en todo momento que nuestro papel es mediar. Debemos aprovechar el trabajo con ambos como una herramienta que redunde en el beneficio de todos, no como una forma de enjuiciar a nadie.

Por otro lado, una de las cosas que debemos procurar a los familiares es el desahogo-ventilación emocional. La familia está tan desbordada que permitir que nos cuenten cómo se encuentran sin interrumpirlos en su discurso y empatizando en todo momento

supondrá un importante beneficio para el familiar del paciente dual, pues se sentirá escuchado y comprendido, cosa que aunque debiera pasar siempre, la realidad es que muchas veces se sienten solos y ninguneados.

Otro aspecto importante a trabajar con las familias es la educación respecto a la patología dual. Muchos familiares quieren ayudar en todo el proceso de tratamiento, y como hemos dicho son pieza angular en tal cometido. Sin embargo, muchas veces la familia opta por actuar desde el sentido común, desde lo que como familiar entiende, obviando lo que es mejor desde el punto de vista de la intervención. Por eso es importante saber que si de verdad quieren ayudar a su padre, hijo, hermano, etc., deben conocer cómo funciona la patología dual, y qué mecanismos rigen los comportamientos, cuáles son los tipos de pensamientos que van asociados, qué emociones les embargan, y cómo todo ello se entremezcla en una amalgama que hay que saber abordar adecuadamente y poco a poco.

Ya hemos hablado de la tendencia a la manipulación de los pacientes duales sobrada cuenta, por lo que no debe pasársenos por alto establecer un contacto constante con la familia, pues es la manera de establecer un plan conjunto que pueda llevarse a cabo sin que los procederes manipulativos del paciente den al traste con todo ello. Por eso es tan importante mantener un contacto estrecho tanto telefónico como presencial. Sin embargo hay que tener presente que muchos familiares son muy absorbentes y por tanto habrá que mantener muy claros los límites de la intervención y los de la "invasión". Además, pese a que debemos tener un contacto cercano con la familia, no debemos olvidar que a quien nos debemos es al paciente, y que a menudo estos se toman muy mal el hecho de que tengamos citas o llamadas periódicas con su familia, pues se activa en ellos la desconfianza, el miedo o una serie de fantasías maliciosas de conspiración entre terapeuta y familiar. Por ello el buen terapeuta debe bandearse en dos aguas (paciente y familiar), dejando siempre claro que en ningún momento tiene la intención de juzgar o posicionarse a favor de ninguno de los dos, sino que está en calidad de facilitador para que ambos se encuentren mejor, y limen sus asperezas y resuelvan los malestares que pueda haber entre ellos.

La educación respecto a principios de modificación de conducta es otra de las cuestiones que tenemos que trabajar con los familiares de los pacientes duales. Abundando en la idea de que la familia quiere ayudar a su familiar pero a menudo no sabe cómo, hay que señalar que estos no tienen por qué conocer los mecanismos de modificación de conducta, y que frecuentemente aplican de manera inadecuada o incontingente el refuerzo y el castigo. Por ello debemos dotarles de las nociones básicas sobre modificación de conducta y enseñarles que si en verdad queremos que una

conducta cambie, es preciso que no solo nos centremos en el castigo sino principalmente en el refuerzo.

Enseñarles a manejar situaciones difíciles es otro de los aspectos sobre los que indudablemente debemos asesorar a la familia, ya que una de las cosas que más les desborda es cuando se enfrentan con situaciones difíciles, es decir, situaciones de alto impacto emocional que no saben cómo manejar. Nuestro trabajo en este caso será enseñarles qué hacer en este tipo de situaciones, establecer una especie de protocolo de actuación que les permita estar más tranquilos y saber qué hacer cuando las cosas se complican. Estos protocolos se irán modificando según cómo vayan funcionando y sobre la base de los nuevos problemas que puedan ir surgiendo, entendiéndose estos como algo vivo que se va modificando en función de las necesidades del momento.

En resumen, los objetivos de los protocolos serán dotar de seguridad, tranquilidad, y saber qué hacer en cada momento.

A continuación pasaremos a detallar algunos de estos protocolos de actuación:

•Mentira

-En qué consiste:

- No lo hacen aposta.
- No lo hacen para molestar. Tiene la función de mantener el estilo de vida o los consumos.

-¿Qué hacer?:

- No avasallar.
- No utilizar confrontaciones directas
- No hacer lo de siempre (cambiar de táctica).
- Buscar un momento adecuado.
- Buscar un momento en que no haya consumido.
- Usar la fórmula "tú y yo sabemos que no es cierto".
- No utilizar recriminaciones.
- No usar tonos de voz altos ni recriminatorios.
- No utilizar términos como "mentiroso...".
- No aludir al pasado ("también mentiste en tal o cual situación...").

•Ira o agresividad

-En qué consiste:

- Gritos.
- Resentimiento.
- Rabia.
- Golpes (a objetos o personas).
- Insultos.
- Desplantes.

-¿Qué hacer?:

- Callarme.
- Marcharme (pero avisar primero).
- Tranquilizarte, darle un beso o gastar una broma. Todo esto siempre y cuando la otra persona esté en los primeros momentos del enfado.
- Empatizar.
- Aguantar hasta que se calme y retomar la conversación posteriormente.
- Usar los "mensajes yo".
- Autocontrol.
- Tono de voz adecuado.

•Ha consumido

-En qué consiste:

- No tendremos nunca la certeza absoluta de que ha consumido.
- Pensar que es posible sea un consumo aislado, no teniendo por qué ser una recaída completa.
- A menudo las caídas son parte del proceso de recuperación.

-¿Qué hacer?:

- Esperar a que se le pase el efecto de la sustancia.
- No someter a un tercer grado (no interrogatorios).
- Autocontrol.
- Empatizar.

- Autocontrol
- Dar un margen de error.
- Hablar con el familiar al día siguiente.
- Usar la fórmula "tú y yo sabemos".
- Hacerle ver que solo es un bache.
- No recriminar.
- Intentar comprender.

• Depresión o desgana

-En qué consiste:

- Pasotismo.
- Dificultad para ponerse en marcha.
- Desintereses.
- Bajo ánimo.
- No tener ningún tipo de proyecto.
- No tolerancia de dificultades.

-¿Qué hacer?:

- Estar con él.
- Entretenerle.
- No obligar (aunque a veces hay que ser tajante).
- Agarrarse a cosas que le motivaban (personas, cosas, aficiones...).
- Que se ponga a hacer cosas aunque no le apetezcan o cuesten.
- Ofrecerle posibles cosas a hacer.
- Empatizar.
- Ejercicio físico y mental.

Por último hay que señalar que, con respecto al trabajo con la familia, es muy importante apoyarnos en ellos como enlace, para llegado el caso poder derivarles a otros centros en el caso de que presenten problemas psicológicos que requieran un abordaje más integral o intensivo (por ejemplo, véase unidades de patología dual).

• Establecimiento de objetivos y metas

El terapeuta, cuando trabaja con pacientes duales, debe tener muy presente los objetivos que se pretenden conseguir, pues de lo contrario es fácil que se dé vueltas sin rumbo, dando palos de ciego. Debemos tener claras las metas, y saber que éstas deben entenderse como un proceso constructivo y progresivo donde unas suponen la base para poder conseguir otras. Por eso es importante graduarlas de manera adecuada, empezando por trabajar aquellas en las que se sustentan las otras.

Otra de las cosas que tenemos que tener muy claras es que debemos pensar a medio y largo plazo, ya que el trabajo que llevamos a cabo con los pacientes duales es un trabajo de fondo. Se consiguen pequeños logros.

Pese a todo debemos establecer como estrategia pequeñas metas a corto plazo, y metas más profundas para uno medio y largo.

- Reestructuración de creencias y formas de pensamiento

Una de las cuestiones esenciales para el trabajo con cualquier paciente es analizar cuál es su forma de pensar y las consecuencias asociadas a ese tipo de pensamientos.

Cuando los teóricos de la psicoterapia cognitiva hablaban de ideas irracionales o ideas erróneas no hacían referencia a que existe una manera correcta o adecuada de pensar y una inadecuada per se, sino que existen formas de pensar que arrastran emociones negativas asociadas a dichos pensamientos. De modo que el objetivo que nos planteamos con los pacientes no es que aprendan a pensar adecuadamente, sino que aprendan a tener pensamientos que les permitan llegar a emociones positivas en lugar de a las negativas.

Para ello a menudo se recurre al análisis del grado de creencia en un determinado pensamiento, las consecuencias que se derivan de este y la importancia de cambiar aquel por uno que nos haga sentir mejor. Para ver esto de una manera más gráfica, frecuentemente los terapeutas recurrimos al ya mencionado diagrama de tarta.

La conclusión final es que damos por supuestas muchas cosas, y generalmente ponemos en marcha una explicación única que explica el cien por cien de lo acontecido, y generalmente lo hacemos con un sesgo (unas veces autoinculpatorio y otras exculpatorio). Nuestro objetivo es hacer que el paciente amplíe su forma de pensar y pueda dar cuenta de pensamientos alternativos, dejándose influir menos por los sesgos a los que todos estamos sometidos, ya que en el caso de los pacientes duales estos probablemente serán mayores.

- Entrenamiento en el manejo de emociones

Una de las cosas que nos define como seres humanos es la capacidad para emitir emociones. Nuestro comportamiento se modula por las emociones que sentimos y por aquellas que percibimos en las personas con las que nos relacionamos.

Pero centrándonos en las propias emociones, hemos de decir que a menudo las personas tienen dificultad para manejarlas. Y en el caso de los pacientes duales esto quizá sea uno de los puntos más significativos. Por eso es importante el entrenamiento en el control del estrés, pues son personas que tienden a desbordarse muy fácilmente, por lo que debemos ir enseñándoles a afrontar los momentos de ansiedad de manera gradual, y sobre todo asumiendo la responsabilidad que ellos tienen en este punto, ya que frecuentemente tienden a escapar del estrés eludiendo el problema, o echando la culpa a los demás.

Sin embargo, a menudo es preciso un paso previo, enseñarles a identificar sus propias emociones, ya que a menudo no son conscientes de lo que sienten, o a lo que sienten son incapaces de ponerle nombre. Por eso es importante trabajar con ellos en la automonitorización de las emociones.

Por último, y de cara a procurar que disminuyan los niveles de ansiedad asociados a las emociones negativas es importante enseñarles técnicas de desactivación fisiológica (respiración y entrenamiento en relajación progresiva).

•Aumento de la tolerancia a la frustración

Todo paciente drogodependiente, y especialmente los pacientes duales, se caracterizan por su dificultad para aceptar y manejar las cosas cuando no salen como ellos quieren, sobreviviéndoles una serie de emociones desagradables asociadas como la sensación de "ser un fracasado".

Además, suelen ponerse metas muy elevadas a llevar a cabo en un tiempo muy corto, siendo incapaces de graduar los objetivos y planificar su consecución, de modo que no consiguen alcanzarlas, lo que les lleva a una nueva frustración.

Por eso es importante trabajar con ellos la importancia del esfuerzo por encima de los resultados, enseñarles a reposicionarse cuando algo sale mal (o no sale como uno quiere), contemplándolo como una nueva oportunidad y no como un nuevo fracaso. Concebir que tan importante como establecer metas a corto plazo es establecerlas a largo, diseñando un plan de acción adecuado para poder conseguirlas. Y sobre todo hacerles entender que elegir algo significa tener que renunciar a otras cosas, y que a veces retroceder es el mejor camino para avanzar.

- Establecimiento de una nueva red social (más estable y menos problemática)

Los pacientes con problemas mentales o con problemas de drogodependencia suelen relacionarse casi exclusivamente con personas con su mismo problema. Y es que con ellos se sienten cómodos y saben cómo comportarse, y qué decir. Esto hace que se recluyan en ese pequeño gueto conformado por otros pacientes o usuarios, y se sientan cohibidos cuando se relacionen con personas pertenecientes a circuitos más normalizados.

Por eso hay que hacerles entender que los amigos de terapia son un apoyo pero no deben constituir las únicas amistades, ya que deben empezar a utilizar los recursos que utiliza el resto de la población, además de porque a menudo relacionarse con otros usuarios lo que hace es introducirles en nuevas situaciones de riesgo.

7.3.2. Taller multifamiliar

Paralelamente al trabajo individual existen alternativas grupales para el trabajo con estos pacientes. En concreto nos vamos a detener en un trabajo conjunto con pacientes y familiares que se llevó a cabo en el año 2012 en Cruz Roja Madrid.

Se trataba de un grupo abierto, es decir, podían incorporarse las personas que quisieran en cualquier momento, lo que conllevaba que cada dos o tres semanas acudiera alguien nuevo. Esto requería que cada día los terapeutas que organizaban el taller se presentaran, se presentara cada una de las personas que acudían al mismo, así como se pusiera sobre la mesa cuál era el objetivo del grupo, que no era sino tener un espacio para compartir, debatir, analizar, discutir los problemas que tanto pacientes como familiares habían tenido o tenían en todo el proceso de tratamiento del problema de drogas.

Es curioso porque aunque originalmente este grupo se plantea para pacientes drogodependientes aunque, eso sí, sin excluir por ello a aquellas personas que presentan patología psiquiátrica concomitante (cosa que en otros grupos es motivo de exclusión), al grupo acaba acudiendo un gran número de pacientes y familiares que presentan patología dual, aunque la posibilidad de asistir al grupo se le ofreció a todas las personas que asistían al centro de tratamiento de drogas donde se llevó a cabo. Esto puede explicarse por varias razones: primero, porque las terapeutas estaban más sensibilizadas con el problema de la patología dual ya que habían adoptado este modelo de terapia multifamiliar de un esquema de grupo desarrollado en un centro de enfermos mentales crónicos; segundo, posiblemente porque las terapeutas consideraron que precisamente este tipo de pacientes eran los más susceptibles de aprovechar las bondades de este grupo

haciendo más hincapié en que estos acudieran, y por último porque precisamente estos pacientes y especialmente sus familiares estaban más necesitados de ayuda, al enfrentarse a más situaciones complicadas.

Hay que señalar que los únicos requisitos que se les pedían a las personas que acudían al taller eran:

- No acudir bajo los efectos del consumo.
- Asistencia voluntaria.
- No estar bajo descompensación psicótica.

Los pacientes podían acudir solos o acompañados por sus familiares. Por su parte, los familiares podían asistir solos o acompañados por los pacientes.

El grupo habitualmente estaba conducido por dos psicólogas clínicas, pero estaba abierto a la participación de otros miembros del equipo terapéutico, por lo que era frecuente que participaran trabajadores sociales, médicos, educadores u otros psicólogos del equipo.

En pocas sesiones el grupo se consolidó y, aunque se iban incorporando personas nuevas que en ocasiones sólo permanecían unas cuantas sesiones, hubo un número de personas fijas que participaron con regularidad, conformándose un grupo amplio y variopinto (con una media de 15 personas, sin incluir al equipo terapéutico):

- Pacientes en abstinencia.
- Pacientes en recaída.
- Pacientes con carencia de apoyo social (en recursos asistenciales de apoyo a la reinserción).
- Pacientes con apoyo familiar.
- Pacientes con patología dual.
- Madres de pacientes que asistían acompañadas por sus hijos.
- Madres de pacientes que asistían solas.
- Parejas de pacientes que acudían solas.

-Familias en ausencia del paciente.

Debido a la falta de espacio en el centro habitual de tratamiento, el grupo tenía que reunirse en un centro de Cruz Roja similar a lo que podría ser un centro cultural, y por tanto ajeno a la red de drogas, lo que permitía un entorno más normalizado.

El objetivo del grupo era atender la demanda explícita que existía en el Centro de tratamiento y que no había sido satisfecha hasta ese momento, de procurar una atención grupal a familiares. Añadiéndose además un nuevo ingrediente: reunir de forma conjunta a familiares y usuarios de acuerdo con las aportaciones de grupo multifamiliar aportadas por García Badaracco (2000).

Con respecto a los objetivos específicos del grupo podemos citar:

- Abordar la problemática de la conducta adictiva y sus consecuencias, tanto para los usuarios como para los familiares.
- Abordar el proceso de la adicción para acercarlo tanto a usuarios como a familiares.
- Abrir un espacio para que las dinámicas familiares pudieran surgir.
- Crear un espacio donde los participantes pudieran expresar libremente sus inquietudes, miedos, preocupaciones, sentimientos de fracaso, frustraciones, logros, etc.

El encuadre era de respeto y aceptación. Cualquier persona del grupo podía exponer lo que sentía y pensaba, vetándose tan solo las afirmaciones que podían representar una agresión para otros miembros del grupo.

En lo relativo a los aspectos y dinámicas que se llevaron a cabo a lo largo de las sesiones podemos resumirlos en:

- Vergüenza por la drogodependencia o la patología dual propia o del familiar.
- Vicio. Reestructuración de la concepción de la drogodependencia como un vicio o una enfermedad.
- Apoyo, contención, ayuda y acompañamiento por parte de los usuarios con periodos de abstinencia prolongados.
- Propuesta de distintas estrategias de afrontamiento frente a la conducta adictiva, lo

que al provenir de personas que compartían el mismo problema era aceptado sin las resistencias que proporcionan las propuestas de familiares y terapeutas.

-Estrategias para hacer frente a las dinámicas familiares tensas, angustiosas, violentas y autoinculpadoras.

-Servir de espacio de encuentro, de apoyo y comprensión por parte de todo el grupo.

La asistencia era quincenal, con una duración de 90 minutos. El grupo tuvo una duración de 6 meses, terminándose este coincidiendo en el tiempo con el cierre del centro de tratamiento del que partió la idea. Sin embargo se dio una última consigna a los asistentes al taller: "quizás podáis continuar desde otro lugar, en otro momento, algunos de vosotros o todos, creando un nuevo grupo, todo es una decisión vuestra, pero este grupo concretamente debe finalizar".

7.4. Intervención social

Como hemos podido comprobar a lo largo de todo el libro, las carencias que presentan los pacientes duales son muchas, y recalcan tanto en la parte física, psíquica como social. Y es precisamente este último aspecto en el que la patología dual llega a su máxima expresión con las consecuencias sociales que de ella se derivan, encontrándonos situaciones de desamparo, desarraigo, problemática familiar grave, indigencia, abandono, etc. Se ha comprobado la correlación entre patología dual y delincuencia (Cuffel et al., 1994; y Abramand y Teplin, 1991), así como entre patología dual y mayores tasas de paro y marginación (Caton et al., 1994; y Vázquez, 1997).

De cara a la intervención social, hay que señalar que una de las cuestiones importantes a trabajar con estos pacientes es el desarrollo de actividades gratificantes. Es decir, encontrar aquellas cosas que les motiven, y que vayan a favor de un cambio positivo en su vida. En este sentido es importante desarrollar actividades saludables de ocio y tiempo libre, ya que su vida ha estado caracterizada o bien por la inactividad o bien por el consumo de drogas.

Además, en la medida de lo posible, hay que trabajar para llevar a cabo la integración laboral de estos pacientes. Sin embargo hay que ser realistas, y analizar pormenorizadamente cada caso, teniendo presente que algunos de ellos no tendrán posibilidad de incorporación o reinserción laboral, otros sí la tendrán pero en un entorno adaptado o protegido, y otros pocos podrán hacerlo en las mismas condiciones que las personas que no presentan patología alguna. No debemos desesperarnos en tal empeño, pero sobre todo lo que no debemos es tirar la toalla a la hora de tratar que cada uno

saque lo mejor de sí mismo, y procurar que entre sus motivaciones, una de ellas sea la de la incorporación laboral. Si bien esto tiene que ver con el trabajo con los pacientes, no debemos quedarnos ahí, debiendo a menudo pelearnos con las empresas para tratar de conseguir una oportunidad de incorporación o inserción para las personas duales.

Otro de los cometidos a desarrollar por el equipo psicosocial también será el de asesorar a los pacientes en lo relativo a los pasos a dar para solicitar un grado de discapacidad, siendo siempre cautos a la hora de dar la información para evitar generar expectativas demasiado elevadas. Y sobre todo sin que el hecho de solicitar una valoración sea óbice para evitar pensar en un trabajo.

Al hilo de esto, no debemos olvidar que estos pacientes tienen unas tasas de delincuencia elevadas, por lo que debemos servir también como agentes de información y sobre todo como cauce con los abogados. Asumiendo además otra función, la de preparar a los pacientes para cuando tengan que enfrentarse a los juicios.

Caso clínico

D. es un hombre de unos 40 años de edad que acude a consulta después de haber estado dos años sin aparecer por el centro de tratamiento donde le veníamos tratando por problemas de consumo de alcohol. En la última época antes de que desapareciera del tratamiento, su mujer refiere que estaba cada vez más raro, que su ritmo de sueño y de alimentación estaba absolutamente alterado.

Tras un par de años acude su madre a comunicarnos que ahora D. está viviendo con ella y con su padre, puesto que se ha separado de su mujer, y según parece está consumiendo más cosas además de alcohol.

Cuando finalmente conseguimos que D. acuda nuevamente a consulta comprobamos que actualmente está fumando mezcla (heroína y cocaína). Llevaba consumiendo cocaína esnifada desde que empezara hace años en tratamiento (aunque nunca nos lo contó), y desde hace unos meses fuma mezcla.

En el paciente se aprecia un importante deterioro físico y cognitivo. Está más enlentecido, le cuesta responder con lucidez. Además se aprecia un aumento de la hostilidad acompañado de una empatía todavía menor a la que tenía en tiempos.

No podría clasificársele de psicopatía en el sentido más estricto del término, pero sí que cumplía varios criterios o al menos presentaba rasgos psicopáticos, como la falta de empatía y la frialdad emocional.

Lo interesante de este caso es que se abordó desde una perspectiva múltiple, en el sentido de que se trabajó con el paciente a nivel individual, con su familia (especialmente con su madre), y con ambos conjuntamente en el grupo de multifamilias.

Con respecto a él, a nivel individual, fundamentalmente se trabajó la concienciación sobre su problema adictivo, la motivación e importancia de acudir a tratamiento (especialmente que se comprometiera con el mismo y acudiera de manera regular y puntual) así como se trató de reajustar sus expectativas de futuro (se buscó desmontar "castillos en el cielo" para adecuar y "aterrizar" sus planes de futuro). Por otro lado también se trabajó cómo mejorar o por lo menos como conseguir un equilibrio en la relación con sus padres, con los que vive desde que se separaron su mujer y él hace unos meses.

Respecto a su madre, lo que se trabajó fue fundamentalmente que nos mantuviera informados sobre si se producía algún cambio importante en su hijo, ya fuera para bien o para mal, y sobre todo tratar de que no boicoteara el tratamiento y no ocultara información sobre él, no interfiriendo en el proceso de tratamiento mediante la consulta a otros profesionales externos al centro. Paralelamente se buscó que expresara su rabia y malestar respecto a su hijo de una manera adecuada, ya que habían llegado a unos niveles de hostilidad muy elevados.

En cuanto al grupo multifamiliar, la hostilidad entre D. y su madre era patente. De hecho, cuando ambos entraban, que lo hacían a destiempo, se producía un silencio tenso en el grupo. No obstante se consiguió, al menos parcialmente, que la madre de D. contemplara nuevas opciones, así como que aprendiera nuevas habilidades en el manejo de su hijo, y que fuera capaz, en parte, de manejar sus propias emociones sin que ello implicara un ataque hacia aquel.

Preguntas de autoevaluación

1. Respecto a la intervención médica con los pacientes duales consumidores de heroína hay que decir que:

- oa) La intervención médica se centra exclusivamente en los PMM (Programas de Mantenimiento con Metadona) no realizando apenas ninguna otra función el equipo médico.
- ob) La metadona en aquellos pacientes psicóticos consumidores de heroína descompensa la sintomatología de tipo psicótica. Por eso es importante retirarla cuanto antes, y de la manera más rápida y abrupta posible.

- oc) En pacientes psicóticos duales consumidores de heroína se plantea la necesidad de un tratamiento a dosis bajas con metadona y a dosis muy altas con antipsicóticos para así evitar la sintomatología secundaria de estos últimos.
- od) Todo ajuste que se haga con la dosis de metadona en pacientes duales en PMM debe hacerse de manera abrupta, pues cambios pequeños en la dosis ocasiona que el paciente manifieste más agresividad y sintomatología paranoide.

2. Respecto a la intervención social con los pacientes duales hay algunos aspectos que es importante tener en cuenta:

- oa) No existe relación entre patología dual y mayores tasas de paro ni marginalidad.
- ob) No existe una relación entre patología dual y delincuencia.
- oc) Es muy importante trabajar el ocio y tiempo libre con este tipo de pacientes.
- od) El objetivo de la incorporación laboral es algo que ni siquiera debemos plantear cuando trabajamos con este tipo de colectivos porque es inviable que puedan adscribirse a un empleo normalizado.

3. En la intervención con pacientes duales debemos tener presente:

- oa) Los resultados de las intervenciones son más rápidos.
- ob) Primero debemos abordar una patología y luego otra, no debiendo hacerlo simultáneamente.
- oc) La duración de las sesiones y citas son menores que en los casos de pacientes drogodependientes sin patología dual.
- od) Debemos combinar tratamiento farmacológico con psicoterapia.

4. Con respecto al trabajo con la familia:

- oa) Hay que ayudarles a cómo hacer frente a las situaciones difíciles que se les pueden presentar, así como procurar un desahogo o ventilación emocional.
- ob) Trabajar con la familia no es productivo ya que van a distorsionar todo el trabajo que llevamos a cabo.
- oc) Nuestra alianza debe ser con el paciente ya que al fin y al cabo es al que nos

debemos, por lo que no hay que trazar vínculos con la familia.

od) La educación respecto a la patología dual es algo que tampoco parece relevante puesto que el sentido común suele ser el que nos dé las mejores pautas sobre cómo actuar con el paciente.

5. Respecto al trabajo terapéutico con pacientes duales debemos saber que:

oa) Estos pacientes tienen una tasa de abandono más baja que los pacientes drogodependientes.

ob) Producen una gran sobrecarga de los profesionales, la familia y el sistema asistencial.

oc) El establecimiento de objetivos y metas no es algo que debamos trabajar con este tipo de pacientes, ya que sus objetivos y metas las tienen claras.

od) El trabajo con las emociones no es uno de los puntos a trabajar con este tipo de pacientes.

Resumen y conclusiones finales

A lo largo del libro lo que ha quedado claro es que los casos de patología dual requieren:

-Mayor lentitud de las intervenciones.

-Mayor esfuerzo por parte del equipo terapéutico.

-La duración de las sesiones y frecuencia de las citas serán mayores.

-Combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico siempre ha dado mejores resultados. Permanecen más tiempo abstinentes y más tiempo en tratamiento.

-Exacerbación bidireccional de ambas patologías.

-Se requiere un abordaje simultáneo de ambas patologías.

Todo ello nos hace pensar en el importante reto que supone el trabajo con los pacientes duales, y la cantidad de recursos y habilidades que debe poner en marcha un terapeuta para abordar este tipo de casos.

PARTE IV

GUÍA PARA EL PACIENTE

8

Guía para el paciente

8.1. ¿Qué me ocurre? ¿Por qué me siento así?

Lo primero que uno tiene que pensar es que la patología dual es un subtipo dentro de las enfermedades mentales, y no debe olvidarse precisamente de eso, que es una enfermedad mental.

Ayer estaba hablando con una periodista que acababa de escribir un artículo sobre los enfermos mentales crónicos y me comentaba lo ocultos que estaban, como si diese miedo o vergüenza salir del escondite. Como si se temiese al rechazo o al estigma social. Bien, pues reitero que lo que no podemos olvidar es que estamos ante una enfermedad y que el problema del estigma no tiene que ver con el trastorno en sí, sino con la mirada que la sociedad hace de aquellos que la padecen. El problema no es de quien lo padece, sino de quien lo contempla y se deja llevar por una serie de miedos infundados que no son sino fruto del desconocimiento. Con esto no quiero decir que uno deba escudarse en los demás y permanecer inmóvil porque la culpa es de los otros, sino asumir el grado de responsabilidad que uno tiene, pero sin incurrir en autoinculparse y hacer sangre de ello.

Con este capítulo queremos dar cuenta de las emociones y desconciertos por los que pasan los familiares de los pacientes con patología dual, tratando de servirles de guía en el difícil proceso de ayuda a su familiar enfermo, poniendo sobre la mesa diferentes situaciones con las que se van a encontrar, y tratando de ayudar a poner en marcha una serie de habilidades que permitan hacerles frente.

8.2. Momentos difíciles y cómo poder manejarlos

A menudo, cuando los familiares de los pacientes acuden a consulta, con independencia del trastorno que presente su familiar, suelen venir movidos por encontrar a alguien que les oriente en qué hacer ante determinado tipo de situaciones complicadas, calmando así la natural ansiedad que padecen cuando se enfrentan a este tipo de situaciones. A continuación vamos a pasar a detallar algunas de las más frecuentes.

•Descompensación psicopatológica

Es decir, después de estar estable a nivel psicológico durante un tiempo más o menos

prolongado, nuestro familiar empieza nuevamente a comportarse de manera especialmente extraña, a decir cosas que llevaba tiempo sin decir, a aislarse, a sentirse más receloso por momentos... lo que parece ser el anticipo de una nueva crisis, produciéndose una nueva activación de los síntomas que hasta ahora parecían estar más o menos estabilizados.

En estos casos lo mejor que se puede hacer es animar a nuestro familiar a que acuda cuanto antes a su centro de tratamiento. A menudo se mostrarán reticentes a hacerlo, con lo que tendremos que combinar dureza y dulzura para conseguir que acuda. A menudo pondrán cualquier tipo de excusa, o incluso dirán que van a acudir pero finalmente no lo harán. En estos casos es conveniente que alguien de la familia, en concreto aquella persona con la que tenga un vínculo más especial o con la que se muestre más receptiva le acompañe.

Si finalmente y con todo esto, nuestro familiar no acude a tratamiento en un plazo de una o dos semanas y la sintomatología empieza a hacerse más preocupante, debemos ponernos en contacto con su psiquiatra o médico de referencia y tratar de mover la activación de los equipos de atención domiciliaria, o en el caso de que la situación se tome especialmente agresiva, llamar a los equipos de emergencia.

•Consumos

Otra de las preocupaciones principales que tienen los familiares son los consumos de tóxicos.

Al igual que a los familiares de los pacientes con problemas de drogodependencias sin patología asociada les digo que si su familiar quiere consumir lo va a hacer, y si no quiere que nos demos cuenta de ello se las ingeniará para que no nos enteremos, lo mismo ocurre con los pacientes duales.

Como hemos ido señalando a lo largo de este texto, el problema de los pacientes duales cuando consumen es que suelen tender a descompensarse psicopatológicamente, lo cual deteriorará su ya de por sí maltrecha estabilidad psicológica, física y de relación con los demás.

Sin embargo, debemos partir de que por mucho que nos empeñemos y hagamos lo que hagamos, si quiere consumir lo va a hacer. Y es posible que cualquier abordaje directo para señalarle las implicaciones que pueden tener los consumos vaya a ser vivida de manera negativa, rechazándolas de base, y mostrándose más a la defensiva.

Por ello el acercamiento a nuestro familiar debe ser desde el cariño, sugiriéndole (pero sin acusarle, enjuiciarle, ni presionarle) las implicaciones que tienen los consumos, y que no hace falta que se lo cuente a la familia, pero sí a su equipo terapéutico, que para eso está.

A continuación detallamos algunas recomendaciones a llevar a cabo ante una situación en la que sospechamos que nuestro familiar ha consumido:

- Lo primero que tenemos que tener en cuenta es que nunca vamos a tener la certeza absoluta de que ha consumido. Además es posible que se trate de un consumo aislado, no teniendo por qué ser una recaída completa. No obstante, a menudo las caídas son parte del proceso de recuperación.
- Si nuestro familiar está bajo los efectos de una sustancia no debemos abordarle en ese preciso momento, debemos esperar a que se le pase el efecto de la sustancia.
- No llevar a cabo un interrogatorio, ya que nunca vamos a tener la seguridad de si ha consumido o no. Además, tener los detalles sobre los consumos no significa que tengamos más capacidad para poder ayudarle.
- Autocontrol. Lo que nos sale cuando nuestro familiar ha consumido es enfadarnos, echarle en cara que por qué lo ha hecho, con lo bien que lo estaba llevando. Sin embargo esto no nos ayuda ni a nosotros, ni a nuestro familiar.
- Empatizar. No volver a consumir es un proceso muy difícil y a menudo cargado de caídas. Además, los consumos hay que entenderlos a menudo como parte del proceso.
- Dar un margen de error. A lo mejor no ha consumido, y si lo ha hecho, nosotros no vamos a ser los responsables de ello. No nos culpabilicemos.
- Hablar con el familiar al día siguiente. Para hablar debemos esperar un momento en el cual la otra persona esté dispuesta a hacerlo, y sobre todo no esté bajo los efectos de la sustancia.
- Usar la fórmula "tú y yo sabemos". Que alguien reconozca que tiene problemas, que las cosas no van bien, o que necesita ayuda es a menudo difícil, sobre todo si a uno se le señala con el dedo (en sentido figurado naturalmente). Por eso nos valemos de la fórmula "tú y yo sabemos" consistente precisamente en preceder el comentario sobre los problemas de la persona, con la expresión tú y yo sabemos

(por ejemplo, tú y yo sabemos que estás consumiendo y que no te viene bien para tu enfermedad). Usar esta fórmula permite quitar la culpa a la persona, y asumir cada uno una parte de la misma, siendo más fácil que reconozca que debe hacer algo para solucionar el problema.

-Hacerle ver que solo es un bache. Que entienda que se puede salir de dicha situación, y que hay que volver a retomar las riendas de nuestra vida y no dejarse llevar por el desánimo, ya que eso favorecerá que uno vuelva a consumir.

-No recriminar. No echar en cara el consumo. No debemos acusar a la otra persona, pues si lo hacemos estaremos fomentando que siga consumiendo, ya que la recriminación favorecerá que nuestro familiar se atrinchere y considere que precisamente las recriminaciones son lo que trata de evitar consumiendo, dándole argumentos para volver a hacerlo.

-Intentar comprender. Ponemos en la piel de la otra persona y tratar de comprenderle es la mejor manera de poder ayudarla.

•Agresividad

Una de las cuestiones que más miedo genera a la familia (y desgraciadamente también a la opinión pública) son las posibles reacciones violentas de las personas con enfermedad mental.

Hay que decir que los pacientes duales no son violentos por naturaleza, sino que a menudo la agresividad aparece como forma de obtener algo (por ejemplo, dinero para consumir) o es secundaria a un cóctel de drogas y emociones que el paciente no sabe cómo manejar. Se produce una desestabilización, la persona no sabe cómo manejar sus impulsos violentos, sus sensaciones de vacío, su malestar..., lo cual combinado muchas veces con estados de intoxicación o deprivación de drogas hace que "salte la chispa" ante cualquier detalle nimio que es interpretado como una provocación.

Lo primero y más importante en estas situaciones es mantener la calma. Sabemos lo difícil que es conseguirlo, pero hay que lograrlo. Lo que no debemos dudar en ningún momento es que si en algún momento se pone en peligro la integridad física de alguien de la familia, indudablemente debemos ponemos en contacto con los equipos de emergencia.

A continuación pasamos a detallar algunas indicaciones a adoptar ante una situación de agresividad:

- Callarme. A menudo mantenerme callado evitará que ascienda la curva de la agresividad.
- Marcharme (pero avisar primero).
- Darle un beso, o hacerle una broma, siempre y cuando la otra persona esté en los primeros momentos del enfado).
- Empatizar con el enfado del otro.
- Aguantar hasta que se calme y retomar la conversación posteriormente, siempre y cuando la otra persona acepte luego hacerlo.
- Usar los "mensajes yo". Hacerle ver a la otra persona cómo me siento cada vez que se produce una situación violenta, pero sin acusar al otro de ser el responsable de ello.
- Autocontrol. Pensar que lo más adecuado en estos momentos es no perder la calma.
- - Tono de voz adecuado. No elevar el tono de voz, ni emplear la ironía ni el sarcasmo.

•Negatividad y desafío

Otra de las cuestiones que más desesperan a la familia es la que tiene que ver con la negatividad de su familiar a ponerse en tratamiento, a acudir a consulta o a llevar a cabo las indicaciones que el equipo terapéutico le ha pautado.

Los familiares suelen insistir e insistir sin consuelo, lo que hace que el paciente cada vez se muestre más reticente y adopte una postura no solo de negatividad sino de desafío y reto hacia la propia familia acusándoles de no saber qué es lo que le ocurre y que no hacen nada para ayudarlo.

Cuando la familia se enfrenta a una situación de este tipo es importante evitar la reiteración constante del mismo mensaje, siendo importante encontrar el momento adecuado en el que pueda calar. Cala más decir las cosas una vez en un buen momento que cien veces en uno malo.

Por otro lado, es importante señalar que nadie tiene culpa, aunque sí existe responsabilidad por su parte. Y que nosotros no somos responsables de lo que él hace o deja de hacer. La responsabilidad con su propia vida la tiene él.

•Tristeza o sensación de vacío

Algo que comúnmente les ocurre a los pacientes con patología dual es presentar una acusada tristeza o sensación de vacío interior. También suele manifestarse mediante desinterés, desgana, desmotivación, etc.

Cuando nos encontramos con que nuestro familiar presenta algunos de estos síntomas, podemos:

- Estar con él. Esto hace que la otra persona sienta que no está sola, que puede contar con nosotros. Que pase lo que pase nosotros vamos a estar ahí.
- No obligar (aunque a veces hay que ser tajante). No debemos obligar a nuestro familiar a hacer cosas, pero sí debemos mostrarnos firmes y devolverle la responsabilidad de que si quiere salir de la situación en la que se haya, puede hacerlo, depende de él.
- Agarrarse a cosas que le motivaban (personas, cosas, aficiones...). Hay que tratar de encontrar aquellas cosas que le gustan o le gustaban para que sirvan de primer impulso para que se ponga en marcha.
- Que se ponga a hacer cosas aunque no le apetezca o le cueste. La desgana genera que se deje de hacer cosas, hasta prácticamente no hacer casi cualquier cosa del día a día. Por eso es importante romper con esa dinámica y comenzar a hacer cosas aunque a uno no le apetezcan. Incidir, animar, e incluso a veces empujar para que nuestro familiar se ponga a hacer cosas será nuestra misión.
- Ofrecerle posibles cosas a hacer. A menudo la excusa que ponen las personas para no hacer nada es que no saben o no tienen nada que hacer. Nuestro trabajo será mostrarle diferentes alternativas, actividades que poder llevar a cabo.
- Empatizar. Ponemos en el lugar del otro y entender lo difícil que le resulta ponerse en marcha hace que la otra persona se sienta escuchada. Esta estrategia debe ir combinada con otras más proactivas en las que se anime a la persona a ponerse en marcha.
- Ejercicio físico y mental. La actividad física y mental hace posible que la persona rompa su dinámica de inactividad y se muestre más predispuesta a llevar a cabo otras actividades.

•Desapariciones

Los consumidores de drogas desaparecen con frecuencia durante un par de días (los cuales se pasa consumiendo) para volver una vez se les ha acabado el dinero, la droga y están física y mentalmente destrozados.

En algunos pacientes duales estas desapariciones también son frecuentes, pero no están solamente motivadas por el deseo de consumo, sino también por aspectos relacionados con la inestabilidad emocional, descompensación psicótica, sensaciones de vacío, etc., ocasionando un importante sufrimiento tanto al paciente (que como decíamos vuelve a casa hecho polvo) como a la familia, que durante las horas o días en que se ausenta no puede dejar de pensar qué es lo que le habrá pasado, dónde estará, y si está bien o no.

Nuestro trabajo no será tanto que la familia deje de temer estos pensamientos, como minimizar el impacto que estos puedan tener.

Una de las primeras cosas que solemos decir a las familias de pacientes duales o consumidores de drogas que con cierta frecuencia desaparecen durante unos días es que no sirve de nada tratar de localizarles o ir a buscarles, ya que si no quieren que les encuentren, no se van a dejar ver. Y sobre todo que ir a buscarles a poblados o fumaderos no es agradable para nadie, puesto que se encontrarán con sitios y personas poco recomendables, con lo que la incertidumbre y los pensamientos catastróficos sobre cómo estará su familiar se acrecentarán. Además, en el caso de encontrar a su familiar, puede que lo hagamos en un sitio bastante peligroso, poniéndose en juego tanto la seguridad de nuestro familiar como la propia. Nuestra recomendación es esperar, y comunicar la desaparición a su equipo terapéutico. Pues ellos son las personas más indicadas para ayudarnos a hacer frente al cúmulo de imágenes, pensamientos, miedos y emociones de todo tipo que se les estarán pasando en estos momentos por la cabeza.

Sí, sabemos de sobra lo largas que se hacen las horas de espera, pero debemos tener presente que no nos queda otra que esperar a que aparezca para poder simplemente estrecharle en nuestros brazos y decirle que siempre vamos a estar ahí. En esos momentos echarle la bronca y decirle todo el sufrimiento que nos ha hecho pasar no sirve de nada. Es ahora cuando necesita nuestro apoyo, así como un descanso prolongado, dormir y comer adecuadamente.

Una vez dicho descanso se ha producido es importante ponerse en contacto cuanto antes con el centro de tratamiento, para que le vean lo más rápido posible y pueda contar qué es lo que ha ocurrido, por qué razón desapareció y cómo se encuentra tras su escapada.

- Problemas legales

Como ya hemos comentado a lo largo del libro, desgraciadamente los problemas legales son muy frecuentes en los pacientes duales.

En este sentido, nuestra misión como familiares es apoyarle en todo el proceso judicial, y sobre todo que asuma la parte de responsabilidad que tiene en todo ello. Para lo cual es importante que él se haga cargo de los gastos derivados del juicio o de la sanción que se le imponga; ya que es frecuente que muchos hijos aduciendo que tienen un trastorno mental, azucen a sus padres para que se hagan cargo del monto económico derivado de las acciones ilegales que han llevado a cabo.

En este sentido entendemos que lo propio de los padres es ayudar a los hijos en todo momento, pero también que cuando el hijo ya es adulto, tiene que empezar a hacerse responsable de sus acciones incorrectas.

- Echarle de casa: ¿sí o no?

Esta es la eterna pregunta que comúnmente se nos lanza a los profesionales que trabajamos con pacientes drogodependientes y duales, y la respuesta que suelo dar es que es una decisión tan personal e importante, que el terapeuta no puede decidir por la familia.

Lo que sí tiene uno que ver es hasta dónde uno está dispuesto a aguantar, o mejor dicho, qué es lo que no está dispuesto a aguantar.

Generalmente, los familiares de los pacientes me suelen contar situaciones muy dramáticas en las que el hijo, la hija, el marido o el familiar que sea, llegan a casa montando un gran escándalo o cargados de amenazas para la familia. También suelen añadir que no están dispuestos a aguantar más.

Bien, la pregunta que suelo hacerles es si de verdad no son capaces de aguantar más, porque si de verdad es así, lo mejor que pueden hacer es efectivamente invitarle a que se marche de casa, pero asumiendo que van a tener que cargar con que muy probablemente no tenga donde ir. ¿Van a ser capaces de asumirlo, o no? Si no son capaces de hacerlo, es mejor que no le echen de casa.

Además uno debe tener claro que las amenazas son para cumplirlas, y que no vamos a amenazar con echarle de casa si no vamos a ser capaces de llevarlo a cabo, porque en ese caso las palabras dejan de tener efecto.

De modo que uno debe pensar muy mucho hasta dónde está dispuesto a aguantar, hasta dónde está dispuesto a llegar, y todo ello debe modular qué vamos a hacer y decir a nuestro familiar.

8.3. El papel de la familia

La familia es esencial en el proceso de tratamiento de los pacientes con patología dual. Sin vosotros sería imposible muchas veces que los pacientes acudieran y se mantuvieran en tratamiento, ya que parte del problema es su inmovilismo a la hora de ponerse en tratamiento, así como su tendencia al abandono.

Y es que podemos señalar tres objetivos esenciales en el trabajo con las personas que, como tu familiar, presentan patología dual:

1. Mantenimiento de la abstinencia. Para el adecuado abordaje de la patología dual, es fundamental que el paciente permanezca abstinentes a todo tipo de sustancias. Esto es especialmente importante para garantizar una mínima calidad de la convivencia.

Lo que como familiar debemos tener presente es que conseguir la abstinencia de las sustancias es un proceso muy difícil.

Además, la diferencia con otros drogodependientes que no presentan patología dual es que el consumo de drogas responde más a una forma de calmar su propio estado interno (disminuir la ansiedad, las sensaciones de vacío, la tristeza, la incompreensión, etc.) que al propio deseo de consumo o a la fuerza de un hábito instaurado desde hace tiempo, que es lo que suelen argumentar los pacientes drogodependientes no duales cuando les preguntas por qué siguen consumiendo o han vuelto a hacerlo después de un tiempo sin probar la sustancia.

2. Estabilización psicopatológica. La estabilidad psicopatológica de cualquier paciente psiquiátrico es fundamental para poder realizar un adecuado tratamiento de largo recorrido y gran profundidad o calado. Por eso si el paciente está con unos niveles de ansiedad elevados, una depresión profunda o en pleno brote psicótico (oyendo voces o pensando que la gente quiere hacerle algo malo o le está persiguiendo) va a ser difícil que podamos hablar de por qué se siente así o qué puede hacer para no sentirse tan mal, etc.

Por ello es tan importante que se encuentre un adecuado ajuste de la medicación como que el paciente siga de manera correcta la pauta establecida por el psiquiatra. Es decir, que tan importante es el hecho de encontrar una adecuada

pauta de medicación (de tal forma que actúe sobre la sintomatología del paciente pero no le deje excesivamente adormilado, inactivo) como que se la tome acorde a como se la ha pautado el especialista, ya que, como hemos repetido en numerosas ocasiones, uno de los aspectos que más habitualmente aparecen en estos pacientes es el mal seguimiento o el abandono de la pauta farmacológica.

3. Adherencia a los tratamientos. Es esencial que el paciente haga un correcto seguimiento de cada uno de los niveles de tratamiento: psicofarmacológico, psicoterapéutico o psicosocial. Para ello es muy importante que los familiares funcionéis como elemento que "controle" la adecuada toma de la medicación, así como que actuéis como acompañante para que acuda a cita (sobre todo en los primeros momentos, y especialmente si se tiene la certeza de que pueda fallar a las mismas). También tienen un importante papel a la hora de dar cuenta de las cosas que van o pueden ir mal. Y es que muchas veces los pacientes tratan de dar una imagen mejor de la real sobre la situación en casa, y sobre cómo ellos mismos se encuentran, siendo la familia la que debe transmitir la realidad de la situación cuando nos llaman o acuden a consulta para contrastar la versión del paciente.

8.3.1. Habilidades para abordar a nuestro familiar

La relación con un familiar con patología dual resulta bastante difícil. Muchas veces por los miedos, otras por el cansancio de encontrarse año tras año con problemas y comprobar que los avances (si es que se perciben) son lentos, y otras por el propio desconocimiento, por las ganas de querer ayudar pero no saber cómo.

Quizá este es el punto más delicado. Mientras que de otros trastornos, síndromes, enfermedades o problemas existe multitud de información, grupos de apoyo, libros o guías de asesoramiento para familiares y pacientes (como por ejemplo para el caso de cuadros oncológicos, diabetes, o dentro ya de las enfermedades mentales para el caso de la esquizofrenia e incluso del trastorno límite de la personalidad), para el caso de la patología dual los materiales y apoyos existentes son más bien escasos.

Lo cierto es que si queremos ayudar a nuestro familiar tenemos que adquirir una serie de habilidades, y para ello es preciso ejercitarlas para llevarlas a cabo con eficacia:

- Ser paciente. No perder la calma, sobre todo cuando se repiten una serie de conductas que son molestas o peligrosas, y teniendo en cuenta que la convivencia es larga y difícil, hace que de natural nos salga desplegar una serie de emociones como la rabia o el enfado, cosa que por otro lado es normal dada la situación.

No debemos dejarnos llevar por tales emociones, primero porque luego no nos harán sentir bien y acabaremos enfadándonos con nosotros mismos, segundo porque las emociones se contagian, y es posible que nuestro familiar acabe a su vez irritado, y por último porque no conseguiremos el objetivo que nos habíamos propuesto con nuestro familiar (por ejemplo, si nos enfadamos porque no quiere ir a tratamiento ese día, muy probablemente se cerrará a acudir no solo ese día, sino también las semanas sucesivas). Debemos mantenernos firmes pero sin llegar a que la rabia nuble lo que hacemos o decimos. Seguiremos insistiendo para que vaya a tratamiento pero no ese día, sino los siguientes.

Lo importante es ser constante en todo momento pero sobre todo saber cuándo tenemos que parar de insistir (porque la cosa empieza a ponerse tensa) y continuar con nuestro objetivo cuando la cosa esté más calmada.

- No echar en cara. No juzgar. Si queremos que algo vaya mal, lo mejor que podemos hacer es culpabilizar al otro mediante juicios.

Enjuiciar a alguien o echarle en cara algo lo que va a producir es que se ponga cada vez más a la defensiva, ocasionando a su vez que haga justo lo contrario de lo que queremos que haga. Esto es especialmente evidente en los pacientes duales.

Además, cuando a uno se le pone en tela de juicio, lo más probable es que se enfade, lo que ocasionará además un posible enfrentamiento.

- No decir directamente lo que tiene que hacer. Es importante sugerir, inducir, animar, motivar a la persona para que haga determinado tipo de cosas que van a favor de su bienestar, mejoría, etc., pero nunca imponerlas ni decirle de manera directa lo que tiene que hacer.

Decirle a alguien lo que tiene que hacer (que generalmente suele ir acompañado de "que es lo que te conviene") puede ocasionar varias cosas: la primera es que se niegue a hacerlo (al resistirse a hacer algo que le viene de fuera), otra posibilidad es que lo haga simplemente porque se lo dicen pero sin el convencimiento de querer hacerlo ("lo hago porque me lo dices, pero no por nada más"), o que haga siempre lo que se le dice pero sea incapaz de hacer nada sin que previamente lo haya consultado con su familiar, lo que irá en detrimento de procurar la independencia que tanto necesitan estos pacientes, fomentando una relación absolutamente dependiente y perversa (que generalmente se da entre madre e hijo).

- Mostrar apoyo. Unos de los más potentes reforzadores humanos son la atención, el

cariño y el apoyo.

Lo que nos hace tirar para adelante muchas veces es sentir que hay personas a nuestro alrededor que nos van a brindar una mano en nuestro camino, sirviéndonos de guía en algunos momentos y de acompañantes en otros. Los pacientes duales no son una excepción.

Además, por las propias características psicológicas de estos pacientes, se trata de personas que frecuentemente se desmotivan, abandonan, tiran la toalla, buscan la aprobación constante, por eso debemos darles nuestro apoyo de manera incondicional. Ahora bien, eso no significa que le digamos a todo que sí o que no le pongamos límites, en modo alguno. Debemos ser firmes en muchos momentos, pero sin que la otra persona sienta que le dejamos de apoyar o querer.

8.3.2. ¿Qué hacer y qué no hacer?

	<i>¿Qué hacer?</i>	<i>¿Qué no hacer?</i>
Amenazar	Usar las amenazas solo cuando las vayamos a cumplir y siempre y cuando seamos capaces de asumir las posibles consecuencias.	Usarlas indiscriminadamente. Amenazar y luego dar marcha atrás y no cumplirlas.
Echar en cara	Debemos hacerle ver la responsabilidad de las acciones, pero sin culpabilizar.	Culpabilizar por cosas que ya han pasado y no se pueden cambiar.

	<i>¿Qué hacer?</i>	<i>¿Qué no hacer?</i>
Apoyar	En todo momento debemos apoyar. Cada pequeño cambio debemos reforzarlo y no darlo por hecho o como algo que debe hacer porque es su obligación.	Solo señalar las cosas malas, obviando las cosas buenas que hace. Si no le apoyamos es muy probable que se desanime y no emprenda nada.
Mostrar paciencia	Los cambios son lentos. Debemos esperar cambios muy pequeños y graduales que hay que reforzar en todo momento.	Desesperarnos porque no se avanza tan rápido como nos gustaría o aparentemente no se produce cambio alguno.
Ponerse en el lugar del otro	Mostrar empatía hace que podamos entenderle mucho mejor, y saber por qué razón actúa como actúa, cuáles son sus miedos, inquietudes, etc.	Pensar que la otra persona tiene que actuar y pensar tal como nosotros, y que si no hace así las cosas es porque no quiere.
Obligar	Hay que argumentar las cosas y tratar de hacérselas ver de otra manera, pero nunca obligarle a hacer algo por mucho que nosotros consideremos que sería bueno para él.	Obligar a hacer algo a alguien hace que lo haga no porque así lo quiere, sino porque desde fuera se lo imponen. Por mucho que tenga una enfermedad, no se trata de un niño, sino de un adulto al que hay que tratar como tal.
Tratar de motivarle	Hay que buscar los puntos fuertes de la persona, qué cosas le gustan, y tratar de potenciar que las haga. Esto hará posible que los cambios en otras facetas de su vida sean más probables.	Insistir en que haga cosas que no le gustan por el simple hecho de que consideramos que serían buenas para él. Si no le gustan, no le gustan.
Mantener la calma	No perder la calma es lo mejor que podemos hacer para tranquilizar a nuestro familiar y evitar que su ansiedad, su ira, etc., vayan en aumento.	Decirle que se calme, que así no podemos hablar con él. Cuanto más le digamos que se tranquilice, más nervioso se pondrá.
Usar "tú y yo sabemos" y "mensajes yo"	Se trata de fórmulas en las que evitamos enjuiciar a la otra persona. Se trata de compartir la responsabilidad al usar "tú y yo sabemos". Por otro lado los "mensajes yo" son aquellos que se emplean para indicar tu estado emocional cuando pasa una cosa, en vez de acusarle de ser el responsable de dicho estado.	Nunca debemos poner en tela de juicio, o acusar a la otra persona de ser la responsable de tal o cual cosa. Eso hará que se ponga más a la defensiva y se niegue no solo a asumir su responsabilidad, sino cambiar su actitud y comportamiento cuando se produzca esa misma situación o evento.

Caso clínico

M es una mujer de 34 años que acude a consulta por problemas de consumo de cocaína y heroína fumada. M empezó consumiendo cannabis y pastillas con 16 o 18 años, pasando a probar la cocaína (esnifada) hacia los 24. A los 30 empezó a consumir heroína.

Desde el primer momento la paciente acudió acompañada de su madre a consulta, importante figura de apoyo para ella, implicándose en todo momento en el proceso de tratamiento de M.

El problema de la relación era precisamente que la madre estaba demasiado implicada en el proceso de tratamiento, de modo que no le permitía la libertad de la paciente. La acompañaba a cada una de las citas porque no se fiaba de ella.

Pese a que se trabajó paralelamente con la madre a nivel individual, El equipo terapéutico se dio cuenta de la necesidad de asistencia que requería su madre, por lo que la remitimos a un grupo de familias, donde se abordaron temas como qué hacer, o cómo abordar a nuestro familiar cuando llega a casa intoxicado, cómo hacer frente a situaciones de violencia en casa o cómo actuar cuando nuestro familiar desaparece de casa unos días.

Sobre todo este último punto era el que más le angustiaba a la madre, ya que consideraba que tenía que ir a buscar a su hija allí donde estuviera, aunque fuera en un poblado. Le había puesto un GPS en el móvil para poder localizarla, y la dinámica entre ellas era cada vez peor. Cuanto más la controlaba su madre y quería saber si había venido o no a consulta, más se escapaba la hija a consumir.

El punto de inflexión se produce cuando M. decide ingresar en una comunidad terapéutica, y a su salida la paciente cambia de terapeuta en su centro ambulatorio, comenzando a abordarse otros aspectos internos de la paciente mientras se trabaja en un grupo multifamiliar con la madre y con la hija.

La madre, al igual que M, con los diferentes grupos, terapias, y psicólogos que la atendieron a lo largo de los años, pudo evolucionar y entender cuál era la mejor manera de abordar a su hija, y qué cosas le ayudaban y cuales le perjudicaban.

Claves de respuesta

Capítulo 1

Pregunta 1:

a) b) c) d)

Pregunta 2:

a) b) c) d)

Pregunta 3:

a) b) c) d)

Pregunta 4:

a) b) c) d)

Pregunta 5:

a) b) c) d)

Capítulo 2

Pregunta 1:

a) b) c) d)

Pregunta 2:

a) b) c) d)

Pregunta 3:

a) b) c) d)

Pregunta 4:

a) b) c) d)

Pregunta 5:

a) O b) • c) O d) O

Capítulo 3

Pregunta 1:

a) O b) O c) • d) O

Pregunta 2:

a) O b) • c) O d) O

Pregunta 3:

a)• b)O c)O d)O

Pregunta 4:

a)O b)O c)O d)•

Pregunta 5:

a) • b) O c) O d) O

Capítulo 4

Pregunta 1:

a) O b) O c) • d) O

Pregunta 2:

a) O b) O c) O d) •

Pregunta 3:

a)O b)O c)O d)•

Pregunta 4:

a) 0 b) 9 c) 0 d) 0

Pregunta 5:

a) • b) O c) O d) O

Capítulo 5

Pregunta 1:

a) O b) O c) • d) O

Pregunta 2:

a) O b) O c) O d) •

Pregunta 3:

a) O b) O c) O d) •

Pregunta 4:

a) O b) • c) O d) O

Pregunta 5:

a) • b) O c) O d) O

Capítulo 6

Pregunta 1:

a) O b) O c) • d) O

Pregunta 2:

a)O b)O c)O d)•

Pregunta 3:

a) O b) O c) • d) O

Pregunta 4:

a)• b)O c)O d)O

Pregunta 5:

a)• b)O c)O d)O

Capítulo 7

Pregunta 1:

a)O b)O c)• d)O

Pregunta 2:

a) O b) O c) • d) O

Pregunta 3:

a)O b)O c)O d)•

Pregunta 4:

a)• b)O c)O d)O

Pregunta 5:

a) 0 b) 9 c) 0 d) 0

Referencias bibliográficas

- Abram, K. M., y L.A.Teplin (1991). "Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees". *American Psychologist*, 1036-1045.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5.ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Anton, R.F.; Moak, D. H., y Latham, P. (1995). "The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior". *Alcoholism Clinical Experimental Research*, 19 (1), 92-99.
- Annis, H. M. (1982). *Inventory of Drinking Situations*. Toronto, Canadá: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. M., y Martin, G. (1985). *Drug Taking Confidence Questionnaire*. Toronto, Canadá. Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H. M., y Martin, G. (1985, 1997). *Inventory of drug-taking situations (IDTS)*. Toronto, Canadá. Addiction Research Foundation of Ontario.
- Arias, F.; Szerman, N.; Vega, P.; Mesías et al. (2013). "Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente". *Adicciones*, 25, 191-200.
- Arias, F.; Padín, J. J., y Fernández-González, M. A. (1997). "Consumo y dependencia de drogas en la esquizofrenia". *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 25(6), 379-389.
- Azanza Perea, J. R. (2009). *Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central*. Icono Shamrock, S. L.
- Barca, J.; Benito, A.; Real, M., y Maten, C (2010). "Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual". *Adicciones*, 22, 15-24.
- Barratt, E. S., y Slaughter, L. (1998). "Defining, measuring, and predicting impulsive aggression: a heuristic model". *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 285-302.
- Beck, A. T., y Freeman, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.

- Bobes, J.; Saiz, P.A; De la Fuente, J.M.; García-Portilla, M. P. (2008). *Comportamientos impulsivo-agresivos en esquemas*. Barcelona: Ars Médica.
- Bordin, E. S. (1976). "The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance". *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). "Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions". En A.O.Horvath y L.S.Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, Research, and Practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Brown, E.S.; Suppes, T.; Adinoff, B., y Thomas N. R. (2001). "Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis?". *Journal Affect Disord*, 65, 105-115.
- Bums, L., y Teeson, M. (2002) "Alcohol use disorders comorbid with anxiety, drug use disorders. Findings from the Australian National Survey and Well Being". *Drug Alcohol Depend*, 68, 299-307.
- Buss, A., y Plomin, R. (1975). *A temperament theory of personality development*. New York: Wiley.
- Caton et al. (1994). "Correlates of codisorders in homeless and never homeless indigent schizophrenic men". *Psychological Medicine*, 24 (3), 681-688.
- Clark, D. (1994). "Craving for alcohol". *J. of Psychopharmacology*, 9, 73.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003) "La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación". *Anales de Psicología*, vol. 19 (2), 205-221.
- Cosi, A. (2011). *Evaluación de la impulsividad y su papel como factor predictor de psicopatología emocional en población escolar*. Tesis doctoral. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.
- Cuffel, B.J.; Shumway, M., y Choujian, T. L., et al. (1994). "A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 704-708.
- Eysenck, S. B. G., y Eysenck, H. J. (1977). "Personality differences between prisoners and controls". *Psychological Reports*, 40, 1023-1028.
- Fauman, M. A. (2002). *DSM-IV-TR: guía de estudio*. Barcelona: Elsevier Masson.

- García-Badaracco, J. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar, los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Gimes Giménez, M. (2005). *Evaluación del Deseo de Beber en Alcohólicos*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense. Madrid.
- Halikas, J.A.; Kuhn, K.L.; Crosby, R.D.; Carlson, G., y Crea, F. (1991). "The mesurament of craving in cocaine patients using the Minnesota Cocaine Craving scale". *Compr Psychiatry*, 32, 22-7.
- Heather et al. (1993). "Development of a Scale for Measuring Impaired Control over Alcohol Consumption: A Preliminary Report". *Journal Study Alcoholism*, 54, 700-709.
- Iribarren, M.; Jiménez, M.; Ferré, F., y Rubio, G. (2009). *Manual de habilidades de afrontamiento para pacientes con impulsividad y diagnóstico dual*. Programa estructurado de entrenamiento. Madrid, MaPa.
- Jacob, C.R.-K. (2007). "Co-morbidity of adult attention deficit hiperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257 (6), 309-317.
- Kessler, Ronald. *National Comorbidity Survey: Reinterview (NCS-2), 2001-2002*. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research.
- Litman, G.K.; Stapleton, J.; Oppenheim, A., y Peleg, M. (1983). "Situations related to alcoholism relapse". *British Journal of Addiction*; 78 (4), 381-389.
- Litman, G. K. (1984). "The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse and survival". *British Journal of Addiction*, 79 (3), 283-291.
- Mann, J.J.; Watemaux, C.; Haas, G. L., y Malone, K. M. (1999). "Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients". *American Journal of Psichiatry*, 156 (2), 181189.
- Martínez, J. M., y Trujillo, H. M. (2003). *Tratamiento del drogodependiente con trastornos de personalidad*. Madrid, Biblioteca Nueva.
- Martínez, J. M. (2011). "Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento". *Papeles del Psicólogo*, Vol. 32, 2, 166-174.
- McDowell, D.; Nunes, E.V.; Seracini, A.M.; Rothenberg, J.; Vosburg, S.K.; Ma G.J.; et

- al. "Desipramine treatment of cocaine-dependent patients with depression: a placebocontrolled trial". *Drug Alcohol Depend.* 2005, 80, 209-221.
- McMurran, M.; Blair, M., y Egan, V. (2002). "An Investigation of the Correlations between Aggression, Impulsiveness, Social Problem-Solving, and Alcohol Use", *Aggressive Behaviour*, 28, 439-445.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación al estrés*. Barcelona. Martínez Roca.
- Michalec, E.; Zwick, W.R.; Monti, P.M.; Rohsenow, D.J.; Varney, S.; Niaura R. S., et al. (1992). "A cocaine High-risk situations Questionnaire: development and psychometric properties". *Journal substance abuse*, 4, 337-391.
- Miller, N.S., y Guttman, J. C. (1997). "The integration of pharmacological therapy for comorbid psychiatric and addictive disorders". *J Psychoactive Drugs*, 29, 249-254.
- Moeller, F.G.; Barratt, E.S.; Dougherty, D.M.; Schmitz, J. M., y Swann, A. C. (2001). "Psychiatric aspects of impulsivity". *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.
- Montes, V.; Urosa-Sanz, B.; Rubio-Valladolid, G., y Poyo-Calvo, F. (2006). "Validación de la escala sobre el deseo de beber - EDB". *Clínica y Salud*, 17(2), 203-223.
- Montoya, I. D. (1995). "Estudio comparativo de la psicopatología y de las funciones cognitivas en pacientes dependientes de la cocaína y los opiáceos". *Revista de toxicomanías*, 2, 19-24.
- Patton, J.H.; Stanford, M. S., y Barratt, E. S. (1995). "Factor structure of the Barrat impulsiveness scale". *Journal of Clinical Psychology*, 51 (6) 768-74.
- Pérez-Bouchard, L.; Johnson, J. L., y Ahrens, A. H. (1993). "Attributional style in children of substance abusers". *Am J Drug Alcohol Abuse*, 19, 475-489.
- Pérez de los Cobos (2009). *Trastornos duales: adicciones relacionadas con trastornos mentales en la infancia o la adolescencia*. Barcelona: Ars Médica.
- Pérez de los Cobos, J. (1988). "El problema de trastornos psiquiátricos concomitantes en las drogodependencias de opiáceos y cocaína (revisión)". *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 16, 37-48.
- Poyo, F. (2007). "Interdictores en esquizofrenia dual". En Szerman, N.; Álvarez Vara, C.; Casas, M. *Patología dual en esquizofrenia* (pp. 63-72). Glosa. Asociación Española

de Patología Dual.

- Regier, D.A.; Farmer, M.E.; Rae, D.S.; Locke, B. Z., y Keith, S. J. (1990). "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study". *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Roncero, C. (2008). Trastornos de personalidad y altas voluntarias en pacientes ingresados en la unidad de desintoxicación del Hospital Universitari Vall D'Hebron. Valencia: Congreso de Psiquiatría.
- Roncero (2004). *Monografías de psiquiatría*, 16 (4), 23-27.
- Rubio, G.; Urosa, B., y Santo-Domingo, J. (1998). "Validación de la Escala de intensidad de la dependencia al alcohol (ELDA)". *Psiquiatría Biológica*, 1 (5), 44-47.
- San Molina, L.; Casas, M.; Arranz, B.; Bruguera, E.; Busquets, E.; Camps, N.; et al. (2005). "Patología dual". En: Soler, P.A.; Gascón, J. (coord.). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales RTM-III*. Barcelona: Ars Médica (pp. 63-82).
- Santis Barros, R., y Pérez de los Cobos, J. (2006). "Historia clínica". En Pérez de los Cobos, J.C.; Valderrama, J.C.; Cervera, G., y Rubio, G. (coord.). *Tratado SET de trastornos adictivos. Vol 1* (pp. 89-107). Madrid: Panamericana.
- Santis-Barros, R., y Pérez de los Cobos, J. (2002). "Modelos de relación en diagnóstico dual". En Rubio, G.; López - Muñoz, F.; Álamo, C., y Santo-Domingo, J. (eds). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias* (pp. 155-187). Madrid. Panamericana.
- Schachar, R.; Tannock, R., y Logan, G. D. (1993). "Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder". *Clinical Psychology Review*, 13, 721-739.
- Secades, R. (1997). Secades, R. (1997). "Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a drogas: Estado actual y aplicaciones clínicas". *Psicothema*, 9 (2), 259-270.
- Singleton, E.G.; Henningfield, J. E., y Tiffany, S. (1994). *Alcohol Craving Questionnaire: ACQ-Now: background and administration manual*. Baltimore. NIDA Addiction Research Centre.
- Sociedad Española de Patología Dual (2008). Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Obra Social Caja Madrid.

- Sociedad Española de Patología Dual (2009-2012). Protocolos de intervención en Patología Dual. Recuperado de <http://www.patologiadual.es/protocolos.htm>.
- Sociedad Española de Patología Dual (2012). Patología Dual en TDAH. Protocolo de intervención. Recuperado de http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo5.pdf.
- Soler, P.A. (1993). "Abuso y dependencia de antiparkinsonianos". En: Casas M, Gutiérrez M, San L. (ed.). Adicciones a psicofármacos. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Soyka, M. (2000). "Alcoholism and schizophrenia". *Addiction*, 95, 1613-1618.
- Spitzer, R.L.; Williams, J.B.; Gibbon, M., y First, M. B. (1988). Structured Clinical Interview for DSM-III-R Patient Version (SCID-P). New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Sullivan, M. & L. (2001). "Attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 251-270.
- Szerman, N.; Álvarez Vara, C., y Casas, M. (2007). Patología dual en esquizofrenia. Opciones terapéuticas. Glosa. Asociación Española de Patología Dual.
- Torrens-Mélich, M. (2008). "Patología dual: situación actual y retos de futuro". *Adicciones*, 20, 315-320.
- Torrens, M.; Fonseca, F.; Maten, G.; Farré, M. "Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and metaanalysis". *Drug Alcohol Depend.* 2005, 78, 1-22.
- Tiffany, S.T.; Singleton, E.; Haertzen, C.A.; Henningfield, I. E. (1993). "The development of a cocaine craving questionnaire". *Drug alcohol depend*, 34, 19-28.
- Valliant, G. A., y Perry, J. C. (1992). "Trastornos de la personalidad", en Kaplan, H. L, y Sadock, B. J. (dirs.). *Tratado de psiquiatría* L Barcelona: Masson.
- Vázquez, C.; Muñoz, M., y Sanz, J. (1997). "Lifetime and 12-month prevalence of DSMIII-R mental disorders among homeless persons in Madrid: A European study using the CIDI". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 523-530.

Voris, J.; Elder, I., y Sebastian, P. (1991). "A simple test of cocaine craving and related responses". *J Clinical Psychology*, 47, 320-323.

Índice

Prólogo	12
1. Introducción	17
1.2. Estadísticas sobre la relación entre patología mental y trastornos adictivos	23
Caso clínico	27
Preguntas de autoevaluación	29
2. Delimitación y posible etiología de la patología dual	31
2.1.1. Los cuadros transitorios inducidos por sustancias, intoxicación o síndrome de abstinencia a t	33
2.1.2. Efectos a largo plazo inducidos por el consumo crónico de tóxicos	38
2.1.3. Coexistencia a lo largo del tiempo de ambos trastornos: ¿Primarios, secundarios o simultáneos	45
3. Modelos explicativos de la patología dual	51
3.1.2. Variables implicadas en la patología dual	56
4. Evaluación (I)	64
4.2. Instrumentos de evaluación	66
4.2.1. La entrevista	69
4.2.2. Cuestionarios	72
4.2.3. Autorregistros	73
4.3. Áreas importantes de evaluación en patología dual	74
4.3.1. Descontrol de impulsos	76
4.3.2. Manejo de variables internas	80
5. Evaluación (II)	87
5.2. Riesgo suicida	91
5.3. Consumo de drogas	92
5.3.2. Diagnóstico	95
5.3.4. Recaídas	98

5.4. Conclusiones sobre las dificultades de evaluación y diagnóstico en patología dual	104
6. Guía para el terapeuta (I): áreas de intervención	111
6.2. Control de impulsos	118
6.3. Manejo de VV internas. El papel de las emociones	125
6.3.2. Manejo de la ira	127
6.3.3. Sentimiento de vacío, abandono e incompreensión	130
6.3.4. Tolerancia a la frustración y al estrés	132
6.4. Incumplimiento terapéutico y abandono	134
6.5. Interacción social	136
6.6. Identificación y manejo de "crisis"	139
6.6.2. Ideación autolítica	140
6.7.1. El papel de la familia	141
6.7.2. Problemas legales	142
6.7.4. La importancia de una buena coordinación de equipo	143
7. Guía para el terapeuta (II): líneas de intervención	147
7.2.1. Programas de sustitutivos opiáceos	149
7.2.2. Psicofarmacología	151
7.3. Intervención psicológica	155
7.3.2. Taller multifamiliar	167
7.4. Intervención social	171
Resumen y conclusiones finales	175
8. Guía para el paciente	177
8.3. El papel de la familia	186
8.3.1. Habilidades para abordar a nuestro familiar	187
8.3.2. ¿Qué hacer y qué no hacer?	189
Claves de respuestas	192