

# PSICOLOGÍA

*José Miguel Martínez González*  
*Humberto Manuel Trujillo Mendoza*

## Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad

TRATAMIENTO DEL  
DROGODEPENDIENTE  
CON TRASTORNO  
DE LA PERSONALIDAD



José Miguel Martínez González  
y Humberto Manuel Trujillo Mendoza

# TRATAMIENTO DEL DROGODEPENDIENTE CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

Prólogo de José Luis Graña Gómez

BIBLIOTECA NUEVA

**Cubierta: A. Imbert**

Edición digital, marzo de 2014

© José Miguel Martínez González y Humberto Manuel Trujillo Mendoza, 2014

© Editorial Biblioteca Nueva, S. L., Madrid, 2014

Almagro, 38

28010 Madrid

ISBN: 978-84-16169-13-9

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de 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](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos

# Índice

PRÓLOGO de José Luis Graña Gómez

INTRODUCCIÓN.—Una aproximación al problema de la patología dual

CAPÍTULO PRIMERO.—Los trastornos de personalidad. Características generales

CAPÍTULO II.—Los trastornos de personalidad y las drogodependencias

CAPÍTULO III.—Algunas consideraciones sobre la evaluación de la patología dual

CAPÍTULO IV.—Consideraciones generales sobre el tratamiento de pacientes drogodependientes con trastorno de la personalidad

CAPÍTULO V.—Intervención con el drogodependiente que presenta a su vez un trastorno de la personalidad del Grupo A (paranoide o esquizoide)

CAPÍTULO VI.—El tratamiento de la drogodependencia cuando el sujeto presenta un trastorno de personalidad del Grupo B (límite, histriónico, narcisista o antisocial)

CAPÍTULO VII.—El paciente drogodependiente con un trastorno de la personalidad del Grupo C (obsesivo-compulsivo, por evitación o dependencia)

CAPÍTULO VIII.—Terapia familiar cuando el drogodependiente presenta un trastorno de la personalidad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*A Censi.*  
José Miguel.

*A M.<sup>a</sup> Antonia y Humberto.*  
Humberto.

## Prólogo

El fenómeno de las drogodependencias y sus correlatos personales y sociales constituyen uno de los campos de actuación de los profesionales de la salud que más interés ha suscitado, tanto por la dotación económica y estructural que los organismos públicos dirigen al campo asistencial y preventivo como por la cantidad de soporte teórico y experimental que se desarrolla desde el campo de la investigación.

A pesar de ello, en más ocasiones de las que a uno le gustaría, muchos de los interesados en este campo, bien desde el marco más clínico y aplicado bien desde un marco más académico y de «curiosidad investigadora», tenemos la sensación (creo que no infundada) de que nos movemos en un terreno de extrema dispersión, donde los avances teóricos y técnicos y sus resultados en el mundo aplicado se mueven en dimensiones muy distintas. Además, uno observa, en no pocas ocasiones, que lo que sabemos hasta el momento de muchas de las patologías presentes en salud mental y el conocimiento sobre el desarrollo y mantenimiento de cualquier adicción, parecen «saberes estancos» que no siempre se exponen entrelazados a pesar de que desde el marco asistencial sea ésta una realidad cotidiana. Este hecho sorprendente es, desde mi modesto punto de vista, el que justifica, al menos en parte, la sensación de indefensión en que se encuentran muchos clínicos inmersos en la difícil tarea de responder a las demandas derivadas del abuso de sustancias.

Mi propia naturaleza y mi actitud, sin dejar de ser realista, siempre ha sido y es muy positiva, y el tener entre las manos una manual de estas características me afianza en mi idea. Conocemos mucho, pero quizá es necesario aunar y organizar estos conocimientos para ajustarlos a la realidad que nos ocupa y, de esta forma, contar con herramientas realmente útiles que guíen y mejoren nuestro trabajo asistencial. Ésta, quizá, es la mejor y más valiosa aportación de este completo trabajo al abordar de forma rigurosa, consistente y, especialmente ajustada a la realidad, un tema frente al que muchos de los profesionales vienen intentando hacer frente sin contar con una fuente documental como la que nos ocupa: la patología dual en drogodependencias.

Es verdad que la coexistencia de una adicción y cualquier otro trastorno mental, aunque muy reciente, es un hecho contrastado y discutido desde hace años (no muchos) en la literatura y las reuniones científicas, pero no han sido tan comunes los intentos de plasmar esta evidencia y, lo que es más importante, sus correlatos de cara a la intervención, en un formato coherente y decididamente dirigido a dejar claros aquellos puntos fuertes, y los que no lo son, de su tratamiento. En este sentido, para muchos lectores será de sobra conocida la estrecha relación que guardan las dependencias y la presencia de trastornos de la personalidad, y en este manual encontrarán muchas de las respuestas a las cuestiones que bien seguro les han surgido (o les surgirán) a la hora de orientar, adaptar y llevar a cabo los programas de tratamiento convencionales para su rehabilitación.

¿Cómo reconocer y diferenciar los síntomas que son propios del proceso adictivo y sus secuelas orgánicas o funcionales en el drogodependiente de aquellos que son propios de un trastorno de personalidad? Y, una vez que se es capaz de dilucidar esta primera cuestión

A pesar de la dificultad del tema en cuestión, los autores han sido capaces de exponernos claramente los avances más actuales sobre las características de la intervención con personas dependientes que padecen alguno de los trastornos de personalidad que conocemos. Así, nos presentan, en primer lugar, una vez introducidas las peculiaridades psicopatológicas de los trastornos de la personalidad, la naturaleza de la relación entre éstos y el fenómeno de las drogodependencias, estableciendo así el marco conceptual de la presencia de esta doble patología en la población de referencia. Nos sugieren, asimismo, en segundo lugar, el protocolo de evaluación que hay que seguir en este tipo de casos, aportando estrategias para el análisis de su complejidad.

Una vez plantado el contexto genérico «drogodependencias y trastorno de la personalidad», los autores se esfuerzan en profundizar más, estableciendo pautas y directrices de intervención según sea la patología que afecte al drogodependiente. Así, aunque en el presente trabajo se expone una serie de consideraciones generales de aproximación a cualquiera de los adictos afectos de una patología adicional, los cuatro últimos capítulos se dirigen, desde una aproximación aplicada, a presentar las estrategias más útiles a la hora de llevar a cabo los programas de tratamiento integrales para esta población. Contamos así con detallados programas organizados en función del tipo de trastorno que se presente con la dependencia (paranoide, narcisista, evitativo dependiente, por ejemplo). Lo importante, quizá, es la capacidad de los autores a la hora de establecer un correlato directo y real entre la patología presente en este tipo de adictos y la dirección expresa que, dependiendo de sus características psicopatológicas, el clínico puede establecer para mejorar y desarrollar de forma más eficiente su trabajo asistencial.

Es, sin lugar a dudas, un reto difícil el que los autores se han planteado pero que consiguen plenamente, sobre todo al conjugar la necesidad de unir conocimientos y aportar una guía exhaustiva en la que los profesionales interesados, indistintamente del núcleo del que parta su interés, puedan conocer ampliamente el estado de la cuestión y las consideraciones más importantes de cara a mejorar su actuación.

JOSÉ LUIS GRANA GÓMEZ  
Profesor Titular de Universidad  
Director del Máster de Psicología Clínica Legal y Forense  
Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid

# Una aproximación al problema de la patología dual

En todo proceso terapéutico se ha de ser consciente del entramado de las relaciones entre numerosas variables intervinientes en cualquier psicopatología. En este caso nos centramos, ya que al entender éstas se aumenta la complejidad a la que nos referiremos, en la intervención con sujetos que presentan patología dual<sup>1</sup>, que aun siendo un término no reconocido por las clasificaciones DSM-IV-TR y CIE-10<sup>2</sup>, aunque sí por la comunidad científica, utilizamos para referirnos, en este caso, a la coexistencia de dos psicopatologías: por un lado, la drogodependencia y por otro la psicopatología basada fundamentalmente, aunque no solamente, en los trastornos de la personalidad.

La terapia dirigida al abandono definitivo en algunos casos, o destinada a aumentar el tiempo de abstinencia (mayor tiempo entre consumos esporádicos) puede llevar consigo la utilización de una amplia variedad de estrategias de tratamiento (cognitivas, conductuales, etc.). La experiencia clínica nos informa de la necesidad de profundizar en el potencial de las técnicas y procedimientos que hay que utilizar en las actuaciones en el campo de las drogodependencias, así como la coordinación de esfuerzos multiprofesionales complementarios e interdependientes.

A lo largo de la historia del tratamiento de las drogodependencias hemos visto cómo se han podido responder algunas cuestiones, hasta no hace mucho, atribuibles, en la mayoría de los casos, exclusivamente a la voluntad, esto es, la motivación del sujeto en relación con el cese del consumo de drogas.

En el desarrollo diario de los procesos terapéuticos en drogodependencias nos encontramos con numerosos casos que llevan consigo intervenciones que van más allá de las exclusivamente dirigidas al abandono del consumo de drogas. Por otro lado, los pacientes que son atendidos en los centros especializados de drogodependencia no parecen ser conscientes, en la mayoría de los casos, de otras psicopatologías concomitantes que se hayan junto a su demanda inicial, esto es, la drogodependencia.

Con esta obra se pretende hacer un recorrido reflexivo a través de las dificultades que los terapeutas nos vamos encontrando cuando intervenimos especialmente en algunos casos de patología dual en drogodependientes. Estas dificultades llevan en ocasiones a incrementar los problemas de adherencia al tratamiento de los pacientes<sup>3</sup>, haciendo por tanto más probable el abandono del tratamiento de su adicción, así como a descubrir en los tratamientos que se ponen en marcha actuaciones que no atienden una demanda que en la mayoría de los casos es latente y se solapa con la petición de ayuda para el abandono del consumo de drogas. Igualmente, la tardanza en aparecer períodos de abstinencia mantenidos en el consumo de la sustancia principal o secundaria motivo de demanda, impide la adecuada observación terapéutica, por lo que los distintos cuadros

clínicos que podrían describirse con mayor facilidad y rapidez en situaciones de no concomitancia con las drogodependencias se presentan como un verdadero impedimento clínico de intervención.

Por otro lado, existen drogodependientes que tienden a cronificarse en los centros de tratamiento, bajo la difícil supervisión del cumplimiento de programas que parecen ante los ojos del paciente tener la sola pretensión de controlar sus vidas, como ocurre en algunos casos que se encuentran en tratamiento de mantenimiento con metadona<sup>4</sup>.

La permanencia en programas de mantenimiento con sustitutivos, habiéndose considerado hasta ahora que la metadona proporcionaba a los drogodependientes lo que realmente necesitaban para el control de sus vidas, no siempre ha facilitado la consecución de objetivos de mejora en los estilos de vida de éstos. Muchas veces se ha hablado incluso del fracaso del programa de metadona para muchos sujetos. En algunas ocasiones la persona drogodependiente puede no desear superar el trastorno, pero también es posible en ciertos casos, que las actuaciones generalizadas con programas de mantenimiento con metadona<sup>5</sup>, hayan sido poco útiles para aquellos en los que existía psicopatología concomitante, y por tanto, los factores de mantenimiento del consumo no habían cambiado, al no ser la psicopatología concomitante un aspecto prioritario en los programas de tratamiento.

Las observaciones de programas de mantenimiento con metadona no pueden entenderse si no es bajo el prisma terapéutico que las justifica, por lo que no es rentable para el paciente precipitar salidas de éste, sin antes haber conseguido objetivos que superan la simple abstinencia del consumo de la sustancia. Con ello nos estamos refiriendo al hecho de plantear cambio de estilo de vida como objetivo principal del tratamiento. El estilo de vida, sin duda, tiene su base en la presencia o no de otras psicopatologías, por lo que cambiar el estilo de vida propio del drogodependiente por otro integrado en la sociedad de referencia, no consumidora de drogas, puede verse afectada no sólo por la falta de motivación del sujeto, sino también por la dificultad que representa un cambio de estilo de hábitos para cualquier persona que sea portadora de una psicopatología.

Las actuaciones en el campo de la patología dual<sup>6</sup> se complican doblemente cuando además de las dificultades propias de una intervención multifactorial, como es el caso del tratamiento de las drogodependencias, se añaden los inconvenientes propios de la intervención sobre otra psicopatología.

En este documento nos centraremos fundamentalmente en los trastornos de personalidad por tratarse de una patología ciertamente frecuente entre la población de drogodependientes. Las actuaciones sobre estos trastornos, en la mayoría de los casos, se encuentran necesariamente entrelazadas, el desarrollo de uno de los trastornos está directamente relacionado con la evolución que el drogodependiente presenta en el otro. Esta interdependencia parece ser crucial a la hora de abordar un caso con patología dual y es por ello, que las intervenciones en este sentido conllevan mejoras notables en la evolución general del caso.

El criterio «tiempo» que con frecuencia se utiliza para la consideración de éxito o

fracaso de una intervención (nos referimos a consideraciones propias de personas ajenas al trabajo en el campo de las drogodependencias) puede igualmente modificarse, si se tiene en cuenta la evolución del paciente en aspectos como el tiempo que pasa entre consumo y consumo, el estilo de vida, y la evolución en la psicopatología concomitante a la drogodependencia. La experiencia clínica nos lleva sin lugar a dudas a no considerar el cese total del consumo de drogas como único criterio de éxito en los tratamientos de drogodependencias.

Por otro lado, el modo en el que se sienta el drogodependiente ante nosotros (las características de la relación terapéutica) varía sustancialmente si éste presenta o no patología dual. El modo en que se acerca un paciente con determinados trastornos de personalidad nos lleva necesariamente a diversificar las intervenciones adaptándolas a cada caso, sin que por ello podamos descartar la existencia de pautas generales de intervención para la superación de las drogodependencias, como se verá en el [capítulo VIII](#) de esta obra.

Las características clínicas de un problema adictivo parecen variar entre sí, incluso tratándose de estereotipos agrupados por tipo de sustancias. Dos sujetos heroínómanos deben ser atendidos de modo muy distinto si entre ellos (aceptando las coincidencias propias de la dependencia orgánica) existen diferencias en la patología dual, pudiéndose dar más coincidencias terapéuticas en casos de pacientes con consumos problemáticos en distintas sustancias que entre sujetos de una misma sustancia. Las similitudes en las intervenciones relativas a sujetos que consumen el mismo tipo de sustancia existen (Gossop, 1993), pero es factible resaltar otros posibles criterios de agrupación en relación con el tipo de actuaciones terapéuticas.

En función de la agrupación de los distintos trastornos de personalidad en relación con la sustancia de que dependen los sujetos, no parece haber exclusividad de tipo de sustancia objeto de tratamiento, en función de la categoría nosológica de la que se trate, aunque si bien es cierto, existe una mayor agrupación de determinados trastornos psicopatológicos en función de determinado tipo de sustancias, no podemos reducir la concomitancia de una determinada psicopatología a un tipo de trastorno y un solo tipo de sustancia teniendo en cuenta el mayoritario grupo de politoxicómanos atendidos en los centros.

Aunque no disponemos de intervenciones psicofarmacológicas precisas y destinadas exclusivamente a un trastorno del Eje II (algún trastorno de la personalidad), sí existen experiencias que pueden orientarnos en nuestra práctica diaria. La historia de tratamientos en drogodependencia nos ha llevado a presenciar situaciones en las que se le ha negado al paciente la posibilidad de usar medicación (psicofármacos) debido al comportamiento de automedicación (que no bajo la estructura de la adicción yatrogénica) que el paciente drogodependiente suele presentar.

Es posible que nuestros pacientes (hasta ahora pocas veces diagnosticados con patología dual fuera del contexto de investigación) hayan presentado siempre trastornos del tipo que aquí nos ocupa, por lo que la insistencia de éstos en su demanda de fármacos podría responder a mejoras circunstanciales de síntomas que parecían formar

parte de su estado habitual. Como ejemplo todos conocemos personas que demandan benzodiazepinas para reducir sus niveles de ansiedad, no siendo ésta consecuencia del cuadro de abstinencia. También es cierto que la experiencia en este sentido nos ha mostrado una mayoría de pacientes que generalmente han demandado ansiolíticos e hipnóticos.

First y Gladis (1996) describen tres circunstancias que convierten esta comorbilidad adecuadamente diagnosticada como elementos fundamentales del tratamiento:

1. Existe una elevada prevalencia de estos casos entre los sujetos atendidos.
2. El peso que esta concomitancia tiene sobre el pronóstico del caso.
3. Las repercusiones que tiene para el tratamiento un diagnóstico correcto.

Las intervenciones sugeridas a continuación por diversos autores con experiencia en el tratamiento de personas drogodependientes que padecen trastornos de personalidad se han ido complementando con la experiencia clínica de varios años de trabajo con drogodependientes.

Es conocida la lentitud con la que evoluciona un caso que presenta un trastorno de personalidad. El clínico es consciente de que la edad del sujeto puede ser en ciertos casos una variable de gran relevancia para poder observar los resultados esperados, pero también es cierto, y en casos de drogodependencia aún más claramente, que se obtienen mejoras a través del tratamiento de aspectos de la personalidad (Wessler, 1993). El hecho de presentar un trastorno de personalidad concomitante al problema de drogodependencia sugiere, en cualquier caso, que el proceso de tratamiento requiere de un mayor esfuerzo del equipo terapéutico que atiende al paciente.

Parece que una adecuada evaluación requiere tiempo. En muchos casos, es evidente el cuadro psicopatológico tras haber avanzado algo en la abstinencia, aunque en otras ocasiones las evidencias de psicopatología quedan de manifiesto cuando hacemos un recorrido por la historia de tratamientos previos del paciente o cuando obtenemos de los familiares que acompañan a éste una serie de descripciones de síntomas que nos invita a profundizar en unos aspectos y no en otros.

En muchos casos, la abstinencia del consumo de drogas no garantiza la desaparición del trastorno de personalidad, sino más bien y por las características del caso, la evolución del cuadro psicopatológico suele ser lenta, con altibajos y con efectos (observable en las conductas de consumo de droga para la evitación del malestar emocional) en el mantenimiento de la abstinencia del consumo de drogas.

Estos casos requieren de una mayor coordinación por parte del equipo terapéutico, no solamente para evitar la duplicación o torpedeo de las intervenciones que realiza cada uno de los miembros del equipo en el caso, sino también porque en algunos casos es necesaria la intervención con psicofármacos.

En ciertas ocasiones el trastorno de personalidad no ha desaparecido por completo, y el tiempo de abstinencia que presenta el sujeto es muy prolongado (más de un año), teniendo que optar por fases de seguimiento en las que el sujeto sea consciente del

mantenimiento de la relación con el equipo terapéutico para atender cualquier incidencia que pudiese aparecer.

La ayuda de la familia o de personas cercanas se hace especialmente necesaria en estos casos, dado que suelen ser pacientes con conductas que llevan fácilmente a la confusión cuando se intenta entender el desarrollo de su comportamiento habitual.

La duración de las sesiones y la frecuencia de visitas al centro de tratamiento se hace necesariamente más elevada en comparación con pacientes que no presentan este tipo de concomitancia.

Nuestro gran reto parte de la necesidad de discernir entre conductas provocadas por la misma patología de drogodependencias (mentir, manipular para conseguir mantener el consumo, conductas inapropiadas con la familia y la sociedad) y las conductas que, siendo incómodas para nosotros, para familiares o para el propio paciente (conducta anormal), son fruto de una psicopatología concomitante (en este caso, trastorno de personalidad). Las intervenciones irán, por tanto, dirigidas en diferentes sentidos, con objetivos integrados para la superación de la drogodependencia, pasando por conseguir una disminución en la intensidad y frecuencia de los síntomas que configuran cualquier cuadro de personalidad.

Los programas de prevención de recaídas deben estructurarse fundamentalmente sobre dos estrategias: (1) la tendente al control y disminución de la intensidad, la frecuencia y eliminación de algunos síntomas pertenecientes a los trastornos de personalidad; y (2) la encaminada a la eliminación de las variables que mantienen las cadenas conductuales de búsqueda y consumo de la droga. Además de la eliminación de las creencias negativas en torno a la recaída y la instauración de un repertorio de afrontamiento para la búsqueda de nuevos estilos de vida.

Para la presentación de sugerencias sobre estrategias útiles para casos a los que nos referimos, utilizaremos como referente para la comunicación entre profesionales de la salud mental el DSM-IV-TR, aun siendo conscientes de las dificultades que lleva consigo el uso de este manual conceptualizando erróneamente si fuese el caso cada trastorno de personalidad en sí mismo como única opción nosológica en comparación con el resto de posibles etiquetas que hacen referencia al rasgo que tratamos de identificar. En la aproximación al tema, los investigadores han usado casi en la totalidad de los casos el DSM, de modo que utilizarlo como referencia se ajusta al lenguaje empleado hasta el momento en los canales de comunicación entre profesionales. Con ello seremos conscientes de que cada vez que utilicemos las distintas etiquetas que informan de la existencia de un trastorno de la personalidad, sabremos que se trata de una opción entre otras, pero que guardan entre sí un denominador común que tiene que ver con la estabilidad de los rasgos que se definen, la dificultad del sujeto para identificarlos y la existencia de consecuencias negativas derivadas de estos rasgos no, o con delimitaciones que tienen más que ver con el contexto (Pelechano, 2001) solamente para el sujeto como también para las personas que se encuentran en su entorno habitual. Si sabemos que para considerar la existencia un trastorno psicopatológico (teniendo como referencia el DSM-IV-TR) deberán estar presentes algunas (estableciendo como es sabido un mínimo que

varía entre cuadros psicopatológicos), es posible que hablemos de la misma etiqueta aun existiendo diferentes síntomas entre sujetos, pero es extraordinariamente importante considerar las claves que se establecen como diferenciadoras entre sí para tener en cuenta que en cada caso existirá un rasgo especialmente característico en comparación al resto. Somos conscientes de éstos en la práctica clínica pero evidentemente sabemos que la existencia de este tipo de trastornos interfiere notablemente en el trabajo con nuestros pacientes y es esto lo que motiva la delimitación de sugerencias clínicas que faciliten el acercamiento al paciente drogodependiente que se diferencia de otros pacientes, esta vez, por presentar unas características de personalidad que los profesionales llamaremos, para entendernos, trastorno.

Aunque se utilizará a lo largo del documento una terminología eminentemente cognitivo-conductual para el análisis y las propuestas de intervención, no podemos olvidar el peso que tiene el condicionamiento en la instauración, mantenimiento y extinción de las conductas de consumo, cuestión que se revisa con profundidad desde el Análisis Funcional de la Conducta, descripciones que no suelen, por otro lado, olvidarse en el trabajo diario de cualquier clínico que trabaja en el campo de las drogodependencias.

## Los trastornos de personalidad. Características generales

### OBJETIVOS

Los objetivos de este capítulo son que el lector conozca las características fundamentales del trastorno de la personalidad usando como referencia el DSM-IV-TR, con el fin de establecer una definición operativa del trastorno que permita al clínico diseñar programas de intervención en casos en que coexisten la drogodependencia y el trastorno de personalidad. El análisis de los trastornos de personalidad lo haremos desde el modelo cognitivo-conductual, deteniéndonos ahora algo más en las creencias básicas del sujeto.

### SUMARIO

- 1.1. Una definición operativa.
- 1.2. Los trastornos de personalidad en el DSM-IV-TR.
- 1.3. La intervención en trastornos de personalidad desde la perspectiva cognitivo-conductual.
- 1.4. Las creencias básicas del sujeto con trastorno de la personalidad.
- 1.5. El curso de la enfermedad.

#### 1.1. UNA DEFINICIÓN OPERATIVA

A lo largo de la historia del desarrollo de los distintos paradigmas de la psicología se han ido generando diferentes modelos posibles y, como consecuencia, intervenciones terapéuticas distintas de los trastornos de personalidad. Con el ánimo de no olvidar los beneficios que cada paradigma aporta a la psicología, nos centramos aquí en una aproximación al problema de tipo cognitivo-conductual.

Partiendo de una definición consensuada desde la APA<sup>7</sup>, el trastorno de personalidad queda definido según el DSM-IV-TR de la siguiente forma: *Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto* (DSM-IV-TR, 2002).

El difícil proceso diagnóstico al que nos enfrentamos dada la complejidad de la

patología que surge como consecuencia de la concomitancia de una drogodependencia y un trastorno de personalidad hace que los síntomas sean en ocasiones miméticos respecto a los criterios que configuran la adicción. Es de gran utilidad tener presente las grandes diferencias que se dan entre trastornos de personalidad. En ocasiones son modos globales en que el paciente se comporta y son éstas las pistas que nos indican la existencia de un cuadro psicopatológico más complejo.

Vamos a contemplar los siguientes trastornos: trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad, trastorno narcisista de la personalidad, trastorno de la personalidad por evitación, trastorno de la personalidad por dependencia y trastorno obsesivo- compulsivo de la personalidad.

Son varias, por tanto, las posibilidades de concomitancia en relación con cada una de las sustancias susceptibles de generar comportamiento adictivo. En cada uno de esos casos estaremos hablando de unas características diferenciadoras entre los trastornos que aparecen a la vez de la drogodependencia específica.

A continuación ([Cuadro 1](#)) se presentan las características más sobresalientes de los distintos trastornos de personalidad que se irán analizando.

Cuadro 1. Características esenciales de cada uno de los trastornos de la personalidad

<i>Trastornos de la personalidad</i>	<i>Características</i>
• Trastorno paranoide de la personalidad.	⇒ Patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interprete maliciosamente las intenciones de los demás.
• Trastorno esquizoide de la personalidad.	⇒ Desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional.
• Trastorno esquizotípico de la personalidad.	⇒ Malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perspectivas y excentricidades del comportamiento.
• Trastorno antisocial de la personalidad.	⇒ Desprecio y violación de los derechos de los demás.
• Trastorno límite de la personalidad.	⇒ Inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad.
• Trastorno histriónico de la personalidad.	⇒ Emotividad excesiva y demanda de atención.
• Trastorno narcisista de la personalidad.	⇒ Patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
• Trastorno de la personalidad por evitación.	⇒ Inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
• Trastorno de la personalidad por dependencia.	⇒ Comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.
• Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.	⇒ Preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

A estas categorías se añade la posibilidad de que:

1. °) El sujeto se ajusta al criterio general para un trastorno de personalidad cumpliendo varios de los pertenecientes a los distintos grupos de la tabla anterior.

2. °) El sujeto no cumple con ninguno de los criterios de las categorías nombradas pero sí con el general que verifica la existencia de un trastorno de la personalidad; en ambos casos se denomina trastorno de la personalidad no especificado.

En el **Cuadro 2** podemos ver cómo los trastornos de personalidad están reunidos en tres grupos basándose en las similitudes de sus características.

Cuadro 2. Agrupaciones de los diferentes trastornos de la personalidad (Adaptación del DSM-IV-TR)

<i>Grupo A</i>	Paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros y excéntricos.
<i>Grupo B</i>	Antisocial, límite, histriónico y narcisista. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos e inestables.
<i>Grupo C</i>	Por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos.

## 1.2. LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN EL DSM-IV-TR

Según el DSM-IV-TR, los rasgos de personalidad son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales. Los rasgos de personalidad sólo se constituyen en trastornos de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Este patrón desadaptativo se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, actividad interpersonal o del control de los impulsos.

A modo de esquema se describen los criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad (DSM-IV-TR, 2002):

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

- 1) cognición (ejemplo: formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos),
- 2) afectividad (ejemplo: la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional),
- 3) actividad interpersonal,

4) control de los impulsos.

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas de la edad adulta.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ejemplo: una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (ejemplo: traumatismo craneal).

### 1.3. LA INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS DE PERSONALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Como hemos venido comentando, el abordaje de este tipo de trastornos lo haremos desde el paradigma cognitivo-conductual en el que además del modelo de Beck, donde nos detendremos algo más, se describirá la terapia dialéctica de conducta, la terapia racional-emotiva, el modelo de aprendizaje biosocial, la terapia cognitiva centrada en los esquemas y la terapia de valoración cognitiva (Wesler, 1993).

*Para Beck, los trastornos de personalidad podrían ser entendidos de la siguiente manera:... La evaluación de las exigencias particulares de una situación es anterior y desencadena una estrategia adaptativa (o inadaptada). La manera de evaluar un situación depende por lo menos en parte de las creencias subyacentes pertinentes. Esas creencias están insertadas en estructuras más o menos estables, denominadas «esquemas», que seleccionan y sintetizan los datos que ingresan. La secuencia psicopatológica para entonces de la evaluación a la activación afectiva y motivacional, y finalmente a la selección e instrumentación de la estrategia pertinente. Consideramos que las estructuras básicas (esquemas) de las que dependen esos procesos cognitivos, afectivos y motivacionales son las unidades fundamentales de la personalidad (Beck y Freeman, 1995, pág. 55). Partiendo de este enfoque, los esquemas básicos del drogodependiente guardan relación con su adicción, lo que hace que tengan un contenido directamente relacionado con la drogodependencia, lo que parece un eslabón crucial en el tratamiento (Ellis, McInerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992; Beck y cols., 1999).*

Beck concreta la importancia dada al modelo cognitivo para abordar este tipo de problemática en: *Los terapeutas deben estar preparados para atacar estos problemas<sup>8</sup> simultáneamente, utilizando su comprensión de creencias disfuncionales*

*idiosincráticas del paciente, para poder incrementar la confianza y cooperación del paciente de forma empática y llevar a cabo el tratamiento contra el abuso de drogas.*

Cuando tratamos de discernir, y después veremos cómo el proceso de evaluación de los trastornos de personalidad es una tarea compleja, debemos valorar hasta qué punto las características propias de la drogodependencia hacen diferente al trastorno de personalidad en comparación con casos en los que no se da dicha drogodependencia. Según el modo en que el comportamiento del sujeto se aparta de las expectativas deseables, de las normas culturales aceptadas, las cogniciones adaptativas, la afectividad positiva, la actividad interpersonal y control de los impulsos, así se presentarán las peculiaridades referidas a la drogodependencia, a diferencia de otros.

#### 1.4. LAS CREENCIAS BÁSICAS DEL SUJETO CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD

A continuación se presentan las creencias y estrategias (conductas) básicas que parecen asociarse a cada uno de los trastornos de personalidad ([Cuadro 3](#)).

Cuadro 3. Creencias básicas y estrategias asociadas con los trastornos de la personalidad (tomado de Beck y Freeman, 1995).

<i>Trastorno de la Personalidad</i>	<i>Creencias/ actitudes básicas</i>	<i>Estrategia (conducta manifiesta)</i>
Por dependencia	Estoy desvalido.	Apego
Por evitación	Pueden hacerme daño.	Evitación
Pasivo-agresivo	Podría ser dominado.	Resistencia
Paranoide	Las personas son adversarios potenciales.	Cautela
Narcisista	Soy especial.	Autoexaltación
Histriónico	Necesito impresionarles.	Dramatismo
Obsesivo-compulsivo	Los errores son malos. No debo equivocarme.	Perfeccionamiento
Antisocial	Las personas están para dominarlas.	Ataque
Esquizoide	Necesito mucho espacio.	Aislamiento

En ocasiones es la relación entre actitudes y conductas observables la que nos da indicios de la posible existencia de un trastorno de personalidad, aunque en los casos en los que además existe un trastorno adictivo puede tardar más en verse con cierta evidencia debido al solapamiento de síntomas entre ambos trastornos y, cómo no, síntomas miméticos entre ambos cuadros.

Igualmente, muchos síntomas propios de la drogodependencia están matizados por el trastorno de personalidad, y viceversa. Con ello queremos destacar la existencia de creencias fundamentales que varían en su presentación en función del tipo de drogodependencia que presenta el sujeto, aunque la estructura básica de la creencia sea la misma. Con ello nos estamos refiriendo al hecho de que las distintas sustancias o el distinto tipo de drogodependencia en función de la sustancia genera en sí misma comportamientos distintos, hábitos, proceso de abstinencia e intoxicaciones agudas distintas, con lo que desde el punto de vista del condicionamiento esto lleva consigo. Un sujeto con un determinado trastorno de personalidad tendrá similitudes evidentes con otro que presenta esta misma psicopatología, aunque la sustancia de la que dependan sea distinta. En este sentido, pretendemos acercar programas de intervención de forma adecuada a cada caso, llenando de contenido las tendencias, esquemas cognitivos, con la especificidad consecuente de un tipo de drogodependencia en función de la sustancia.

Podemos sin duda fundamentar el diseño de estrategias terapéuticas (Cuadro 3) que llevan a avanzar en los procesos de cambio del trastorno de personalidad en cuestión, considerando las creencias que aparecen en dicho cuadro.

Cuando se trata de un drogodependiente, como en el resto de los casos, si éste no se encuentra bajo la influencia del síndrome de abstinencia o en un estado de intoxicación, tenderá a escoger conductas que pueden en su conjunto reconvertir sistemáticamente lo que en una terapia se pretende para la superación de una drogodependencia<sup>9</sup>. La estructura cognitiva del sujeto determinará sin lugar a dudas la intervención que debemos llevar a cabo.

Esto lo vemos con claridad cuando un paciente con un trastorno de la personalidad insiste en desviar la atención de la sesión o realizar conductas que merecen prescindir de las orientaciones del terapeuta. Por ello se puede entender fácilmente cómo los sujetos en ocasiones parecen responder más a su propio capricho que a las exigencias propias de un proceso terapéutico con una adecuada adherencia.

Aunque se profundizará más adelante en ello, diremos que, en relación con estrategias utilizadas para la prevención de recaídas tendremos en cuenta la utilidad de las técnicas cognitivoconductuales (Buela, Sierra y Méndez, 2001) en el tratamiento de casos de patología dual, con las características que referimos (Beck y cols., 1999). Así la Terapia Cognitiva centrada en los Esquemas es una buena estrategia para la prevención de recaídas (Tejero, 2000), aunque no se debe olvidar la mediación en estos procesos de variables bajo condicionamiento clásico y operante.

## 1.5. EL CURSO DE LA ENFERMEDAD

En general sabemos que los trastornos de la personalidad son reconocibles en la adolescencia o principio de la edad adulta, algunos, como es el caso del antisocial y del límite, tienden a atenuarse o a remitir con la edad, lo que no parece suceder con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo y esquizotípico.

Aceptando lo dicho, en el trastorno límite hay una variedad considerable de cursos del trastorno, pero existen circunstancias que parecen darse en mayor medida, como el hecho de que el riesgo de suicidio es mayor en los primeros años de la edad adulta y va desapareciendo con la edad. Esta circunstancia es aplicable concretamente a pacientes que no parecen haber presentado un trastorno por abuso de drogas porque cuando estos dos trastornos coexisten, y en especial cuando la escalada de consumo de sustancias se precede de alcohol, las amenazas y el riesgo de autolisis se incrementa. Es de esperar que los pacientes drogodependientes con esta psicopatología concomitante presenten de antemano mayor riesgo de autolisis. De modo general, durante los cuarenta y cincuenta años, estos pacientes logran mayor estabilidad en sus relaciones sociales y en la actividad laboral.

En el caso del trastorno de la personalidad por evitación, la conducta evitativa en

adultos tiende a hacerse menos evidente o a remitir con la edad (DSM-IV-TR, 2002), evolución que una vez más queda sujeta a las influencias que pudieran derivarse del consumo directo de sustancias y de las consecuencias que sobre el sujeto tiene el abuso de las mismas en sus relaciones sociales e imagen de sí mismo.

La variable tiempo parece, por tanto, jugar un papel importante en el impacto que presenta la drogodependencia en:

- Duración del tratamiento de manera continuada o interrumpida como consecuencia de la presencia de recaídas en el consumo de drogas o recaídas de cierta consideración en el trastorno de la personalidad concomitante.
- Percepción que tiene el equipo terapéutico para la puesta en marcha de programas, decisión de abordar determinados objetivos relevantes para el mantenimiento de la abstinencia durante el mayor tiempo posible.
- Cansancio, sensación de indefensión, percepción de la drogodependencia por parte de la familia del paciente.

En estos casos, la evolución del tratamiento de la drogodependencia será previsiblemente lenta como venimos apuntando, porque la evolución de un trastorno de la personalidad sin estar asociado a una drogodependencia es lenta en sí misma.

## Los trastornos de personalidad y las drogodependencias

### OBJETIVOS

Los objetivos de este capítulo son que el lector conozca el modo en que interactúan los trastornos de personalidad junto a la drogodependencia, evidencias clínicas que muestran una realidad terapéutica que nos lleva a analizar cada vez con más profundidad el peso de la patología dual en el tratamiento de las drogodependencias y datos estadísticos extraídos de estudios realizados para el conocimiento de esta situación terapéutica.

### SUMARIO

- 2.1. La evidencia de la concomitancia.
- 2.2. Influencias bidireccionales entre ambos trastornos.
- 2.3. El peso de la patología dual en el tratamiento.
- 2.4. La incidencia de la concomitancia en el caso de los trastornos de personalidad.
- 2.5. La percepción de psicopatología del sujeto.
- 2.6. Algunos datos sobre la concomitancia de drogodependencia junto a un trastorno de personalidad.

### 2.1. LA EVIDENCIA DE LA CONCOMITANCIA

Existen estudios que evidencian la relación entre los trastornos de personalidad y las adicciones (Yeager y Di Giuseppe, 1995; Sánchez, Gradoli y Climent, 1999; NIDA, 1999). También es cierto que la frecuencia de determinadas concomitancias no es excesivamente frecuente, pero no por ello despreciamos la necesidad de desarrollar programas de intervención en casos poco frecuentes.

Los diversos estudios realizados sobre la presencia de trastorno de la personalidad en muestras de pacientes ambulatorios, indican que responden a este diagnóstico, entre el 30 y el 50 por 100 de los sujetos (Phillips y Gunderson, 1996), de entre los que el 15 por 100 de los hospitalizados han sido susceptibles de este tipo de intervención por la presencia de esta clase de psicopatología. La comorbilidad de los trastornos de la personalidad en drogodependientes es claramente mayor a la incidencia que presenta de ellos la población en general. Tengamos en cuenta que la prevalencia de trastorno de la personalidad en la población general no supera en ningún tipo el 3 por 100 (DSM-IVTR,

2002) (véase Cuadro 4).

Durante los últimos años ha cobrado especial relevancia el estudio de la relación entre los problemas de drogodependencias y los trastornos mentales. De entre la concomitancia amplia que se presenta junto a la drogodependencia existe un porcentaje ciertamente elevado en el caso de los trastornos de personalidad (Lorenzo y Carrera, 1995). Esto hace necesariamente considerar la presencia de estructuras de personalidad que inciden de forma determinante en las decisiones terapéuticas que se han de tomar para el desarrollo de programas de actuación dirigidos a la consecución de los objetivos en el tratamiento de las drogodependencias.

Entre los trastornos de personalidad hay incidencias distintas, pero parece que el trastorno paranoide de la personalidad, el esquizoide, el trastorno límite, el histriónico, el antisocial, el trastorno narcisista, el trastorno de la personalidad por evitación, el trastorno de la personalidad por dependencia y el obsesivo-compulsivo, son frecuentes. El abordaje de éstos es ciertamente costoso en esfuerzo y dedicación en el tratamiento integral de la drogodependencia.

Cuadro 4. Incidencia de los trastornos de la personalidad en la población general no consumidora de drogas  
(Fuente: DSM-IV-TR, 2002)

<i>Paranoide</i>	Entre el 0'5-2'5% en la población general. Entre el 10 y 30% en hospitales psiquiátricos.  Entre el 2 y el 10% en pacientes psiquiátricos ambulatorios.
<i>Esquizoide</i>	Porcentaje muy bajo en el entorno clínico.
<i>Esquizotípico</i>	En torno al 3% de la población general.
<i>Antisocial</i>	Un 3% en el caso de los hombres y un 1% en el de las mujeres. Las estimaciones en población clínica han variado entre el 3 y 30%, cifras más elevadas en lugares de tratamiento de abuso de sustancias.
<i>Límite</i>	En población general, un 2%. En población de salud mental ambulatoria, un 10%. En sujetos psiquiátricos ingresados, un 20%. En las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad se sitúa entre el 30 y el 60%.
<i>Histriónico</i>	Entre el 2 y 3% en población general. En salud mental, entre el 10 y 15%.
<i>Narcisista</i>	El 1% en población general. En poblaciones clínicas se encuentra entre el 2 y 16%.
<i>Evitación</i>	Entre el 0'5 y 1% en población general y un 10% en pacientes de salud mental.
<i>Dependencia</i>	De los más frecuentes en la clínica de salud mental.
<i>Obsesivo-compulsivo</i>	En población general, un 1%. En muestras de pacientes de salud mental, entre el 3 y 10%.

Este hecho viene aportando una mayor comprensión de las conductas que presentan determinados pacientes que acuden a los centros de atención especializada de drogodependencias y salud mental, a lo largo de la puesta en marcha de los programas de tratamiento. No siempre han recibido estos trastornos concomitantes la oportuna comprensión por parte de los profesionales dedicados a labores asistenciales en drogodependencias (Lorenzo, Fernández, Arnaiz y Varela, 1998), lo que ha generado

intervenciones estructuradas desde diagnósticos incompletos con el consecuente efecto que esto produce en el tratamiento.

Algunas de las consecuencias observables a las que nos referimos pueden ser:

1. No consecución por parte del paciente de las indicaciones terapéuticas.
2. Uso erróneo (en ocasiones de forma abusiva) de psicofármacos.
3. Discriminación de las actividades sociales atribuibles a un correcto desarrollo del cambio del estilo de vida del sujeto (especialmente en determinados casos).
4. Consumos esporádicos aparentemente inexplicables y frecuentemente no evaluados.
5. Consumo abusivo de otras sustancias distintas a la sustancia que constituiría el problema fundamental.
6. Deterioro progresivo de la relación entre paciente y terapeuta como consecuencia de la falta de comprensión del caso.
7. No rentabilizar determinados programas de intervención.
8. Prescindir de intervenciones psicofarmacológicas que podrían, en ciertos casos, resultar necesarias.
9. Abandono del tratamiento.

La importancia que el conocimiento de esta concomitancia tiene para el desarrollo de programas de intervención (desde los dispositivos de drogodependencia o de salud mental) queda probada cuando, de una forma especial, se observa el peso que esta dualidad tiene sobre la evolución del trastorno psicopatológico y la drogodependencia. En el caso de adictos a opiáceos, es evidente la relación que esta patología tiene con otras psicopatologías concomitantes (Tejero y Trujols, 1993; Woody, McLellan, Luborsky y O'Brien, 1985; Rounsaville, 1992; González y Jiménez, 1997), siendo bidireccionalmente negativa.

La coexistencia de las mal llamadas, a nuestro entender, enfermedades psiquiátricas junto a la drogodependencia se ha asociado con una evolución negativa en los tratamientos, tanto en lo que respecta al trastorno por abuso de sustancias tóxicas, como del trastorno psicopatológico concomitante (Rounsaville, Dolinsky, Sabor y Meyer, 1987; Phillips y Gunderson, 1996; Howland, 1996; IPDE, 1997; D'Mello, Boltz y Msibi, 1996; Franco, 1997; Rubio, 1998 (a) y (b); González, Ruiz y Salvador, 1998; Marchiori, Loschi, Marsoni, Mioni y Pavan, 1999; Santo-Domingo y Rubio, 2000).

La evolución en ambos casos se caracteriza por reiteradas recaídas en el consumo, falta de adherencia al tratamiento, dificultad extrema para introducir estrategias que modifiquen el entorno familiar en el que está inserto el sujeto y reagudización de los trastornos psicopatológicos en sí mismo. Todo ello, genera, por lo tanto, en el individuo una falta de motivación para la consecución de objetivos propuestos desde el sistema terapéutico, expectativas de éxito muy dañadas y pérdida del apoyo por parte del sistema familiar como consecuencia de conductas inadaptadas. Es evidente la necesaria

implicación de los profesionales que trabajamos en drogodependencias en el diagnóstico y diseño de programas de intervención multidisciplinares (Szerman y Delgado, 1994).

## 2.2. INFLUENCIAS BIDIRECCIONALES ENTRE AMBOS TRASTORNOS

Con el objeto de conocer las posibilidades de relación entre los trastornos psicológicos y los problemas de drogodependencia, además de la anteriormente mencionada se han vertido otras posibles relaciones que no dejaremos de citar. En este sentido, Lehman, Myers y Corty, (1989) y Landry, Smith y Steinberg (1991) describen diferentes posibilidades de relación entre los trastornos psicológicos y el abuso de alcohol u otras drogas:

- El uso de alcohol y otras drogas puede causar síntomas psicopatológicos y emular síndromes psicopatológicos.
- El uso de alcohol y otras drogas puede iniciar o exacerbar un trastorno psicopatológico.
- El uso de alcohol u otras drogas puede enmascarar síntomas y síndromes psicopatológicos.
- El síndrome de abstinencia producido por el uso de alcohol u otras drogas puede causar síntomas psicopatológicos y emular síndromes psicopatológicos.

Los trastornos psiquiátricos y los trastornos por uso de alcohol, o de otras drogas, pueden coexistir de manera independiente, aunque parece evidente la necesidad de establecer programas integrados de tratamiento (Rubio, 1998c).

Los profesionales que trabajamos en la atención a las drogodependencias somos testigos de las consecuencias indeseables que lleva consigo el consumo de alcohol (en muchos casos de forma abusiva) no sólo en el empeoramiento de la psicopatología concomitante, sino especialmente en la facilitación de una recaída en el consumo de drogas<sup>10</sup>.

## 2.3. EL PESO DE LA PATOLOGÍA DUAL EN EL TRATAMIENTO

Anteriormente hemos podido ver cómo existe una influencia claramente negativa del trastorno psicopatológico concomitante en el tratamiento de la drogodependencia, pero parece existir, por otro lado, un agravamiento especial respecto al efecto terapéutico buscado cuando se presentan juntos trastornos de personalidad límite y antisocial (Kosten, Rounsaville y Kleber, 1982). Esto parece deberse a que la incidencia de impulsos agresivos en ambos tipos de trastornos es más elevada que en el resto de los

trastornos de la personalidad. Ello lleva igualmente a distorsionar la percepción que los familiares del paciente tienen del esfuerzo que éste realiza para dejar las drogas. En algunos casos hemos podido escuchar a la madre de un paciente decirnos que tiene la sensación, en algunos momentos, de que su hijo/ a la odia, o que consume drogas para hacerla sufrir. No debemos confundir los comportamientos agresivos e impulsivos propios de los trastornos mencionados con el deterioro comportamental observable en el adicto que no ha decidido pedir ayuda.

De esta forma, parece evidente la importancia que representa una adecuada actuación sobre la patología dual, siendo igualmente conscientes de las posibles interacciones que podrían darse entre el consumo puntual de droga en el paciente y los psicofármacos que pudiera estar tomando. En muchos casos en que se detecta la presencia de una psicopatología concomitante a las drogodependencias parece necesaria la actuación psicológica conjunta a la intervención psicofarmacológica (Tejero y Trujols, 1996), no pudiendo, como es sabido, reducir la intervención en psicopatología a la intervención exclusivamente con psicofármacos.

Entre las diferentes formas de entender la relación entre los problemas de drogodependencia y la psicopatología en el Eje II (objeto de esta reflexión) se encuentra la Hipótesis de la Auto-medicación, la cual parece responder al modo en que los trastornos que se encuentran presentes en la historia del sujeto pueden propiciar el consumo posterior de drogas (Casas, 1997). Según este modelo, *las personas con trastornos adictivos seleccionan la droga de abuso en función de determinantes internos tendentes a la modulación de aspectos afectivos como la ansiedad, la depresión, la agresividad y la rabia* (Tejero y Casas, 1993). Es así como también se concibe desde posturas que defienden la hipótesis de la automedicación (Tejero y Casas, 1993), según las cuales se recomienda tener siempre presente la existencia de un patrón de automedicación en pacientes que presentan un trastorno grave de la personalidad (especialmente en los trastornos esquizoide, paranoide y esquizotípico). Con ello no pretendemos reducir las posibles explicaciones de la concomitancia entre el problema de las drogodependencias y un trastorno de la personalidad aunque, si bien es cierto, esta hipótesis viene teniendo la aceptación mayoritaria de los psiquiatras.

Cuando nuestro objetivo se centra en los trastornos de la personalidad, las posibilidades de relación entre ambos trastornos quedan determinadas por las exigencias propias del código diagnóstico<sup>11</sup>.

La evolución de los pacientes drogodependientes que a su vez presentan psicopatología tanto en el Eje I como en el Eje II es comparativamente más lenta, complicada, y en ocasiones podría parecer aleatoria. Así, los sujetos con esta descripción requieren más atenciones focalizadas de manera independiente en cada uno de los trastornos.

El éxito en los tratamientos llevados a cabo con estos pacientes es mayor cuando se aplica de forma integrada la intervención sobre la adicción y la psicopatología (Wilens y cols., 1993; Chappel, 1993; Solomon, Zimberg y Shollar, 1996; Kessler, Nelson y McGonagle, 1996).

De una forma más específica, se ha observado un mal pronóstico en el tratamiento del alcoholismo, cuando los pacientes que son tratados por su adicción presentan, a su vez, una psicopatología distinta a la adicción (Vaillant, 1975; Roldán, 2000). Han sido precisamente muestras de alcohólicos y heroinómanos las más estudiadas, no solamente en lo referente a las características estadísticas de la población, sino también respecto a la evolución que estos sujetos han presentado en los tratamientos llevados a cabo.

#### 2.4. LA INCIDENCIA DE LA CONCOMITANCIA EN EL CASO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Existen datos estadísticos dispares en cuanto a la presencia de patología dual en los pacientes atendidos en los distintos dispositivos para la atención a los drogodependientes. En muchos casos, estos datos destacan un porcentaje superior al 50 por 100 cuando se trata de presencia de trastornos de personalidad. Khantzian y Treece (1985) encuentran que un 65 por 100 de pacientes de la muestra presentaba uno o más de los trastornos del grupo perteneciente al Eje II<sup>12</sup> (citado en Flynn, Graddock, Luckey, Hubbard y Duternan, 1998). Otros encuentran hasta el 80 por 100 de sujetos con un diagnóstico dual cuando las tipologías diagnósticas no se reducen solamente a los trastornos de la personalidad (Montoya y cols., 1995).

Se ha hallado que entre el 70 y el 85 por 100 de los delincuentes, entre el 60 y el 70 por 100 de los alcohólicos<sup>13</sup>, y entre el 70 y el 90 por 100 de las personas que consumen drogas, manifiestan un trastorno de la personalidad (Santis y Casas, 1999).

Con datos como los señalados, un trastorno como éste debe ser estudiado, reconocido y tratado desde los dispositivos de atención a las drogodependencias, cuanto más si recordamos la importancia que la literatura ha dado a la evolución del tratamiento en función de la presencia de estos trastornos. Como ya hemos comentado, su presencia afecta a la respuesta terapéutica a dicho trastorno (Phillips y Gunderson, 1996).

En otros estudios en los que se miden distintos trastornos, fundamentalmente del Eje I, podemos decir que un porcentaje superior al 50 por 100 de los sujetos con diagnóstico de drogodependencia presenta también depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, etc. (Decker y Ries, 1996). Igualmente, estudios como éste parecen demostrar la existencia de trastornos de la personalidad en mayor proporción, cuando existe una politoxicomanía en comparación con sujetos que pueden estar dependiendo de una sola sustancia<sup>14</sup>. Del estudio de Yeager y Di Giuseppe (1995) se desprende un mayor porcentaje de sujetos que presentan criterios para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad, en comparación con los sujetos de la muestra de no consumidores de drogas.

El estudio realizado por estos autores<sup>15</sup> muestra la complejidad que representa el abordaje de la comorbilidad psicopatológica cuando se tienen en cuenta variables como la edad, el sexo y raza/etnia. Igualmente, se destaca la importancia de las diferencias

existentes entre el sexo cuando se trata de conocer el tipo de trastornos en cuanto a su momento de aparición —primario o secundario— (Calafat y Amengual, 1991). Estas diferencias entre sexos parecen identificables cuando se tratan de trastornos del Eje I pero no cuando nos referimos al Eje II (DSM-IV-TR) (Swan, 1997). En este mismo sentido, Morgenstein, Longenbucher, Labouvie y Miller (1997) y Marset, Chevalley, Krokhar y Mino (1999) encuentran en un estudio realizado sobre una muestra de cuarenta pacientes consumidores habituales de heroína como sustancia principal de consumo que el 71 por 100 de los sujetos presentaba algún trastorno de personalidad. De entre este grupo, el trastorno de personalidad más habitual en los hombres fue el de la personalidad antisocial, mientras que en la mujer fue el límite, por evitación y dependiente, lo que podría implicar una mayor probabilidad de coexistencia entre los trastornos propios de la drogodependencia con los de personalidad.

En este sentido, señalaremos igualmente las conclusiones que San Narciso y cols. (1998) exponen tras su estudio realizado con una población de heroinómanos:

1. No se han encontrado diferencias en función del sexo en los trastornos de personalidad evaluados en el IPDE<sup>16</sup> ni en el nivel de gravedad obtenido en el EuropASI<sup>17</sup>.
2. No se han encontrado diferencias en relación con los trastornos de personalidad entre los pacientes que abandonan el tratamiento y los que permanecen en él durante seis meses (no especifican si existe o no un consumo mantenido a lo largo de los meses; suponemos que, aun no abandonando el tratamiento, existe una frecuencia alta de consumos).
3. Los pacientes con mayores niveles de gravedad de la adicción (uso concomitante de drogas y/o presencia de comorbilidad psicopatológica) presentan mayor dificultad de cumplimiento terapéutico y mayor riesgo de abandono del programa de mantenimiento<sup>18</sup>.
4. Las áreas que han presentado mayor índice de gravedad en la entrevista son el uso de drogas, empleo, así como relaciones familiares y sociales.
5. Los pacientes de nuestra muestra que inician un programa de mantenimiento con naltrexona se caracterizan por presentar un trastorno de personalidad de tipo disocial, seguido de un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo.
6. Los pacientes que permanecen en tratamiento durante seis meses presentan características de trastorno de personalidad de tipo dependiente.
7. La entrevista IPDE ha demostrado estabilidad diagnóstica en la mayor parte de los trastornos de personalidad.

Es posible que las características de la población descrita en este estudio puedan diferir en lo que se refiere a los programas de tratamiento con metadona, programas a los que cada vez se incorporan más drogodependientes. La relación entre ambas patologías

(drogodependencia y otra psicopatología) se desarrolla de manera distinta si se establecen diferencias diagnósticas en lo referente a los trastornos de la personalidad.

## 2.5. LA PERCEPCIÓN DE PSICOPATOLOGÍA DEL SUJETO

La persona drogodependiente se enfrenta —cuando su deseo contempla la superación de la drogodependencia— a una alteración desconocida para él y para su familia, posiblemente estigmatizada por la sociedad a causa del desconocimiento de esa patología. Esto va a hacer que el adicto no acepte que es portador de la misma. El momento en que se comunica al paciente el diagnóstico queda determinado siempre por el nivel de preparación que tenga el sujeto. Esto es, por el repertorio de autoeficacia, controlabilidad, inteligencia práctica, habilidades de afrontamiento, etc., de que éste disponga.

Es extraordinariamente importante analizar y valorar el momento más adecuado para informar al paciente y a su familia del diagnóstico que hacemos en cada caso. En estos casos, ello cobra una relevancia especial, dado que el conocimiento del sujeto de su propia psicopatología llevará consigo:

1. Una actitud favorecedora para que éste analice junto a su terapeuta variables intervinientes en la drogadicción que hasta ahora han podido carecer de importancia para él y que, por lo tanto, no habían sido contempladas por el propio sujeto como elementos con consecuencias negativas para llevar a cabo metas. Entre ellas, la de dejar de consumir drogas.
2. Posibilitará un proceso de concienciación de situaciones de riesgo y de protección acompañado por el terapeuta.
3. Hará posible que el sujeto participe de forma activa-evaluativa (evitando en lo posible la autoculpabilización) para generar preguntas útiles y proponer y sugerir cuestiones relativas al análisis que se realice en cada momento.
4. Que acepte mejor, si ha entendido su problema, ciertas indicaciones terapéuticas que de otro modo podrían ser rechazadas. Como, por ejemplo, una buena adherencia a la intervención psicofarmacológica, prescindir del consumo de alcohol, aunque éste no se produzca de forma abusiva, etc.
5. Que valore la posibilidad de ocuparse de forma motivada de su tratamiento a largo plazo, aun habiendo dejado de consumir. En muchas ocasiones se ha podido observar cómo el paciente percibe (en relación con el tiempo necesario, y con los objetivos que ha de conseguir para ser dado de alta) el proceso de un modo más operativo cuando es consciente de que es portador de una psicopatología de este tipo y de las repercusiones que tiene en su propia vida.

Entre los aspectos que abordaremos con él, se contemplarán aquellos que se refieren al curso del trastorno de la personalidad. Para este objetivo es importante: 1) el modo en que se van exponiendo las consecuencias de la cronicidad del mismo; 2) a qué nos referimos exactamente con cronicidad, porque no todos los trastornos de la personalidad siguen el mismo curso; 3) conocer las conductas que podrían estar determinando el curso del trastorno; 4) las consecuencias que puede tener sobre el trastorno de la personalidad el consumo esporádico o continuado de determinadas sustancias psicoactivas; 5) el modo en que se va a desarrollar la relación terapéutica; consumos colaterales (como alcohol o cánnabis), que podrían incidir de un modo determinante en los trastornos; y, sobre todo, 6) estructurar la información que se da en las sesiones, de modo que el sujeto no llegue a conclusiones derrotistas sobre la posibilidad de mejorar a lo largo de su vida, esto es, no fortalecer la percepción de pérdida de autoeficacia.

A lo largo del tratamiento del heroinómano parece que el distanciamiento de conocidos con problemas de drogodependencia representa un indicio interesante para considerar la mejora en el tratamiento, esto es, se empieza a dar la modificación de variables que han incidido de un modo determinante en el mantenimiento de la conducta de consumo continuado de sustancias.

## 2.6. ALGUNOS DATOS SOBRE LA CONCOMITANCIA DE DROGODEPENDENCIA JUNTO A UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Aunque existe cierto consenso en la necesidad de establecer diagnósticos tempranos de la existencia de patología dual a través del uso de instrumentos diagnósticos que sean altamente fiables y válidos, las bondades psicométricas se hacen más difíciles de alcanzar en la evaluación del ejercicio clínico diario (Blanchard, 2000). No obstante, y haciendo uso de numerosos estudios que se han venido realizando en torno al proceso de conocimiento de cómo puede darse la coexistencia entre dos grupos de trastornos como son la drogodependencia y los trastornos de personalidad, se aportan a continuación los resultados de numerosos estudios sobre dicha concomitancia (véase [Cuadro 5](#)).

En general, la mayoría de los estudios expuestos se han realizado en poblaciones de consumidores de alcohol y opiáceos, siendo estos últimos los que consumen mayoritariamente. En el caso de las muestras de sujetos consumidores de opiáceos, éstos representan el 54'5 por 100 de los estudios descritos, seguidos de los sujetos dependientes del alcohol, con un 29'3 por 100. De este modo, las reflexiones que se vienen apuntando en torno a la importancia que tiene la patología dual, y en especial la coexistencia con trastornos de la personalidad, deben considerarse de algún modo relacionados con los estereotipos con los que se vienen asociando los consumidores de distintas sustancias. No podemos, una vez más, asociar trastornos determinados a clases de sustancias consumidas, pero conviene contemplar este sesgo que no es más que la

descripción de un número importante de estudios realizados en torno a la prevalencia de trastornos psicopatológicos coexistiendo con una drogodependencia.

Cuadro 5. Datos sobre la concomitancia con trastornos de la personalidad

<i>Sustancia</i> <sup>19</sup>	<i>Estudio (autor, año)</i>	<i>Comentario</i>
Opiáceos	Rounsaville B. J. y cols., 1982	El 68% de los pacientes con dependencia de opiáceos presentaba algún trastorno de la personalidad.
Alcohol	Koenigs y cols., 1985 (citado en Cervera, 1997)	En una muestra de alcohólicos encuentran un 46% de pacientes que presentan un trastorno de personalidad.
Alcohol y heroína	Craig, Vermis y Mexler, 1985	Los alcohólicos presentaban un mayor porcentaje en evitador, esquizotípico y <i>borderline</i> . Los adictos a opiáceos: narcisista, histriónico y antisocial.
Cocaína	Weiss y cols., 1993 (citado en Bernardo y Roca, 1998)	El 42% de la muestra presentaba algún trastorno de la personalidad del grupo B.
Opiáceos	Khantzian Treece, 1985	En una muestra de 133 pacientes, el 65% presenta un tratamiento de personalidad.
Opiáceos	Solé y col., 1984 (citado en Casas, 1993)	El 53% de una muestra de 93 pacientes fue diagnosticado con un trastorno de la personalidad.
Alcohol	Nurnberg y cols., 1993 (citado en Bernardo y Roca, 1998)	Usando el DSM-III, el 64% de la muestra de alcohólicos presenta un trastorno de la personalidad.



Alcohol	Kaplan, Gilmore y Cooper, 1985 (citado en Yeager, 1995)	En una muestra de 1.000 pacientes psiquiátricos, los que presentaban abuso de alcohol, eran un 46%, y en otras sustancias un 61% tenía más probabilidad de presentar criterios para el diagnóstico de un trastorno de la personalidad.
Alcohol	Craigh, Vernis y Wezler, 1985	Los alcohólicos puntuaban más alto en los trastornos de personalidad: evitador, esquizotípico y <i>borderline</i> .
Opiáceos	Kosten y cols., 1982 (citado en Yeager, 1995)	El 68% de los pacientes tenía algún trastorno de personalidad.
Adictos a narcóticos	Khantzian y Trece, 1985	Utilizando criterio diagnóstico el DSM-III, presentaba algún trastorno de personalidad el 65% de la muestra estudiada.
Opiáceos	Marset y cols., 1999	El 71% de los sujetos presentaba algún trastorno de personalidad.
Opiáceos	Craigh, Vernis y Wezler D., 1985	Puntuaban más en narcistas, histriónicos y antisociales.
Opiáceos <sup>20</sup>	San Narciso y cols., 1998	El 95,5% de una muestra de 105 sujetos presentaba al menos un trastorno de personalidad probable



CONCOMITANCIA CON EL TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD		
<i>Sustancia</i>	<i>Estudio (autor, año)</i> <sup>21</sup>	<i>Porcentaje de sujetos que presenta este trastorno</i>
Alcohol	Nurnberg y cols., 1993 (citado en Bernardo y Roca, 1998)	44%.
Alcohol	Morgenstein, Longenbucher, Labouvie y Miller, 1997	20'7%.
Opiáceos	Sánchez y Gradoli, 2000	50%.
Opiáceos	Gutiérrez y cols., 1998	17'07%.
CONCOMITANCIA CON EL TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD		
<i>Sustancia</i>	<i>Estudio (autor, año)</i>	<i>Porcentaje de sujetos que presenta este trastorno</i>
Opiáceos	Sánchez y Gradoli, 2000	118'3%.
Alcohol	Morgenstein, Longenbucher, Labouvie y Miller (1997)	11'1%.
Opiáceos	Gutiérrez y cols., 1998	12'44%.



Alcohol	Lorenzo y cols., 1998	2'8%.
CONCOMITANCIA CON EL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN		
<i>Sustancia</i>	<i>Estudio (autor, año)</i>	<i>Porcentaje de sujetos que presenta este trastorno</i>
Alcohol	Nurnberg y cols., 1993 (citado en Bernardo y Roca, 1998)	20%.
Opiáceos	Sánchez y Gradoli, 2000	15%.
Alcohol	Morgenstein, Longenbucher, Labouvie y Miller, 1997	18%.
Opiáceos	Gutiérrez y cols., 1998	14'62%.
Alcohol	MacMahow y Davidson, 1985, 1986 (citado en Yeager, 1995)	Los alcohólicos deprimidos, a diferencia de los no deprimidos, presentaban un porcentaje más alto.
CONCOMITANCIA CON EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD		
<i>Sustancia</i>	<i>Estudio (autor, año)</i>	<i>Porcentaje de sujetos que presenta este trastorno</i>
Heroína	Kosten, Rounsaville y cols., 1982 (citado en Yeager, 1995)	14% muestra este trastorno. Existía un solapamiento entre el 60% <i>borderline</i> y el 50% de trastorno narcisista de la personalidad, presentaban a su vez un trastorno antisocial.



Heroína	Rounsaville y cols., 1982 (citado en Yeager, 1995)	El 66% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad reunía criterios para el trastorno de la personalidad antisocial.
Sin especificar	Inman y cols., 1985 (citado en Yeager, 1995)	Encuentra un 56% con este diagnóstico en una muestra de 50 pacientes.
Opiáceos	Sánchez y Gradoli, 2000	48'3%.
Alcohol	Nurnberg y cols., 1993 (citado en Bernardo y Roca, 1998)	16%.
Opiáceos	Craigh, 1988 (en Yeager, 1995)	16%.
Heroína	Kosten T.R.; Rounsaville y cols., 1982 (citado en Yeager, 1995)	2'3%.
Opiáceos	Millon, 1981 (citado en Casas, 1993)	16%.
Alcohol	Morgenstein, Longenbucher, Labouvie y Miller, 1997	22'4%.
Opiáceos	Gutiérrez y cols., 1998	21'95%.
Opiáceos	San Narciso y cols., 1998	4'5% de una muestra de 105 sujetos.
Alcohol	Lorenzo y cols., 1998	El 14'2%.
*****	Los siguientes estudios se han extraído del estudio de Trull y cols., 2000.	*****
Sin especificar	Alnaes y Torgersen, 1988	26'3%.



Sin especificar	Ball y cols., 1987	21%.
Cocaína	Ball y cols., 1996	11'1%.
Opiáceos	Brooner y cols., 1993	7'9%.
Alcohol	Dejong y cols., 1993	17'4%.
Opiáceos	Dejong y cols., 1993	65'1%.
Sin especificar	Derksen, 1990	48%.
Alcohol	Drake y cols., 1988	3'2%.
Alcohol	Grillo y cols., 1997	61%.
Alcohol	Hever y Dahlgren, 1995	11'7%.
Alcohol	Jonsdottir-Baldurson y Horvath, 1987	27'4%.
Cocaína	Kleinman y cols., 1990	18%.
Opiáceos	Kosten y cols., 1989	12%.
Cocaína	Kranzier y cols., 1994	34%.
Sin especificar	Kruedelbach y cols., 1993	27'6%.
Cocaína	Malow y West, 1989	5%.
Opiáceos	Malow y West, 1989	35%.



Sin especificar	Miller y cols., 1994	13'6%.
Alcohol	Morgenstern y cols., 1997	22'4%.
Sin especificar	Nace y cols., 1994	13'6%.
Alcohol	Nurnberg y cols., 1997	16%.
Alcohol	Poldrugo y Forti, 1988	3'5%.
Opiáceos	Rousar y cols., 1994	9%.
Sin especificar	Sansone y cols., 1994	61'5%.
Alcohol	Tousignant y Kovess, 1989	19%.
Cocaína	Weiss y Mirin, 1993	36%.
Varios	Zimmerman y Coryell, 1989	Alcohol = 6'9%/en general = 6'7%.
CONCOMITANCIA CON EL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD OBSESIVO-COMPULSIVO		
<i>Sustancia</i>	<i>Estudio (autor, año)</i>	<i>Porcentaje de sujetos que presenta este trastorno</i>
Alcohol	Yates y cols., 1995	10'81%.
Cocaína	Yates y cols., 1995	20'06%.



Cocaína	Montoya y cols., 1995	63%.
Opiáceos	Montoya y cols., 1995	61%.
Alcohol	Morgenstein, Longenbucher, Labouvie y Miller, 1997	10'7%.
Opiáceos	Gil y Viqueira, 1999	8'5%.
	Sánchez y Gradoli, 2000	18'3%.
CONCOMITANCIA CON EL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA		
<i>Sustancia</i>	<i>Estudio (autor, año)</i>	<i>Porcentaje de sujetos que presenta este trastorno</i>
Opiáceos	Yeager, 1995	16%.
Opiáceos	Sánchez y Gradoli, 2000	13'3%.
Alcohol	Morgenstein, Longenbucher, Labouvie y Miller (1997)	5'2%.
Opiáceos	Millon, 1981 (citado en Casas, 1993)	16%.
Opiáceos	San Narciso y cols., 1998	4'5% de una muestra de 105 sujetos.



CONCOMITANCIA CON EL TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD		
<i>Sustancia</i>	<i>Estudio (autor, año)</i>	<i>Porcentaje de sujetos que presenta este trastorno</i>
Opiáceos	Sánchez y Gradoli, 2000	26'6%.
Alcohol	Morgenstein, Longenbucher, Labouvie y Miller, 1997	4'4%.
Opiáceos	San Narciso y cols., 1998	6'3% de la muestra (N = 105 sujetos).
CONCOMITANCIA CON EL TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD		
<i>Sustancia</i>	<i>Estudio (autor, año)</i>	<i>Porcentaje de sujetos que presenta este trastorno</i>
Opiáceos	Gutiérrez y cols., 1998	2'44%.
Opiáceos	Sánchez y Gradoli, 2000	16'6%.
Heroína	Kosten, Rounsaville B. J. y cols., 1982	9%.
		Existía un solapamiento entre el 60% <i>borderline</i> y el 50% de trastorno narcisista de la personalidad, presentaban a su vez un trastorno antisocial.



Opiáceos	Kosten, Rounsaville y cols., 1982	9%.
Opiáceos	Craigh, 1985	18%.
Alcohol	Morgenstein, Longenbucher, Labouvie y Miller, 1997	6'6%.
Opiáceos	Millon, 1981 en Casas, 1993	18%.
CONCOMITANCIA CON EL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD		
<i>Sustancia</i>	<i>Estudio (autor, año)</i>	<i>Porcentaje de sujetos que presenta este trastorno</i>
Heroína	Hekimian, Gershon S., 1998. (Citado en Yeager, 1995)	50% sobre una muestra de 22 heroínómanos.
Heroína	Tree y Nicholson, 1980 (Citado en Yeager, 1995)	El mayor porcentaje de patología dual en una muestra de heroínómanos fue superior al 50%.
Heroína	Rounsaville y cols., 1985. (Citado en Yeager R. J., 1995)	Los hombres de la muestra comprendían el 29'5% del total de la muestra de sujetos con este diagnóstico, mientras que las mujeres representaban el 16'9%.
Opiáceos	Gutiérrez y cols., 1998	21'95%.
Adictos a narcóticos	Khantzian y Treese, 1985	35%.
Alcohol	Penick y cols., 1994 (citado en: Bernardo y Roca, 1998)	72%.



Alcohol	Hesselbrock, Meyer y Keener, 1985	El 49% de la muestra presentaba un trastorno secundario de este tipo.
General	Cervera, Valderrama y Bolinches, 1996 (en Yates, 1995)	Entre los diferentes trastornos de personalidad, el más prevalente en toxicómanos es el trastorno antisocial.
Alcohol	Morgenstein, Longenbucher, Labouvie y Miller (1997)	227%.
Heroína	Hekimian y Gershon, 1968	En una muestra de 22 pacientes, el 50% presentaba este trastorno.
En prog. de metadona	Treece y Nicholson, 1980	En 75 pacientes tratados con metadona, el mayor porcentaje pertenecía (en patología dual) este trastorno.
Opiáceos	Rounsaville y Triemey, 1982	De 533 sujetos, el 29'5% de los varones presentaba este trastorno.
Heroína	Kosten y Rounsaville y cols., 1982	De la muestra, el 16'9% lo presentaba en el caso de las mujeres.
Opiáceos	Khantzian y Treece, 1985	39%.
Sin especificar	Ross y col., 1988 (citado en Yeager, 1995)	1/3 de la muestra presentaba este diagnóstico. Era el grupo más numeroso.
Opiáceos	Craigh, 1988	46'9%.
Opiáceos	Brooner y col., 1993 (citado en Bernardo y Roca, 1998)	22%.
		30-50% de la muestra de heroínomanos.



Heroína	Kosten y cols., 1982	44'6%.
Alcohol	Nurnberg y cols., 1993 (citado en Bernardo y Roca, 1998)	20%.
Opiáceos	Weiss, 1989 (citado en Casas, 1993)	32%.
Opiáceos	Millon, 1981 (citado en Casas, 1993)	22%.
Opiáceos	Hendriks, 1990 (citado en Sánchez y Gradoli, 2000)	59'9%.
Opiáceos	Sánchez y Gradoli, 2000	61'6%.
Alcohol	Helzer 1978 (citado en Bernardo y Roca, 1998)	Hombres alcohólicos 15%; no alcohólicos, 4%; mujeres alcohólicas, 10%; no alcohólicas, 0'81%.

Realizando especificaciones en función de cada tipo de trastorno de la personalidad, cabe destacar el hecho de no haber encontrado prácticamente datos de existencia de trastorno esquizotípico de la personalidad, lo que nos lleva a desestimar este trastorno en la relación de trastornos de personalidad analizados más adelante. En lo que respecta a la cantidad de estudios que referencian o encuentran cada uno de dichos trastornos, ésta es más abundante en el caso de los de tipo antisocial (22'2 por 100) y límite (40'4 por 100), como ya habían indicado algunos autores (Andrew, Oldham y Gallaher, 1999; Regier y cols., 1990). Los trastornos de la personalidad menos frecuentes son: esquizoide, de evitación, de dependencia, histriónico y narcisista.

Estos datos no responden a un único estudio, existen diferencias importantes entre los porcentajes de distintos análisis que hacen referencia al mismo trastorno. Este rango tan elevado puede estar determinado por la dificultad misma que lleva consigo el diagnóstico de los trastornos de personalidad, ya que es determinante la necesidad un entrenamiento necesario y minucioso de los profesionales en el diagnóstico de este tipo de psicopatologías.

Conocemos la dificultad que entraña el proceso de diagnóstico de cualquiera de los trastornos a que nos referimos, pero con estos datos parece evidente que, sin ánimo de asignar a uno de los trastornos de personalidad la exclusividad, existe un porcentaje por encima del 50 por 100 de los pacientes con un trastorno por drogodependencia que podría indicarnos la existencia de algunos trastornos de personalidad, aunque también es cierto que los más presentes son los trastornos antisocial y límite.

## Algunas consideraciones sobre la evaluación de la patología dual

### OBJETIVO

El objetivo del capítulo es que el lector conozca los problemas más habituales en los procesos de evaluación del sujeto drogodependiente cuando éste presenta a su vez un trastorno de la personalidad, la importancia de la obtención de información obtenida no sólo del sujeto, sino también de la familia que lo acompaña al tratamiento, y algunos instrumentos considerados de utilidad por diferentes autores.

### SUMARIO

- 3.1. La conciencia del paciente respecto a la concomitancia.
- 3.2. Criterios aceptados por los profesionales.
- 3.3. La información que nos da la familia del paciente.
- 3.4. La presencia de Trastornos Psicopatológicos en el Eje I.
- 3.5. La contaminación en la politoxicomanía.
- 3.6. Psicopatología primaria o secundaria.
- 3.7. Elementos diferenciadores básicos entre los trastornos.
- 3.8. Instrumentos de evaluación.

#### 3.1. LA CONCIENCIA DEL PACIENTE RESPECTO A LA CONCOMITANCIA

El paciente drogodependiente con patología dual, esto es, con trastorno de la personalidad, no suele ser consciente de presentar dicha patología asociada a su problema de drogodependencia. Como ocurre con muchos otros casos de concomitancia, la razón por la que el paciente se acerca a un dispositivo asistencial no es la demanda para superar el trastorno de la personalidad, sino el malestar que genera, en este caso, la toxicomanía. Esto implica que el paciente no puede describir su patología en términos sintomáticos, por lo que la herramienta más útil para el diagnóstico es la observación.

También es cierto que los síntomas del trastorno de personalidad son visibles<sup>22</sup> para el clínico, por lo que es posible valorar la intervención desde un primer momento, contemplando la dualidad de la patología aun cuando el paciente no sea consciente de ella.

Sea como fuere, la literatura insiste, cada vez con mayor énfasis, en la necesidad de llevar a cabo procesos de evaluación que contemplen desde su inicio la posible presencia de patología dual (Casas, Santis y Duro, 1999; Ferrer, Melus y Checa, 1998; etc.), y esto sin esperar una evolución negativa del paciente en el mantenimiento de la abstinencia.

La evaluación de los trastornos del Eje II es en cierto modo más compleja que la de los trastornos del Eje I (Phillips y Gunderson, 1996). Estos mismos autores indican la posible influencia que el sexo y la cultura podrían tener en el proceso de evaluación, aunque los estudios parecen no encontrar diferencias significativas en este sentido<sup>23</sup>.

Entre los criterios para desarrollar un proceso de diagnóstico válido se han señalado diversos métodos que en la mayoría de las ocasiones hacen mención al tiempo que debe transcurrir desde que el sujeto deja de consumir la droga, de la que hasta el momento ha abusado, y el momento en que se realiza una evaluación de los síntomas susceptibles de encuadrar en una categoría diagnóstica<sup>24</sup>. También es cierto que desde una postura más integradora se señala la necesidad de contemplar historias clínicas que tengan en consideración la posibilidad de consumo previo de sustancias tóxicas por parte del sujeto y, con ello, valorar la posibilidad dual del cuadro que evaluamos. En referencia a estas lagunas dentro del proceso de evaluación, Varo (1997) señala el hecho de que en los dispositivos de atención a las drogodependencias no se ha venido teniendo en cuenta la información que pudiera ayudar al profesional de la asistencia a discernir sobre la existencia de una concomitancia en la psicopatología.

Rubio (1998a) señala la historia clínica como elemento básico para el diagnóstico de un trastorno psicopatológico en personas que abusan o dependen de las drogas. Según este autor, los datos de la historia clínica que nos dan indicios para sospechar que existe un trastorno psicopatológico, sin ser éste consecuencia del consumo de drogas, son:

1. Que el trastorno psicopatológico haya comenzado antes que el consumo regular de drogas.
2. Que los síntomas y problemas que el sujeto presenta sean distintos a los que aparecen en sujetos que abusan o dependen de las drogas.
3. Si el trastorno continúa tras varias semanas de abstinencia. Esto es, que no sea inducido (cuatro semanas es el período razonable).
4. La existencia de antecedentes familiares con el mismo trastorno.
5. El fracaso terapéutico tanto de su conducta adictiva como de otros trastornos psicológicos.

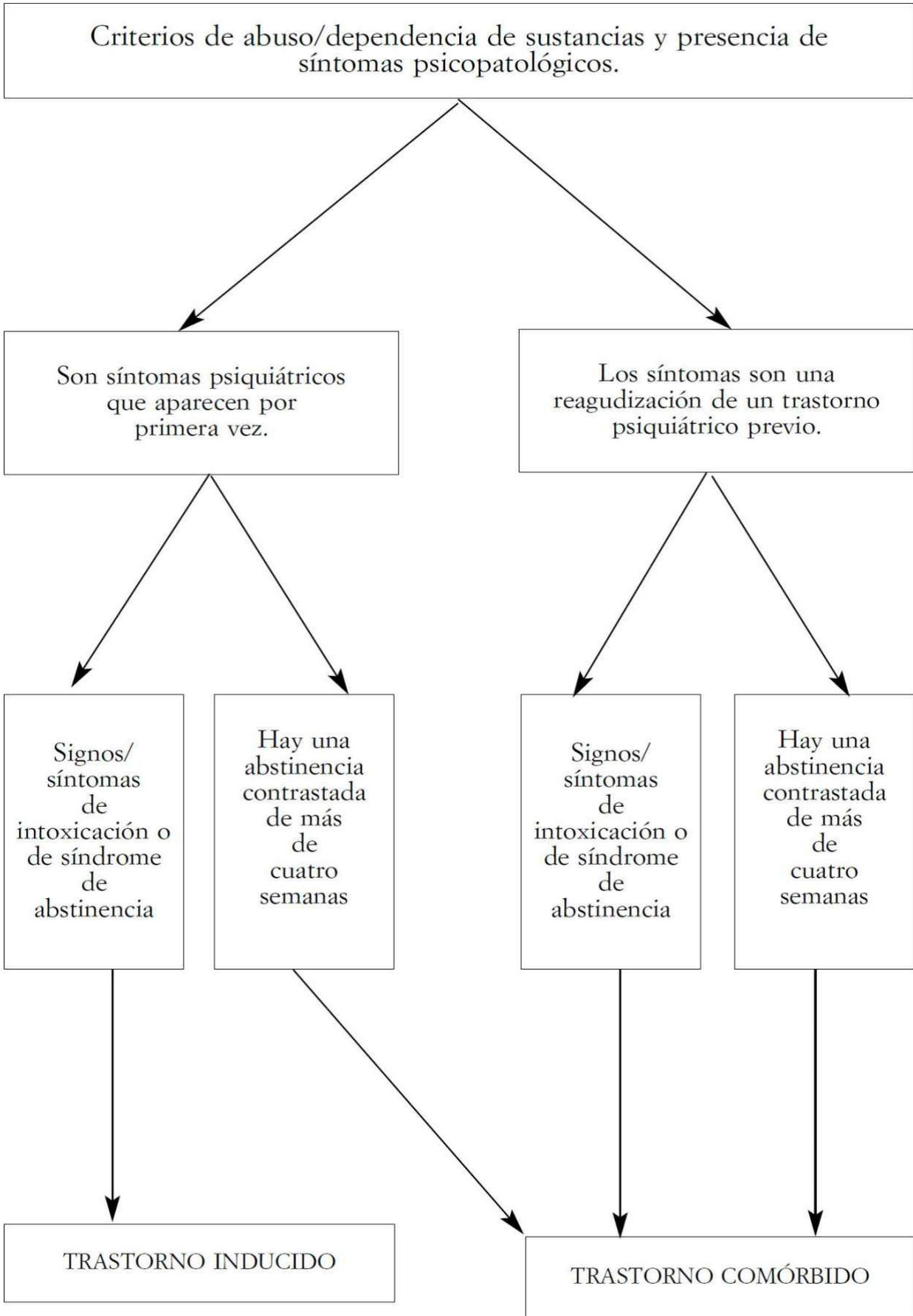
Es importante aclarar que, en ocasiones, la respuesta inicial al tratamiento farmacológico y la aparición de excesivos efectos similares tras un período corto de tratamiento podría indicar que se trataba de un trastorno inducido.

Estos aspectos pueden suponer, por lo tanto, indicios para la determinación del trastorno adictivo en su génesis, pero no son independientes entre sí en relación con la evolución que cada uno de ellos pueda tener.

Un problema diagnóstico fundamental con el que nos encontramos a la hora de determinar la existencia de una psicopatología concomitante a la drogodependencia es la evaluación de las conductas y síntomas durante la niñez y adolescencia. En el proceso de evaluación es posible que, tras un tiempo recurrente de preguntas, se pudiera erróneamente concluir en la existencia de un trastorno con comienzo en la adolescencia o principio de la edad adulta. Con ello, es probable que el diagnóstico resultante contenga elementos de base para hablar de un trastorno de la personalidad (Rubio, 1998a). Con este determinante, el problema de dependencia se convertiría con facilidad en un trastorno secundario. De cualquier modo, podemos asumir la dificultad que siempre estará presente en el proceso de evaluación cuando se realiza de forma retrospectiva (Burroughs, 1993), y más aún cuando los síntomas de estos trastornos coexisten solapados con los propios de la adicción.

Con el objeto de facilitar la determinación del diagnóstico, Rubio muestra un algoritmo para la realización del trastorno comórbido, o inducido por sustancias (Figura 1). En un intento de acercamiento a criterios que pueden ayudarnos en los procesos de evaluación de patología dual, se ha tomado un esquema que determina las diferencias sintomatológicas más llamativas, las cuales inclinarían la balanza evaluativa.

Figura 1. Tomado de Rubio, 1998



### 3.2. CRITERIOS ACEPTADOS POR LOS PROFESIONALES

De cualquier forma, se empieza a recomendar la utilización de medidas como: 1) esperar por lo menos dos o más semanas<sup>25</sup> desde que el individuo ha dejado de consumir la sustancia de la que depende; 2) rastrear la historia psicopatológica del sujeto, esto es, completar una historia clínica en la que aparezca la secuencia de síntomas para ver qué está primero; 3) obtener información de familiares (John, Renner y Domenic, 1995); 4) verificar la no procedencia de síndrome de abstinencia o condición de intoxicación como explicación plausible de los síntomas que observamos (Cuadro 6). Trastornos que se derivan de la situación de intoxicación o abstinencia a las distintas sustancias de DSM-IV-TR), etc. (Tejero y Casas, 1992; First y Gladis, 1996). En otro sentido, Craigh (1979)<sup>26</sup> refiere que el estado de intoxicación por opiáceos no parece afectar al diagnóstico. La posibilidad de diagnosticar un trastorno de este tipo bajo los efectos propios de una intoxicación por opiáceos parece estar en función de las pruebas que los autores han utilizado en los estudios.

### 3.3. LA INFORMACIÓN QUE NOS DA LA FAMILIA DEL PACIENTE

El trastorno de personalidad lleva consigo una serie de criterios diagnósticos, los cuales pasan por la comprobación a través de la entrevista con la familia del drogodependiente, con el fin de corroborar conductas que pertenecen a su pasado inmediato y lejano. Este aspecto es especialmente relevante en algunos casos más que en otros, aunque siempre es necesario determinar la existencia de conductas desadaptativas (disociales) en el sujeto y verificar también el momento del ciclo vital del sujeto en el cual se observan.

Cuadro 6. Trastornos asociados al tipo de sustancia.  
Adaptación del DSM-IV-TR.

<i>Sustancias</i>	<i>Delirium por intoxicación</i>	<i>Delirium por abstinencia</i>	<i>Demencia</i>	<i>Amnésicos</i>	<i>Psicóticos</i>	<i>Estado de ánimo</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Sexuales</i>	<i>Sueño</i>
1	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W
2	I				I*	I	I		
3	I				I	I/W	I	I	I/W
4							I		I
5	I				I		I		
6	I				I	I/W	I/W	I	I/W
7	I				I	I	I		
8	I		P		I	I	I		
9									
10	I				I	I		I	I/W
11	I	W	P	P	I/W	I/W	W	I	I/W
12									
13	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W

Alcohol, 1; Alucinógenos, 2; Anfetaminas, 3; Cafeína, 4; Cánnabis, 5; Cocaína, 6; Fenciclidina, 7; Inhalantes, 8; Nicotina, 9; Opiáceos, 10; Sedantes o hipnóticos, 11; Varias sustancias, 12; Otros, 13.

También trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*).

*Nota:* X, I, W, I /W o P indican que la categoría es reconocida en el DSM-IV-TR. Además, I señala que puede determinarse el especificador con inicio durante la intoxicación (exceptuando el caso de delirium por intoxicación); W indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la abstinencia (exceptuando el delirium por abstinencia); I/W, indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia, y P, que el trastorno es persistente.

### 3.4. LA PRESENCIA DE TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS EN EL EJE I

El discurso necesario sobre la evolución de la aparición del trastorno afectivo o de personalidad (primario o secundario) parece carecer de importancia en casos de concomitancia entre trastornos de personalidad, drogodependencia y trastorno, por ejemplo, afectivo, ya que algunos estudios reflejan que la mayoría de los sujetos drogodependientes parecen presentar trastornos afectivos posteriormente al comienzo del consumo, y por lo tanto, sería de carácter secundario el trastorno afectivo respecto del papel que jugaría en este caso el trastorno de personalidad. En esta misma línea, y

centrándonos en los trastornos del Eje I, la probabilidad de que aparezca dicho tipo de trastornos aumenta a la vez que se incrementa la severidad de la adicción.

Con todo ello, nos vamos acercando a la posibilidad de conocer comportamientos que hasta ahora y, en concreto, relacionados con las intervenciones que se hacen con pacientes drogodependientes, se han atribuido a la falta de motivación, de confianza, de voluntad, o a la mala intención del adicto. Partir de esto no significa despreciar la posibilidad de encontrarnos con personas que no han dado el paso definitivo hacia el abandono del consumo, como es el caso de sujetos en fases previas a las de «Acción»<sup>27</sup> (Prochaska y DiClemente, 1994; citado en Graña, 1994). Además, parece clara la interferencia que la presencia de un trastorno en cualquiera de los Ejes, y en especial del Eje II, puede ejercer para la evolución del paciente a lo largo de las fases del proceso de cambio.

Somos ahora más conscientes de la posibilidad de que ciertos comportamientos que entorpecen sistemáticamente el proceso global de recuperación del individuo pueden explicarse como consecuencia de una psicopatología concomitante al trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (John y cols., 1995), y no tanto en función de la falta de voluntad, manipulación, etc., del paciente, incrementándose las consecuencias cuando el trastorno del Eje I se suma al trastorno de la personalidad concomitante.

En este sentido, se tendrá que tener en cuenta la necesidad de una evaluación continuada a lo largo de todo el proceso terapéutico (Fernández-Ballesteros, 1987) con el objeto de facilitar la observación de síntomas que pueden responder a un cuadro psicopatológico presente, ya que otros comportamientos anormales que pueda presentar el adicto es posible que sólo sean consecuencia del trastorno adictivo por el que el sujeto acude demandando ayuda.

### 3.5. LA CONTAMINACIÓN EN LA POLITOXICOMANÍA

Es frecuente que los sujetos con patología dual consuman una gran variedad de drogas, tanto legales como ilegales, ya que en momentos de deterioro psíquico son capaces de tomar cualquier sustancia que modifique su estado (Solomon, 1996). Las primeras fases del tratamiento de la drogodependencia suelen ir acompañadas con este tipo de condicionantes, como es el caso de «sensación de vacío», cambios bruscos de estado de ánimo, etcétera. Dependiendo de la causalidad de la categoría nosológica de que se trate, puede o no desaparecer en el momento en que el sujeto deja de consumir. Por ello creemos que las causas por las que aparece dicho trastorno dependen exclusivamente del consumo (siendo causa la intoxicación o la abstinencia)<sup>28</sup>. Contamos también con la contingencia de que, aun no desapareciendo el cuadro psicopatológico después de suprimir el consumo, sea la ingesta de sustancias la causa de dicho desorden. En cualquiera de los casos se trata de una consecuencia del consumo.

Por otro lado, existen descripciones clínicas que, derivadas del consumo habitual de

LSD y cánnabis, presentan síntomas de forma permanente como lo son el conjunto de síntomas propios del síndrome amotivacional, ansiedad, depresión y otras alteraciones afectivas. En sujetos que presentan dicha clínica (en este caso, trastorno psicopatológico secundario) es fácil concluir en diagnósticos erróneos, derivados estos de la evidencia permanente de los síntomas descritos pero que son, en última estancia, consecuencia del consumo habitual de las sustancias descritas. En casos como éstos será necesaria la colaboración de la familia para determinar con exactitud el momento de aparición de los síntomas (Valbuena, 1993).

### 3.6. PSICOPATOLOGÍA PRIMARIA O SECUNDARIA

A lo largo de la historia del tratamiento de drogodependencias, las observaciones de la conducta del paciente se han realizado desde prismas distintos. Hace algunos años las interpretaciones sobre el comportamiento poco adherente al tratamiento, la dificultad para el seguimiento de instrucciones, las conductas que simplemente podían escapar de nuestra comprensión o las expectativas del paciente drogodependiente se atribuían a la falta de motivación para el cambio del paciente. El profesor Chinchilla (1989) recoge en uno de sus trabajos la existencia de «consecuencias o concomitancias, físicas y psíquicas y psiquiátricas» asociadas al consumo de drogas. Estas concomitancias incluyen desórdenes de personalidad, aunque conceptualizados como un trastorno secundario. En la actualidad, estos trastornos deben aceptarse como un trastorno primario al consumo de drogas; esto es, como un trastorno de la personalidad tal y como lo conceptualiza el DSM-IV-TR.

En la actualidad conocemos la existencia de concomitancia entre cuadros diagnosticados de drogodependencia a algunas de las sustancias de abuso y trastornos psicopatológicos. Desde la necesidad terapéutica de valorar la causalidad de ambos trastornos, es evidente que los encuadrados según el DSM-IV-TR en el Eje II serán primarios (en la gran mayoría de los casos) respecto a la drogodependencia dado que en los criterios diagnósticos se descarta la posibilidad de que los síntomas que definen estos trastornos puedan ser debidos al uso de sustancias o a enfermedad (Sánchez y Gradoli, 2000). Por otro lado, la relación entre el consumo de sustancias y la aparición del trastorno de personalidad se ha establecido, en mayor medida, precediendo el trastorno de la personalidad al trastorno adictivo (Santo-Domingo y Rubio, 1999).

Cuando se trata de organizar en una clasificación la posibilidad de que la psicopatología sea primaria (el trastorno psicopatológico aparece en la vida del sujeto antes de que el sujeto empezara a consumir, y por tanto, no es consecuencia del consumo) o secundaria al uso de drogas (el trastorno psicopatológico es consecuencia de la intoxicación, abstinencia o evolución misma del consumo), nos encontramos con una amplia variabilidad. En este trabajo se muestran sugerencias para el abordaje de pacientes drogodependientes que presenten a su vez algún trastorno de personalidad, partiendo del

hecho de que los trastornos de personalidad se presentarán antes o al mismo tiempo que se instaure el comportamiento adictivo.

### 3.7. ELEMENTOS DIFERENCIADORES BÁSICOS ENTRE LOS TRASTORNOS

Para una mayor facilidad en la observación clínica, se presenta a continuación un Cuadro en el que se recogen aspectos multidimensionales, describiendo la variabilidad de los síntomas que pueden ser objeto de observación.

Cuadro 7. Adaptación del Cuadro: Lista-criterio multidimensional para los trastornos de personalidad, adaptado de Millon (1990) (tomado de Millon y Escovar, 1996a)

<i>Trastornos</i>	<i>Actos expresivos</i>	<i>Conducta interpersonal</i>	<i>Estilo cognitivo</i>	<i>Imagen de sí mismo</i>	<i>Estado de ánimo/ Temperamento</i>
<i>Paranoide</i>	A la defensiva	Provocativa	De sospecha	Inviolable	Irascible
<i>Esquizoide</i>	Letárgicos	Alejada	Empobrecido	Complaciente	Embotado
<i>Esquizotípico</i>	Extraños	Reservada	Autista	Enajenado	Agitado
<i>Antisocial</i>	Impulsivos	Irresponsable	Desvalido	De autonomía	Insensible
<i>Límite</i>	Precipitados	Paradójica	Caprichoso	Inconstante	Lábil
<i>Histriónico</i>	Artificiales	De coqueteo	Frívolo	Sociable	Inestable
<i>Narcisista</i>	Arrogantes	Explotadora	Expansivo	De admiración	Imperturbable
<i>Por evitación</i>	Precavidos	De evitación	Distraído	Enajenada	Angustiado
<i>Por dependencia</i>	Incompetentes	Sumisa	Ingenuo	De ineptitud	Pacífico
<i>Obsesivo-compulsivo</i>	Disciplinados	Respetuosa	Limitado	Responsable	Solemne
<i>Sádico</i>	Sin temor	Cruel	Dogmático	Competitiva	Hostil
<i>Autodestructivo</i>	Sobrios	Deferente	Inconsistente	Sin valía	Triste

Estas características nos ayudarán en el proceso de evaluación y consecuentemente en la intervención. De este modo se pretende facilitar los procesos de diferenciación respecto a conductas propias de una situación de drogodependencia en la que el adicto aún no ha decidido dejar el consumo. Esto es la actitud defensiva del paranoide, el

alejamiento en la relación del esquizoide, la impulsividad propia de un antisocial, la precipitación del límite, el coqueteo del histriónico, la constante autoimagen de ineptitud del dependiente, la rigidez cognitiva del obsesivo. Con este listado de conductas venimos a recordar situaciones cotidianas que entorpecen la evolución terapéutica, y que nos debe llevar a establecer diagnósticos adicionales a la drogodependencia en lugar de suponer una falta de motivación del sujeto para el cese definitivo del consumo de drogas.

A lo largo de este texto iremos analizando las características de cada uno de los trastornos de personalidad de interés, aunque somos conscientes que los trastornos de personalidad pueden aparecer concomitantes entre sí. Obviando esta situación, se pretende conocer mejor cada uno de ellos por separado y el modo en que pueden afectar éstos al tratamiento en el campo de las drogodependencias.

En el proceso de evaluación, siendo conscientes del solapamiento posible, manipulaciones, etc., característicos en muchos casos de la drogodependencia, podemos utilizar las opciones aportadas por Beck y Freeman (1995). Estas opciones las denominan los autores signos heurísticos para indicar posibles problemas en el Eje II; esto es, la probabilidad de que se trate de un trastorno de personalidad. Siendo los siguientes:

1. Expresiones en el paciente «siempre ha sido así», habiendo especificado nuestro interés en deslindar los síntomas que se describen en la sesión con los característicos que el sujeto narra y que son consecuencia directa del trastorno por drogodependencia. En la mayoría de los casos, y siempre que el paciente no vislumbre la intención por nuestra parte de determinar la existencia de un trastorno estable en su vida, identifica la diferencia entre ambos trastornos con facilidad, haciendo descripciones comportamentales o de cogniciones habituales a una edad en la que no se había establecido el trastorno drogodependiente.
2. El paciente presenta resistencia a aceptar el régimen terapéutico, pudiéndose entender que él puede aceptar que tiene un problema de drogodependencia. Sin embargo, esto no significa para el sujeto que las sesiones se vayan a centrar en cuestiones relativas a su modo de ser antes de empezar a consumir drogas, sino que su asistencia al centro de tratamiento tiene sentido si es para hablar exclusivamente de cuestiones que tienen directamente que ver con el deseo de consumo y acontecimientos o consecuencias de su etapa de consumidor, y no mucho más.
3. Las terapias, dicen los autores, parecen llegar a una interrupción súbita sin ninguna razón aparente. Habiéndose podido observar, desde la experiencia del tratamiento de drogodependientes, que estos hechos han sido en la mayor parte de las ocasiones interpretados como falta de motivación del paciente para hacer frente a su problema de drogodependencia. En estos casos, puede haber un trastorno de personalidad latente y oculto.
4. El drogodependiente no parece ser consciente de las consecuencias de su

- conducta en los demás. Aspecto este observable cuando el adicto inicia su proceso de autoevaluación y que es absolutamente necesario para que el paciente puede avanzar en las etapas de cambio<sup>29</sup>.
5. La falta de motivación por parte del paciente para dejar de consumir, que va más allá de la observable cuando el sujeto lo que realmente quiere es consumir de forma controlada.
  6. Los sujetos con un trastorno de personalidad se presentan ante nosotros con el convencimiento de que los problemas que han venido teniendo son probablemente normales («le puede pasar a cualquiera»).

### 3.8. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Millon y Escovar (1996a) presentan una relación de instrumentos de evaluación que, de forma directa o indirecta, pueden servir para el proceso de evaluación de sujetos con Patología Dual (trastornos de la personalidad):

#### *Generales:*

- Entrevista semiestructurada para el diagnóstico de los trastornos de personalidad (DSM-III) (Pfohl, Stangl y Zimmerman, 1983).
- Examen de los trastornos de personalidad (Loranger y cols., 1985).
- Entrevista de preguntas sobre la personalidad (Widiger, 1985).
- Protocolo de Evaluación de la Personalidad (Typer, Alexander y cols., 1979).
- Evaluación Estandarizada de la Personalidad (Mann y cols., 1981).

#### *Específicas:*

- Entrevista diagnóstica para *borderlines*. (Gunderson y Kolb, 1980) y su versión revisada (Zanarini y cols., 1989).
- Escala de Personalidad *borderline* (Gunderson y Kolb, 1980) y su versión revisada (Zanarini y cols., 1989).
- Protocolo para el diagnóstico de las personalidades esquizofrénicas. Parte de un protocolo de entrevista más extenso denominado Entrevista para pacientes *borderline* (Baron y Gruen, 1980).

(En Millon y Escovar, 1996a)

Actualmente se dispone de un instrumento, el International Personality Disorder Examination (IPDE) (1996), que permite hacer la cuantificación de las respuestas de

forma automatizada. La evaluación de los trastornos de la personalidad se realiza a través de la entrevista orientada con preguntas relativas a cada una de los trastornos. En un estudio pormenorizado de San Narciso y cols. (2000) se destaca la elevada sensibilidad y moderada especificidad del módulo de *screening* de IPDE, pudiéndose utilizar para determinadas actuaciones de *screening* de trastorno de la personalidad en casos de sujetos drogodependientes, dado que la probabilidad de arrojar falsos positivos es diferente en cada uno de los trastornos, siendo mayor en límite, evitación, paranoide e histriónico, cuando se usa el módulo de DSM-IV-TR y mayor en casos de esquizoide, paranoide e impulsivo cuando se utiliza el módulo de CIE-10.

A continuación presentamos dos cuadros resumen de instrumentos recogidos en trabajos de Philips y Gunderson (1996) y Clarkin, Hurt y Mattis, (1996).

Cuadro 8. Adaptado de Phillips y Gunderson, 1996

<i>Entrevista o instrumento</i>	<i>Autor</i>	<i>Tipo</i>	<i>Características especiales</i>
Personality Disorder Examination (PDE)	Loranger, 1988	Entrevista	Manual de instrucciones detallado
Diagnostic Interview for Personality Disorders (DIPD)	Zanarini y cols., 1987	Entrevista	Mejor fiabilidad test-retest
Personality Interview Questions-II (PIQ-II)	Windiger	Entrevista	Escala de nueve puntos para rasgos y comportamientos
Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R)	Hyer y cols., 1987	Cuestionario	Ítem con validez aparente
Million Clinical Multiaxial Inventory-Eje II (MCMI-II)	Millon, 1987	Cuestionario	Dimensiones psicopatológicas del Eje I y del Eje II
Wisconsin Personality Inventory (Revised) (WPI-R)M	Klein, 1990	Cuestionario	Integra el análisis estructural del modelo de comportamiento social
Schedule for Normal and Abnormal Personality (SNAP)	Clark, 1990	Cuestionario	Medidas de la personalidad normal-anormal
Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) Scales for DSM-III Personality Disorders	Morey y cols., 1985	Cuestionario	Basado en la combinación de Item Scales for DSM-III del MMPI

*Nota:* Los instrumentos que se recogen en la tabla evalúan todo el abanico de trastornos de la personalidad.

Cuadro 9. Instrumentos para la evaluación de los rasgos y trastornos de la personalidad. Tomado de Clarkin, Hurt y Mattis, 1996.

<i>Entrevista o instrumento</i>	<i>Autor</i>	<i>Tipo</i>	<i>Características especiales</i>
6 Personality Factor Inventory (16-PF)	Autoinforme	3 formas equivalentes de 106 a 187 ítem cada una	Puntuaciones estandarizadas para cada uno de los 16 rasgos de personalidad
Eysenck Personality Inventory (EPI)	Autoinforme	57 ítem de respuesta Sí/No formas paralelas	Puntuaciones en extroversión y neuroticismo
California Personality Inventory (CPI)	Autoinforme	468 ítem	Puntuaciones en extroversión y neuroticismo
Personality Research Form (PRF)	Autoinforme	352 ítem	Puntuaciones en 22 rasgos de personalidad
NEO-Personality Inventory-Revised (NEO-PI-R).	Autoinforme	240 ítem en escalas de 5 puntos	5 escalas de dimensiones y 30 escalas de facetas
Structural Analysis of Social Behavior (SASB)	Autoinforme	36-72 afirmaciones sobre la conducta interpersonal, de respuesta de V/F	Actitudes internalizadas acerca de uno mismo y de las demás personas significativas
Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)	Entrevista semiestructurada	Escalas de valoración de rasgos de la personalidad en 3 puntos	Genera diagnósticos en el Eje II
Personality Disorder Examination	Entrevista semiestructurada	Entrevista semiestructurada para el paciente y autoinforme para un miembro de la familia del paciente	Escalas de dimensiones y de categorías referentes a los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-III-R
Million Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)	Autoinforme	175 ítem de respuesta verdadero/falso	Puntuaciones basales en 22 escalas clínicas
Structural Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SIDP)	Entrevista semiestructurada	Escalas de valoración de 3 puntos	Genera diagnósticos del Eje II del DSM-III-R



## Consideraciones generales sobre el tratamiento de pacientes drogodependientes con trastorno de la personalidad

### OBJETIVO

El objetivo de este capítulo es que el lector conozca las actuaciones terapéuticas en casos de patología dual que hacen a aquéllas realmente distintas en comparación con casos de drogodependencia en los que no existe un trastorno de la personalidad, las dificultades que se suelen presentar en estas intervenciones, aspectos que pueden influir de manera determinante en la relación terapéutica, interferencias que pueden venir de la mano del alcohol o modo en que se aborda el deseo del consumo de droga, variables que pueden mejorar la adherencia al tratamiento y argumentos que podrían ayudarnos a reflexionar sobre lugar más adecuado para tratar los casos de patología dual.

### SUMARIO

- 4.1. Determinación de la patología dual en el tratamiento.
- 4.2. La diferencia del tratamiento respecto a otros casos.
- 4.3. Dificultades del tratamiento en pacientes drogodependientes con un trastorno de personalidad.
- 4.4. El modo de conceptualizar los trastornos.
- 4.5. Influencia sobre la relación terapéutica.
- 4.6. El problema del consumo de alcohol.
- 4.7. Motivación y condicionantes del inicio del tratamiento.
- 4.8. La contaminación del *craving*<sup>30</sup>.
- 4.9. Excesos y déficit en cada uno de los trastornos.
- 4.10. ¿Dónde tratar los casos de patología dual?
- 4.11. Ideas básicas de partida.
- 4.12. La concomitancia en distintas formas.
- 4.13. La buena adherencia al tratamiento.

#### 4.1. DETERMINACIÓN DE LA PATOLOGÍA DUAL EN EL TRATAMIENTO

El abordaje de los trastornos de personalidad tiene cierta complejidad, sobre todo cuando se presenta junto a una drogodependencia, ya que la intervención sobre éste

incrementa sus dificultades y riesgos. Por lo tanto, las intervenciones deben adaptarse a las características de un problema como éste. La presencia de trastorno de personalidad interfiere en el desarrollo del tratamiento, siendo muy probable que aparezca el fenómeno *Burnout*<sup>31</sup> (Lehman, 1996), con la consabida imposibilidad por parte del profesional para desarrollar estrategias adecuadas para atender adecuadamente el caso.

En este sentido, Shollar (1996) desarrolla una serie de aspectos que pueden ayudar al clínico no sólo en la determinación de la existencia de patología dual, sino también en la necesidad de determinar hasta qué punto existe una grave interferencia en el tratamiento de la drogodependencia de los síntomas del trastorno concomitante. No obstante, la sintomatología del cuadro psicopatológico concomitante puede o no entorpecer de forma directa la evolución del cuadro adictivo. Si la sintomatología a que nos referimos no es explícita, es posible que, aun siendo totalmente necesaria su atención por nuestra parte, no sea un objetivo prioritario para la intervención. En casos como éste, es condición indispensable el cese del consumo de sustancias psicoactivas por parte del sujeto.

Somos conscientes de cómo la existencia de un trastorno de personalidad junto a la drogodependencia puede llevarnos a rechazar determinadas actuaciones terapéuticas debido a las características del trastorno. Por ejemplo, la opción de programa de bebida controlada no es una opción terapéutica adecuada cuando se trata de un paciente con un trastorno de la personalidad (Rubio, Bardón y Lertxundi, 2000). Lo mismo sucede con la terapia de grupo, cuando los síntomas del trastorno de la personalidad son lo suficientemente intensos como para entorpecer gravemente la posibilidad de participación adaptativa del sujeto, y la correcta participación del resto de los miembros del grupo. No obstante cuando no existen síntomas intensos de impulsividad, de sentimientos de vergüenza para hablar en el grupo, de ansiedad, etc., podemos incorporar al paciente drogodependiente con trastorno de personalidad al grupo de tratamiento.

#### 4.2. LA DIFERENCIA DEL TRATAMIENTO RESPECTO A OTROS CASOS

La intervención en drogodependientes con patología dual es conocidamente laboriosa y de demostrada complejidad (Ferrer, Melus y Checa, 1998; Leshner, 2000). Aunque las reflexiones que se hacen sobre modos de intervención en estos casos se refieren a la coexistencia de la drogodependencia con un solo trastorno de la personalidad, estas actuaciones se ven altamente entorpecidas cuando encontramos casos en los que parecen coexistir al menos dos trastornos, además del problema de drogodependencia; o como anteriormente se ha comentado, trastorno de personalidad y drogodependencia con trastorno del Eje I, como lo son los trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. En algunas ocasiones se ha encontrado hasta el 27'5 por 100 de los casos con, al menos, dos trastornos de personalidad (Gil y Viqueira, 1999; Muriel, 1999).

La integración de ambos objetivos, esto es, la superación del problema adictivo y

evolución-mejora del cuadro psicopatológico en el Eje II, estará en función de la posibilidad de integrarlos en un mismo proceso de intervención, teniendo en cuenta la especificidad del Cuadro que aparece como consecuencia de la concomitancia entre ambos trastornos. Las intervenciones sobre la psicopatología, en este caso sobre el trastorno de personalidad, no pueden valerse de las indicaciones seguidas cuando el paciente con trastorno de personalidad no presenta una drogodependencia, y viceversa. Las actuaciones, por lo tanto, están determinadas por la relación entre trastornos.

Ellis (2000) alude al hecho de que el paciente que presenta un trastorno de la personalidad junto a una drogodependencia es más resistente al cambio para dejar de consumir drogas, justificando esta dificultad por lo siguiente:

1. El peso de la biología incide de un modo determinante en las variables cognitivas, emotivas y conductuales.
2. Las conductas alteradas del trastorno se ha mantenido durante bastante tiempo.
3. El drogodependiente ha tenido problemas considerables para el establecimiento de relaciones sociales adecuadas, en las que el autor incluye la relación que el paciente pudiese tener con el terapeuta o con personas que quieren ayudarlo.
4. La tendencia —que el autor describe como innata— a seguir las opciones más fáciles, lo que viene a representar un problema importante, considerando la dureza de algunos de los tratamientos indicados para estos trastornos.
5. Las relaciones sociales (amigos consumidores de drogas).
6. La autoevaluación del paciente que termina en una auto-condena no sólo por presentar un trastorno psicopatológico de estas características, sino también por saberse drogodependiente.
7. Los sentimientos tan arraigados en el paciente de inutilidad y desesperación.

Los siete puntos tomados de Ellis (2000) repasan las variables bio-psicológico-sociales que pueden justificar el proceso que siguen muchos adictos con esta psicopatología. Estas condiciones son determinantes a la hora de establecer una intervención terapéutica con pacientes que se ajustan a este estereotipo, esto es, la adicción en un sujeto que a su vez presenta un trastorno de la personalidad.

A modo de esquema se establecen ciertas consideraciones a la hora de llevar a cabo un tratamiento según presente o no el sujeto un trastorno de la personalidad concomitante. Estas consideraciones son las siguientes:

1. Frecuencia de las sesiones, siendo necesario menos tiempo entre las mismas cuando se trata de un drogodependiente con un trastorno de personalidad.
2. Necesidad de utilización de programas con sustitutivos, siendo más probable en el caso de adictos que cuando empiezan a tomar metadona.
3. Nivel de instrucción necesaria para los familiares en su participación en el tratamiento, debiendo ser conscientes de que los familiares de pacientes con

- trastorno de la personalidad necesitan recibir instrucciones más frecuentes y más precisas sobre sus actuaciones en el apoyo que dan al desarrollo del programa de intervención.
4. Tiempo destinado a la evaluación, siendo generalmente mayor en casos de patología dual.
  5. Importancia de los consumos esporádicos en relación con las consecuencias que tienen sobre el desarrollo del proceso de tratamiento, teniendo repercusiones más negativas cuando coexiste un trastorno de la personalidad, dado que los consumos generan un empeoramiento de la psicopatología concomitante y, por lo tanto, la intervención tiene que ir más allá del mero análisis del episodio de consumo.
  6. Duración de las sesiones, que dependerá del tipo de patología concomitante.
  7. Utilización de psicofármacos, siendo necesarios en muchos casos, al menos de forma temporal, en caso de trastornos de personalidad o de psicopatología en el Eje I.
  8. Relación que se establece entre paciente y terapeuta, siendo conscientes que la confianza que debe depositar todo paciente en su terapeuta debe ser elevado, de forma que afrontar la situación desde la óptica de la patología dual en estos casos se convierte en algo estrictamente imprescindible para llevar a cabo el programa de intervención.
  9. Grado de coordinación necesaria (aunque ésta siempre debe ser estrecha) entre profesionales que atienden al paciente, no solamente por la administración de psicofármacos, sino también por las posibles conductas de manipulación o falta de compromiso que suele observarse con los pacientes que padecen un trastorno de personalidad.
  10. Frecuencia con la que hay que analizar las recaídas en las sesiones, dado que en los casos de patología dual es más probable la aparición de éstas.
  11. Duración misma del tratamiento, sabiendo que los tratamientos con pacientes que presentan un trastorno de la personalidad son generalmente más largos.
  12. Número de componentes del programa de prevención de recaídas, en el que hay que incorporar un mayor número de variables analizadas cuando es un caso de patología dual.
  13. Importancia de las sesiones de seguimiento post-alta, no solamente por la probabilidad de que aparezca una recaída en el consumo, sino por la posibilidad de que exista una recaída en la psicopatología.
  14. Peso que tiene el consumo de alcohol, aunque éste no sea abusivo, no sólo por la capacidad que tiene el alcohol de provocar decisiones encaminadas al consumo tras un tiempo de abstinencia, sino como disparador de síntomas que configuran los trastornos que se vienen describiendo.
  15. Grado de dedicación profesional que requiere el caso, grado de implicación, desgaste y esfuerzo del profesional; se debe tener en cuenta que algunos trastornos concomitantes a las drogodependencias facilitan enormemente el

- síndrome de estrés asistencial.
16. Problemas que se van presentando en el proceso de reconstrucción de la relación con la familia y la sociedad, dado que la primera tiene que ir adaptándose a los cambios a la vez que se van produciendo.
  17. Rigidez de las recomendaciones estándar para atender a un drogodependiente, pudiendo remitirnos en mayor medida a actuaciones de análisis de antecedentes-conducta de consumo y consecuentes cuando no hay psicopatología concomitante.
  18. Necesidad de distintos grados de implicación familiar en el tratamiento, siendo conscientes de que la familia tiene que implicarse más cuando existe psicopatología concomitante.
  19. Grado de información que el paciente tendrá de los síntomas de su trastorno, siendo claramente mayor cuando el sujeto presenta un trastorno de la personalidad.

En muchos casos, y a causa de síntomas como la ansiedad, crisis de angustia, depresión, etc., los sujetos drogodependientes pueden llegar a emplear dosis altas de psicofármacos de forma alarmante (Frances y Franklin, 1996). Este hecho entorpece en gran medida el trabajo de intervención, especialmente cuando existe dificultad en determinar las dosis que toman de los distintos fármacos<sup>32</sup>, siendo conscientes de que las interferencias de fármacos representan un riesgo para la estabilidad del sujeto. Por ejemplo, la utilización de naltrexona puede, en ocasiones, producir disforia (Woody y cols., 1985)<sup>33</sup> por su acción directa sobre los receptores opioides, apareciendo síntomas semejantes a los hallados en estados depresivos; debiéndose tener en cuenta que podríamos estar determinando la aparición y el mantenimiento de estados emocionales negativos, siendo estos factores de riesgo muy potentes en personas con trastornos de personalidad.

De entre los marcos teóricos en torno al trastorno de drogodependencia, escogeremos uno que parece explicar las distintas posibilidades respecto al grado de motivación y decisión de un adicto en relación con la probabilidad de dejar definitivamente el consumo de drogas, cuando además presenta un trastorno de personalidad. Nos referimos al Modelo de Los Procesos de Cambio de Prochaska y Prochaska (1993). Desde este modelo, sabemos lo importante que es situar conceptualmente nuestra intervención a lo largo de la etapa de cambio en la que se encuentra el sujeto<sup>34</sup>. Según este modelo, la motivación real del paciente para indagar y actuar en la modificación de las circunstancias que hacen que el problema se mantenga en el tiempo, pasa necesariamente por una aceptación inicial del mismo. Partiendo de esta premisa, la decisión de poner en marcha toda una serie de estrategias (Buela, Sierra y Méndez, 2001) y, con ellas, rentabilizar la terapia, será acertada en la medida en que se trabaje sobre objetivos intermedios que irán facilitando el hecho de que el sujeto vaya pasando a niveles superiores y más cercanos a la fase de mantenimiento.

Cuando nos encontramos ante un caso de patología dual, la actuación deberá integrar objetivos de abstinencia y mejora de síntomas pertinentes al trastorno de personalidad. Existen diferentes momentos en el proceso de tratamiento en los que la intervención sobre ambos trastornos se solapan necesaria y conscientemente. Pongamos como ejemplo ilustrativo de lo dicho las actuaciones sugeridas por Graña y Muñoz (1998), para el desarrollo de programas de prevención de recaídas en el tratamiento de adicción a heroína y cocaína. Estos autores informan de la importancia de actuar sobre cogniciones inadecuadas observando en el listado que se propone como ejemplo de estas distorsiones una gran similitud con cogniciones típicas de sujetos con trastorno de personalidad (ejemplo: considerar las cosas en términos dicotómicos, sobregeneralizar).

Cuando aparece concomitancia, y así psicopatología adscrita al Eje II (DSM-IV-TR), el sujeto puede no encontrarse en una «fase de acción» por el mero hecho de haber hablado en la sesión del problema. En la aplicación de la teoría de los procesos de cambio a los pacientes drogodependientes con patología dual es importante distinguir la fase en que se encuentra cada uno de los trastornos, *explorar cómo y por qué los pacientes no perciben los trastornos, como problema* (Simth, 1999). De este modo, las intervenciones dirigidas al trastorno del Eje II pueden representar connotaciones propias de una fase más inicial, mientras que en el caso de la actitud del paciente hacia su drogodependencia sea la propia de una fase más avanzada. En esta misma línea Ladero y Martín (1999) afirman que *debemos destacar que las enfermedades mentales desencadenadas por la cocaína suelen tener una evolución propia, es decir, la supresión de su consumo no garantiza un pronóstico favorable sobre la patología psíquica*.

Sea como fuere, podríamos aceptar que los tratamientos de sujetos con trastorno de la personalidad, a diferencia de otros tratamientos de drogodependencia en los que no existe este trastorno, son más largos, y se consiguen con más dificultad. Esto es, dichos objetivos en ocasiones no se alcanzan como consecuencia de consumos intermedios, es más, podemos encontrarnos con una recaída antes de conseguir objetivos mínimos que garanticen en mayor medida la adherencia al tratamiento.

Así, los programas de prevención de recaídas necesitan introducir entre sus objetivos la mejora en la sintomatología de los trastornos de personalidad. Hasta ahora, estos programas (Marlatt, 1993) parecen haber desestimado elementos psicopatológicos concomitantes al objeto preventivo. Es por lo que los programas de prevención de recaídas tienen sentido en la medida en que se tiene en cuenta el tipo de patología concomitante que existe en cada caso, para poder actuar sobre lo que parece cada vez más evidente, esto es, la importancia que la psicopatología concomitante tiene en la producción de recaídas en el consumo de drogas. Como referencia, podemos considerar el [Cuadro 10](#). En él aparecen una serie de variables que podrían considerarse determinantes en un programa de prevención de recaídas a la vez que se deben considerar las dos opciones básicas para el diagnóstico y posterior diseño de éste.

Cuadro 10. Variables que podrían considerarse determinantes en un programa de prevención de recaídas con sujetos que presentan un trastorno de la personalidad

<i>Objetivos del programa</i>	<i>EJE I</i>	<i>EJE II</i>
<p>Identificar factores de riesgo de recaídas desarrollando estrategias para su control.</p>		<p>Los factores de riesgo van a responder a estímulos diferentes en cada individuo. En el caso de los trastornos de la personalidad, sabemos que las características que los hacen diferentes entre sí hacen a su vez que cada estímulo generalmente asociado a la cadena conductual, sea distinto desde la percepción que el sujeto presenta del mismo, relevancia que éste pueda tener en su propia historia, capacidad que tenga para evitarlo, dificultades que presenta el sujeto con este trastorno para realizar las estrategias que se le indican desde el contexto terapéutico para la puesta en marcha de conductas de protección ante factores de riesgo.</p> <p>Por otro lado, el sujeto con trastorno de la personalidad presenta un estilo cognitivo diferente al resto de sujetos que tendrán que reconocer, evaluar y poner en marcha conductas para afrontar el efecto que produce la exposición a estímulos condicionados discriminativos que llevan consigo la aparición de <i>craving</i>.</p>
<p>Comprender la relación E-R y su importancia en la recaída.</p>		<p>Las consecuencias de la relación entre la exposición a estímulos condicionados al consumo de la droga tiene que ver en cierta medida con la evaluación que el sujeto hace de dicha relación, por lo que el consumo de drogas en sujetos que presentan patología dual y, en especial, trastorno de la personalidad, ejerce un importante efecto evitador de estados emocionales negativos que, por lo general, se encuentran asociados a estos estados. Es por ello que el sujeto tendrá más dificultad para identificar esta relación toda vez que tiene que renunciar al efecto de una sustancia que, además de placentera, posiblemente sea la única experimentada por el paciente que le evite el malestar emocional casi constante en que se encuentra.</p>



<i>Objetivos del programa</i>	<i>EJE I</i>	<i>EJE II</i>
Comprender y controlar los estímulos que inducen al consumo de alcohol u otras sustancias.		El problema que tiene el consumo de alcohol aumentando claramente la probabilidad de recaídas a lo largo del tratamiento de una drogodependencia es algo evidente en el trabajo diario con pacientes drogodependientes. Es también en gran medida motivo de conflicto en muchos casos, al presentar el paciente dificultad para asumir ante el terapeuta esta incidencia porque aceptándola como decimos, tendría claramente que renunciar al efecto de una sustancia que disminuye la intensidad de síntomas con los que convive a diario. En muchas ocasiones deberá considerar que el consumo de alcohol lleva consigo un empeoramiento del tratamiento en la búsqueda de la consecución de objetivos tanto relacionados con el consumo de sustancias como con la evolución que tiene el propio trastorno de personalidad.
Manejo de la presión social asociada al consumo.		La presión social (en este caso, nos referimos a la presión que ejercen sobre el sujeto un grupo de consumidores para que éste consuma) constituye en muchas ocasiones en un estímulo discriminativo de refuerzo para el propio sujeto, en lugar de convertirse en una situación aversiva como deseáramos los terapeutas. La percepción que el sujeto tiene de otras personas que también consumen o han consumido drogas no coincide con nuestro modo de verlo. Esto nos distancia a lo largo de las razones que se van exponiendo para el alejamiento del sujeto consumidor. Cuando el paciente además encuentra un reforzamiento añadido al estar con otros consumidores, los argumentos para distanciarlo del grupo de consumidores son aún más estériles.
Desarrollar mecanismos eficaces de prevención de recaídas.		Los mecanismos de prevención de recaídas pasan necesariamente en estos casos por el control de los síntomas que muestran como consecuencia de presentar un trastorno de la personalidad. En multitud de casos, los sujetos tendrán que aprender a reconocerse en situación de riesgo como consecuencia de un malestar emocional que se deriva de su propio trastorno.



<i>Objetivos del programa</i>	<i>EJE I</i>	<i>EJE II</i>
Manejo de estados emocionales negativos.		En aspectos como éste se hace notar en mayor medida el peso de la presencia de un trastorno de personalidad, dado que, entre otros, los estados emocionales negativos son una constante en este tipo de patologías, lo que viene a representar una verdadera dificultad terapéutica, dado que existen estados frecuentes y en la mayoría de los casos intensos en situaciones diversas, lo que no puede interpretarse como ocurre en casos en que no existe un trastorno de personalidad de modo concomitante.
Manejo de alteraciones cognitivas.		La localización de cogniciones que, por ejemplo, podrían llevar a intensificar el consumo como consecuencia del efecto de violación de la abstinencia, son en cierta medida identificables por el individuo al encontrarse éstas asociadas a situaciones específicas con una clara significatividad de dichas situaciones y no en otras. Pero existe una gran dificultad en el paciente con trastorno de la personalidad para identificar, reconocer y hacer conscientes sus creencias irracionales cuando es precisamente esa inconsciencia respecto a las mismas lo que en parte determina la existencia de ese trastorno.
Conseguir un estilo de vida equilibrado.		El cambio de estilo de vida parece alcanzable en la medida en que el paciente no solamente deje de consumir droga, sino también en la medida en que es capaz de mejorar los síntomas que configuran su trastorno de la personalidad, que –como en el resto de los trastornos– tiene una vertiente social afectada por la presencia del trastorno. El estilo de vida no va a modificarse en el paciente con trastorno de la personalidad sólo por el hecho de dejar de consumir de forma habitual, ya que en muchas ocasiones podemos observar cómo la razón última del aislamiento social no está determinada exclusivamente por el consumo habitual de drogas, sino por el modo en que el sujeto con estas características se relaciona con su entorno.

Vemos cómo en cada una de las variables debe considerarse el peso que tendría para el desarrollo de cada una de ellas la existencia de un trastorno en el Eje I o si existen, por el contrario, características pertenecientes a un trastorno en el Eje II. Así, las estrategias preventivas serán distintas si lo que se pretende es actuar sobre el peso que hasta ese momento ha podido tener un trastorno u otro dependiendo del Eje al que pertenezca.

Los programas de prevención de recaídas necesitan precisar sus actuaciones en función del tipo de patología dual que presente el sujeto, más que precisar las generalidades que explican las conductas de recaída o mantenimiento en el consumo de drogas. Desde el modelo cognitivo-conductual se insta a la utilización del análisis de cogniciones asociadas a los antecedentes y consecuentes del consumo de drogas, y se sabe que los trastornos de personalidad presentan esquemas cognitivos distintos entre ellos. Estas diferencias tienen que dejarse ver normalmente en las propuestas de análisis que se llevan a cabo con el paciente para la prevención de recaídas. Estas distinciones hacen posible una mejor comprensión de los casos, aceptando claramente la utilidad del diseño individualizado de los programas de prevención de recaídas desde las distinciones que existen entre los pacientes con distintos trastornos de personalidad.

En cualquiera de los casos y teniendo en cuenta la presencia de un problema adictivo, el empleo de tratamiento psicofarmacológico parece en algunos momentos necesario, siendo su combinación con el tratamiento la mejor opción para abordar estos trastornos (Cervera, Bolinches y Valderrama, 1999). Si bien es cierto que la población con la que trabajamos presenta cierta propensión al desarrollo de conductas adictivas y, en especial, a la automedicación, la utilización de psicofármacos nos ayuda en muchos casos a desarrollar las intervenciones necesarias (Cervera, Bolinches, Valderrama y Martínez, 1993).

#### 4.3. DIFICULTADES DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES CON UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD

La intervención con pacientes drogodependientes que presentan un diagnóstico dual muestra una serie de dificultades que Santis y Casas (1999) resumen en los siguientes puntos:

1. La forma de presentación clínica, por enmascaramiento y atipicidad de los síntomas.
2. La Habilidad y los criterios diagnósticos.
3. La compleja coordinación de las intervenciones terapéuticas que demandan estos pacientes.

Con todo ello, parece evidente la necesidad del establecimiento de programas terapéuticos dirigidos al abandono del consumo abusivo de drogas, en función de condicionantes como: (1) el tipo de sustancia de que se trate; (2) el contexto ambiental en que vive inmerso el sujeto; (3) historia previa de intentos de abandono del consumo; y (4) la psicopatología concomitante debida a los trastornos de la personalidad.

A modo de conclusiones se recogen las aportaciones que consideran Santis y Casas (1999) como principios generales en cualquier intervención con pacientes que presentan patología dual:

1. Ambos trastornos se deben tratar de forma eficaz y completa.
2. El tratamiento debe ser coordinado, aunque lo ideal es que se encargue de él una única persona.
3. Los programas integrados han evidenciado mejores resultados.
4. Valorar el estado de ánimo y motivacional del equipo terapéutico (por la complejidad de este tipo de intervenciones).
5. Involucrar a la familia.
6. Es necesario que a la familia llegue el concepto de descompensación del cuadro.
7. Anticipación y detección precoz de las recurrencias psicopatológicas y de las descompensaciones de enfermedades médicas.
8. La estructuración de un plan de tratamiento bajo una continua evaluación.
9. Estabilizar al paciente en un primer momento.
10. El mejor predictor de éxito del tratamiento es la permanencia en el mismo.

Tras los puntos señalados, es evidente que existirán diferencias considerables a la hora de abordar el problema dependiendo del trastorno del que se trate. Por ejemplo, si tenemos en cuenta la clasificación que realiza Millon (1998), vemos cómo se debe focalizar un mayor esfuerzo terapéutico en uno y otro grupo de variables, ya sean personales (historia adictiva del sujeto) o sociales (historia de relación con otros, entorno, utilización o necesidad de recursos, etc.). Así, el autor establece un grupo que denomina personalidades con déficit estructurales, en el que se incluyen esquizotípicos, límites y paranoides. Y en otro grupo, denominado personalidades con problemas interpersonales, incluye los trastornos de personalidad por dependencia, histriónico, narcisista y antisocial.

En el desarrollo de programas de prevención de recaídas, sin duda, existirán diferencias dependiendo del grupo. En este sentido, se establecen distinciones entre los trastornos que componen el grupo referenciado como personalidades con problemas interpersonales. Éstos, según Millon, diferencian entre el histriónico y el dependiente (orientados a satisfacer los deseos de otros) del narcisista y antisocial (orientados a satisfacer sus propios deseos). En los dos primeros trastornos cobran más importancia, por ejemplo, las actuaciones terapéuticas dirigidas a eliminar el contacto con consumidores, mientras que en los segundos no es tan relevante. Del mismo modo, el peso de la actuación familiar parece tener una importancia distinta dependiendo del grupo

que se trate. Cuando hablamos de importancia nos referimos a la capacidad de influir en el proceso de cambio del individuo y la familia.

El modo en que se plasma el trastorno de personalidad en el comportamiento del individuo, comportamiento problemático, está igualmente en función de su «valencia»<sup>35</sup> (Beck y Freeman, 1995). El modo en que se activan los esquemas que subyacen a cada uno de los trastornos de la personalidad podría estar en función del tipo de drogodependiente. Esto es:

- a) Conducta actual de consumo o abstinencia.
- b) Existencia o no de consumos esporádicos en una situación de aparente abstinencia mantenida.
- c) Presencia de *craving*.
- d) Tiempo de abstinencia que lleve el sujeto, entendiéndose que, de llevar poco tiempo abstinentes (unas semanas), presentará una alta frecuencia de pensamientos relacionados con el consumo de droga.

Teniendo esto en cuenta, las actuaciones terapéuticas parecen necesitar de la abstinencia mantenida, con el objeto de poder actuar sobre las creencias básicas no contaminadas por la necesidad de consumo del sujeto. Por otro lado, se debe ser consciente de que los sujetos que acuden a tratamiento no siempre han decidido desde este momento dejar definitivamente de consumir, por lo que habría que intervenir para que madure la idea de cese definitivo del consumo. Por lo tanto, es necesario considerar la presencia más o menos intensa de creencias básicas del trastorno de personalidad, también en función de condicionantes de abstinencia como los descritos.

En la búsqueda del establecimiento de conductas adecuadas en la relación que se establece entre el paciente con trastorno de personalidad y el terapeuta, Valliant (1992) sugiere que este último debe recordar que la conducta del paciente con trastorno de la personalidad parece a veces absurda, irracional o inmodificable, y que es improbable que responda a un buen consejo.

#### 4.4. EL MODO DE CONCEPTUALIZAR LOS TRASTORNOS

Los esfuerzos vertidos en el tratamiento de los trastornos de personalidad se hacen cada vez mayores por el grado en que los pacientes interpretan las características de su personalidad, más como «el ser» que como lo que tienen (Phillips y Gunderson, 1996). Así, la demanda del paciente con trastorno de personalidad no responde a una petición predeterminada desde el momento en que nos pide ayuda, es más, muy posiblemente necesite una pronta solución a las condiciones de drogodependencia en la que se encuentra. La intervención comienza desde el momento en que nos acercamos a él, cuando mostramos nuestra disposición comprensiva hacia su problema. Aceptar la

posibilidad de presentar un problema añadido al de la adicción no es fácil para el paciente. Así, el «razonamiento emocional»<sup>36</sup> representa un impedimento importante para prosperar en el intento de autoevaluación que el paciente debe empezar a realizar.

La experiencia nos indica la necesidad de dar información al paciente sobre su psicopatología de un modo gradual, asociando experiencias y conductas del paciente con los síntomas que configuran su trastorno y no pretender abordar todas estas cuestiones en una sola sesión. La comprensión y aceptación del paciente será más fácil de lograr si éste comprende la utilidad real del diagnóstico. Esto es, se debe diseñar un programa de tratamiento personalizado y fundamentado en sus necesidades psicopatológicas. En ocasiones puede haber en el paciente una reacción de negación desviando la atención hacia otras cuestiones relativas a su adicción durante las sesiones en las que se va tratando la existencia de patología dual. Sin duda, es observable por el clínico una evolución más estable, positiva y mantenida sobre ambos trastornos (psicopatología concomitante y adicción) cuando el paciente es conocedor de los síntomas que forman parte del trastorno de personalidad, ya que empieza a analizarlos y, sobre todo, a afrontarlos de un modo distinto a como lo venía haciendo en el pasado.

En el intento de comprensión del trastorno de personalidad será bueno considerar las características que expone Alarcón (1986) para describir los síntomas que están estrechamente relacionados:

1. Falta de ductilidad (o flexibilidad).
2. Vulnerabilidad multidimensionada.
3. Inestabilidad.
4. Potencial maladaptativo.
5. Dificultad para la acción constructiva.
6. Singularidad interpersonal.
7. Tendencia a la «cronicidad».

En la descripción que se expone observamos cómo se configura fundamentalmente una relación terapéutica distinta al modo en que se conceptualiza un trastorno del Eje I. Con ello, el diseño de intervenciones queda determinado por variables como el tiempo o rediseño continuo de líneas de intervención para su adaptación a las peculiaridades del tipo de trastorno del que nos venimos ocupando.

El comportamiento, convertido en hábito para el paciente con un trastorno de personalidad, tiende a perpetuarse a lo largo de su evolución. La estructura de la personalidad no es un elemento sobre el que el paciente tenga conciencia. Al igual que resulta difícil para un individuo abstraerse para identificar y, por lo tanto, desestabilizar las creencias irracionales que puede tener en un momento determinado, para el paciente con trastorno de personalidad, es difícil hacer consciente su sistema cognitivo (y, como consecuencia de su personalidad). No obstante, a veces el paciente puede ser consciente de su trastorno pero no vivirlo como un problema, o vivirlo, por el contrario, como un problema irresoluble. Ante esto, la intervención con estos pacientes empieza con una

observación detallada, paso a paso, y facilitando la comprensión del individuo de lo que hasta ahora ha sido normal para él.

#### 4.5. INFLUENCIA SOBRE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Por motivos como los ya señalados, los trastornos de la personalidad se ponen de manifiesto en la relación terapéutica, aunque no sean el objetivo inicial de estudio para el profesional que lleva el tratamiento. En la evaluación realizada sobre la conducta de consumo y su etiología es posible que empiecen a surgir aspectos de la personalidad del individuo, y que éstos respondan a un determinado trastorno. Así, éste va a incidir de un modo determinante en los tipos de precipitantes del consumo, el consumo en sí mismo y las consecuencias de éste.

Como ya se ha indicado, la intervención sobre el trastorno psicopatológico concomitante con la drogodependencia está en función de la florescencia de los síntomas que componen este trastorno. Así, si un sujeto presenta un trastorno en el que presenta niveles muy elevados de ansiedad, es prioritario actuar sobre esta ansiedad, con el fin de facilitarle el camino hacia la abstinencia. La ansiedad será, como en otros muchos casos, consustancial al paciente, al menos en las primeras etapas del tratamiento (Shollar, 1996). No se conoce con exactitud la relación que aquélla puede tener con el abandono precoz del tratamiento por parte del paciente, pero es obvio que ésta debe ser objeto de atención en cualquiera de los casos, sobre todo si pensamos el doble objetivo terapéutico al estar ante un adicto con patología dual.

Para el establecimiento de un adecuado clima terapéutico, útil para la intervención, podemos considerar las observaciones de Valliant y Perry (1992):

- Paranoide.—*La cortesía, sinceridad y respeto son las reglas del tratamiento del paciente paranoide. Si el terapeuta es acusado de alguna incomparecencia o error —como la tardanza a una cita—, la sinceridad y las disculpas son mejores que las explicaciones defensivas.*
- Esquizoide.—*El tratamiento es similar al tratamiento en el caso del trastorno de la personalidad paranoide.*
- Histriónico.—*Puede ser sorprendentemente inconsciente de sus propios sentimientos reales, una parte importante del proceso terapéutico consiste en la clarificación de sus sentimientos intensos.*
- Narcisista.—*Ayudando al individuo a desarrollar una regulación de la autoestima más poderosa, el terapeuta señala gradualmente las limitaciones realistas del paciente y de sí mismo, a la vez que ofrece un ambiente empático para ayudar al paciente a aceptar e integrar estas experiencias.*
- Antisocial.—*El paciente con trastorno antisocial teme la intimidad y asumir la responsabilidad que supone. No cree que los demás puedan tolerar su*

*ansiedad y teme la responsabilidad de alcanzar el éxito o someterse a una competencia abierta. No pueden identificarse con la autoridad ni aceptar esta crítica.*

- Límite.—*Los pacientes límite se sienten fácilmente abrumados por intensos afectos y afrontan estos sentimientos con una conducta impulsiva.*
- Evitación.—*En primer lugar, solidificar la alianza del paciente con el terapeuta para impedir una precoz terminación de la terapia.*
- Dependencia.—*En ocasiones, las terapias conductuales, sobre todo el entrenamiento de la autoafirmación, son la forma más rápida para conseguir la adaptación interpersonal de la persona dependiente.*

#### 4.6. EL PROBLEMA DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Entre las características referidas, que son propias de un individuo con este tipo de patología dual, se debe aludir a la gran incidencia que, por ejemplo, tiene el abuso de alcohol en sujetos adictos a opiáceos (Martín, 1998). Así, el alcohol representa un medio asequible y socializado para contrarrestar la ansiedad. Si pensamos en la existencia de niveles considerables de ansiedad generados por el cambio de conducta adictiva, esto es, cambios en las circunstancias socioambientales del adicto.

Las conductas de consumo de alcohol se intensifican y mantienen aun advirtiendo reiteradamente al drogodependiente el riesgo que éstas tienen para la recaída en el consumo de la droga principal. Y esto muy posiblemente debido a la dificultad que el paciente tiene para reconocer y/o abordar sus respuestas de ansiedad en el ámbito de las relaciones sociales.

Hay que considerar los efectos que el consumo de alcohol puede tener sobre el estado emocional del sujeto, esto es, la influencia negativa en la psicopatología concomitante que pudiera existir (Casas, Gutiérrez y San Molina, 1994) y además su contraindicación con los psicofármacos que habitualmente toma. Por lo tanto será la abstinencia corroborada y mantenida de alcohol un objeto prioritario para el correcto desarrollo de la intervención médica y psicosocial. Resumiendo, se hace necesario conseguir la abstinencia alcohólica siendo oportuno el hecho de recurrir a interdictores del alcohol como sucede en casos de alcoholismo en los que el paciente presenta gran dificultad para controlar el consumo.

#### 4.7. MOTIVACIÓN Y CONDICIONANTES DEL INICIO DEL TRATAMIENTO

Es sabido que no siempre encontramos sinceridad en los drogodependientes en relación con la actitud, la decisión de éstos para el cese definitivo del consumo de la

sustancia de que dependen, y de la percepción de autoeficacia que genera realmente, y esto se hace observable cuando se evalúa el nivel de *craving* que presenta el sujeto desde la última sesión. Con ello, no queremos decir que la alta motivación para dejar definitivamente de consumir sea suficiente para que desaparezca el deseo ansioso de consumo de la sustancia, pero sí que los sujetos que han decidido sinceramente dejar de consumir parecen informar menos niveles de *craving*. De ahí la importancia que tiene la evaluación del nivel de motivación para dejar de consumir en el proceso de intervención.

Algunos adictos pueden presentar reacciones contrarias a las acordadas para la consecución de objetivos terapéuticos y, sin duda, es posible que les cueste en mayor medida describir su situación de relación respecto al consumo cuando presentan un trastorno que, de forma inherente, los imposibilita para enfrentarse a situaciones estresantes. Generalmente, al adicto suele resultarle muy difícil (por miedo a que el terapeuta modifique la imagen que tiene de él) comunicar que ha consumido y, en especial, esta dificultad se incrementa cuando hablamos de determinadas psicopatologías que coexisten con la drogodependencia. Contar con deficiencias de este orden puede orientar la intervención de modo más productivo si buscamos caminos distintos a los que se derivan de la coacción, la amenaza o el chantaje emocional.

Con el objeto de clarificar la procedencia de los síntomas en cada momento, podemos tener en consideración el hecho de que al percibir en ocasiones al paciente como «resistente» al tratamiento, esta resistencia se debe a características de personalidad (Wesler, 1993; citado en Caballo, 1998), lo que es muy importante cuando, además, intentamos discernir el grado de motivación que un individuo tiene para superar su drogodependencia. Por otro lado, podríamos, ante la falta de un diagnóstico dual adecuado, culpar al paciente de falta de motivación para dejar las drogas, cuando lo que podría ocurrir es una relación entre lo que entendemos como falta de compromiso y una psicopatología concomitante (Fayne, 1996).

Por lo tanto, posiblemente estemos ante un grupo de pacientes que reaccionarán mejor a la terapia si mejora nuestra comprensión sobre el miedo que muestran para reconocer su situación personal, sobre su ansiedad permanente, su deseo de consumo de droga, etc. Por razones como las señaladas, conviene retomar constantemente los criterios que nos llevan a determinar los objetivos de intervención, siendo recomendable en cualquier caso la negociación comprensiva por parte del paciente (Silk y Shaffer, 1997).

Comenzar la fase de desintoxicación sin tener en cuenta los efectos negativos de la ansiedad del adicto puede facilitar el camino al consumo de éste, sin lograr así la abstinencia inicial necesaria para intervenir sobre los síntomas que configuran un posible trastorno de la personalidad. Con el objeto de evitar hechos como los descritos, en los que el paciente no logra concluir la desintoxicación y que de forma gratuita podemos atribuir a la falta de voluntad, se podría empezar en un programa de metadona<sup>37</sup> que garantice la no presencia de niveles elevados de ansiedad y posiblemente de estrés. Dosis insuficientes de metadona, sin duda, reforzarían el problema que con la metadona queremos evitar. La intervención con esta sustancia en dosis ajustadas a las necesidades

de los sujetos parece facilitar la evolución positiva del cuadro no solamente adictivo, sino también y muy especialmente, de determinados trastornos de personalidad. Es sabido que los fármacos neurolépticos están indicados para el tratamiento de algunos trastornos de la personalidad, y la metadona parece tener efectos en este orden, lo que podría reforzar la necesidad de esta intervención (Duro y Casas, 1993).

Con el objeto de no olvidar las recomendaciones que cualquier clínico tendría que tener en cuenta a la hora de plantear los objetivos terapéuticos, es conveniente en estos casos informar<sup>38</sup> detalladamente a los pacientes con trastornos de personalidad, de la concomitancia existente en su caso. No en todos los casos encontraremos una reacción de afirmación o aceptación del juicio clínico, pero el conocimiento por parte del sujeto de la estructura base de su personalidad puede ayudarle a comprender reacciones dirigidas hacia el consumo que hasta ahora han podido ser entendidas como «vicio», o simplemente como imposibilidad para superar un problema que ya empieza a formar parte de su identidad. Desde este punto de vista, sería deseable evitar que el adicto perciba que se enfrenta a un tratamiento con las características propias de una intervención en drogodependencias, sin eliminar antes las creencias referentes a su culpabilidad (McCrary, Rodríguez y Otero-López, 1998). Este abordaje se tendría que desarrollar a lo largo del tratamiento en el que se intercalaran las acciones específicas.

Además no es extraña la intensificación de los síntomas del trastorno de personalidad tras un episodio de consumo. Por ello es especialmente importante enseñar, desde el principio, al paciente y su familia la distinción entre error (o consumo esporádico) y recaída (Graña, 1994). Esto es, se dará una verdadera oportunidad al paciente para que revise sus auténticas posibilidades de superar el problema, si además se limitan las percepciones erróneas que son consecuencia de un trastorno como éste. El conocimiento por parte de la familia de la psicopatología concomitante, de su descripción, evolución, posibles factores que reagudizan los síntomas, y de la relación que ésta puede tener con la conducta de consumo, puede ser determinante para rentabilizar la ayuda que la familia está dispuesta a dar al paciente.

Lo descrito nos sitúa ante una realidad que requiere de una intervención, sobre estos casos, individualizada, comprensiva, paciente y realista, debiéndose adaptar la intervención sobre el sujeto con psicopatología y con un problema concreto de drogodependencia (Darke y cols., 1992). Este hecho puede ser determinante para una posterior intervención ya que, como es sabido, y, en el caso de la patología dual, estará en función no solamente de los síntomas de un trastorno de personalidad sino también de otros elementos que influyen en la génesis, desarrollo, mantenimiento y cese de la drogodependencia.

#### 4.8. LA CONTAMINACIÓN DEL *CRAVING*

El desarrollo de la intervención focalizada en la superación o mejora del trastorno

de la personalidad estará en función del *craving*, que a su vez dependerá de procesos de condicionamiento generados a partir del problema adictivo. Existirá en muchos casos una relación bidireccional entre el efecto o peso del condicionamiento para la génesis del «ansia por consumir» y los síntomas negativos de cualquiera de los trastornos de la personalidad, de modo que ambos componentes pueden reforzarse en la medida en que el *craving* puede no sólo aparecer por presencia de síntomas acordes con el trastorno de la personalidad sino que éstos pueden reagudizarse por la aparición de *craving* instaurado por mecanismos de condicionamiento. Por ejemplo, en un trastorno límite de la personalidad en el que son tan llamativos el pensamiento dicotómico y los frecuentes cambios de estado emocional, el hecho de que aparezca *craving* como consecuencia de haber estado expuesto el adicto a estímulos condicionados con alta saliencia y poder elicitor puede reactivar una crisis en éste al comprobar que se siente tan mal como en otras ocasiones; y que si se dejaba llevar por el deseo de consumo (que es lo más apetecible para él) perdería el apoyo de las personas que quiere, siendo esto un miedo activador de toda la sintomatología del cuadro. Ante una situación como ésta, es decir, por una parte la opción de consumo y, por otra, darse por vencido, se reafirmarán los sentimientos de vacío y la sensación de abandono del paciente.

Respecto a las alternativas sobre el orden secuencial de fases en la intervención, esto es, actuar primero sobre la adicción para después actuar sobre el trastorno psicológico (Guimón, 1989) o, por el contrario, intervenir primero sobre la psicopatología concomitante con el trastorno adictivo, hay que decir que sabemos que el consumo actúa en detrimento de la intensidad de los trastornos psicopatológicos que pudiera presentar el adicto. Aunque también sabemos que el sujeto puede tener grandes dificultades para iniciar la abstinencia o mantenerla si no mejora la sintomatología del cuadro psicopatológico. Llegado el caso, el orden de fases en la intervención dependerá de la evaluación integral que hagamos del adicto.

La presencia de *craving* es un elemento que contamina, sin lugar a dudas, el proceso de cambio, cuanto más si el sujeto no nos informa de su presencia, describiendo la frecuencia intensidad y duración de éste, y a qué se asocia. En muchas ocasiones el sujeto no da información verbal de deseo de consumo y esto, generalmente como consecuencia al miedo que tiene de ser culpabilizado por ello y así etiquetado de mal paciente. Cuando sucede esto, estaremos ante tres fuentes de información importantes: (1) el sujeto no está dispuesto a llegar a un alto nivel de sinceridad con su terapeuta; (2) el sujeto considera que el consumo podría resolver su estado de malestar y, si lo expresa, podría tener más problemas si luego consume; y (3) el sujeto quiere evitar ser recriminado por ello.

Por lo tanto, debemos hacer consciente al adicto del condicionamiento tan potente que se ha ido desarrollando, en la medida en que el consumo no solamente ha eliminado el malestar orgánico consecuente del síndrome de abstinencia (especialmente en el síndrome de abstinencia a opiáceos), sino también la discriminación extraordinaria del malestar emocional normalmente presente en el sujeto con trastorno de la personalidad. El *craving*, desde este punto de vista, puede y debe entenderse como algo lógico y

normal. De forma que el sujeto no debe sentirse culpable por ello, lo que hará que tenga mucha más facilidad para comunicarlo.

Parece suficientemente demostrada la necesidad de desarrollar intervenciones integradoras, con objetivos terapéuticos diversificados en los dos trastornos, debiéndose evitar postergar intervenciones sobre alguno de ellos en función de la evolución del otro. De este modo, la intervención parcelaria en uno de los dos trastornos podría llevar consigo, así lo indica la literatura, un torpedeo sistemático con consecuencias indeseables en lo que se refiere a la evolución del caso, esto es, el estancamiento de los síntomas que configuran cada uno de los trastornos.

La intervención sobre el trastorno psicológico puede favorecer la abstinencia de consumo de sustancias (Chappel, 1993), y sabemos, igualmente, que el consumo puede reactivar síntomas del trastorno de personalidad. Por esto creemos más acertada una intervención integradora desde el inicio.

#### 4.9. EXCESOS Y DÉFICIT EN CADA UNO DE LOS TRASTORNOS

En una aproximación a los objetivos terapéuticos que parecen ser imprescindibles en cualquier intervención dirigida al tratamiento de los trastornos de personalidad, Beck y *Freeman* (1995) puntualizan una serie de estrategias cognitivas, tanto hiperdesarrolladas como infradesarrolladas en estos pacientes. A continuación se presentan dichas estrategias ([Cuadro 11](#)), expuestas en la referencia bibliográfica a que se hace alusión; de forma que se puedan tener presentes estas características con objeto de diseñar programas terapéuticos que las contemplen entre sus prioridades de acción.

Cuadro 11. Estrategias típicas hiperdesarrolladas e infradesarrolladas en pacientes con trastorno de la personalidad (Beck y Freeman, 1995)

<i>Trastorno de personalidad</i>	<i>Hiperdesarrolladas</i>	<i>Infradesarrolladas</i>
Obsesivo-compulsivo	Control Responsabilidad Sistematización	Espontaneidad Espíritu de juego
Por dependencia	Búsqueda de ayuda Apego excesivo	Autosuficiencia Movilidad
Pasivo-agresivo	Autonomía Resistencia Pasividad Sabotaje	Intimidad Asertividad Actividad Cooperación
Paranoide	Vigilancia Desconfianza Suspiciosa	Serenidad Confianza Aceptación
Narcisista	Autoexaltación Competitividad	Compartir Identificación grupal
Antisocial	Combatividad Explotación Predación	Empatía Reciprocidad Sensibilidad Social
Esquizoide	Autonomía Aislamiento	Intimidad Reciprocidad
Por evitación	Vulnerabilidad social Evitación Inhibición	Autoafirmación Gregarismo
Histriónico	Exhibicionismo Expresividad Vaguedad	Reflexión Control Sistematización

En cierta medida, las características que se mencionan en el Cuadro deben ser objeto de evaluaciones intermedias en el proceso de intervención, debiéndose constituir como criterios de referencia para la evaluación del nivel de consecución de cambios esperables.

Tengamos en cuenta la posibilidad de recurrir al internamiento para el desarrollo del programa de tratamiento, esto es, comunidades terapéuticas. En ocasiones y debido a la

severidad del trastorno, o a la imposibilidad de introducir cambios fundamentales en la vida del adicto para avanzar en el tratamiento de la patología dual, es necesario el aislamiento de su entorno habitual. Existen casos en que los terapeutas entienden que la medida es imprescindible para el conseguir los objetivos de tratamiento, a la vez que por las características del caso, a pesar de la gran cantidad de inconvenientes que el adicto expone para su ingreso. Entre los criterios que a favor del tratamiento en régimen de internamiento, en casos de pacientes drogodependientes que presentan a su vez un trastorno de personalidad, están la excesiva dificultad para mantener la abstinencia, la aparición de síntomas psicóticos y/ o el alto riesgo de suicidio (Surakic, 1991), aunque esta última es razón suficiente para el internamiento en unidades de salud mental.

Nuestra intervención en cualquier caso, encaminada a la motivación para rentabilizar la medida terapéutica, precisa de tiempo, de forma que en ningún momento el adicto pueda percibir, desde su estructura cognitiva característica del trastorno, que se ha optado por derivarlo a otro servicio por la incomodidad que supone tratarlo. No obstante, no parece oportuna la derivación al centro de tratamiento en régimen de internamiento sin que el paciente haya convivido un tiempo en su hábitat en estado de abstinencia a efectos de que sea consciente de su patología dual. Al referirnos al estado de abstinencia, hay que decir que no es exclusivo de un programa libre de drogas, sino que puede sin duda alcanzarse optando por un tratamiento de mantenimiento con sustitutivos hasta su ingreso, alternativa esta que parece la recomendable en casos de adicción a la mezcla de opiáceos y cocaína con patología dual.

En cuanto al modo en que tendremos que intervenir, hay que decir que debemos tener en cuenta que las actuaciones a que nos referimos en el presente documento están previstas para ser utilizadas con pacientes que realmente han decidido dar un paso hacia la abstinencia mantenida en el consumo de drogas.

Trabajar desde esta perspectiva no significa luchar contra el engaño o la falsa motivación para el tratamiento aunque, si bien es cierto, la profundización en cuestiones relativas a los trastornos de personalidad pueden ayudarnos a evitar situaciones tensas o luchas infructíferas e inadecuadas ante conductas que, aunque incómodas para el sistema terapéutico, forman parte de la psicopatología del paciente. Todo lo comentado hace de alguna manera especial el proceso de construcción del sistema terapéutico. Cuando un drogodependiente, sin patología dual, demanda personalmente ayuda para superar su adicción, no mediando en esta decisión elementos motivadores como afrontar juicios pendientes, acceder a presiones familiares,... parece razonablemente cómodo motivar al paciente para rentabilizar el tratamiento que se inicia.

Sin embargo, cuando el paciente drogodependiente presenta además otro trastorno psicopatológico, el proceso de motivación de éste para rentabilizar al máximo la intervención se obstaculiza como consecuencia de las creencias irracionales, las cuales generalmente se presentan en estos casos como justificaciones cognitivas que invitan al paciente a no esforzarse para dejar de consumir. La falta de conciencia del drogodependiente acerca de su doble psicopatología le suele ocasionar expectativas altas de fracaso y baja autoestima, generando de este modo conductas inapropiadas para la

consecución de la abstinencia. Esto mismo hace que el paciente se dirija a los dispositivos terapéuticos para pedir ayuda cuando su estado personal está muy deteriorado. En condiciones como éstas, en las que el sujeto parece no querer dejar de consumir aunque muestra estar sintiéndose muy mal por la situación que vive, podríamos tener en cuenta, para facilitar la correcta instauración de un proceso terapéutico, las consideraciones que se exponen en los apartados siguientes.

#### 4.10. ¿DÓNDE TRATAR LOS CASOS DE PATOLOGÍA DUAL?

Ésta es sin duda una cuestión que puede favorecer, de no tenerse en cuenta debidamente, la desatención de muchos de los usuarios que necesitan la ayuda de un profesional de las drogodependencias. Las actuaciones en este sentido, cuando el paciente, por ejemplo, ha presentado una psicopatología fundamentalmente psicótica, bien aguda o crónica, deben pasar por una esforzada colaboración entre los distintos dispositivos para el tratamiento de las drogodependencias y los equipos de salud mental (Araluze, 1997). Cuando la psicopatología no se ajusta a la entidad descrita (psicosis), pueden darse sin lugar a duda distintas interpretaciones teóricas en torno a cuál podría ser la referencia terapéutica más adecuada para sujetos que, además de presentar un problema de drogodependencia, muestran también una psicopatología añadida de menor incapacitación. Sea como fuere, tendríamos que huir de los análisis que prescindan de la profundidad con que se debe tratar cada caso de adicción. Se debe tener claro que el tratamiento de un problema de drogodependencia pasa por la atención suficiente al problema psicopatológico añadido a la adicción, debiendo ser un objetivo prioritario si se quiere tener éxito en el tratamiento.

Zimberg (1996) expone razones de peso para que la atención a un paciente con patología dual la realice un solo profesional; aunque, de existir una buena coordinación entre éstos, podría llevarse a cabo en dos servicios asistenciales distintos, condición esta no siempre posible.

A modo de esquema, podríamos señalar los siguientes aspectos como argumentos razonables para optar desde los centros de atención a las drogodependencias por intervenciones integradoras en gran número de casos de patología dual:

1. Es una alternativa recomendada por especialistas de drogodependencias y en salud mental (Santis y Casas, 1999).
2. Importancia del efecto bidireccional entre ambos trastornos y la necesidad de ser evaluados continuamente.
3. Los dispositivos de salud mental (pública) están saturados<sup>39</sup>, por lo que la atención al usuario podría retrasarse mucho, produciendo esto un deterioro límite de su situación personal.
4. En los equipos multidisciplinares de los centros de atención a las

- drogodependencias hay buenos especialistas en drogodependencias y otras patologías comportamentales.
5. Los profesionales que intervienen en los dispositivos para el tratamiento de las drogodependencias vienen actuando sobre el trastorno psicopatológico concomitante a efectos de evitar las recaídas. Ésta es una práctica que se lleva a cabo desde hace tiempo.
  6. El drogodependiente con patología dual parece no sentirse atendido en el dispositivo para el tratamiento si no se atiende su psicopatología concomitante al mismo tiempo que su adicción.

#### 4.11. IDEAS BÁSICAS DE PARTIDA

Conociendo la diversidad de variables que actúan de forma diferencial en la intervención con pacientes que presentan patología dual, las actuaciones pueden sin embargo responder de algún modo a un denominador común. No obstante, a cada tipo de trastorno de la personalidad le correspondería unas premisas en torno a las cuales debería girar nuestra actuación. Son las siguientes:

- *Trastorno paranoide de la personalidad.*—El drogodependiente viene porque tiene problemas con las drogas y quiere ayuda, nosotros somos profesionales de la salud y tenemos experiencia para ayudarle. En este caso, la información necesaria para evaluar el problema irá surgiendo a través de las sesiones con el ritmo que establezca el propio adicto. Debe saber y asumir que toda la información que nos dé es absolutamente confidencial.
- *Trastorno esquizoide de la personalidad.*—Dejar de consumir drogas y estar cómodo consigo mismo no necesariamente implica conceptualizar el proceso de reinserción social como la interacción frecuente y masiva con otras personas. Cuando deje de consumir, podrá disfrutar más de sus actividades, recordemos que su asistencia al centro es voluntaria.
- *Trastorno de la personalidad por evitación.*—Entendemos que el drogodependiente haya podido consumir drogas llegando a desarrollar una drogodependencia, dado lo gratificante que resulta para él evitar sentirse mal como consecuencia del miedo que tiene al fracaso. Superar su problema no significa ir enfrentándose de forma irreflexiva a toda una serie de cuestiones que hasta ahora han podido ser para él motivo de evitación, todo se hará de forma escalonada y cuando esté preparado, esto es, cuando tenga en su repertorio suficientes habilidades de afrontamiento, cognoscitivas y conductuales.
- *Trastorno límite de la personalidad.*—No queremos adivinar nada de él. Queremos escucharlo para comprenderlo, puede contar con nosotros. Lo más

importante es que confíe en nosotros; aunque consuma, estamos para ayudarlo. No lo vamos a abandonar, aunque tenga una recaída.

- *Trastorno de la personalidad por dependencia.*—Rentabilizar el tratamiento no significa no consumir, sino que supone avanzar en su independencia aunque no supone aspirar a la independencia total. Él irá eligiendo el punto del continuo dependencia-independencia en el que se sienta cómodo.
- *Trastorno histriónico de la personalidad.*—Puede pasar de ser indiferente para los demás a una situación social de adaptación y aceptación en la que es posible que caiga bien a personas que pueden percibirlo como alguien sin problemas. Puede gustar más si no tiene problemas con las drogas.
- *Trastorno narcisista de la personalidad.*— Dejar de consumir y cambiar de estilo de vida es inteligente, ha podido tener un error, pero hay que hacerle entender que es muy hábil y que tiene gran capacidad para aprender de los errores, de manera que hará lo posible para no recaer.

#### 4.12. LA CONCOMITANCIA EN DISTINTAS FORMAS

Entre las posibles combinaciones de trastornos psicopatológicos junto a la drogodependencia, existen variaciones entre casos que los hacen sin duda diferentes entre sí, y por ello, necesitados de diseños y protocolos terapéuticos que estarán en función de:

1. Tipo de sustancia a la que es adicta la persona que demanda ayuda.
2. Posibles consumos aislados y abusivos de otras sustancias (ejemplo, alcohol y cánnabis).
3. Presencia de uno o varios trastornos de personalidad.
4. Presencia o no de un trastorno enclavado en el Eje I.

Cuando existen varios de estos trastornos en el caso que atendemos, la evolución hacia la abstinencia queda determinada por la trayectoria sintomatológica que siga cada uno de ellos. No se debe olvidar que la disminución de psicopatología pasa en ocasiones por la aceptación por parte del paciente de su trastorno de personalidad, lo que hará consciente y consecuente con el hecho de que aparezcan reagudizaciones del mismo. No obstante, será improbable la desaparición completa del trastorno en el transcurso de la terapia, emprendida para la superación de su adicción, debiéndose dejar esto claro.

En el [Cuadro 12](#) se presenta una serie de combinaciones posibles entre los trastornos del Eje I y II. Esto es, se presenta una reflexión sobre las opciones que podrían considerarse en la intervención sobre casos en los que no solamente existe un problema de drogodependencias, sino también un trastorno de personalidad, aunque esto no significa que no puedan aparecer dichos trastornos junto a alguno del Eje I.

En este caso, no nos centramos en todos los trastornos de personalidad

categorizados en el DSM-IV-TR, sino más bien en aquellos que parecen presentarse con mayor frecuencia junto a trastornos adictivos.

El DSM-IV-TR advierte de los problemas de solapamiento entre los síntomas de los trastornos de personalidad, lo que para algunos autores como Pelechano, De Miguel y Hernández (1995), lleva a cuestionar la propia clasificación diagnóstica, aunque no es el objeto de reflexión en este caso.

En el **Cuadro 12** se presenta el modo en que suelen aparecer dos trastornos de personalidad, aunque si bien es cierto, los síntomas más disfuncionales suelen apoyar en mayor medida a uno de los dos o uno de los tres posibles trastornos que aparecen a la vez. Igualmente, se presentan las posibilidades de concomitancia con trastornos del Eje I junto a cada categoría de trastorno de personalidad.

Con esta información se pretende un acercamiento a una realidad desde la que no se deja de cuestionar las dificultades diagnósticas que llevan consigo dichas categorías psicopatológicas. Se debe ser consciente de la dificultad que representa el solapamiento de síntomas, no solamente consecuencia del trastorno de personalidad, sino también síntomas que son extremadamente semejantes (que no iguales) cuando el responsable de ellos es un trastorno perteneciente al Eje I.

A continuación se presentan las características y sugerencias terapéuticas en relación con los trastornos de personalidad más frecuentes cuando existe una adicción a una sustancia. Es por ello que la información que sigue hará referencia solamente a los casos en los que la drogodependencia aparece junto a un trastorno paranoide de la personalidad, un trastorno esquizoide de la personalidad, un trastorno de la personalidad por evitación, un trastorno límite de la personalidad, un trastorno de la personalidad por dependencia, un trastorno narcisista de la personalidad y un trastorno antisocial de la personalidad.

Por último, aclarar cómo los objetivos de intervención en el caso de trastornos de personalidad no pueden aspirar al cese definitivo y total de los síntomas que conforman el trastorno, toda vez que no parece razonable olvidarnos de cómo los trastornos de personalidad mejoran con la edad, esto es, con el paso del tiempo. Así, con el tratamiento se pretende facilitar mejoras sintomatológicas, mejorar la autoevaluación, y que el trastorno no incida negativamente en la evolución positiva de la adicción.

Por otro lado, las reflexiones referidas a las distintas modalidades terapéuticas o estrategias de intervención para cada uno de los casos de trastorno de personalidad se irán refiriendo a la condición de tratamiento de las drogodependencias en régimen ambulatorio, aunque no queremos con ello obviar las posibilidades de generalización que pudieran tener los contenidos para su aplicación en programas de tratamiento con pacientes con patología dual en régimen de internamiento. En la actualidad, y con esto se ha avanzado extraordinariamente en la mejora de la atención a drogodependientes, los centros de tratamiento en régimen de internamiento vienen adaptando sus programas a las peculiaridades de la intervención con sujetos que presentan patología dual (León, 1996).

	P <sub>40</sub>	ES <sub>41</sub>	ESQ <sub>42</sub>	L <sub>43</sub>	ANT <sub>44</sub>	H <sub>45</sub>	N <sub>46</sub>	E <sub>47</sub>	D <sub>48</sub>	O-C <sub>49</sub>
<i>Paranoide</i>		X	X	X			X	X		
<i>Esquizoide</i>	X		X					X		
<i>Esquizotípico</i>	X	X		X				X		
<i>Antisocial</i>				X		X	X			
<i>Límite</i>	X		X		X	X	X		X	
<i>Histrónico</i>				X	X		X		X	
<i>Narcisista</i>	X			X	X	X				
<i>Evitación</i>	X	X	X	X					X	
<i>Dependencia</i>				X		X		X		
<i>Obsesivo-compulsivo</i>	S	S	S							

*Nota:* S = SE SOLAPA / X = COINCIDENCIA.

trastornos del Eje II y entre los trastornos de Eje I y II

*Trastornos el Eje I* <sup>50</sup>

Puede presentar episodios psicóticos muy breves.  
Trastorno premórbido de un trastorno delirante.  
Trastorno Depresivo Mayor.  
Mayor probabilidad de presentar agorafobia y trastorno obsesivo-compulsivo.

Episodios psicóticos muy breves.  
Puede aparecer como el antecedente premórbido del trastorno delirante o la esquizofrenia.  
Algunas veces presentan un trastorno depresivo mayor.

En algunos casos presentan un trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o una esquizofrenia.

Trastorno depresivo.  
Trastorno de ansiedad.  
Trastornos relacionadas con sustancias.  
Trastornos por somatización.  
Juego patológico y otros trastornos del control de los impulsos.

Trastorno del estado de ánimo relacionado con sustancias.  
Conducta alimentaria (bulimia).  
Trastorno por estrés post-traumático.  
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Alto riesgo de suicidio (llamada de atención).  
Trastorno por somatización.  
Trastorno por conversión.  
Trastorno depresivo mayor.

Anorexia nerviosa.  
Trastorno relacionado con las sustancias.

Trastorno del estado de ánimo.  
Trastorno de ansiedad (Fobia social de tipo generalizado).

Trastorno de estado de ánimo.  
Trastorno de ansiedad.  
Trastornos adaptativos.

Trastorno de estado de ánimo.  
Trastorno de ansiedad.

#### 4.13. LA BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La mayoría de las veces los problemas de adherencia al tratamiento que el adicto presenta son consecuencia del esquema cognitivo que impera en él. Estos problemas aparecen como consecuencia de la necesidad que tiene, y generalmente sin ser consciente de ello, de mantener su esquema cognitivo. Esto es, de integrar lo que encuentra en su entorno en términos asumibles e interpretables por su esquema; de justificar su problema, su drogodependencia, en función de estructura cognitiva habitual. El hecho de mostrar al adicto gran entrega, realizar verbalizaciones en las que perciba la intención del terapeuta de permanecer a su lado mientras lo necesite, y que si él quiere puede abandonar el tratamiento, lleva a establecer una relación terapéutica más operativa y eficaz. Una buena relación entre terapeuta y adicto genera, como es sabido, una mayor adherencia al tratamiento, lo que a su vez se asocia una mayor probabilidad de éxito en el tratamiento (González y cols., 1997). Así, sabemos también cómo en determinados casos no siempre es positivo advertir y anticipar las posibles respuestas que puede llegar a emitir el adicto a lo largo del tratamiento, pues puede forzarse la aparición de éstas.

Considerando el trastorno de personalidad como un todo en el que existe una estrecha relación entre los síntomas que lo configuran, Díaz, Cavero y Frombellida (1997) describen la necesidad de intervenir sobre las alteraciones afectivo-emocionales, cognitivas, conductuales y de relaciones interpersonales, dado que así se conseguirá una mejora global del sujeto.

En este sentido, *Beck y Freeman (1995)* formulan una serie de razones que podrían explicar la falta de cooperación que encuentran los profesionales que trabajan con personas que presentan un trastorno de personalidad además de un trastorno adictivo.

1. *El paciente puede carecer de capacidad para ser cooperativo.*—Con ello se refiere al hecho de que probablemente el sujeto no haya aprendido estrategias adecuadas para poder ser cooperativo, diferenciándolo del adicto que no coopera como consecuencia de su falta de motivación para dejar de consumir droga. También se sabe que esta cooperación en el ámbito de la terapia no es posible hasta haber resuelto satisfactoriamente el problema de la abstinencia. Esto es, en la mayoría de las ocasiones, el objetivo prioritario del paciente cuando va a tratamiento es eliminar el malestar derivado del paso a la abstinencia. Esta falta de cooperación se explica con facilidad desde el mismo trastorno de drogodependencias y, por lo tanto, es comprensible que en este momento el sujeto se aferre con mayor fuerza a sus esquemas imperantes de procesamiento cognitivo.
2. *El terapeuta puede carecer de capacidad para desarrollar cooperación.*—En este sentido, se deberá reconocer las posibles deficiencias como terapeutas y, por lo tanto, no es extravagante pensar en estas posibles deficiencias para justificar la necesidad de desarrollar determinadas estrategias y habilidades terapéuticas en los profesionales de las drogodependencias. En ocasiones y,

por la urgencia con que se presentan las demandas y necesidades de intervención, se puede estar más preocupado por decidir el programa terapéutico del sujeto que de conocer la individualidad del caso. Este problema puede incrementarse cuando se trata de pacientes reincidentes y que han pasado por varias modalidades de tratamiento, situación esta bastante probable en el caso que nos ocupa.

3. *Los estresantes ambientales pueden impedir el cambio o reforzar la conducta disfuncional.* Un estresor importante puede ser la conducta del facilitador<sup>51</sup>, que podría entenderse como una conducta caprichosa, con una motivación distinta a la que verbaliza cuando acude junto al paciente al dispositivo de atención a las drogodependencias. El facilitador, sea o no consciente de ello, permite con su comportamiento el mantenimiento, no sólo del problema adictivo, sino igualmente, de conductas y equivocaciones del adicto que forman parte de su trastorno de personalidad. En este sentido, puede resultar de gran interés conocer no sólo las expectativas que los familiares del adicto tienen respecto a la probabilidad de solucionar el problema, sino también la imagen percibida que tienen de él. Abordar cuestiones como ésta desde la reestructuración cognitiva o simple información puede proporcionar a los facilitadores razones suficientes para modificar sus conductas y esquemas de interacción con el paciente.
4. *Las ideas y creencias del paciente acerca de su fracaso potencial en la terapia pueden contribuir a la no cooperación.*—En drogodependencias juegan un papel fundamental las expectativas del adicto acerca del éxito de su tratamiento. Las creencias que el sujeto tenga sobre su potencial de adaptación a las exigencias del proceso terapéutico, sobre el cumplimiento de condiciones conductuales que parecen imprescindibles para superar la etapa de desintoxicación<sup>52</sup>, y las creencias que se forman a partir de la experiencia de otros drogodependientes conocidos (aprendizaje vicario bajo modelamiento), forman en la persona expectativas que pueden quedarse muy por encima de su verdaderas posibilidades. Es importante, por lo tanto, partir de la construcción de una estructura terapéutica que evite la auto-exclusión de la posibilidad de alta terapéutica, actuando sobre los elementos y mecanismos que se han enunciado. De igual forma, la imagen que la familia, a la que se le atribuye generalmente objetividad en las actuaciones, puede torpedear la adecuada implantación de mecanismos exitosos de actuación.
5. *Las ideas y creencias del paciente acerca de los efectos de su propio cambio sobre los demás pueden impedir su conformidad.*—Dado que existen razones de peso para entender la no consecución de objetivos terapéuticos por parte del adicto debido al miedo a perder los beneficios derivados de su problema (como acompañamiento por parte de otras personas, comprensión ante la inactividad, etc.), es obvia la importancia de encaminar la intervención hacia la eliminación de los reforzadores externos que mantienen la conducta

- problema.
6. *Los miedos del paciente acerca del cambio y de su «nueva» personalidad pueden contribuir a su disconformidad.* —Tratándose de trastornos de la personalidad, estos pacientes podrían vivir el cambio de creencias y conductas como una amenaza para sus posibilidades de supervivencia. El sujeto drogodependiente tiene una imagen entre el grupo de consumidores que puede percibirla como beneficiosa.
  7. *Las creencias disfuncionales del paciente y el terapeuta pueden ser complementarias y potenciarse recíprocamente.* —La evaluación que podamos realizar tras un consumo esporádico podría convertirse en una razón para afianzar en el adicto la etiqueta de «incapaz para solucionar sus problemas», sobre todo si no ha pasado mucho tiempo desde el último consumo.
  8. *La socialización pobre del modelo puede ser un factor de la conformidad.* — En los casos en los que el sujeto presente un trastorno de la personalidad por evitación, se debe entender cómo su bajo nivel de interacciones sociales, y su déficit en habilidades sociales, suponen las causas del trastorno que presenta y, por lo tanto, sería prioritario contemplar en la intervención el desarrollo y mantenimiento de habilidades sociales y de confrontamiento en las áreas deficitarias.
  9. *El paciente puede experimentar beneficios secundarios del mantenimiento de la pauta disfuncional.*—Es sobradamente conocida la desestructuración que aparece en el sujeto con un problema adictivo, lo que favorece que el sujeto consumidor no se vea obligado a responder a las exigencias del medio. En casos en los que el sujeto presenta un trastorno de personalidad o cualquier otra psicopatología, la continuidad cognitiva es menos costosa que el cambio, toda vez que dicho cambio le lleva, sin lugar a dudas, a un tipo de relación con su entorno que puede demandarle la obligatoriedad de determinados costes de respuesta y que, en su caso, pueden ser vividos con auténtica dificultad.
  10. *La inoportunidad de las intervenciones puede ser un factor de la no conformidad.*—En este sentido, aludimos a las intervenciones exclusivamente conductuales que, si bien son necesarias para la buena evolución del caso, no obstante, a veces olvidan las condiciones cognitivas que mantienen determinados comportamientos que queremos cambiar. Por ejemplo, cuando se le pide a una persona evitadora que se enfrente a los estímulos discriminativos que son amenazantes para él, puede no realizar ninguna aproximación conductual por entender que su propia valoración es más objetiva y, por lo tanto, más real que la que realiza el terapeuta. Así, exponerse a estímulos condicionados asociativos a consumo y los estados que esto genera, además de exponerse a estímulos discriminativos anticipadores de las consecuencias de las respuestas, es fundamental para la

- recuperación.
11. *Los pacientes pueden carecer de motivación.*—Dada la posibilidad de aparición de un trastorno de personalidad junto a un trastorno del Eje I, la coincidencia con un trastorno depresivo puede justificar sobradamente la falta de motivación para esforzarse en la superación de un síndrome de abstinencia. Recurrir a sustitutivos en estos casos puede evitar el empeoramiento progresivo, no sólo de la conducta adictiva, sino también de los estados cognitivos y emocionales que acompañan al trastorno de personalidad.
  12. *La rigidez del paciente puede frustrar la conformidad.*— El mero hecho de presentar un trastorno de personalidad, ya supone una dificultad especial en las intervenciones sobre problemas adictivos.
  13. *El paciente puede tener un control pobre de sus impulsos.*—En casos de trastorno límite, por ejemplo, los adictos pueden convertir la estructuración de citas (hora y día) en una fuente de estrés lo suficientemente potente como para presentar niveles elevados de alerta y ansiedad en las sesiones. De forma que a veces la no consecución de acuerdos queda explicada, al menos en parte, por elementos como éstos. Lo que nos viene a significar que no siempre que aparece una falta respecto a los acuerdos terapéuticos es consecuencia de la no motivación del paciente para dejar de consumir.
  14. *Las metas de la terapia pueden carecer de realismo.*— Aunque esto puede deberse tanto al paciente como al terapeuta, o a ambos, y lo que normalmente ocurre es que cuando se plantea el cambio de ambiente adicto para el establecimiento de un apoyo social «sano», nos encontremos con una realidad que se caracteriza fundamentalmente por la inexistencia de contactos mínimos que garanticen la progresión hacia la construcción de un círculo social más amplio, aspecto este que tendrá que ser resuelto.
  15. *Las metas de la terapia pueden ser tácitas.*—En ocasiones, la evaluación parece indicar con claridad no sólo al terapeuta, sino también al adicto, las metas que conseguir en la intervención. Sin embargo, a veces el drogodependiente no es consciente del trastorno de personalidad que presenta y, por tanto, lo torna incapaz de aceptar o vislumbrar las metas que se derivan de una intervención dirigida a la superación de dicho problema.
  16. *Las metas de la terapia pueden ser vagas o amorfas.*—La aceptación de que el tratamiento del sujeto que acude a un dispositivo de atención a las drogodependencias puede centrarse exclusivamente en su problema adictivo y que, por lo tanto, abordar otras cuestiones no demandadas por el drogodependiente no sería operativo para él supone un grave error, ya que se desatenderían los trastornos duales. Así, dar información al adicto de lo que se observa respecto a su caso es, sin duda, motor de cambio para la implementación de los objetivos que se presentan en la estructura de la intervención, también es verdad que habrá que buscar el momento oportuno

- para ello.
17. *Entre el terapeuta y el paciente quizá no haya habido acuerdo respecto a las metas del tratamiento.*
  18. *El paciente o el terapeuta pueden sentirse frustrados por la falta de progreso.* —Por ello, es importante revisar las expectativas establecidas al iniciar el tratamiento.
  19. *Las cuestiones relacionadas con la percepción que tiene el paciente de un estatus y una autoestima menguados pueden ser causa de la disconformidad.*

Resumiendo, en la intervención con drogodependientes es crucial poder discriminar en la evaluación aquellos factores que configuran un trastorno de base, en este caso, de personalidad. Son muchas las razones terapéuticas que respaldan esta forma de ver las cosas, pero sobre todo aquellas que se desprenden de la necesidad de afrontar las causas y los síntomas del trastorno de personalidad. Por lo tanto, cuando hay una patología de este tipo junto a la drogodependencia, la intervención sobre la adicción no puede ser igual que en los casos en que no coexisten ambos trastornos.

Además, hay que decir también que existen datos que indican una mayor frecuencia del consumo de alcohol en sujetos drogodependientes con patología dual, en concreto, trastornos de personalidad (Janowsky y cols. 1999), en comparación con los sujetos drogodependientes sin esta psicopatología concomitante. Además, esto trae como consecuencia la provocación de más recaídas que en los casos en que no existe ese consumo de alcohol durante la intervención terapéutica. Para ello se han elaborado numerosas pruebas que, sumadas a la entrevista clínica, podrían aportarnos información suficiente para un diagnóstico y un tratamiento adecuados.

Por todo ello, parece necesario indagar lo suficiente en cada uno de los casos de adicción que se atienden evaluando adecuadamente la posible identidad del cuadro concomitante al de la drogodependencia. Acerca de la frecuencia con que se dan estas circunstancias, hay que decir que se han elaborado numerosos estudios que demuestran la existencia de ciertas psicopatologías con más frecuencia que otras. Entre los estudios realizados con este fin se encuentran resultados diversos y, en ocasiones, diferencias notables en cuanto al dato estadístico porcentual de los casos encontrados con dicha problemática. Relacionados con las drogodependencias, parecen asociarse en mayor medida trastornos afectivos, ansiedad y ataques de pánico, trastornos psicóticos agudos y personalidades antisociales y límites (Burant, Liepman y Miller, 1998).

Por otro lado, es curioso observar que el personal que trabaja en las unidades de Salud Mental detecta más casos con patología dual que los profesionales que trabajan en el campo clínico de las drogodependencias. Si bien esto puede ser atribuible a numerosos factores, no obstante, y como fuere, el planteamiento fundamental está servido en la medida en que es bastante frecuente encontrar casos de patología dual y que es necesario, por lo tanto, desarrollar intervenciones terapéuticas acordes con dicha particularidad.



## Intervención con el drogodependiente que presenta a su vez un trastorno de la personalidad del Grupo A (paranoide o esquizoide)

### OBJETIVO

El objetivo de este capítulo es que el lector conozca las características de los trastornos paranoide y esquizoide de la personalidad, y a la vez que pueda comprobar cómo a partir del análisis diferenciador entre ambos trastornos se van a generar distintos tipos de intervenciones para la superación de la drogodependencia. A lo largo del texto podremos ver cómo estos sujetos caracterizados como raros o excéntricos necesitan un determinado clima terapéutico, así como un cierto grado de iniciativa por su parte para analizar las conductas que pueden estar manteniendo el consumo, conductas de interacción social escasas, variables de corte cognitivo, como creencias y expectativas más significativas así como las dificultades más frecuentes para el drogodependiente en los procesos de incorporación social.

### SUMARIO

- 5.1. Intervención con pacientes que presentan de manera concomitante una drogodependencia y un trastorno paranoide de la personalidad.
  - 5.1.1. Identificación del drogodependiente con un trastorno paranoide de la personalidad.
    - 5.1.1.1. Caracterización según el DSM-IV-TR.
    - 5.1.1.2. Características más sobresalientes.
    - 5.1.1.3. Pensamientos típicos en el paciente con trastorno paranoide de la personalidad.
  - 5.1.2. La intervención.
    - 5.1.2.1. Aspectos generales de la intervención.
    - 5.1.2.2. Un clima terapéutico adecuado.
    - 5.1.2.3. Elementos básicos de intervención.
    - 5.1.2.4. Intervención específica.
      - 5.1.2.4.1. Autoeficacia.
      - 5.1.2.4.2. Intoxicación como método de afrontamiento.
      - 5.1.2.4.3. El sistema atribucional.
      - 5.1.2.4.4. El uso de metadona.
      - 5.1.2.4.5. No tener relación con consumidores.

- 5.1.2.4.6. Cambiar de amigos.
- 5.1.2.4.7. El problema del aislamiento social.
- 5.1.2.4.8. Intervención con psicofármacos.

## 5.2. El drogodependiente con trastorno esquizoide de la personalidad.

### 5.2.1. Identificación del drogodependiente con trastorno esquizoide de la personalidad.

#### 5.2.1.1. Caracterización según el DSM-IV-TR.

#### 5.2.1.2. Contenidos de los esquemas cognitivos básicos.

### 5.2.2. La intervención.

#### 5.2.2.1. Ante la presencia de trastorno del Eje I.

#### 5.2.2.2. Establecimiento de un buen clima terapéutico.

#### 5.2.2.3. Objetivos específicos.

##### 5.2.2.3.1. Un sujeto que tiende a aislarse.

##### 5.2.2.3.2. El papel del apoyo social.

##### 5.2.2.3.3. La autoeficacia percibida del sujeto.

## 5.1. INTERVENCIÓN CON PACIENTES QUE PRESENTAN DE MANERA CONCOMITANTE UNA DROGODEPENDENCIA Y UN TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

### 5.1.1. *Identificación del drogodependiente con trastorno paranoide de la personalidad*

#### 5.1.1.1. «Caracterización según el DSM-IV-TR»

La característica esencial del trastorno paranoide de la personalidad es un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de forma que las intenciones de éstos son interpretadas como maliciosas. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y aparece en diversos contextos.

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR son los siguientes:

*a)* Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intervenciones de los demás son interpretadas como maliciosas; aparecen en diversos contextos, según se indican en cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Sospechan, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o van a engañarles.
2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o fidelidad de los amigos o socios.
3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.

4. En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.
5. Alberga rencores durante mucho tiempo; por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.
6. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.
7. Sospecha repetida e injustificada en cuanto a que su cónyuge o su pareja le es infiel.

b) Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico, y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

#### 5.1.1.2. «Características más sobresalientes»

El adicto con un trastorno de estas características mostrará síntomas que estarán presentes tanto antes del desarrollo de la drogodependencia como después de ella, cuando está en un estado de abstinencia. Los síntomas que observamos bajo intoxicación o abstinencia pueden ser confundidos respecto a su etiología (Phillips y Gunderson 1996; entre otros) y, por lo tanto, es conveniente proceder al diagnóstico de trastornos de personalidad, al menos, durante dos semanas de abstinencia corroborada con controles toxicológicos. En cualquier caso, conviene tener en cuenta que estas personas raramente buscan tratamiento, y normalmente no consideran la posibilidad de establecer una relación terapéutica como potencialmente beneficiosa.

Gran parte de las intervenciones que se indican para el trastorno paranoide de la personalidad pueden aplicarse igualmente a los otros dos trastornos del grupo denominado raro, el esquizoide y el esquizotípico.

Los procesos de evaluación son generalmente complejos, cuanto más si se trata de un trastorno que en su curso normal supone algunas barreras para poder conocerlo. El paciente generalmente no quiere dejarse analizar con claridad. Para ello Beck y Freeman (1995) aportan una serie de indicios que podrían llevarnos durante la evaluación a detenernos algo más, con objeto de corroborar posibles sospechas sobre la existencia de este trastorno. Entre ellos cabe destacar: (1) la vigilancia constante, con la posibilidad de encontrar en el paciente la necesidad de examinar con alguna profundidad nuestro despacho; (2) preocupación fuera de lo común por la confidencialidad que nosotros aseguramos al inicio de todo tratamiento y tendencia a atribuir a los demás todos los problemas (puede existir cierta confusión al observar una gran similitud con un paciente drogodependiente que no examina con realismo su caso o simplemente pretende desviar nuestra atención en relación con las verdaderas causas de un consumo esporádico o recaída, esto es, a no haberse esforzado para controlar el deseo de consumo de una dosis); (3) conflicto recurrente con las figuras de autoridad (y en este sentido

recordaremos la forma en que algunos presentan una verdadera resistencia a aceptar exigencias propias de un programa como el de metadona o compromiso con su familia a la hora de responder a objetivos establecidos con anterioridad en alguna sesión); (4) la presencia de convicciones fuertes sobre las razones que mueven el comportamiento de otros; (5) tendencia a atribuir gran importancia a pequeños acontecimientos; (6) tendencia al contraataque rápido en respuesta a una amenaza percibida; (7) tendencia a recibir más de lo que corresponde incluso maltratando a los demás o provocar en las sesiones momentos de enfrentamiento; (8) tendencia a buscar detalladamente elementos que confirmen sus hipótesis de contenido negativo sobre los demás; (9) gran dificultad para relajarse ante la presencia de otras personas; (10) necesidad infrecuente de autosuficiencia e independencia; (11) desprecio por las personas que podrían ser débiles; (12) dificultad para expresar sentimientos; (13) celos patológicos.

Con estas indicaciones se puede indagar consecuentemente en las cogniciones habituales con una cierta garantía de poder detectar la existencia del trastorno paranoide de la personalidad.

#### 5.1.1.3. «Pensamientos típicos en el paciente con trastorno paranoide de la personalidad»

Para la identificación de sujetos drogodependientes con este trastorno de la personalidad podemos usar como referencia la presenta de creencias básicas (Beck y Freeman, 1995). En éste como en el resto de capítulos específicos de los trastornos de personalidad, se ofrece un listado en el que aparecen los pensamientos o creencias que caracterizan el trastorno. Éstos son los siguientes:

1. No puedo confiar en los demás.
2. La gente actúa por motivos ocultos.
3. Si no me mantengo alerta, tratarán de usarme o manipularme.
4. Tengo que estar constantemente en guardia.
5. No es seguro confiar en otras personas.
6. Si las personas actúan amistosamente, quizá traten de usarme o explotarme.
7. La gente se aprovecha de mí si le doy la oportunidad.
8. En su mayor parte, las otras personas son hostiles.
9. Tratarán deliberadamente de rebajarme.
10. A menudo la gente trata deliberadamente de molestarte.
11. Si llegan a pensar que pueden tratarme mal, tendré un problema grave.
12. Si descubren cosas sobre mí, las usarán en mi contra.
13. A menudo la gente dice una cosa y quiere decir otra.
14. Una persona próxima a mí puede ser desleal o infiel.

#### 5.1.2. *La intervención*

#### 5.1.2.1. «Aspectos generales de la intervención»

Sean cuales sean las técnicas para establecer un sistema terapéutico acorde con el objetivo de intervención, y sean cuales fueren las destinadas a modificar síntomas concretos o estructuras cognitivas determinadas, no obstante, siempre será necesario un planteamiento global e integrador para afrontar con éxito el trastorno.

El hecho de que un drogodependiente con un trastorno paranoide de la personalidad presente un problema de drogodependencia indica la necesidad de actuar de forma conjunta en ambos problemas, sin olvidar que para poder modificar conductas de mantenimiento del consumo parece imprescindible la modificación o mejora de características propias del trastorno. La bidireccionalidad de las consecuencias de ambos problemas son evidentes y deben constituirse en criterio para la toma de decisiones en relación con el tratamiento.

#### 5.1.2.2. «Un clima terapéutico adecuado»

Cuando el adicto nos pide ayuda para superar su drogodependencia, empezaremos por aceptar la desconfianza de éste, buscando que la experiencia propia en la terapia le lleve a observar el cumplimiento exhaustivo de la confidencialidad, ya que ésta sustenta el sistema terapéutico, no siendo apropiado presionarlo para que hable de sus sentimientos. La terapia será un contexto idóneo para ir corrigiendo las cogniciones erróneas que vayan apareciendo, analizando no solamente el comportamiento adictivo, sino también introduciendo puntos de vista que lleven al sujeto a conocer y evaluar su tendencia cognitiva en la interpretación de los acontecimientos a los que se enfrenta.

De este modo, la cautela a la hora de proponer exigencias procedimentales propias de un proceso terapéutico es una cuestión que estará en función de las necesidades que el sujeto tenga y del tipo de ayuda que quiera recibir de un centro de drogodependencias. Esto es, sería recomendable que el sujeto llegue a informar verbalmente del tipo de ayuda que necesita para superar su problema de adicción.

Con el objeto de afrontar la extrema reticencia de todo paciente para dar información, información que, por otro lado, puede estar cargada de hechos mal valorados por la sociedad como robos, extorsiones, mentiras para conseguir su dosis de droga, le advertimos claramente que no se hablará en la sesión de aquello de lo que no quiera hablar. El paciente podrá contrastar esto al no encontrar en nosotros un terapeuta inquisidor, con lo que conseguiremos que nos describa conductas propias del problema de drogodependencia. Por este mismo motivo, conviene resaltar que toda información que obtengamos tanto de él como de la familia revertirá en su beneficio.

Es conveniente darle la oportunidad de que compruebe cómo no reproducimos con él tratamientos llevados a cabo con otros pacientes, para así evitar en lo posible distorsiones cognitivas como la generalización. Esta última podría llevar al paciente a generar expectativas negativas en cuanto a que «otras personas que ya han estado en

tratamiento han fracasado..., así que para qué seguir con esto».

### 5.1.2.3. «Elementos básicos de intervención»

La consecución de las metas específicas y aceptadas por el paciente es una prioridad en cualquiera de las intervenciones en drogodependencias. Esto es más laborioso en adictos con trastorno paranoide de la personalidad. Conocemos las dificultades que habitualmente tiene un drogodependiente para completar el compromiso adquirido con miembros de su familia o con el terapeuta. El consumo ha podido repercutir igualmente en esta cuestión, por lo que la búsqueda reiterada de sustancias ha impedido que la consecución de metas sea algo prioritario para el propio paciente. Para abordar esto es recomendable la utilización de reflexiones que se fundamenten en un continuo, en el que el sujeto sitúe su interpretación de los eventos y posiciones en puntos medios del continuo, ya que muy probablemente hasta ahora la percepción que ha tenido de su problema ha sido polarizada. No es difícil encontrar en estas personas cambios bruscos de dedicación en relación con el tratamiento. De un estado de compromiso total con la abstinencia o de consumos esporádicos pasa a no mostrar el más mínimo interés por el tratamiento.

Para que el paciente pueda avanzar en su capacidad para confiar en determinadas personas, analizaremos su experiencia de relación con otros consumidores. Entre estas experiencias no es infrecuente encontrar problemas relacionales importantes. En el análisis que hagamos de la relación que haya podido tener con personas que no son consumidoras de drogas, veremos cómo éstas han sido probablemente menos negativas para él. A la vez que intente acercarse a otras personas, existirá a su vez un impedimento para conseguir este objetivo que parte de la necesidad que tiene el sujeto de obtener la aprobación de su entorno. Esto es improbable si tenemos en cuenta que el paciente ha presentado una drogodependencia. El adicto con personalidad paranoide intentará conseguir la aprobación de los demás como medio para afrontar sus sentimientos de inadecuación en cuanto a sus relaciones sociales (Tukart, 1990)<sup>53</sup>.

Desde el paradigma bio-psico-social, las variables objeto de estudio serán fundamentalmente las cogniciones, los estímulos antecedentes y consecuentes, y la base orgánica, la cual podría estar explicando algunas conductas relevantes en el problema.

Al menos al principio de la terapia es importante valorar el momento en que sería oportuno actuar sobre las creencias irracionales, no debiéndose utilizar registros para la localización de este tipo de creencias, pero sí sobre las distintas emociones del drogodependiente. Esto facilita la adherencia al tratamiento. Esto es, la utilización de registros sobre situaciones en las que aparece *craving* (ansia por el consumo) no debe profundizar en las cogniciones asociadas, ya que el solo hecho de hacer consciente a la persona de la frecuencia real de aparición del deseo, así como de los momentos en los que éste aparece, es posible que lleven a ésta a introducir en las descripciones cadenas de conducta de consumo, y los pensamientos y emociones asociados. Las personas

drogodependientes cuando sufren este trastorno de la personalidad normalmente no quieren hablar de sus emociones.

Independientemente de la conducta desajustada y propia de un problema de drogodependencia, en un sujeto con este trastorno existirán conductas que, de no ser tratadas, podrían menos-cabar<sup>54</sup> cualquier actuación terapéutica. Para una conceptualización del problema como la presentada por Beck, dadas las características descritas en el Cuadro que corresponde al DSM-IV-TR, veremos cómo la actuación con estos pacientes consumidores estará determinada fundamentalmente por tres cuestiones básicas:

1. Es conveniente cuestionar las creencias que el paciente presenta y que *terminan por proporcionarle una imagen de sí mismo incapaz e insuficiente* para enfrentarse a las actividades y relaciones cotidianas (Beck y Freeman, 1995). En un paciente drogodependiente esa cuestión puede verse agravada en la medida en que sus posibles intentos reiterados de abandonar el consumo le reporten sistemáticamente una baja autoestima, sensación de incapacidad para su autocontrol. No se debe olvidar, llegado este momento, que el éxito de las intervenciones depende en gran medida de las expectativas que el sujeto presente, tanto al comienzo de la intervención como de la propia evolución que éstas sufren a lo largo del proceso (Graña, 1994)
2. Limitar el alcance de los acontecimientos aceptados como prueba de inadecuación. Esto es, recurrir a la memoria del drogodependiente puede proporcionarle un punto de vista más objetivo, ya que el filtro cognitivo habitual le impide recordar ocasiones en las que no ha sido engañado por otras personas, lo que hace imposible, también, que pueda eliminar el pilar fundamental de su suspicacia.
3. Contrarrestar las atribuciones externas del drogodependiente con *la fuente de su malestar*. La reestructuración cognitiva aporta al paciente estrategias para que pueda analizar la relación entre situaciones, pensamientos y emociones, de modo que pueda ser capaz de objetivar el análisis que viene realizando sobre la causa de sus emociones. En un consumidor de droga es frecuente, especialmente en períodos previos a la *Fase de Acción* (Prochaska y Prochaska, 1993), encontrar un sistema atribucional externo y, en concreto, focalizado en el contexto que le rodea. Con el análisis que realiza, parece tratar el problema de la drogodependencia como algo ajeno a él, en la medida en que justifica conductas que escapan a su control. Vemos, por tanto, acentuado este elemento en adictos que inician tratamiento y presentan a su vez las creencias propias de un sujeto con trastorno paranoide de la personalidad.

Fundamentando nuestra intervención en los tres elementos mencionados, se deben desarrollar intervenciones que no cuestionen directamente sus sospechas porque las

reforzarían, de modo que se deberá aceptar su desconfianza, en el entendimiento de que necesita tiempo para llegar al nivel de confianza que nos gustaría alcanzar. De la misma manera en que la intervención con un sujeto que se encuentra en una fase de «Precontemplación»<sup>55</sup> no se lleva al terreno de la discusión (se realiza un análisis desde la entrevista motivacional buscando la reflexión del paciente), se debe hacer con un sujeto con trastorno paranoide de la personalidad.

#### 5.1.2.4. «Intervención específica»

##### 5.1.2.4.1 Autoeficacia

En relación con lo descrito anteriormente, trabajaremos sobre el sentido que el paciente tiene de su capacidad, teniendo en cuenta la relación que esta autoevaluación tiene con sus expectativas, tanto de autoeficacia como de resultados (Graña, 1994). Una de las principales metas de la terapia cognitivo-conductual, sumada al aprendizaje de la forma de controlar la ansiedad y de las habilidades interpersonales, debe ser el aumento de la percepción de autoeficacia, y esto independientemente del estado de la drogodependencia (Caballo, 1998).

Los halagos que en otras patologías podrían representar un refuerzo importante para el mantenimiento de la motivación para el cambio, pueden en estos casos servir de elemento de rechazo hacia el terapeuta si éstos son interpretados como falsos y encubridores de intenciones ocultas. Por ello, el refuerzo debería establecerse dependiendo de las evaluaciones que se realicen y que muestren la progresiva superación de los problemas por parte del paciente, como consecuencia de su abstinencia. En la medida en que el adicto mejore su percepción de autoeficacia, aceptará nuestra intervención sin someterla a un filtro para la detección de motivos ocultos. De no ser así, se vería muy perjudicada la relación terapéutica.

##### 5.1.2.4.2. Intoxicación como método de afrontamiento

Es posible que —con objeto de evitar el malestar emocional derivado de las cogniciones erróneas (Ellis, McInerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992)— el drogodependiente realice consumos aislados y no informados en las sesiones, y esto último como consecuencia del miedo que le produce pensar lo que el terapeuta podría opinar de él. El problema es que cada caso de consumo esporádico representa un ensayo de aprendizaje para el drogodependiente, ya que en este caso la intoxicación se convierte en un método de afrontamiento bajo control de un mecanismo de reforzamiento negativo.

Mecanismos como los descritos se encuentran en la mayoría de los casos de drogodependencia, presenten o no los adictos un trastorno de personalidad. Se puede decir que estas formas de enfrentarse a las situaciones aversivas con la intoxicación como

método de afrontamiento estarán probablemente presentes en todos los casos en que el paciente, además de presentar un problema adictivo, muestre un trastorno psicopatológico concomitante.

#### 5.1.2.4.3. El sistema atribucional

Para mantener el cambio es necesario reforzar al adicto tras la consideración de los objetivos parciales de tratamiento, pero además hay que conseguir que sea consciente de las razones por las que está consiguiendo los objetivos. Incorporaremos en el análisis del problema a personas que lo están apoyando y que están cumpliendo con el objetivo terapéutico. Será precisamente el acompañamiento de la familia en las primeras fases del tratamiento lo que, según refieren los pacientes, podrá hacer más probable el éxito. La conclusión del análisis inicial podrá ayudar a desviar la tendencia del paciente a culpabilizar en gran medida a su familia de los problemas que ha vivido con las drogas, al menos inicialmente.

Así, las intervenciones en drogodependencias deben tener entre sus objetivos prioritarios el análisis y modificación de conductas asociadas al consumo aislado tras un período de abstinencia. Además, en el paciente drogodependiente con trastorno paranoide de la personalidad encontraremos incrementado el estilo atribucional externo en las fases iniciales de los procesos de cambio para abstenerse del consumo de drogas. No obstante, se debe estar atento, ya que este estilo atribucional externo podría confundirse con las interpretaciones propias de personas con trastorno paranoide. Así, el estilo atribucional se convierte necesariamente en un objetivo terapéutico, toda vez que media como facilitador del mantenimiento de la capacidad de cambio del adicto o del consumo esporádico.

#### 5.1.2.4.4. El uso de la metadona

Muchos drogodependientes con estas características pueden acercarse a un dispositivo asistencial por la dependencia que están viviendo, y con el solo objetivo de permanecer en contacto mientras dura la dispensación de la medicación que se le prescribe. Esto nos obliga necesariamente a evitar una relación tensa con el paciente, realizar evaluaciones precipitadas, tener confrontaciones o emitir afirmaciones tajantes sobre sus posibilidades para superar su problema de drogodependencia.

Si el paciente empieza a tener una relación con el dispositivo por la toma controlada de metadona y somos conscientes de que el programa de mantenimiento con metadona puede hacer más probable períodos largos de adherencia al tratamiento (no sólo médico sino también psicológico), entonces ésta puede ser una medida adecuada pero sólo si la historia de tratamientos anteriores del adicto indica elevada y reiteradamente la dificultad que pudiera tener para mantener su continuidad en la intervención. No obstante lo dicho, hay que tener en cuenta que, los abandonos precoces del tratamiento pueden estar en ocasiones justificados por la duda del paciente respecto a nuestra intención de ayudarle.

Se debe considerar también que el trastorno paranoide lleva consigo que tengamos que usar unas dosis de metadona distintas a cuando el adicto no presenta patología dual o padece una psicopatología distinta a ésta. En cualquiera de los trastornos de personalidad del grupo denominado raro parecen estar indicadas mayores dosis de metadona que en otros grupos de pacientes que no presentaban esta psicopatología concomitante (Tejero y Casas, 1992).

#### 5.1.2.4.5. No tener relación con consumidores

El consumo prolongado de drogas en sujetos que presentan un trastorno paranoide de la personalidad refuerza su estructura cognitiva. Somos conscientes de que si tiene que elegir con quién relacionarse en el futuro, la posibilidad de volver a elegir consumidores es mayor en la medida en que no tendrá que someter a sus conocidos consumidores a un proceso de evaluación que difícilmente superaría satisfactoriamente cualquier persona que no haya tenido un problema de drogodependencia. Su estructura cognitiva dificulta el proceso de establecimiento de relaciones con personas ajenas al consumo de drogas.

La relación de apoyo entre consumidores se caracteriza en las últimas etapas de consumo por un apoyo social casi exclusivamente de tipo instrumental<sup>56</sup>. En función de esto es muy conveniente tener en cuenta que *la vigilancia y la defensividad intensas del paranoide resultan de la creencia de que la posición defensiva y la vigilancia constantes son necesarias para preservar su seguridad* (Beck y Freeman, 1995). Quede claro que el drogodependiente *con* el contacto con consumidores sólo logrará reforzar esta creencia. No olvidemos el refuerzo que ésta ha podido recibir a lo largo de los años en los que el adicto ha estado dependiendo de una sustancia. Es sabido que la valoración que los pacientes drogodependientes hacen de sus relaciones con los colegas varía drásticamente cuando estas relaciones se convierten visiblemente en desconfianzas y traiciones.

El paciente drogodependiente con trastorno de la personalidad paranoide da por hecho que los demás se van a aprovechar de él, aunque no tenga pruebas para corroborar esa creencia. Hacer un recorrido sobre estas interpretaciones (trabajando, entre otras creencias irracionales, el «Filtro Mental») de situaciones en que ha sido ayudado podría favorecer el cambio de la estructura cognitiva que facilita el desarrollo de la patología. Es necesario intervenir sobre esta irracionalidad para que el adicto sea consciente del refuerzo que han tenido creencias como éstas en un entorno tan hostil como el del ambiente de consumidores. Además, habrá que hacerle comprender que no actúa generalmente de este modo.

El drogodependiente con esta patología tendría una especial dificultad para distanciarse claramente del grupo de consumidores. Las experiencias entre consumidores parecen caracterizarse, cuando el consumo se ha cronificado, más por la deslealtad entre personas que por la lealtad, y esto incrementa sin duda la tendencia a desconfiar del sujeto. No obstante, romper con consumidores significa conocer otras reglas de

convivencia que aunque no tienen por qué responder a la manipulación habitual entre consumidores, son rechazadas por el sujeto con este trastorno de personalidad.

#### 5.1.2.4.6. Cambiar de amigos

Dado el talante del drogodependiente, es muy probable que observemos déficit en sus habilidades sociales como consecuencia de las interacciones defectuosas que viene manteniendo. Agravado este problema por la historia de consumo, y por lo tanto de aislamiento social, los programas de intervención en drogodependencias tienen que contemplar actuaciones no solamente dirigidas a las conductas socialmente deficitarias, sino entroncarlas con este trastorno de personalidad que se fundamenta en creencias como: «la interacción con otras personas es anormal no por mi deficiencia, sino por las características de las personas con las que puedo estar». Pensemos cómo puede verse potenciado este síntoma en un paciente drogodependiente en la medida en que ha confiado en personas con las que ha compartido experiencias muy negativas.

La deficiencia en las habilidades sociales del paciente incrementa la posibilidad de rechazo por parte de las pocas personas con las que intenta relacionarse, por lo que el entrenamiento en estos prerrequisitos puede ser determinante. Este entrenamiento, al igual que en otros casos (Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989), tendrá que buscar inicialmente el éxito para que se refuerce continuamente su percepción de capacidad y así de autoeficacia y controlabilidad. Tendremos que entrenar al paciente en situaciones de alta probabilidad de éxito.

Necesitaremos incorporar en las sesiones momentos en los que podamos distinguir el comportamiento patológico del drogodependiente y el comportamiento de personas integradas en la sociedad sin conductas problema. Estas diferencias no serán suficientes en principio para eliminar las creencias básicas de la patología, pero nos ayudarán a planificar actividades terapéuticas destinadas a que se creen contactos interpersonales distintos a los cotidianos en situaciones de consumo.

El sujeto suele estar preocupado por la lealtad o fidelidad de los amigos, lo que le lleva a buscar pruebas con minuciosidad. Para ello, necesitamos definir junto al paciente el tipo de lealtad y fidelidad que necesita, para verificar así el malestar que se deriva del estilo de vida llevado hasta ahora. Por ello, el paciente avanzará en la medida en que distinga entre la mentira derivada de una patología como la drogodependencia y la interpretación que hacemos de las conductas de otras personas que aparentemente no tienen problemas de adaptación social.

El proceso de acercamiento a un entorno social con consumo de droga tendrá que escalonarse, sin hacer que el drogodependiente llegue a la necesidad de pensar que su aislamiento social ha sido la causa de su drogodependencia, ni que la alta frecuencia de relaciones sociales será el objetivo último de la terapia.

Los procesos de acercamiento para la adaptación a nuevos círculos sociales pasa por que el paciente descubra esta necesidad. Podemos usar para ello estrategias tan importantes como explicarle la importancia del condicionamiento en la aparición del

*craving*, o argumentarle la utilidad de darse una oportunidad para no sólo conocer a otras personas, sino también para potenciar la relación que ya mantiene con otras que no consumen habitualmente drogas.

#### 5.1.2.4.7. El problema del aislamiento social

Al estar socialmente aislado, el drogodependiente con trastorno de la personalidad paranoide suele ser un consumidor solitario y describe su consumo como poco influenciado por la presencia de otros consumidores.

Cuando además nos encontramos con personas que han experimentado estilos de interacción social con deficiencias fundamentales, como es el caso de sujetos drogodependientes de larga evolución, se hace necesario el entrenamiento en habilidades sociales. Para el entrenamiento en éstas debería considerarse básico partir de dos aspectos, los cuales podrían determinar el éxito en la consecución de objetivos destinados al desarrollo de la asertividad: (1) los estilos de interacción experimentados y observados entre sujetos con problemas de drogodependencia no son representativos del estilo de vida al que tendemos con la superación del problema de adicción; y, (2) el desarrollo de habilidades sociales estará en función del estilo cognitivo del sujeto, así como del número de consumos esporádicos capaces de reforzar dichas creencias.

La familia del paciente puede ejercer un efecto muy importante a lo largo del tratamiento. Para ella el sujeto se comporta de un modo poco racional, por lo que le cuesta aceptar la posibilidad de poder ayudarlo. El adicto paranoide busca constantemente señales de ataques en su entorno. Este comportamiento puede interferir con la capacidad de la familia para poner los límites que son necesarios en los inicios del programa de intervención. Este modo de interacción tendrá que ser consensuado por la familia y por el propio paciente, quien debe manifestar su acuerdo respecto a los límites que acuerden en la sesión terapéutica. Es importante saber que en estos casos de drogodependencia pueden resultar problemáticas las imposiciones de la familia no consensuadas previamente.

La dificultad que generalmente entraña llevarse bien con estos sujetos por parte de los miembros de su entorno representa una preocupación para los profesionales que desarrollan programas de incorporación sociolaboral (Castillo, 2000). Los problemas colaterales en estos casos de patología dual no se circunscriben como es sabido al sistema terapéutico (Johnson, Rabkin, Williams, Remier y Gorman, 2000), sino que aparecen necesidades de intervención destinadas a la consecución de objetivos para la mejora fundamentalmente de la relación que el sujeto drogodependiente tenga con su medio, incrementándose las consecuencias adversas cuando existe además un trastorno psicopatológico en el Eje I.

#### 5.1.2.4.8. Intervención con psicofármacos

No podemos, en este caso, categorizar una intervención psicofarmacológica

exclusivamente dirigida a modificar los síntomas que configuran el trastorno. Pero se puede usar medicación para actuar sobre trastornos asociados al Eje I, como es el caso de la intervención con antidepresivos o benzodiazepinas. No obstante, y centrándonos en la intervención sobre el trastorno de la personalidad, el tratamiento farmacológico no parece ser de utilidad en este caso (Meissner, 1995; Reid, 1989: Citados en Caballo, 1998).

## 5.2. EL DROGODEPENDIENTE CON TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD

### 5.2.1. *Identificación del drogodependiente con trastorno esquizoide de la personalidad*

#### 5.2.1.1. «Caracterización según el DSM-IV-TR»

Como en el resto de casos en los que coexiste junto a la drogodependencia un trastorno de la personalidad, es importante tener presente cómo las cuestiones sugeridas para estructurar y poner en marcha la intervención se basan en el supuesto claro de que existe el trastorno de la personalidad.

Ciertamente, no es muy frecuente la presencia de un trastorno de la personalidad esquizoide, pero parece razonable detenernos en él para sugerir elementos que puedan facilitar el éxito del tratamiento.

Los criterios diagnósticos para el trastorno esquizoide de la personalidad en el DSM-IV-TR son:

a) Un patrón general de distanciamiento en las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia.
2. Escoge casi siempre actividades solitarias.
3. Tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona.
4. Disfruta con pocas o ninguna actividad.
5. No tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado.
6. Se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás.
7. Muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad.

b) Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una

esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico, y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

#### 5.2.1.2. «Contenidos de los esquemas cognitivos básicos (Tomado de Beck y Freeman, 1995)»

1. No importa lo que otras personas piensen de mí.
2. Para mí es importante ser libre e independiente de los demás.
3. Disfruto más haciendo cosas a solas que con otros.
4. En muchas situaciones, estoy mucho mejor si me dejan solo.
5. En lo que decido hacer, los otros no influyen sobre mí.
6. Para mí no tiene importancia la intimidación con otras personas.
7. Yo establezco mis propias normas y metas.
8. Para mí la privacidad es mucho más importante que la relación con la gente.
9. No me importa lo que piensen otras personas.
10. Puedo manejar las cosas a mi manera, sin la ayuda de nadie.
11. Es preferible estar solo y no sentirse «pegado» a otras personas.
12. No debo confiar en los demás.
13. En la medida en que yo mismo no me comprometo, puedo usar a la gente para mis propios fines.
14. Las relaciones son complicadas y coartan la libertad.

#### 5.2.2. *La intervención*

##### 5.2.2.1. «Ante la presencia de trastorno del Eje I»

Lo habitual en estos casos es encontrar que los pacientes con trastorno esquizoide de la personalidad acuden a un dispositivo de salud mental, no por conciencia de padecer un trastorno de personalidad de estas características, sino por la presencia, generalmente, de un trastorno del Eje I (Beck y Freeman, 1995). Igualmente, el drogodependiente demandará ayuda por su adicción, sin entender hasta qué punto sus características de personalidad pueden estar interfiriendo en el propósito de abandono del consumo de drogas. Beck, recomienda inicialmente prestar más atención al trastorno del Eje I, al menos hasta que se llegue a un ambiente terapéutico de confianza. El drogodependiente con trastorno de la personalidad esquizoide suele ser un consumidor solitario. Curiosamente se ha observado en alguna ocasión un consumo esnifado de heroína cuando la vía de administración de moda ha sido inhalada. Esto no puede atribuirse exclusivamente a estos drogodependientes, no obstante estos datos, extraídos de nuestra experiencia, puede sumarse a la descripción de este tipo de pacientes. A pesar de todo, durante las sesiones defiende el hecho de no estar especialmente influido por conocidos consumidores para una recaída.

La aparición en estos pacientes de trastornos concomitantes relativos al estado de ánimo, como por ejemplo un trastorno depresivo, requiere de actuaciones dirigidas a su superación ya que éstos pueden incrementar la probabilidad de recaída, para posteriormente retomar la actuación que se venía llevando en torno a la concomitancia entre el trastorno de la personalidad y la drogodependencia.

#### 5.2.2.2. «Establecimiento de un buen clima terapéutico»

Como ya se ha indicado en apartados anteriores, durante las intervenciones destinadas al mantenimiento de la abstinencia del consumo de drogas se va introduciendo necesariamente información que a veces pasa por la expresión de emociones y creencias de nuestros pacientes. En estos casos, esto podría ser una causa suficientemente justificada para que el paciente tome la decisión de prescindir de nuestra ayuda. Los drogodependientes con esta patología dual suelen ser muy reacios a hablar de sus sentimientos, por lo que conviene abordarlos sólo cuando lo necesiten. Posiblemente el mejor momento sea tras el arrepentimiento que generalmente surge después de un período de abstinencia. Por otro lado, la expresión de sentimientos en este tipo de personas puede verse alterada por la aparición de estados de culpabilidad, no sólo por el consumo aislado que pueda haber aparecido, sino también por las consecuencias que ha podido ocasionar en su vida el hecho de haber sido consumidor habitual de drogas. No obstante, esta información se obtendrá después, cuando creemos un clima de confianza.

En ocasiones, la no realización de controles toxicológicos, podría acercar al paciente a la comunicación sincera sobre sus errores en el consumo. De este modo le estamos diciendo que respetamos su decisión de decirnos o no la verdad sobre su evolución en el mantenimiento de la abstinencia. La posibilidad de ayudarlo pasa por que no tengamos que investigar sus consumos, relegando esta información a la decisión del paciente de no ocultar sus errores. La realización de controles toxicológicos frecuentes puede reforzar la actitud de rechazo del paciente a la hora de confiar en nosotros, por entender que es vigilado y controlado<sup>57</sup>.

Los registros de cogniciones posibilitan la detección de pensamientos que se encuentran en la base del tipo de relación social preferido hasta ese momento por el drogodependiente. A su vez, encontramos estímulos que son disparadores y moduladores del deseo, aunque en este tipo de personas puede tardar en aparecer un cierto nivel de conciencia de este problema. También influye la actitud del drogodependiente hacia la consecución de metas. Tienden a dejar la consecución de aquéllas al azar. En estos casos, y siempre tras una demanda de ayuda por parte del adicto, puede ser muy rentable la coordinación con profesionales que trabajen en actuaciones destinadas a su reinserción laboral<sup>58</sup>.

#### 5.2.2.3. «Objetivos específicos»

#### 5.2.2.3.1. Un sujeto que tiende a aislarse

Los adictos con esta psicopatología elaboran con frecuencia su mundo de un modo individualista, tendencia esta sobre la que habrá que intervenir. El análisis de la funcionalidad que el consumo ha tenido según su experiencia puede desmitificar para el drogodependiente la efectividad de la sustancia que ha usado para refugiarse en ese mundo imaginado y construido a su medida. El consumo le ha proporcionado la posibilidad de olvidarse de un problema, siendo esto altamente reforzante para él.

El consumidor habitual de *speedball* suele, con el paso del tiempo, mantener relaciones conflictivas, individualizadas e interesadas exclusivamente por su propio consumo, lo que viene a reforzar fuertemente a estos drogodependientes en su tendencia a tener pocos o ningún amigo íntimo. Por ello, las posibilidades de incrementar el apoyo social durante la intervención terapéutica son pocas. Si bien es cierto que los hábitos de consumo de una sustancia se caracterizan en estos pacientes por ser solitarios. Cuando hablamos con el paciente de sus amigos consumidores, no estaremos hablando de relaciones que alcanzan intimidad, sino de una relación con conocidos o personas que podrían recurrir a él cuando necesitan dinero o quieran invitarlo o ser invitados a consumir.

En estos adictos se observa generalmente un cierto aislamiento respecto al grupo de consumidores, lo que no suele darse con esta intensidad en otros casos. De este modo, podemos observar, tras la evaluación del trastorno adictivo, el desarrollo de una conducta de consumo en la que los factores precipitantes (estímulos condicionados o discriminativos) se centran en mayor medida en variables internas de tipo emocional, y no tanto en el riesgo para el consumo que representaría la presencia de otros consumidores. De ahí la importancia que tiene el análisis de precipitantes internos como el deseo y funcionalidad del consumo. Aunque este hecho puede observarse a primera vista como una ventaja terapéutica, y podemos ver cómo efectivamente los consumos esporádicos o recaídas no se relacionan con la presencia de consumidores en su entorno, los precipitantes internos son altamente resistentes al cambio. Así, el autocontrol del paciente no parece necesario centrarlo en las habilidades de negación ante el ofrecimiento del consumo, sino más bien en las emociones y cogniciones que han mantenido el consumo.

En relación con las habilidades básicas de interacción social, se deberá tener en cuenta que estos drogodependientes suelen mostrar poca reactividad emocional observable, siendo infrecuentes, por ejemplo, las expresiones faciales de reciprocidad en la comunicación. Es necesario, por tanto, intervenir sobre aspectos relativos a la comunicación verbal y no verbal. Pero esta intervención tendrá que relegarse a un momento del proceso en que el adicto necesite este cambio. Por su tendencia al aislamiento no parece que éste sea un objetivo que tenga que conseguir al inicio del proceso terapéutico, tendremos que aceptar su aislamiento en un primer momento y permitir que vaya descubriendo la necesidad de cambiar para que así pueda adquirir un estilo de vida satisfactorio, objeto principal de nuestra intervención.

#### 5.2.2.3.2. El papel del apoyo social

Cuando el aislamiento social es muy intenso, hay que empezar por crear un sistema de relación en el que se facilite mayor acercamiento a algún miembro del entorno del sujeto. En muchos casos es probable que exista una respuesta adecuada de apoyo social por parte del entorno inmediato del adicto, pero puede que esta respuesta no sea percibida por el paciente como tal (Barron, 1996). Al igual que ocurre en otros procesos en los que se busca el establecimiento de apoyo social, ahora nos dirigiremos al establecimiento de relaciones que fortalezcan el refuerzo. Cualquier persona tiene que realizar un esfuerzo para establecer una relación, pero éste es mayor en el drogodependiente, el cual sufre un doble aislamiento: el que él mismo provoca con sus hábitos consecuencia de su trastorno de personalidad y el derivado de la marginación que se produce por su drogodependencia.

Lo que por una parte representa una situación difícil de modificar, como es el aislamiento social, por otra es una oportunidad para establecer relaciones sociales alejadas del hábito de consumo de drogas. Lo que nos puede ayudar, a la vez que se interviene en la estructura de personalidad, a modificar las variables del ambiente del drogodependiente mantenedoras del consumo de drogas.

Sin que sea objetivo principal que el sujeto tenga una alta frecuencia de interacción social, no obstante, está indicada —como en otros muchos casos— la intervención dirigida al fomento de los contactos sociales con personas que no consumen drogas habitualmente, teniendo que elegir inicialmente actividades sociales con poca trascendencia para ellos (Phillips y Gunderson, 1996). Entendemos por interacciones sociales de este tipo las que pueden favorecer el éxito, evitando situaciones que generen niveles elevados de ansiedad y así fracaso potencial. Esta opción está también determinada por el momento en que el paciente se sienta con ánimo para interactuar con alguien que quiera compartir algún tema de conversación.

Es necesario que los miembros de la familia conozcan el proceso de consumo que ha seguido el drogodependiente, para así evitar que erróneamente se sientan culpables de los consumos esporádicos que pudieran producirse a lo largo del tratamiento. En los miembros de la familia es probable que aparezca la sensación de indefensión para ayudarlo, porque el adicto puede no reconocer los precipitantes para el consumo, toda vez que, debido a su tendencia al aislamiento social, suele ser extraordinariamente independiente del núcleo familiar.

En drogodependientes con trastorno esquizoide de la personalidad, al igual que ocurre en el caso del esquizotípico y paranoide, la intervención cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, el tratamiento educativo y las técnicas de apoyo, pueden ser útiles para alcanzar una mejor adaptación a las circunstancias de la vida si los objetivos no son demasiados ambiciosos (Berstein, 1996).

Generalmente tienen preferencias por actividades solitarias, no sintiendo la necesidad de compartir su tiempo con otras personas. Podemos optar por favorecer y potenciar actividades incompatibles con el consumo de drogas, en lugar de desarrollar

estrategias de inserción social tendentes a compartir su tiempo con más sujetos, ya que se incrementa la probabilidad de que el sujeto no las lleve a efecto y, como consecuencia de ello, crea que su caso no tiene solución. Si insistimos en que realice actividades con más personas se incrementarán las expectativas de fracaso, al no sentirse bien cuando se le ofrece una alternativa de vida que se asocia en gran medida a los sujetos que han superado el problema de su drogodependencia. Creerá que, aunque las estrategias de interacción social han ayudado a otras personas, sin embargo, no son una alternativa favorable para él.

En caso de integrarlo en programas de incorporación laboral, habrá que elegir puestos de trabajo que se adecuen, más que a nuestro deseo de verlo interaccionando socialmente, a sus necesidades específicas. El sujeto con trastorno de la personalidad esquizoide basará sus relaciones sociales en un número menor de personas que otros, y, desde luego, necesitará menos variedad de temas de conversación cuando esté con ellos.

#### 5.2.2.3.3. La autoeficacia percibida del sujeto

Normalmente, la relación terapéutica con adictos que, además, presentan un trastorno esquizoide de la personalidad se va estableciendo lentamente y con dificultad, por lo que es conveniente evitar las confrontaciones o interpretaciones tempranas (Phillips y Gunderson, 1996). Por ello, se debe tener en cuenta que no es recomendable comenzar el tratamiento con la confrontación directa de las sospechas que los pacientes suelen mostrar (Berstein, 1996). También se recomienda en estos casos que los esfuerzos se centren inicialmente en mejorar las percepciones de autoeficacia, esto es, el modo en que el sujeto entiende que puede afrontar eficazmente los problemas. Aumentando la auto-eficacia tenderá a disminuir la hipervigilancia tan presente en estos trastornos. Y esto es importante porque dicha hipervigilancia lleva consigo un empeoramiento de su trastorno y como consecuencia de la drogodependencia. Así, una vez más observaremos cómo el aumento de la autoeficacia es un objetivo que mejora el trastorno de personalidad, pero que además tiene claras repercusiones en la evolución favorable de la drogodependencia.

## El tratamiento de la drogodependencia cuando el sujeto presenta un trastorno de personalidad del Grupo B (límite, histriónico, narcisista o antisocial)

### OBJETIVOS

Los objetivos de este capítulo son que el lector conozca el modo en que se estructuran las intervenciones terapéuticas para la superación de la drogodependencia en sujetos que presentan un trastorno límite, histriónico, narcisista o antisocial de la personalidad. Para ello veremos que existen variables de corte cognitivo-conductual que justifican las diferencias al llevar a cabo la intervención con un drogodependiente dependiendo del tipo de trastorno de la personalidad que presente. Estas variables son, por ejemplo, el modo en que el adicto percibe su problema, cómo cree poder superarlo, la incidencia de sus creencias básicas, etc.

### SUMARIO

- 6.1. El drogodependiente con trastorno límite de la personalidad.
  - 6.1.1. Identificación del drogodependiente con trastorno límite de la personalidad
    - 6.1.1.1. Caracterización desde el DSM-IV-TR.
    - 6.1.1.2. Algunas características esclarecedoras.
    - 6.1.1.3. Los esquemas del paciente límite.
  - 6.1.2. La intervención.
    - 6.1.2.1. Objetivos básicos de intervención.
      - 6.1.2.1.1. Importancia de la relación terapéutica
      - 6.1.2.1.2. El miedo al cambio.
      - 6.1.2.1.3. Frenar el alta terapéutica.
      - 6.1.2.1.4. El disparador del consumo.
      - 6.1.2.1.5. Cuando hay un trastorno del Eje I y/o II del DSM-IV-TR.
      - 6.1.2.1.6. La necesidad de llamar la atención.
      - 6.1.2.1.7. La aparición del estrés asistencial.
      - 6.1.2.1.8. De la idealización a la devaluación.
      - 6.1.2.1.9. La sensación de vacío como riesgo para la recaída.
      - 6.1.2.1.10. Tras una recaída.
      - 6.1.2.1.11. La impulsividad.

- 6.1.2.2. El papel de la familia.
- 6.1.2.3. La integración sociolaboral.
- 6.1.2.4. La interferencia del policonsumo.
- 6.1.2.5. El uso de psicofármacos.

6.2. El trastorno histriónico de la personalidad en el paciente drogodependiente: variables relevantes en la intervención.

6.2.1. Indicadores que nos permiten identificar un drogodependiente con trastorno histriónico de la personalidad.

6.2.1.1. Caracterización según el DSM-IV-TR.

6.2.1.2. Contenidos de los esquemas en el paciente histriónico.

6.2.2. La intervención.

6.2.2.1. La demanda de cambio del drogodependiente.

6.2.2.2. La presencia de psicopatología en el Eje I.

6.2.2.3. Motivar para la abstinencia.

6.2.2.4. Aspectos clave de la intervención.

6.2.2.4.1. Elementos estratégicos para la intervención según Millon.

6.2.2.4.2. El análisis del «aquí y ahora».

6.2.2.4.3. Ser el centro de atención.

6.2.2.4.4. La sensación de vacío.

6.2.2.4.5. Su relación con el entorno.

6.2.2.4.6. La impulsividad.

6.2.2.4.7. El uso de drogas para modificar emociones.

6.2.2.4.8. El aumento de la tolerancia a la frustración.

6.2.2.4.9. Romper con consumidores.

6.2.2.4.10. Establecer nuevos amigos.

6.2.2.4.11. Participar en una terapia de grupo.

6.2.2.4.12. La incorporación a un nuevo contexto sociolaboral.

6.3. El tratamiento del drogodependiente con trastorno narcisista de la personalidad.

6.3.1. Indicadores para la identificación del drogodependiente con trastorno narcisista de la personalidad.

6.3.1.1. Caracterización desde el DSM-IV-TR.

6.3.1.2. Contenidos de los esquemas del paciente narcisista.

6.3.2. Aspectos generales de la intervención.

6.3.2.1. La relación terapéutica.

6.3.2.2. Motivarlo para el abandono del consumo.

6.3.2.3. «No es como otros adictos».

6.3.2.4. Objetivos específicos de intervención.

6.3.2.4.1. Aspectos básicos.

- 6.3.2.4.2. Presencia de trastornos del Eje I.
- 6.3.2.4.3. Aumentar la adherencia al tratamiento.
- 6.3.2.4.4. Factores de riesgo para la recaída.
- 6.3.2.4.5. Aumentar las habilidades empáticas.
- 6.3.2.4.6. La familia y la pareja ante los cambios.
- 6.3.2.4.7. La incorporación laboral.

#### 6.4. La intervención con el drogodependiente que presenta a su vez un trastorno antisocial de la personalidad.

##### 6.4.1. Indicadores para la identificación del drogodependiente con trastorno antisocial de la personalidad.

6.4.1.1. Caracterización según el DSM-IV-TR.

6.4.1.2. Los esquemas de la personalidad antisocial.

##### 6.4.2. La intervención.

6.4.2.1. La relación terapéutica y la motivación para el tratamiento.

6.4.2.2. Dificultades de la intervención.

6.4.2.3. Aumentar la adherencia al tratamiento.

6.4.2.4. Consideraciones básicas para la intervención.

6.4.2.4.1. El paciente tiene que asumir los objetivos terapéuticos.

6.4.2.4.2. Estrategias y tácticas terapéuticas según Millon.

6.4.2.4.3. Algunos factores de riesgo para la recaída.

6.4.2.4.4. La baja tolerancia a la frustración.

6.4.2.4.5. La impulsividad.

6.4.2.4.6. El establecimiento de relaciones sociales fuera del entorno de consumidores.

6.4.2.4.7. La incorporación laboral.

6.4.2.4.8. El uso de metadona.

6.4.2.4.9. La participación de la familia.

6.4.2.5. El tratamiento en régimen de internamiento.

6.4.2.6. El uso de psicofármacos en el tratamiento.

#### 6.1. EL DROGODEPENDIENTE CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

##### 6.1.1. *Identificación del drogodependiente con trastorno límite de la personalidad*

###### 6.1.1.1. «Caracterización desde el DSM-IV-TR»

El proceso de tratamiento de personas que presentan una drogodependencia es una tarea difícil, costosa, lenta, en el que median numerosos factores de riesgo que afectan a componentes internos y externos de aquéllas. Cuando el drogodependiente presenta un trastorno límite de la personalidad, posiblemente estemos hablando de una persona con la que se hace máxima la lista de dificultades esperables en el proceso de tratamiento. Parece ya evidente la importancia del refuerzo de adaptación de cualquier programa de intervención para favorecer el mantenimiento de la abstinencia del consumo de drogas, dependiendo además de otros condicionantes, de las peculiaridades de la personalidad que presenta el adicto.

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR para este tipo de personas son los siguientes:

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes criterios:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado (sin incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5).
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y la devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad, en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (por ejemplo, gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Sin incluir los comportamientos suicidas o la automutilación, que se recogen en el criterio 5.
5. Comportamientos intensos, amenazas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ejemplo, muestras frecuentes de mal genio, enfado constante y peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

#### 5.1.1.2. «Algunas características esclarecedoras»

La historia del tratamiento en drogodependencias es nutrida en experiencias

relativas al modo en que el terapeuta puede o debe acercarse al paciente para poner en marcha un tratamiento que puede no siempre ser aceptado en su totalidad por el mismo. Entre los drogodependientes que presentan un grado considerable de dificultad para establecer un clima terapéutico satisfactorio encontramos al sujeto con trastorno límite de la personalidad. Tras la descripción de los síntomas del DSM-IV-TR se debe hacer explícito que pueden darse distintos perfiles personales aun tratándose en todos ellos de una misma categoría diagnóstica. Existen diferentes estereotipos de trastorno límite, por ejemplo, algunos sujetos son más impulsivos que otros, diferentes edades y, por tanto, diferentes experiencias previas antes de acudir a nuestras sesiones y, cómo no, distintas formas de uso de sustancias psicoactivas.

Para realizar una aproximación esclarecedora a las características del paciente límite, se ha tomado de Millon (1975)<sup>59</sup> el siguiente texto, que el autor aportó al subcomité del Grupo de Trabajo de la personalidad del DSM-III, refiriéndose al trastorno como «límite cicloide»:

Un estudio de su biografía revela lo siguiente:

1. Déficit de la vinculación social (por ejemplo, graves contratiempos precipitados por ellos mismos en la consecución de los objetivos académicos, conyugales o laborales; fracaso repetido para mantener papeles duraderos, satisfactorios y seguros, en consonancia con la edad y las aptitudes personales).
2. Miniepisodios psicóticos repetidos (por ejemplo, experimentar breves períodos reversibles de comportamiento extraño, estados de ánimo extremos, impulsos irracionales o ideas delirantes; rupturas breves con la realidad, que, sin embargo, más tarde suelen reconocerse como peculiares o desviados).

Desde la adolescencia o los primeros años de la época adulta han aparecido al menos tres de los siguientes síntomas en un grado considerablemente mayor que en la mayoría de las personas y no se han limitado a períodos aislados ni se han visto desencadenados necesariamente por acontecimientos vitales estresantes:

1. Inestabilidad intensa del estado de ánimo (por ejemplo, fracaso repetido para mantenerse en un estado de ánimo normal que no es atribuible a causas externas; estado de ánimo deprimido o excitado, o períodos recurrentes de abatimiento y apatía que se intercalan con arranques de ira, ansiedad o euforia).
2. Irregularidades de la activación (por ejemplo, experimenta niveles bajos de energía e irregularidades del ciclo sueño-vigilia; describe períodos de tiempo que sugieren que el equilibrio afectivo está

- constantemente en peligro).
3. Conciencia autocondenatoria (por ejemplo, pensamientos recurrentes de tipo autodestructivo o suicida; periódicamente se redime de su comportamiento descontrolado mediante el arrepentimiento y el autodesprecio).
  4. Ansiedad por dependencia (por ejemplo, se preocupa por asegurarse el afecto y mantener el apoyo emocional; reacciona intensamente a la separación y refiere un temor atroz a la soledad y a la pérdida).
  5. Ambivalencia cognitivo-afectiva (por ejemplo, lucha por expresar actitudes contrarias a sus sentimientos internos; se experimentan simultáneamente emociones y sentimientos contradictorios hacia los demás, particularmente amor, cólera y culpa).

Sin lugar a dudas la descripción de Millon nos acerca al paciente límite. Las características descritas son un ejemplo perfecto de la necesidad de adaptar cada uno de los programas de tratamiento en drogodependencias durante la desintoxicación, la deshabituación y, por supuesto, durante la reinserción socio-laboral. Las características mencionadas hacen al paciente límite claramente distinto de los pacientes drogodependientes con otros trastornos en el Eje I, y en mayor medida de los que no presentan patología dual.

#### 6.1.1.3. «Los esquemas del paciente límite»

El drogodependiente con esta patología presenta con frecuencia y muy intensamente un *pensamiento dicotómico* («no saldré nunca de esto», «todos me rechazarán aunque no consuma», «siempre tendré estos deseos tan intensos», etc.). Aunque esto es bastante común en cualquier consumidor habitual que quiere dejar de serlo, sin embargo, el límite tendrá más dificultad para abordar pensamientos de esta índole en la medida en que han sido parte de su arsenal cognitivo, con independencia de su problema de drogodependencia. Por lo tanto, es importante mostrarle esta realidad, que se dé cuenta que él piensa de este modo y cómo estas cogniciones no sólo imposibilitan la mejora de su trastorno de personalidad, sino que también pueden provocarle recaídas en el consumo. Con la intervención cognitiva podrá identificar estas creencias cada vez con menor dificultad. De este modo, el peso que tienen estas creencias como factores de riesgo disminuye considerablemente.

De cualquier manera, es necesario poner a prueba la validez de las nuevas creencias que van sustituyendo a las habituales de su sistema cognitivo, y así facilitarle argumentos que le sean gratificantes. Estos pasos se deben dar lentamente, siempre que no aparezca un retroceso en el nivel de comprensión del adicto como consecuencia de un episodio de consumo.

#### 6.1.2. *La intervención*

### 6.1.2.1. «Objetivos básicos de intervención»

De modo específico para este trastorno, se considera una alternativa terapéutica útil la «terapia cognitiva centrada en los esquemas» de Young (1994) (citado en Caballo, 1998). Para el desarrollo de esta intervención, encontramos en las aportaciones de Beck y Freeman (1995), al contrario de lo que ocurre en el resto de los trastornos de personalidad, un vacío sobre la determinación de creencias básicas del trastorno. Sin embargo, Young sugiere, en el desarrollo de la terapia, la necesidad de identificar y eliminar los esquemas tempranos desadaptativos que en el caso del trastorno límite de la personalidad serían:

1. Temor al abandono y la pérdida.
2. La falta de amor.
3. La dependencia.
4. El no llegar a sentirse como sujeto individual.
5. La desconfianza.
6. La escasa autodisciplina.
7. El temor a perder el control emocional.
8. La culpa excesiva.
9. La privación emocional.

Linehan (1987), Linehan y cols. (1987), Linehan y Wasson (1990) y Linehan y cols. (1991)(citados en Turner, 1996) presentaron un enfoque hasta la fecha bastante evaluado, el llamado modelo de «Terapia de Conducta Dialéctica, TCD» (*Dialectical Behavior Therapy*), que se desarrolló para personas crónicamente parasuicidas con condiciones para ser diagnosticadas como límite de la personalidad.

El plan terapéutico de la TCD sitúa los objetivos de la terapia en tres categorías:

1. Reducción de la conducta parasuicida y amenazante para la vida.
2. Disminución de la conducta que interfiere con el proceso de la terapia.
3. Reducción de la conducta que interfiere seriamente con la calidad de vida.

En la «terapia dialéctica conductual» de Linehan (Caballo, 1998) se establece una jerarquización de objetivos sobre los que actuar en la intervención individual:

1. Disminución e eliminación de las conductas sociales y parasuicidas.
2. Disminución o eliminación de las conductas que intervienen con el curso de la terapia.
3. Disminución o eliminación de las conductas que interfieren en la calidad de vida.
4. Adquisición de habilidades conductuales.

5. Reducción de los efectos del estrés post-tratamiento.
6. Aumento del respeto por uno mismo.
7. Obtención de los objetivos individuales que el paciente trae a la terapia.

Además, esta terapia contempla igualmente el descubrimiento y eliminación de tramas infantiles.

Con el mismo fin, Turner desarrolló un modelo cognitivo para la intervención en trastornos límite de la personalidad, la Terapia Cognitivo-Conductual Dinámica (TCCD) (*Dinamic Cognitive Behavior Therapy*). Esta terapia se centra principalmente en los componentes de ira/impulsividad de los trastornos límite de la conducta. Las estrategias utilizadas durante esta terapia se clasificarían, según Caballo (1998), en tres grupos:

1. Estrategias que implican acción: tareas para casa como la práctica de estrategias de reconocimiento cognitivo; representación e inversión de papeles; comunicación.
2. Estrategias que utilizan la imaginación: automodelamiento encubierto; imaginación guiada, terapia implosiva; exposición en la imaginación.
3. Estrategias de codificación y procesamiento de la información: sobre distorsión cognitiva; cuestionamiento de reacciones emocionales; educación sobre su estructura dinámica-cognitiva; enseñanza de las habilidades de solución de problemas, etc.

Todo indica que intervenciones de estas características parecen mejorar la sintomatología en este tipo de pacientes (Turner, 1994).

Estos programas, destinados al aprendizaje cognitivo-conductual de estrategias para el afrontamiento y evitación de situaciones de riesgo, se pueden llevar a cabo con cierta posibilidad de sistematización, ya que no existen razones de base que afecten al proceso de aprendizaje del paciente. No obstante al enfrentarnos a un caso clínico en el que, además de intentar afrontar situaciones de riesgo de recaída, tiene que superarse la dicotomía de los pensamientos del adicto, podemos vernos en ocasiones con dificultad para conseguir que la persona siga instrucciones. Aun aceptando durante una sesión de terapia acuerdos tomados para el control estimular, su decisión puede al poco tiempo modificarse argumentando razones distintas de las que le motivaron inicialmente para realizar los ejercicios acordados.

Millon (1998), describe las siguientes estrategias y tácticas que hay que utilizar en estos casos:

- Objetivos estratégicos:
  - Equilibrar las polaridades:

- = Reducir los conflictos entre dolor y placer.
- = Reducir los conflictos entre actividad y pasividad.
- = Reducir los conflictos entre sí mismo y con otros.

— Contrarrestar las perpetuaciones:

- = Reducir la emocionalidad caprichosa.
- = Moderar las actitudes incoherentes.
- = Adaptar los comportamientos imprevisibles.

— Modalidades tácticas:

- = Estabilizar el comportamiento interpersonal paradójico.
- = Reconstruir la autoimagen inestable.
- = Estabilizar los estados de ánimo lábiles.

El modo en que se debe desarrollar cada uno de estos repertorios estará en función de la fase, en el proceso de abandono del consumo en que se encuentre el drogodependiente, así como del cambio de estilo de vida que haya conseguido establecer hasta ese momento.

Aramburu (1996) describe entre las actuaciones terapéuticas indicadas en casos de drogodependientes que presentan un trastorno límite de la personalidad la necesidad de adaptar estas estrategias, atendiendo no sólo los hábitos propios de una drogodependencia, sino también a la influencia que produce el consumo de sustancias psicoactivas en el Sistema Nervioso Central.

#### 6.1.2.1.1. Importancia de la relación terapéutica

En determinados casos de drogodependencia, la relación terapéutica cobra una relevancia especial por constituirse ésta en un elemento fundamental para poder llevar a cabo un tratamiento estructurado. Éste es el caso del tratamiento de un drogodependiente con trastorno límite de la personalidad. Para cuidar el clima terapéutico es necesario afianzar la cooperación, de manera que el lazo que se crea entre terapeuta y paciente pueda contrarrestar las amenazas de abandono percibidas por el adicto. La percepción de amenaza de abandono es razón suficiente para favorecer en él la decisión de consumir, pudiéndose dar por vencido en su esfuerzo por mantenerse abstinentes, mostrar ira, presentar conductas altamente impulsivas y, en general, un incremento de los síntomas del trastorno de personalidad. Con frecuencia este tipo de personas suelen abandonar el tratamiento de las drogodependencias sin una explicación, produciéndose de este modo las conocidas recaídas virulentas e inesperadas.

Para captar la atención y confianza del adicto, podemos describirle nuestra

experiencia en el tratamiento de las drogodependencias con el objetivo de reforzar sus expectativas positivas hacia el tratamiento. Con el intento de hacer responsable al propio sujeto de su evolución en el tratamiento, se debe tener en cuenta que en estos casos no parece conveniente, al menos inicialmente, dar una imagen de profesional cualificado, hacer referencia a nuestra dilatada experiencia sin basar nuestra intervención en generalidades. En drogodependencias, como en otras psicopatologías, las intervenciones son estrictamente individualizadas, siendo así como debe ser percibido el sujeto. De este modo se sentirá evaluado y tratado desde su propia individualidad. Evitaremos, por tanto, poner en duda nuestra dedicación, cercana y personalizada, que es lo que realmente desea. En este sentido, se debe recordar cómo el paciente con trastorno límite de la personalidad, en muchas ocasiones, provoca situaciones de tensión con el fin de probar la capacidad de dedicación que tiene el terapeuta para con él. Se deberán evitar indicaciones que el paciente pueda percibir como estándar.

El complejo y característico entramado de cogniciones de este tipo de personas tiene que abordarse con serenidad y, sobre con todo, con confianza, para que así se sientan libres de tomar sus decisiones. Comentar nuestra intención de no abandonar, aunque el proceso terapéutico no sea del todo cómodo o no obtenga los resultados que se espera en un corto espacio de tiempo, puede ayudar a evitar un abandono inesperado por parte del adicto. No obstante, es también recomendable evitar al principio de la terapia la franqueza o familiaridad excesiva, porque podría inicialmente sentirse muy incómodo; esto es, si nos aprovechamos de su tolerancia se podría ver afectada negativamente la relación terapéutica.

#### 6.1.2.1.2. El miedo al cambio

El miedo al cambio es una constante en las personas que se encuentran en tratamiento por su drogodependencia, pudiendo ser un impedimento para afianzar su decisión de abandonar el consumo, siendo en el trastorno límite de la personalidad donde el miedo al cambio cobra especial importancia. Cuando el adicto empieza a reflexionar sobre los cambios que debe llevar a cabo, es posible que no sean para él atractivos en la medida en que pueden despertar el miedo a que nos referimos. Este miedo es empleado a veces por el adicto para justificar errores que le llevan al consumo reiterado. Además este miedo al cambio se agrava como consecuencia de las características propias del adicto con trastorno límite de la personalidad. Aparece un conflicto entre sus necesidades obvias de dependencia y su gran capacidad ocasional de individualismo, produciéndose éste por la percepción que cree que tiene de su comportamiento la familia (Millon y George, 1994).

La familia una vez más puede colaborar en la mejora del trastorno si identifica como parte del trastorno de personalidad los comportamientos airados, cambiantes, amenazadores. Esto es, llamadas de atención que se derivan de la creencia de que va a ser abandonado, debiéndose tener en cuenta que el drogodependiente puede interpretar como abandono algunos de nuestros comportamientos que no tienen esa finalidad. En

estos casos, cuando el adicto adopta el rol de víctima, quejoso, demandante de atención, su comportamiento se puede confundir con el malestar derivado del control que pudiera realizar sobre el deseo de consumir droga. Cuando el sujeto actúa de forma agresiva, acusadora y especialmente irrespetuosa, es posible que perciba nuestro cansancio o deseo de abandonarlo, por lo que se podrían producir consumos por su parte para así garantizar la continuidad de su tratamiento, ya que con el consumo se estaría demostrando que el problema no se ha resuelto y, por tanto, que no puede ser autosuficiente. Es un modo indirecto de pedir protección y ayuda.

En otras palabras, cuando un paciente consume tras un periodo de abstinencia, puede no tener que ver exclusivamente con el deseo de consumo de la sustancia. En ocasiones existe un componente poderoso de automutilación que puede estar precipitado por su percepción de abandono. En estos momentos es preciso mostrarle nuestro apoyo incondicional emitiendo mensajes claves como: «no tenemos intención de dejar de ayudarte a superar tu problema con las drogas a pesar de haber consumido».

El drogodependiente límite se considera también a sí mismo parte del grupo de pacientes que requieren un esfuerzo especial de tolerancia por parte de los profesionales. Suelen realizar esfuerzos frenéticos por evitar el abandono. Este abandono no tiene por qué responder a un hecho constatable, sino que en ocasiones es producto de la interpretación que el paciente hace de un determinado comportamiento de personas de su entorno o del propio equipo terapéutico. Es muy importante que esta tendencia la conozca tanto la familia como el resto de los miembros del equipo terapéutico<sup>60</sup>. Por lo tanto, para contrarrestar o evitar estas interpretaciones debemos cuidar las intervenciones dirigidas a corregir comportamientos del adicto así como cuidar también las reacciones que podamos tener tras descubrir que ha habido un consumo de drogas.

#### 6.1.2.1.3. Frenar el alta terapéutica

Como ya se ha indicado en el apartado anterior, probablemente el drogodependiente con trastorno límite de la personalidad intentará evitar o retrasar el alta terapéutica, por lo que es muy importante intervenir sobre esta cuestión. Cuando el paciente prevé el alta terapéutica, se observa en él miedo al cambio. Por eso es recomendable mostrarle abiertamente nuestro compromiso a seguir ayudándole mientras lo necesite, aunque no presente consumo alguno de droga. Destacar este último aspecto es muy importante, ya que puede creer que dejaremos de ayudarlo cuando deje de consumir, por entender que el problema principal se ha superado.

Frecuentemente estos pacientes tienen dificultad para reconocer su deseo de consumo, y esto debido al miedo que tienen a que se cambie la imagen que se tiene de ellos y, como consecuencia que se opte por dejar de ayudarlo por no merecer la pena dedicar más tiempo a un paciente que no cesa en el deseo de consumo. Esta cuestión tendrá que abordarse de forma sistemática y bien estructurada, con el fin de dejarle claro nuestro apoyo incluso en momentos en que crea que lo está haciendo mal. Por otro lado, y además de los factores de riesgo que son parte de su estructura de personalidad,

tendremos que relacionar la aparición de estos deseos de consumo aislados con el mecanismo de condicionamiento que está en su base.

Los sentimientos de vacío, frecuentes en este tipo de personas, podrán incrementarse por la ruptura consecuente del cambio de entorno relacional. Cuando el sujeto cambia de ambiente surgen y se acrecentan estas sensaciones de vacío, pero también incide en ello la creencia del adicto de que avanzar en el tratamiento puede conllevar una pérdida de apoyo por nuestra parte, por considerar que se encuentra mejor.

Decir también que es frecuente encontrar consumos de droga o recaída del adicto justo antes de ingresar en un centro de tratamiento en el que se le exige abstinencia de la sustancia para su admisión, o antes de empezar un programa de mantenimiento con un antagonista opiáceo, o simplemente tras un período de estabilidad. En estos casos los consumos pueden tener como único objetivo la verificación de nuestro apoyo. Las intervenciones, por tanto, no pueden basarse en la simple recriminación como motor de cambio, sino que también deben contemplar la forma de reaccionar ante la incertidumbre y de qué modo ha podido afectar esto a otros procesos de tratamiento llevados a cabo con anterioridad.

Para comunicarle al drogodependiente que vamos a proceder al alta, debe sentirse apoyado y tener la certeza de que ésta en ningún momento va a suponer una ruptura con nosotros.

#### 6.1.2.1.4. El disparador del consumo

Independientemente de los consumos que aparecen tras un periodo de abstinencia y que bien podrían pretender mantener en terapia al paciente, no podemos olvidar revisar las motivaciones o refuerzos reconocidos por los sujetos que sin duda justifican por sí mismos algunas recaídas. Así, se puede encontrar con frecuencia en estos drogodependientes estados de ansiedad generalizada (Millon, 1998), episodios aparentemente triviales que pueden ir acumulándose, y que son vividos como devastadores por los sujetos.

El consumo de heroína sigue siendo muy reforzante tanto para el sujeto límite como para otros drogodependientes. Con el objeto de identificar los precipitantes para el consumo también en estos adictos con trastorno límite de la personalidad se tendrá que tener en cuenta la gran relevancia las motivaciones asociadas al consumo de *speedball*. Sean las siguientes:

- «me relaja»,
- «te olvidas de todo»,
- «te pone bien»,
- «le das menos importancia a los problemas»,
- «hablas más»,
- «no te preocupan tanto de los problemas»,
- «crees que los problemas se van a solucionar»,

- «no tienes tanta vergüenza»,
- «no te importa estar hablando con quien sea»,
- «no te duele nada»,
- «no te importa tanto estar donde estás (enfermedad)»,
- «se te quita la tristeza, el agobio, la angustia, etc.».

Por lo tanto, estas creencias, junto a las creencias básicas características de cada uno de los trastornos de personalidad, se deberán tener en cuenta en todo momento a lo largo del proceso terapéutico.

#### 6.1.2.1.5. Cuando hay un trastorno del Eje I y/o II del DSM-IV-TR

Los drogodependientes con este trastorno de personalidad parecen presentar a su vez una mayor probabilidad de sufrir trastornos afectivos mayores, siendo éste un grupo de evidente afectación psiquiátrica (Kosten, Rounaville y Kleber, 1982)<sup>61</sup>. En estos casos en los que aparece un trastorno afectivo mayor, la intervención psicoterapéutica se complica bastante. Generalmente existen también trastornos subafectivos, inherentes al trastorno límite de la personalidad (Tejero y Casas, 1992), lo que nos lleva a la necesidad de cuidar minuciosamente los procesos de evaluación, por aparecer estos trastornos sumados a los de personalidad y a los del estado de ánimo, pudiendo darse solapamiento entre ellos (Cañas, 1999).

La mitad de los pacientes que componen este grupo, cumplen también criterios para el trastorno histriónico, antisocial, dependiente y pasivo-agresivo de la personalidad (Millon y Escovar, 1996a). Dado que este tipo de personas presentan una autoimagen o identidad inestable, es fácil que además asuman un patrón de relación interpersonal dependiente.

Por último, decir que el solapamiento de síntomas entre varios trastornos psicopatológicos debe determinar el diseño de programas para la prevención de recaídas, ya que se constituyen en potentísimos factores de riesgo para éstas.

#### 6.1.2.1.6. La necesidad de llamar la atención

Como en el resto de los casos en que existe coexistencia con la adicción a las drogas, en el trastorno límite de la personalidad se observan diferencias importantes en relación con la estructura cognitiva del sujeto drogodependiente, así como de las consecuencias que ésta provoca tanto en el mantenimiento del propio trastorno como en la posibilidad de intervenir con un programa de prevención de recaídas. Los pacientes con este tipo de patología dual se caracterizan por presentar un estado constante de «crisis», así como de tener la necesidad de atención inmediata por nuestra parte. Es por ello que la mejoría de ambos trastornos parece no estar exclusivamente en función de la comprensión que lleva al aprendizaje y la modificación de conductas significativas, sino de la experiencia de una relación estable para el paciente. Como se ha indicado en

apartados anteriores, es importante la coordinación entre los profesionales del equipo terapéutico para así poder evitar las manipulaciones y llamadas de atención, ya que no atenderlas debidamente podría perjudicar la buena evolución del proceso. Estas llamadas de atención suelen presentarse a través de un sinfín de problemas aparentemente poco importantes, pero vividos de forma extrema por el paciente. En la intervención con un paciente límite no nos debe importar excedernos en atenciones hacia las demandas reiteradas que, por otra parte, y como hemos visto, en ocasiones no revisten importancia.

Ante su inestabilidad permanente se debe ser consciente de que estos drogodependientes pueden presentar cambios de opinión irreflexivos sobre si marcharse a un centro de tratamiento en régimen de internamiento o continuar en tratamiento ambulatorio, subir la dosis de metadona por haber consumido en una ocasión o mantener la dosis para poderse demostrar que es capaz de superar las dificultades que se le van presentando. Por lo tanto, se debe incluso atender una llamada de teléfono en un momento inusual, porque atendéndola se puede fortalecer la confianza del paciente, elemento éste imprescindible para el tratamiento. Igualmente, con respuestas de este tipo se puede también reforzar la seguridad del adicto sobre nuestra intención de no abandonarlo. Recordemos que el miedo al abandono es una constante y constituye a lo largo de todo el tratamiento un factor de riesgo muy relevante.

#### 6.1.2.1.7. La aparición del estrés asistencial

Los pacientes drogodependientes que presentan a su vez un trastorno límite de la personalidad son especialmente llamativos por su comportamiento cambiante, agotador, manipulador y, en general, difícil de abordar desde los esquemas clásicos de intervención con drogodependientes. En este sentido, Martín (1998) informa de que los cuidados que estos pacientes necesitan deben ser semejantes a los que suelen llevarse a cabo con los que manifiestan patología psicótica. Con esto se quiere destacar la dedicación y el esfuerzo que necesitará el drogodependiente límite, teniéndose que llevar a cabo un seguimiento diferente al resto de casos que no presentan esta psicopatología.

Además, el estrés asistencial se va incrementando porque estos drogodependientes raramente consideran que son ellos los que deben cambiar. Ven a los demás como el problema y crean constantemente tensión durante el tratamiento (Turner, 1996).

Siendo consciente de la dificultad que entraña la intervención con pacientes de este tipo, Millon (1998) considera que es recomendable atender a pocos pacientes al día. El paciente límite normalmente se comporta de forma que probabiliza el hecho de «quemar al terapeuta». En este sentido éste tiende a presionar al terapeuta por varios frentes con el objeto de demandar su atención (Aramburu, 1996). Como hemos podido ver, la puesta en marcha del tratamiento de drogodependientes requiere una planificación y concienciación previa del terapeuta distinta de la que sería necesaria para otro caso. Son tratamientos muy costosos para el profesional por lo que se debe evitar la aparición de expectativas poco realistas sobre la evolución del tratamiento.

#### 6.1.2.1.8. De la idealización a la devaluación

El drogodependiente con trastorno límite de la personalidad presenta frecuentemente, en su relación con otras personas, cambios bruscos que van de la idealización a la devaluación. La valoración que hacen de las personas de su entorno y, por tanto, también del terapeuta que los atiende, varía de forma drástica. Teniendo en cuenta este tipo de condicionantes, tendremos que controlar nuestras posibles reacciones a los acontecimientos que provocan en todo momento inesperados. Muy relacionada con estas conductas aparece la polarización, la cual le lleva al cambio brusco en la valoración incluso de las personas que intentan ayudarle. Estos cambios llevan consigo conductas de manipulación y de presión sobre el equipo asistencial, como consecuencia del cambio de percepción que ha ido incubando. Por lo tanto, esta característica conlleva la necesidad de que exista una mayor coordinación entre el equipo para así evitar las manipulaciones que se derivan de su insatisfacción, su ira, etc. (Millon y Escovar, 1996a).

Cuando un paciente tiende a romper una relación, aunque se trate de la terapéutica, por el hecho de pasar a valorar al profesional como inepto aunque anteriormente lo haya aceptado, existe un alto riesgo de abandono del tratamiento si el terapeuta no identifica esta conducta como un síntoma más del trastorno de personalidad que presenta el drogodependiente y actúa ante él como tal.

También es habitual identificar estas cogniciones con síntomas típicos de un cuadro depresivo (Beck, Rush, Sham y Emery, 1991), pero sabemos que con la remisión del cuadro depresivo desaparece en gran medida esta creencia, siendo ésta más estable cuando se trata de un estilo cognitivo propio de un trastorno de la personalidad. Junto con la mejora que se observa en el paciente cuando sus argumentos no están tan impregnados de «polarizaciones», también mejora el desequilibrio frecuente e intenso característico de este trastorno de personalidad. Con estas mejoras aparecerá, por tanto, un control creciente de las emociones y con ello, posiblemente también, el de un factor de riesgo que ha podido constituir motivo de recaída en otras ocasiones. Nos referimos al miedo al rechazo, que puede reactivar la impulsividad, la ira, los comportamientos agresivos o decisiones de consumo como métodos de automutilación.

Entre los objetivos terapéuticos estará conseguir el equilibrio entre la idealización y la devaluación de las personas con las que se relaciona. Y esto porque sujetos que han podido ser idealizados, favoreciendo en el adicto el deseo de formar parte de su ambiente de no consumo de drogas, podrían ser considerados de forma inesperada si el paciente no identifica este problema, lo que podría suponer una vuelta al consumo.

#### 6.1.2.1.9. La sensación de vacío como riesgo para la recaída

El fortalecimiento del sentido de la identidad es un objetivo presente en el tratamiento en la medida en que junto a la dificultad y al cambio propio del trastorno se une la sensación de salto al vacío cuando se deja de consumir (por ejemplo: *Ahora que he dejado de consumir me siento totalmente vacío, no me encuentro cómodo en ningún*

*sitio, creo que nunca podré sentirme como me sentía, etc.).*

Su sensibilidad al entorno se puede entender si se analizan las consecuencias que ha tenido para él la convivencia con personas que consumen drogas. Del mismo modo, esta reactividad deberá ser objeto de atención en el momento en que el paciente intente relacionarse con personas que no consumen. Sin duda debería empezar por aquellas que ya lo conocen, a pesar de la etiquetación que podría darse, siempre y cuando no exista rechazo, ya que la sensación de vacío que generalmente aparece en éstos se incrementa especialmente en este tipo de personas. Además se debe tener en cuenta que cambiar de amigos genera miedo y sensaciones de vacío, las cuales pueden abordarse favoreciendo relaciones con conocidos, para posteriormente pasar, en primer lugar, establecer relaciones con personas desconocidas.

#### 6.1.2.1.10. Tras una recaída

En el tratamiento de las drogodependencias sabemos que las recaídas forman parte del proceso general de cambio, y a través de ellas los pacientes adquieren cierto nivel de concienciación en relación con determinadas áreas de su problema, cambian la motivación para hacer frente al deseo de consumo y encuentran experiencias positivas y negativas de períodos anteriores de tratamiento. Cuando el paciente límite reanuda el tratamiento tras una recaída, sabemos que acude con una expectativa generalmente negativa acerca de la relación que nuevamente podrá establecer con nosotros. En estos momentos puede que tengamos, al menos inicialmente, que retomar todas las recomendaciones propias de un inicio de tratamiento. Debemos transmitir al paciente la idea de que no tenemos por qué reproducir anteriores experiencias y que, sobre todo, no lo rechazamos por el hecho de haber dejado el tratamiento en esa ocasión.

Son conocidas las fluctuaciones emocionales y de motivación que sufre en ocasiones cualquier familiar que se encuentre participando activamente en el tratamiento de un drogodependiente. Y que también éstas se incrementan cuando el comportamiento del paciente además de presentar cambios en ocasiones inesperados, como consecuencia de la presencia de *craving*<sup>62</sup> se suma el estado agresivo consecuencia de su patología. Estos comportamientos suelen percibirse como aleatorios o inesperados por la familia. Para que puedan ayudarle tendrán que entender e interpretar desde su trastorno de la personalidad las conductas a que nos venimos refiriendo.

#### 6.1.2.1.11. La impulsividad

Sabemos que los síntomas del trastorno de personalidad se solapan con los síntomas de la drogodependencia. Así, la falta de control de los impulsos descrita en pacientes drogodependientes forma parte de los síntomas de este trastorno. Por lo tanto, no es conveniente pedirle en las primeras etapas del tratamiento que controle estos impulsos<sup>63</sup>, aunque sí trabajar sobre la percepción que el paciente tiene de las consecuencias de estos estados. Sólo de esta forma podrá discriminar señales de

comienzo de una cadena conductual y que, por lo general, termina con una conducta impulsiva tendente al consumo. Algunas veces estos drogodependientes no sólo amenazan, sino que también realizan intentos de suicidio justificados por su dificultad de controlar el impulso. Normalmente, esta conducta se acompaña de la intención de hacer sentir culpable a las personas que tiene a su alrededor y a las que en ese momento quiere agredir. También sabemos que nuestro paciente en ocasiones ha podido llegar a decirnos que consumió porque estaba harto de que le pidieran que no lo hiciera, aun siendo consciente del malestar que produciría en su familia un nuevo consumo. Con todo se quiere mostrar sólo algunos ejemplos del alcance imprevisible de estas conductas impulsivas.

El problema de la impulsividad tiene un pronóstico desfavorable. No obstante, puede mejorar con la intervención psicológica acompañada de la intervención psicofarmacológica, especialmente cuando aparece de forma virulenta. La experiencia nos ha mostrado cómo la impulsividad del paciente límite queda disminuida de un modo sorprendente con la utilización de neurolépticos como la risperidona, siendo corroborada su eficacia en estos trastornos con estudios como, por ejemplo, los de Rubio, Ponce y Jiménez (2000); Martínez-Raga y Cervera (2002). Así la disminución notable de la impulsividad pasa en muchas ocasiones por la utilización de un neuroléptico que, aunque puede resultar terapéuticamente costoso por la dificultad de su implantación, rápidamente es valorado de forma positiva por el propio drogodependiente, sobre todo cuando comprueba la disminución de sus conductas impulsivas. Aspecto este que tiene un efecto muy positivo sobre su propia imagen.

#### 6.1.2.2. «El papel de la familia»

Es conveniente que los miembros de la familia, o la persona que acude con él a las sesiones, conozcan los síntomas descritos para que así puedan argumentar razones para acudir a las citas a las que el drogodependiente en ocasiones tiene decidido no ir (Martínez, Molina, Ruiz y Torres, 2000). En aquellos casos en los que el adicto no asiste a las citas previstas con su terapeuta se ve necesario que la familia siga asistiendo y mantenga la frecuencia de citas aunque falte el paciente, ya que con ello se consigue modificar conductas del ámbito familiar que inciden negativamente en aquél.

En el tratamiento del drogodependiente con trastorno límite de la personalidad se observa que la colaboración de la familia se dificulta bastante, y esto debido a que es frecuente encontrar que el adicto muestre un rechazo muy acentuado hacia uno de los progenitores. Es altamente efectivo que los padres del paciente, especialmente en este trastorno de personalidad, sepan exactamente en qué consiste el trastorno y qué pueden hacer. No siendo razonable insistir en que asistan a las sesiones de terapia si el adicto no lo desea.

La intolerancia del paciente a estar solo podrá resolverse con el acompañamiento sistemático de personas con las que se sienta cómodo, lo que a su vez favorecerá el

alejamiento del grupo de consumidores. Las personas que le acompañen en el tratamiento tendrán que ser conscientes del trastorno de personalidad que sufre. Muchas de las conductas que el drogodependiente realiza están bajo los efectos de su trastorno de personalidad y son precisamente éstas las que suelen molestar o cansar más.

La familia puede tomar como modelo de actuación con el adicto alternativas concretas de conducta como, por ejemplo, intentar que se sienta apoyado. Así, ésta deberá ver que llamamos por teléfono a la casa del adicto sólo para preguntarle cómo se encuentra o interesarnos por las razones que le han llevado a faltar a nuestra cita, con el fin de reforzar su confianza en el tratamiento. El drogodependiente sabrá que si lo llamamos es porque nos interesamos verdaderamente por él, siendo esto lo que en última instancia queremos que sienta. Si se le explica esto a la familia, sus miembros pueden ir aprendiendo estrategias de apoyo al drogodependiente sin caer en el refuerzo indiscriminado, lo que de ningún modo sería beneficioso. También el incremento de confianza del sujeto puede ayudar a aumentar la adherencia al tratamiento.

#### 6.1.2.3. «La integración sociolaboral»

En estos casos, las actividades de incorporación sociolaboral con las que el paciente tiene la opción de aprender un trabajo deberán tener en cuenta, como en el resto de casos de drogodependencia en que existe de forma concomitante un trastorno de personalidad, el tipo de relación que el adicto tenderá a establecer con los compañeros y el grado de satisfacción en este sentido. Y esto, más que centrar los objetivos de nuestras actuaciones en la supervisión exclusiva del aprendizaje del puesto de trabajo. Es relativamente frecuente observar cómo un drogodependiente con esta patología, y que ha pasado a su vez por un programa de formación laboral, como alternativa de reinserción laboral, cambia de forma drástica su opinión sobre sus compañeros de trabajo o monitor que está supervisando su proceso de aprendizaje. También reacciona mal cuando, como terapeutas, no compartimos en su totalidad las dudas que plantea sobre la utilidad de lo que hace o sobre el comportamiento de las personas con las que convive durante la fase de aprendizaje.

No podemos esperar hasta que desaparezcan completamente los síntomas del trastorno, en ocasiones estamos hablando de años, pero es necesario que, al menos para aplicar los programas de reinserción sociolaboral, el paciente haya mejorado en la detección de su pensamiento dicotómico, sea consciente del paso que en ocasiones realiza de la exaltación a la devaluación de la misma persona, así como haber mejorado su impulsividad. Con esto se pretende que el drogodependiente pueda beneficiarse de un programa para el que es necesario una mínima constancia por su parte en las actividades de su lugar de trabajo o curso formativo que realice. Esta constancia mínima no puede conseguirla si no ha logrado en alguna medida controlar las alteraciones descritas.

#### 6.1.2.4. «La interferencia del policonsumo»

El drogodependiente con un trastorno límite de la personalidad suele presentar consumos abusivos de sustancias diferentes a la que ha sido identificada como sustancia principal.

En muchos casos nos encontramos que heroinómanos que empiezan su abstinencia aumentando la dosis de alcohol diaria o esporádica, así como de cánnabis. El 67 por 100 de los pacientes con trastorno límite de la personalidad suelen presentar de forma concomitante el diagnóstico por abuso de alcohol (Dulit y cols., 1990: citado en Frances y Franklin, 1996), lo cual significa que este consumo va a interferir en muchas de las intervenciones que llevemos a cabo. La experiencia nos indica el deterioro, dificultad, descoordinación y distanciamiento que sufre el proceso de intervención cuando existe un consumo abusivo de alcohol. Si bien el porcentaje indicado se refiere a casos en que el consumo de alcohol tiene la entidad de trastorno, no obstante se sabe que los consumos aislados pueden llevar consigo consecuencias negativas para el tratamiento, por su incidencia tanto en la evolución del trastorno de personalidad como en la drogodependencia.

Si bien todo lo descrito ya es motivo suficiente como para cuidar de un modo especial la abstinencia del consumo de alcohol, no obstante, son dos los motivos fundamentales para así considerar esto importante:

1. Por la necesidad de evitar la interferencia del alcohol con psicofármacos que estos pacientes toman habitualmente por prescripción facultativa;
2. Para disminuir la probabilidad de intentos de suicidio, ya que con el consumo de alcohol se produce un importante efecto desinhibidor (Monras y Marcos, 1994) que podría favorecer el intento de autolisis, como consecuencia de la conducta de llamada de atención característica en estos sujetos.

Cuando se da un consumo abusivo de alcohol, el drogodependiente con trastorno límite de la personalidad termina presentando una reagudización de síntomas, como lo son la sensación de abandono, conductas no coordinadas con su familia, estados emocionales intensamente negativos, baja sensación de autoeficacia, abuso de psicofármacos, falta a las citas con su terapeuta, conductas agresivas, aumento de la impulsividad, etc. Como ya se ha comentado, parece existir paralelamente al incremento del consumo de alcohol un aumento en la frecuencia de amenazas suicidas, y sabe que la probabilidad de llevar a cabo un intento de autolisis es mayor cuando existe la influencia directa del consumo de alcohol junto a niveles elevados de ansiedad. Ansiedad que, por otro lado, parece estar muy presente en los estados que acabamos de describir.

Además, en muchos de estos casos es necesaria la utilización de fármacos destinados a la consecución de objetivos propios del tratamiento de un caso de alcoholismo. El riesgo en drogodependientes con trastorno límite de la personalidad, no es recaer en el consumo de alcohol como ocurre con los alcohólicos cuando consumen una pequeña cantidad de alcohol tras un período de abstinencia, sino la reagudización de los síntomas más llamativos del trastorno de personalidad. Como sucede en el

tratamiento del alcoholismo, aquí también se puede utilizar un interdictor (O'Brien y McLellan, 1996) con el fin de evitar el consumo de alcohol, y naltrexona o acamprosato para atenuar el deseo de consumo de alcohol cuando éste es frecuentemente abusivo. Estas dos vertientes de actuación, produciendo efectos adversos asociados a dicho consumo en el primer caso, y sobre el deseo de éste en el segundo, facilitan el tratamiento y la retención en sujetos que presentan patología dual (Horcajadas, 1995). De no ser así, y siendo conscientes del carácter impulsivo de estos pacientes, es muy probable que se abuse del alcohol apareciendo efectos negativos no solamente sobre la evolución de la drogodependencia, sino también en su trastorno de personalidad.

#### 6.1.2.5. «La intervención con psicofármacos»

Como en otras psicopatologías, en los trastornos límite de la personalidad parece necesaria la intervención psicológica acompañada de la administración de psicofármacos. Existen sustancias que vienen mostrando resultados prometedores en la disminución de síntomas como la impulsividad, síntoma este extremadamente disruptor durante el proceso terapéutico. No obstante, se debe saber que los sujetos con este trastorno muestran mayor dificultad para la aceptación de la toma de medicación (Githn, 1993) en comparación con otros trastornos de personalidad.

Caballo (1998) recoge algunas actuaciones farmacológicas de las que no se conoce su efecto a largo plazo. Estas actuaciones se han dirigido a controlar las distorsiones perceptivas, la ira y la hostilidad (con antipsicóticos); la disforia que acompaña el rechazo interpersonal (con antidepresivos IMAOS); los cambios del humor (con carbonato de litio). Si bien no se puede hablar de categorías biológicas con fines de actuación farmacológica (Bernardo y Roca, 1998), sin embargo en clínica se observa cómo algunos pacientes límites mejoran con algún antidepresivo, mientras que otros lo hacen en mayor medida con la ayuda de un neuroléptico.

En el tratamiento de drogodependientes con trastorno límite de la personalidad se han resultado eficaces los neurolépticos atípicos, en particular la risperidona, los ISRS y la carbamazepina. Además, parecen igualmente eficaces en estos trastornos los anticomociales, el topiramato y la gabapentina (Valderrama y cols., 2001).

## 6.2. EL TRASTORNO HISTRIÓNICO DE LA PERSONALIDAD EN EL PACIENTE DROGODEPENDIENTE: VARIABLES RELEVANTES EN LA INTERVENCIÓN

### 6.2.1. *Indicadores que permiten identificar un drogodependiente con trastorno histriónico de la personalidad*

#### 6.2.1.1. «Caracterización según el DSM-IV-TR»

Sentirse admirado, atendido, el centro de atención de una reunión, poder seducir, etc., es muy reforzante para el paciente con un trastorno histriónico de la personalidad. Cuando estas características se refieren al drogodependiente, llama la atención cómo pueden darse condiciones reforzantes en las relaciones sociales dentro de la marginación, donde el fin de éstas es frecuentemente la realización de conductas delictivas, afianzando así una alteración conductual como es la adicción. El elemento reforzante en este tipo de pacientes, sin duda, y como ocurre en otros casos de patología dual, tiene un mayor alcance de lo puramente generado por las cadenas conductuales de consumo de drogas.

Así los criterios diagnósticos para el trastorno histriónico de la personalidad se adscriben a un patrón general de excesiva emotividad y llamadas de atención, que empieza al principio de la edad adulta y que se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes descriptores:

1. No se sienten cómodos en situaciones en las que no se es el centro de atención.
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

#### 6.2.1.2. «Contenidos de los esquemas en el paciente histriónico (Tomado de Beck y Freeman, 1995)»

1. Soy una persona interesante, estimulante.
2. Para ser feliz necesito que otras personas me presten atención.
3. Si no atraigo o impresiono a la gente, no les gustaré.
4. Si no atraigo la atención de los demás, no les gustaré.
5. El modo de conseguir lo que quiero consiste en deslumbrar o divertir a la gente.
6. Las personas que no me responden muy positivamente son malas.
7. Es terrible que la gente me ignore.
8. Debo estar en el centro de atención.
9. No tengo que preocuparme por pensar mucho las cosas puedo seguir mis intuiciones.
10. Si entretengo a la gente, no advertirán mis debilidades.
11. No soporto el aburrimiento.
12. Si siento que me gusta hacer algo, debo hacerlo.

13. La gente sólo me prestará atención si actúo de manera extrema.
14. Los sentimientos y la intuición son mucho más importantes que el pensamiento y la planificación racionales.

Uno de los supuestos subyacentes de la persona con trastorno histriónico de la personalidad es «yo soy inadecuado e incapaz de manejar la vida por mí mismo» (Beck y Freeman, 1995). Aunque este supuesto puede coincidir con las creencias subyacentes de otros trastornos, el autor pone de relieve la diferencia en el modo en que el sujeto se encuentra con esta creencia, que lleva al paciente a desarrollar toda una serie de repertorios conductuales de llamada de atención, que no parecen tener otro fin que el de acercarse hacia él a personas que potencialmente pueden satisfacer sus necesidades. Esto se refleja en el modo en que se relaciona con otras personas, siendo en muchas ocasiones instigador en el grupo de consumidores de consumos esporádicos, lo que constituye un importante factor de riesgo para la recaída.

### 6.2.2. *La intervención*

#### 6.2.2.1. «La demanda de cambio del drogodependiente»

El sujeto con trastorno histriónico de la personalidad raramente acude a terapia cuando además presenta un problema de drogodependencia. Al atender su demanda sabemos que entre sus objetivos puede encontrarse recuperar su atractivo en un entorno de no consumidores de drogas.

El modo en que se presenta esta demanda puede llevarnos a confusión. En ocasiones, el paciente expresa su total confianza en que el psicólogo resuelva su problema, proyectando sobre éste la máxima responsabilidad de la evolución del tratamiento. Generalmente se ha considerado de forma errónea que esto era consecuencia de que el paciente no quería hacerse realmente cargo de la responsabilidad que tiene en el proceso terapéutico. Por otro lado, se sabe también interpretar las afirmaciones de omnipotencia del paciente. Éstas suelen formar parte del modo en que se acercan éstos a sus terapeutas. De forma que el paciente que sitúa al terapeuta en el rol de omnipotencia no tiene por qué responder a una falta de motivación o aceptación de su responsabilidad, si se trata de un drogodependiente con trastorno histriónico de la personalidad. Como es fácil de entender puede tratarse de una conducta susceptible de ser explicada desde su trastorno de la personalidad.

Para estructurar abiertamente el compromiso del paciente y evitar la divagación característica de éste en los procesos de análisis, se realizará una evaluación que evite hacer preguntas abiertas (Othmer y Othmer, 1996), intentando centrar su atención y pidiéndole que describa cadenas conductuales concretas sobre el consumo, con el objeto de analizarlas y así contrastar su tendencia de orientar o fijar el tema central de cada sesión.

En momentos de dificultad, como sucede tras el cese del consumo, cuando el adicto tiene que programar un proceso de reincorporación sociolaboral y está llamado al cambio de estilo de vida, entonces espera de las figuras de autoridad que le resuelvan sus dificultades casi de manera mágica. Esto lleva al drogodependiente a un estado de desesperanza cuando, además de su alejamiento del grupo de consumidores, con el que sabe comportarse y como hemos venido diciendo, obtiene gran refuerzo atencional, tiene que enfrentarse tanto a una realidad en la que él es el principal agente de cambio, como a un proceso incierto invadido en ocasiones por expectativas eminentemente negativas. No es extraño que el paciente histriónico desee abandonar la terapia al descubrir que el terapeuta no es omnipotente, y, como consecuencia, que es él quien debe dar los pasos necesarios para solucionar su problema. El drogodependiente histriónico se acercará a nosotros inicialmente manifestándonos una total confianza, estando dispuesto a aceptar sin reservas nuestro diagnóstico y, como no, seguir las indicaciones terapéuticas. Estas manifestaciones sorprenden al observar una confianza prematura y alabanzas a la figura del terapeuta, que no se corresponde con el nivel de confianza que cabría esperar de otros pacientes, los cuales confían progresivamente en el terapeuta.

El drogodependiente tiene que ir aceptando su parte de responsabilidad a la vez que ilusionarse con su participación activa en el proceso terapéutico. Pero el adicto histriónico se acercará a nosotros, probablemente, asignándonos el rol de quien tiene el poder sobrehumano de solucionar los problemas que se derivan del cese del consumo. En este momento empieza a incrementarse la probabilidad de abandono de la terapia, dado que no solamente no somos omnipotentes sino que además le pedimos que deje de consumir, cuando el consumo a todas luces le está ayudando a minimizar el malestar emocional que se deriva en este momento de la autoobservación. El paciente debe aceptar el cese del consumo como algo que depende en gran parte de él.

Para abordar esta cuestión podemos analizar con el paciente el estilo atribucional empleado hasta ahora por él. Con ello se interviene en aspectos tan importantes en estos casos como la adopción del papel de «víctima» que, en muchas ocasiones, interfiere en los procesos de tratamiento. Las interpretaciones que realiza el adicto sobre las causas del inicio en el consumo de drogas o sobre los motivos por los que ha recaído, aparecen impregnadas de razonamientos evasivos cuando no ha tomado una decisión en relación con el abandono definitivo del consumo.

Estas interpretaciones a las que nos referimos forman parte de la estructura cognitiva de pacientes con esta psicopatología concomitante a la drogodependencia. Es por ello que la intervención estará determinada por los niveles de motivación del adicto, siendo frecuente una interpretación desde un sistema atribucional externo muy lejano a lo deseable en cualquier abordaje de una drogodependencia.

El acercamiento del adicto al dispositivo de atención para demandar ayuda suele presentarse en estos casos como la necesidad de cambiar un estilo de vida monótono, aburrido, y además, para evitar también connotaciones negativas que habitualmente tienen las descripciones de nuestros pacientes sobre las consecuencias familiares, sociales, laborales, personales negativas de su drogodependencia.

#### 6.2.2.2. «La presencia de psicopatología en el Eje I»

Millon (1998) hace una exhaustiva descripción de la comorbilidad entre este trastorno y los trastornos del Eje I. Así, destacamos cómo los síndromes fóbico y obsesivo-compulsivo no son muy frecuentes en este trastorno de personalidad.

Por el contrario, el drogodependiente con trastorno histriónico de la personalidad exagera síntomas pertenecientes a síndromes somatomorfos y con bastante frecuencia se observa en él un síndrome disociativo. Encontramos igualmente asociado a este trastorno otras alternativas por consumo de sustancias y del estado de ánimo. Llama la atención con frecuencia cómo el sujeto exagera los síntomas del trastorno distímico, siendo igualmente intensos los síntomas del trastorno ciclotímico.

#### 6.2.2.3. «Motivar para la abstinencia»

Uno de los elementos más reforzantes para el adicto es la satisfacción derivada de las relaciones sociales, siendo éstas precisamente las que pueden convertirse en elemento motivador para intervenir sobre su sistema atribucional. Puede que en ocasiones considere que el deterioro de las relaciones sociales tienen su origen en el modo de proceder o en la falta de consideración de las personas con las que se ha relacionado, desvirtuando así el peso que su problema adictivo tiene en el grado de deterioro sociofamiliar que presenta. En esta misma línea podemos ver cómo el propio trastorno de personalidad le lleva posiblemente a negar su realidad, atribuyendo al entorno que le rodea las causas del deterioro que sufre en las relaciones sociales. Del mismo modo que se intenta desarrollar en el adicto habilidades de relación social, también se recomienda el cuestionamiento y cambio de las creencias que le llevan habitualmente a vivir como una consecuencia desastrosa la pérdida de una relación.

El valor que tienen para el adicto con trastorno histriónico de la personalidad las relaciones con otras personas se convierte, como vemos, en un elemento muy importante que nos puede ayudar a motivarlo para el mantenimiento de la abstinencia.

#### 6.2.2.4. «Aspectos clave de la intervención»

##### 6.2.2.4.1. Elementos estratégicos para la intervención según Millon

Millon (1998) establece tres elementos que se irán aplicando a situaciones de concomitancia en drogodependencias. En primer lugar, se atenderá la polaridad sí mismo-otro. En el caso del drogodependiente en el que generalmente se hace tan necesario la separación del grupo habitual de consumidores, es doblemente importante que el paciente acepte y experimente el distanciamiento de personas que hasta este momento le han proporcionado reforzamiento. Así la familia, el ambiente social cercano, el ambiente laboral y el propio sistema terapéutico pueden ser de utilidad en esta actuación, dado que

el histriónico romperá con facilidad el compromiso de asilarse porque teme quedarse solo. Un modo de facilitar esto es centrar la atención del paciente a través de la autoevaluación, mediante la identificación de pensamientos relacionados con el deseo de consumir droga que le puedan impedir iniciar nuevas relaciones sociales con personas no drogodependientes, las cuales podrían ser muy reforzantes para el sujeto.

En segundo lugar, contrarrestar la tendencia a la persuasión. Para un sujeto histriónico puede resultar incómodo el «balance decisonal» o evaluación de las consecuencias del consumo, para así favorecer la toma de decisión de dejar de consumir. Esto se debe a su tendencia a la superficialidad cuando se enfrenta con emociones muy incómodas derivadas de su propio existencialismo. Puede hacernos abandonar la intervención lo frívolo o distante que puede parecer cuando evalúa su pasado. Por ello su solo compromiso verbal de querer dejar de tener problemas con las drogas puede o debe ser suficiente para nosotros en estos casos. Por otro lado, el histriónico tenderá a obstaculizar todo intento del terapeuta de evaluar sus pensamientos. Por ello será más difícil en relación con otros casos ayudar al paciente a localizar cogniciones asociadas al problema objetivo. Haremos así más hincapié en la «relación estímulo-cognición-conducta» y la importancia que ésta tiene para el desarrollo de estrategias de protección ante la recaída (Marlatt, 1993). De este modo algunos de los objetivos terapéuticos que hay que consensuar con el paciente pasan por analizar, prever, valorar e intentar conseguir una autosuficiencia y seguridad en sí mismo a través de la abstinencia del consumo, lo que se suma a los demás beneficios del cese de éste. El adicto histriónico debe entender que la posibilidad de intimar a largo plazo pasa por un estado de abstinencia a las drogas y requiere, además, de un entrenamiento para tolerar el hecho de no ser en todo momento el centro de atención. Asimismo, también se debe tener en cuenta a lo largo del proceso terapéutico la forma en que puede ir reaccionando el histriónico, cuando la atención y cuidados que le presta la familia va disminuyendo con el tiempo.

En tercer y último lugar, hablar de la modificación de las disfunciones del ambiente. A este respecto, Millon (1998, pág. 404) dice que el sujeto, *al estar constantemente en un vaivén emocional pasando del entusiasmo a la irritación (cualquier cosa es mejor que el aburrimiento), en muy pocas ocasiones tiene la tranquilidad emocional necesaria para emprender el desarrollo de comportamientos adaptativos*. Esto constituye un verdadero problema, y a la vez un elemento de cambio muy importante para el establecimiento de objetivos terapéuticos. Así se debe conseguir que el adicto vaya adaptándose a su entorno aprendiendo de él y sabiendo cambiar parte de sus características con el fin de poder vivir de forma más adaptada.

#### 6.2.2.4.2. El análisis del «aquí y ahora»

Muy probablemente, el drogodependiente histriónico inicie el tratamiento mostrando conductas confusas en relación con su verdadera motivación para ponerse en tratamiento. La evasión, o falta de concreción en la comunicación del paciente podría

llevarnos a considerar que no se dan las condiciones motivacionales aceptables para el tratamiento. Esta falta de concreción termina por convertirse en motivo principal de la intervención, porque por el mero hecho de ponerse en tratamiento no hay que pensar que dejará a un lado las creencias básicas que sustentan sus decisiones. Es por ello que algunos autores (Beck y Freeman., 1995) recomiendan enseñar al paciente, desde el inicio de la relación terapéutica, a focalizar su atención en cuestiones concretas, de forma localizada y comprensiva. Así, ser algo directivos para revisar las vivencias que el paciente ha tenido desde la última sesión puede evitar la tendencia de éste a realizar análisis de los hechos vividos de un modo inespecífico y, como consecuencia, menos útiles para la consecución del resultado terapéutico deseado.

En esta línea de entrenamiento, en el análisis concreto de experiencias o conductas relevantes, se pueden usar estrategias como el «aquí y ahora» (Lega, Caballo y Ellis, 1997), a través de las cuales el paciente puede ver la verdadera relevancia de acontecimientos pasados. Es importante que el adicto aprenda a controlar y puntualizar sus pensamientos específicos paralelamente al proceso de detección de cogniciones, las cuales podrían ser disparadores del deseo de consumo de la sustancia.

La comunicación del adicto con este trastorno de personalidad se caracteriza también por la falta de especificidad. En relación con el estilo comunicativo, decir que la intervención tendrá que plasmarse igualmente en actuaciones que recojan un adecuado entrenamiento, con la realización de ejercicios que lleven al paciente en cada sesión a concretar ideas relevantes para él. Con este fin podemos analizar también episodios de consumo, a través del análisis de aspectos a modo de estímulos discriminati-vos, que configuran los antecedentes, la propia respuesta de consumo y las consecuencias de ésta.

Esta tendencia a la inespecificidad del paciente lleva consigo que el desarrollo de programas para la prevención de recaídas sea torpedeado, con frecuencia, por los tipos de análisis que éste realiza en relación con las causas que motivan la aparición de su deseo de consumo, o que dificultan el alejamiento del entorno social donde éste se produce. Profundizando con el paciente una vez más en aspectos relativos a los procesos atribucionales, se deben ir proponiendo reflexiones que se centren más en sus características personales que en cuestiones externas a él.

Además, se deberá generar la necesidad de dar nombre a las emociones, destacando la relación que éstas puedan tener con determinadas cogniciones, y si éstas han llevado con anterioridad al paciente a «darse permiso para consumir» cuando lo ha deseado. Al entrenamiento en habilidades de comunicación se sumará el desarrollo de habilidades sociales en general.

Es posible que con un drogodependiente que presenta un trastorno histriónico de la personalidad no encontremos tanta dificultad como sucede con otro tipo de pacientes, a la hora de conseguir que realicen los autorregistros que habitualmente se utilizan para la detección y reestructuración de las creencias irracionales. Con el uso de éstos, a la vez que se facilita la organización cognitiva, se da la oportunidad de que el adicto pueda atender su necesidad de expresar con detalle sentimientos y pensamientos. Por lo tanto, el uso de autorregistros tiene así un doble y positivo fin.

#### 6.2.2.4.3. Ser el centro de atención

Este tipo de pacientes en el grupo de consumidores con el que habitualmente se relaciona suele ser el centro de atención. En el caso de las chicas consumidoras de drogas, encontramos una alta frecuencia de refuerzos por parte de chicos consumidores, lo que facilita la seducción. Resulta muy costoso superar esta característica<sup>64</sup>, ya que el cambio de ambiente implica una reducción notable del refuerzo, pasando de sentirse el centro de atención del grupo a ser portador en este nuevo ambiente de una etiqueta con connotación negativa, como lo es la de drogodependiente.

Por otro lado, ser el centro de atención puede resultar un factor de riesgo para la recaída. Su tendencia a adoptar roles de líder en el grupo lleva a estas personas a ser objeto de demandas por parte de otros consumidores. El grupo habitual de relación no suele ser consciente del momento en que se produce su decisión de dejar el consumo de drogas y, aunque lo fuese, seguirá proponiendo al paciente proyectos en los que él seguiría sintiéndose el centro de atención. Esta invitación a ser parte del grupo es muy tentadora para el drogodependiente porque refuerza su identidad y satisfacción personales, con lo que esto será, una vez más, un motivo para que termine recayendo. Ello viene a ser consecuencia de la no ruptura definitiva entre el paciente y el grupo de amigos o conocidos consumidores. Por eso será muy importante que se conozca realmente el grado de ruptura llevado a cabo por el adicto. En muchas ocasiones nos sorprendemos al descubrir el significado que tenía para él haber roto con amigos consumidores, pudiendo comprobar que significaba no más que haber dejado de ir a consumir drogas juntos. No obstante, esta condición no representa el grado deseable de ruptura y que es realmente útil terapéuticamente. Esto será necesario que se produzca una ruptura total de las relaciones con otras personas que consumen habitual o esporádicamente drogas, sea cuales fueren éstas.

La tendencia de estos pacientes a dramatizar los síntomas se verá acrecentada cuando se enfrenten al síndrome de abstinencia, aspecto este especialmente apreciable en el caso de la dependencia de opiáceos. En ocasiones, las verbalizaciones de estos pacientes sobre sus síntomas y las emociones que se derivan de su vivencia suelen llevarnos a situarlos en fases iniciales de los «Procesos de Cambio», cuando, sin embargo, su tendencia a la magnificación es uno más de los aspectos que tendremos que abordar desde una visión integrada de la patología dual.

De manera similar a cómo se exacerbaban los síntomas que se derivan del malestar propio de la dependencia, durante el período de consumo abusivo y diario de la sustancia, también se exageran los beneficios que obtiene de forma inmediata tras el cese del consumo. Esta euforia puede llevar al paciente a despreciar advertencias que realiza el terapeuta y reducir la autoevaluación a cuestiones que le están haciendo sentirse bien. Esto puede hacer que cambie de manera drástica, sobre todo cuando descubre que la atención que espera por parte del grupo de personas no consumidoras, en el que intenta integrarse, se hace esperar.

En lugar de luchar contra las continuas demandas de atención propias de este tipo

de trastorno, el terapeuta debe sacar partido de la vívida imaginación de estos pacientes para cuestionar sus pensamientos disfuncionales (Beck y Freeman, 1995). Querer eliminar las conductas de llamada de atención que definen este trastorno nos puede llevar a un reforzamiento indeseado de ellas, olvidando así el modo en que se deberían modificar las cogniciones del sujeto; esto es, por medio del autoanálisis y reestructuración de las creencias que fundamentan su propia actitud. Al adicto histriónico le cuesta mucho autoevaluarse, suele evitarlo, le es molesto. Es importante reforzarlo mucho en el análisis de los antecedentes y consecuentes del consumo, así como de los logros conseguidos y de los afrontamientos de las dificultades que se van presentando en su proceso de cambio personal. El drogodependiente histriónico necesita ir identificando progresivamente la relación existente entre sus necesidades y las creencias básicas, para así poder conocer el modo en que éstas pueden enfatizar el deseo de consumo. Si no llega a este punto de concienciación, llamar la atención seguirá siendo para él simplemente normal.

#### 6.2.2.4.4. La sensación de vacío

A cualquier paciente drogodependiente le resulta molesto y agobiante la sensación de vacío personal que aparece tras el cese de consumo, pero en un sujeto histriónico parece que la sensación de vacío se acrecienta por su miedo al abandono, a la soledad y al aislamiento. Por lo tanto, es conveniente que desde el principio se advierta sobre la aparición de esta sensación de vacío, para que así el adicto sea consciente de que ésta tiene más que ver con el cese del consumo que con el tipo de relación que mantiene con las personas de su entorno.

Entre las alternativas para la puesta en marcha de programas de prevención de recaídas, parece aconsejable el desarrollo de conductas de protección ante situaciones en las que el condicionamiento puede facilitar la aparición de deseo de consumo. Desde este punto de vista, y partiendo de la fácil sugestionabilidad de este tipo de adictos, el acompañamiento en las fases iniciales del tratamiento por su familia o personas no consumidoras, y conocedoras del proceso terapéutico, es imprescindible. Como también se hace imprescindible en estos casos incorporar ejercicios de entrenamiento para la toma de decisiones.

#### 6.2.2.4.5. Su relación con el entorno

Llama la atención ver cómo estos pacientes muestran frecuentemente desilusiones a consecuencia de la percepción de sus relaciones sociales. Han denominado a un «conocido» como «amigo íntimo» cuando en realidad era una relación más entre otras. De esto se desprende la necesidad de considerar como objetivo terapéutico el cambio de interpretación no sólo de las emociones sino también del tipo de relación con otras personas y lo que esto representa en su vida.

En esta misma línea, es necesario atender las atribuciones externas que pudieran hacer peligrar el mantenimiento de la abstinencia, teniendo en cuenta a su vez que el

paciente tiende a recurrir a los demás para satisfacer sus necesidades. Al principio del tratamiento podemos ver cómo la falta de aceptación social del drogodependiente es evidente. En este caso tiene que comprender que los familiares y la sociedad evolucionan más lentamente que él. Cuando cesa el consumo de la sustancia, suelen aparecer expectativas erróneas en relación con el modo en que va a ser tratado por personas de su entorno, incluyendo las menos allegadas. La realidad le va enseñando cómo su familia, pareja, etc., no pueden confiar plenamente en él desde el inicio de la abstinencia. En drogodependientes donde no existe esta necesidad característica de ser el centro de atención, puede no tener repercusiones tan negativas, sin embargo, en personas histriónicas que además necesitan sustituir su etiqueta de «drogadicto» por algún estereotipo social plenamente aceptado y admirado, es muy relevante.

Del mismo modo en que se hace necesaria la autonomía del sujeto para la detección de cogniciones erróneas, también lo es que domine las técnicas de resolución de conflictos (Beck y Freeman, 1995). Así, nos centraremos en el entrenamiento para la detección y solución de problemas, los cuales son antecedentes de respuestas desajustadas, a la vez que se entrenará en habilidades y esquemas de afrontamiento para evitar en el futuro situaciones que puedan ocasionar (D'Zurilla, 1993; Méndez y Olivares, 2001).

#### 6.2.2.4.6. La impulsividad

Otro objetivo importante que hay que conseguir con el drogodependiente histriónico para la confrontación de sus creencias es el entrenamiento de métodos que le faciliten el control de la impulsividad. Detenerse en el momento adecuado no sólo evita la conducta impulsiva, sino que a su vez ayuda a detectar las creencias que están en la base de esta conducta (McKay, Davis y Fanning, 1988).

Para ello, se debe realizar un entrenamiento tanto en la discriminación de las características propias de la impulsividad propia de un cuadro de toxicomanía, como de la impulsividad derivada de una necesidad de formar parte permanentemente del foco de atención de un grupo de personas. Si no se consiguen estos niveles de discriminación, el drogodependiente puede generar expectativas de fracaso para el control de impulsos. A su vez, esto se puede ver favorecido si el paciente toma como única referencia, para valorar su capacidad de afrontamiento, el resultado de intentos anteriores para el control de la impulsividad asociada a su conducta de consumo.

De igual forma cabe hacer explícito, como una técnica cognitiva idónea para mejorar la capacidad de control del sujeto es la enumeración de ventajas y desventajas de la conducta en cuestión. Téngase en cuenta que en estos casos son poco útiles los consejos directos y las instrucciones verbales. A lo largo de la terapia el drogodependiente con trastorno histriónico de la personalidad tendrá que aceptar la presencia en su repertorio de conductas impulsivas y, también, aceptar la necesidad de controlarlas, para así avanzar en el tratamiento de su adicción a la vez que mejoran su trastorno de personalidad.

#### 6.2.2.4.7. El uso de drogas para modificar emociones

Para conseguir que el drogodependiente mantenga la abstinencia necesitamos que sea consciente de que ésta es un prerrequisito para la consecución de otros objetivos. La necesidad de excitación en el adicto justifica en ocasiones la aceptación por parte de éste de sustancias que se le ofrecen y que no han sido objeto de su drogodependencia, como puede ser el caso de estimulantes o cánnabis. Esta situación es muy frecuente entre los drogodependientes en tratamiento.

La dificultad que presentan estos adictos para alcanzar la intimidad emocional en las relaciones románticas o sexuales se incrementa con el consumo prolongado de sustancias. La comprensión que pueda conseguir el adicto de los mecanismos psicobiológicos que median la dificultad que tiene para abordar sus emociones podría ayudar a motivarlo hacia la abstinencia sin tener que recurrir a sustancias modificadoras de emociones.

Como en otros muchos casos, el consumo de cocaína, bien esporádico bien continuo, genera cambios bruscos en el estado de ánimo. Entre otros efectos se observa el aumento de la sensación de sociabilidad, formándose, por el contrario, en emociones disruptivas tras el efecto de la sustancia. En el adicto histriónico esta alternancia emocional se produce de manera habitual como consecuencia del trastorno que sufre. Los consumos esporádicos de estimulantes revierten negativamente en sus posibilidades de autocontrol. Se sabe que pacientes que dejan de consumir heroína aumentan el consumo de cocaína o de otros estimulantes, de forma que, aunque existe control en relación con el consumo de opiáceos, persiste la interferencia consecuente del consumo de otras sustancias.

#### 6.2.2.4.8. El aumento de la tolerancia a la frustración

En adictos con este trastorno de personalidad parece necesario el empleo de estrategias de retraso del refuerzo. Los drogodependientes suelen caracterizarse en general por la baja tolerancia, la frustración, así como de una tendencia a la elección de actividades que le proporcionen refuerzo de forma casi inmediata. Esta necesidad inmediata de refuerzo es potenciada por el trastorno de personalidad, quedando así justificada la utilización de retraso del refuerzo, siendo importante que ellos mismos planifiquen y evalúen el proceso. Asimismo, es importante que vayan evaluando sus emociones y la intensidad de las mismas, a la vez que se van consiguiendo los objetivos terapéuticos. La tolerancia a la frustración también puede abordarse con la programación de un trauma para conseguir el efecto paradójico.

#### 6.2.2.4.9. La ruptura de la relación con los consumidores

Cuando el adicto histriónico va analizando las creencias y emociones que se derivan de la ruptura con otros consumidores, avanza en la comprensión de su identidad de drogodependiente. Es muy relevante el peso que tiene para cualquier consumidor el grupo de «colegas», pudiéndose observar la aparición de emociones incómodas, éstas se

derivan de intentos de evitación de la interacción con otros adictos. Este proceso de ruptura se convierte para el histriónico en un examen de prueba de su capacidad.

La consecución de los objetivos de separación del grupo habitual de consumidores pasa necesariamente por lo que Beck y Freeman (1995) recomiendan. Esto es, presentarle al paciente como meta del tratamiento no eliminar las emociones, sino utilizarlas de modo más constructivo, instaurando en su repertorio esquemas de canalización de aquéllas. El distanciamiento de nuestros pacientes del grupo de consumidores sigue siendo hoy día el «caballo de batalla» de nuestras intervenciones.

Normalmente, el paciente se siente cómodo en un ambiente de consumo, e interpreta de manera claramente reforzante el acompañamiento de otros consumidores, aun sabiendo que este contacto está totalmente contraindicado para que el tratamiento sea operativo. En esta situación de búsqueda de cambio de relaciones sociales se puede olvidar la presión que ejercen otros consumidores sobre la decisión de nuestro paciente, ya que éstos no tendrán entre sus objetivos evitar que el adicto histriónico deje de estar con ellos.

Asimismo, nos encontramos con una especial dificultad cuando nos enfrentamos con los sentimientos que se generan en el adicto al sentirse juzgado por la vida que ha llevado. El drogodependiente considera, por tanto, extremadamente difícil el proceso de acercamiento a otras personas que no consumen drogas. Ante esto parece razonable considerar la importancia real que para otras personas no consumidoras tiene la realización constante de conductas llamativas por parte del paciente. El sujeto tendrá que ir asumiendo que las personas no consumidoras con las que se relaciona lo aceptan tal y como es, sin la necesidad de desplegar todo un arsenal de conductas demandantes de atención.

#### 6.2.2.4.10. Conseguir nuevos amigos

El paciente histriónico tiende a elegir círculos sociales en los que es atractivo, por lo que el deseo de volver a su entorno de consumidores es muy probable. No es fácil para el histriónico deshacerse de su dependencia afectiva, deseo de ser atendido, admirado, etc. Para manejar su malestar emocional tendrá que aprender a usar técnicas de relajación y solución de problemas. Éstas cobran importancia cuando aparece el malestar emocional que se deriva del afrontamiento cognitivo necesario para conseguir el distanciamiento del grupo de consumidores. Además, los cambios conseguidos a nivel cognitivo no serán efectivos en su totalidad si el paciente con trastorno histriónico de la personalidad no logra desarrollar su habilidad de comunicación.

Así, la terapia de integración contempla el entrenamiento en empatía, enseñándole escucha activa, parafrasear y a reflejar lo que otro dice (Tukart, 1990). Sabemos que el solo hecho de relacionarse con sujetos no drogodependientes no constituye en sí mismo un elemento de protección si no existe una adecuada integración en el grupo, de forma que éste pueda convertirse en referencia real para el drogodependiente.

#### 6.2.2.4.11. Participar en una terapia de grupo

Llama la atención ver cómo el adicto que participa en terapia de grupo tiende a colaborar bastante en el transcurso de la sesión. Estas intervenciones a que nos referimos en ocasiones se hacen de forma continuada, interrumpiendo, cargadas de emotividad, de gran duración, haciéndole difícil la participación al resto de componentes del grupo. El histriónico con cualquier tipo de drogodependencia suele tener dificultad para aceptar las normas de funcionamiento de esta clase de terapia: no deja terminar de hablar a otra persona, no analiza lo que está diciendo otro miembro del grupo, no acepta una sugerencia de un compañero, etc.

Como consecuencia de las peculiaridades que muestra el paciente con este trastorno de personalidad, es necesario un esfuerzo añadido para la conducción de la terapia en el grupo. Una propuesta que se le puede plantear es que realice análisis de sus propias conductas en primera persona, «en singular», para así evitar la generalización de errores que casi siempre se refieren a los de cualquier drogodependiente. Al realizar estas interpretaciones en las que se muestran atribuciones claramente externas en relación con las causas de su situación actual, se sitúa progresivamente con más peso en el rol de víctima, lo que a su vez merma el hecho de que pueda aceptar la responsabilidad que tiene para superar su problema.

Al igual que sucede con otros trastornos como, por ejemplo, el trastorno de la personalidad por dependencia, parece estar igualmente indicada la intervención grupal, con el objeto en este caso de hacer frente a las llamadas de atención que en ocasiones parecen no ser abordables desde un seguimiento individual. No se debe olvidar que el adicto con trastorno histriónico de la personalidad que participa en una terapia de grupo tiende a realizar conductas cuyo objetivo es satisfacer su necesidad de convertirse en el centro de atención. Éstas se presentan sin el fin aparente mencionado, pudiendo reforzar su llamada de atención también a lo largo del tratamiento en grupo. Es frecuente la interrupción cuando hablan otros miembros del grupo con una puesta en escena difícil de recriminar.

#### 6.2.2.4.12. La incorporación a un nuevo contexto sociolaboral

Tratando de evitar la necesidad de estimulación y excitación del drogodependiente con trastorno histriónico de la personalidad, conviene diseñar actuaciones de incorporación sociolaboral que centren la atención en diferentes actividades, de modo que no exista una excesiva monotonía cotidiana. Los *hobbies* pueden proporcionar variabilidad al nuevo estilo de vida, debiéndose dar prioridad a la constancia en la realización de los mismos, en contra de lo que es habitual para el sujeto, como es el cansancio temprano de todo tipo de actividades. Asimismo, el aumento de la constancia es un objetivo para la posterior puesta en marcha de otras estrategias (Buela, Sierra y Méndez, 2001) de intervención que requieran un mayor esfuerzo.

El cambio de imagen debe reforzarse para así mejorar su aspecto, de forma que

este aspecto podría utilizarse para la motivación de la abstinencia y la incorporación al grupo de no consumidores. La mejora del aspecto físico representa un incentivo. Para el desarrollo de este tipo de efectos se puede tener en cuenta el modo de vestir, y hay que decir que en este tipo de personas, en la mayoría de las ocasiones, busca la seducción. Este elemento terapéutico puede coordinarse con el entrenamiento en asertividad, siendo que una mayor asertividad le llevará a evitar el rechazo de otras personas al no resultarles ya tan agresivo, invasivo e incómodo.

### 6.3. EL TRATAMIENTO DEL DROGODEPENDIENTE CON TRASTORNO NARCISISTA DE LA PERSONALIDAD

#### 6.3.1. *Indicadores para la identificación del drogodependiente con trastorno narcisista de la personalidad*

##### 6.3.1.1. «Caracterización desde el DSM-IV-TR»

Reconocer públicamente el hecho de tener un problema de drogodependencia es generalmente un paso que la persona da una vez experimentada la incapacidad para continuar manejando los problemas derivados de este trastorno. Normalmente, a este reconocimiento suele ir asociada una respuesta social que tiende, con sus excepciones, a etiquetar, enjuiciar, y en muchos casos, a emitir juicios morales sobre la conducta de consumo de drogas del toxicómano. Este momento es muy aversivo, ya que es cuando el adicto experimenta con mayor viveza la exclusión social. Así, para el drogodependiente con trastorno narcisista de la personalidad suele ser extremadamente difícil este momento. Ponerse en tratamiento puede ser algo que ha estado evitando, por ser un momento en el que tiene que responsabilizarse públicamente de sus errores.

Según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, este tipo de pacientes se caracterizan por un patrón general de grandiosidad, imaginada o real, una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes descriptores:

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia, exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin logros para ello.
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. Cree que es «especial» y único, que sólo puede comprometerse o relacionarse con otras personas o instituciones que sean especiales o de alto estatus.
4. Exige una admiración excesiva.
5. Es muy pretencioso, por ejemplo, tiene expectativas irrazonables de recibir un

- trato especial o de que se hagan realidad sus deseos automáticamente.
6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
  7. Carece de empatía, siendo muy reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
  8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás lo envidian a él.
  9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

#### 6.3.1.2. «Contenidos de los esquemas del paciente narcisista (Tomado de Beck y Freeman, 1995)»

1. Soy una persona muy especial.
2. Puesto que soy superior, tengo derecho a un trato y privilegios especiales.
3. A mí no me obligan las reglas que valen para los demás.
4. Es muy importante obtener reconocimiento, elogio y admiración.
5. Si los demás no respetan mi estatus, deben ser castigados.
6. Todos tienen que satisfacer mis necesidades.
7. Los demás deben reconocer lo especial que soy.
8. Es intolerable que no se me tenga el debido respeto o que no consiga aquello a lo que tengo derecho.
9. Las otras personas no merecen la admiración o la riqueza que tienen.
10. La gente no tiene ningún derecho a criticarme.
11. Mis necesidades están por encima de las de cualquier otro.
12. La gente debería preocuparse por promocionarme, porque tengo talento.
13. Sólo me comprenden las personas tan inteligentes como yo.
14. Tengo todas las razones para esperar grandes cosas.

#### 6.3.2. Aspectos generales de la intervención

##### 6.3.2.1. «La relación terapéutica»

Millon (1998) describe un tipo de narcisista, el narcisista sin principios, como aquel que se acerca al tratamiento pero con tendencia a mantenerse al límite de la ley. En este caso, más que en otros, nos encontramos con un llamativo sentido de la propia valía, lo que choca sin duda con cualquier intento terapéutico para poder definir y acotar adecuadamente el problema, en este caso, la drogodependencia.

Independientemente de la topografía de la conducta de consumo, estos pacientes mostrarán hábitos más o menos normalizados cuando se dirigen a un dispositivo asistencial demandando ayuda para su adicción. El drogodependiente con este trastorno de la personalidad suele presentar un problema de adherencia al tratamiento como consecuencia de su sensación de superioridad, lo que le llevará a cuestionar las

intervenciones o indicaciones que proceden del terapeuta.

Esta falta de confianza en el terapeuta se incrementa sobre todo si éste se muestra poco hábil. Téngase en cuenta que el talante evaluador de este tipo de pacientes cuando se acerca a la situación terapéutica, esto es, el paciente con trastorno narcisista de la personalidad, dedicará buena parte el tiempo a estudiar al terapeuta, pudiendo responder de forma intolerante ante cualquier exigencia de éste. La evitación de retos y acceder a las explicaciones que el paciente nos pide en cada momento puede ser una buena forma para contrarrestar su carácter retador y exhibicionista. Si el paciente nos manifiesta una profunda incomodidad al ser visto cuando acude a nuestras sesiones, no parece razonable destinar las sesiones al convencimiento e interpretación por nuestra parte de esta actitud como si se tratara de un problema de negación del problema, sino más bien como consecuencia de una dificultad intrínseca del paciente para aceptar errores comunes al resto de las personas, esta vez incrementado por las connotaciones negativas que supone ser drogodependiente.

Millon (1998) describe el sujeto narcisista como una persona con indiferencia hacia las normas de comportamiento social, y que se siente por encima de las conversaciones de su grupo cultural.

El adicto narcisista no pedirá ayuda para ser menos narcisista, por lo que será el propio trastorno de drogodependencia lo que motivará la demanda de ayuda, teniendo que centrar inicialmente el trabajo terapéutico, cuando el sujeto esté abstinente, en la modificación de conductas que pudieran acarrear consecuencias negativas en sus relaciones sociales.

#### 6.3.2.2. «Motivarlo para el abandono del consumo»

Si se pretende motivar al adicto para que abandone definitivamente el consumo de drogas, tendremos que analizar en términos de balance decisional la motivación para dejar de consumir, los aspectos internos del adicto, así como los refuerzos que mantienen su autosatisfacción, y esto en lugar de hacer hincapié en elementos de refuerzo social, los cuales al parecer no solamente no son útiles en estos casos, sino que además le llevarían a distanciarse de nosotros al asociarnos al grupo social mediocre al que nunca ha querido pertenecer. Nos centramos en «consumir» es igual a «descontrol».

El paciente drogodependiente con trastorno narcisista de la personalidad tenderá a cuestionar su adicción, por ser ésta un impedimento para la consecución de sus tendenciosos objetivos de éxito social tan deseados. Suelen acudir al dispositivo para el tratamiento de su drogodependencia con una motivación clara de no destruir más su empresa —imagen social de poder para él— o no perder el puesto de trabajo sobre el que proyecta, a su juicio, un alto nivel de reconocimiento. Estos mismos motivos, que en muchas ocasiones intentan plantearlos de forma separada al problema de drogodependencia, se constituyen en precipitantes importantes de trastornos como lo puede ser, por ejemplo, la depresión, dado que en muchas ocasiones el deterioro de la

imagen social termina siendo un hecho constatable.

Partiendo de las peculiaridades de este caso podemos fomentar o reforzar en una primera etapa del tratamiento los patrones que le motivan a dejar de consumir. No podemos exigirle al paciente que obvie su estructura de personalidad cuando ésta nos sirve como motor de cambio.

### 6.3.2.3. «No es como otros adictos»

La creencia del sujeto narcisista de que no todo el mundo tiene la capacidad para entenderlo le lleva a escoger el tipo de personas con las que debe relacionarse. Esta creencia básica le hace no aceptar a las personas excluidas socialmente, entre las que encontramos consumidores crónicos de heroína. De este hecho se deriva, no en pocas ocasiones, la enorme dificultad que presenta un paciente de estas características para acudir a un centro de atención en el que se atienden a todo tipo de personas. Esta cuestión es, sin duda, un reto para quienes se dedican a la labor asistencial, ya que en ocasiones podrían hacerse concesiones relativas al planteamiento del tratamiento<sup>65</sup>. Éstas pueden llevar progresivamente a que el paciente acepte la semejanza que pudiera haber entre los problemas englobados en un trastorno por drogodependencia. En ningún momento parece oportuno plantearnos objetivos en los que el paciente tenga que aceptar una igualdad con otras personas que también acuden al centro de tratamiento. El hecho de que no acepte la posibilidad de ser como todos no significa que no pueda reconocer que tiene un problema de drogodependencia y, con ello, dar el primer paso para el tratamiento. El adicto con trastorno narcisista de la personalidad necesitará saber que no es un número de historia más para nosotros y está con el fin de satisfacer su tendencia a exigir un trato especial por parte de las personas con las que se relaciona.

Considera que sus necesidades son especiales y fuera del alcance de la gente corriente. De modo que podemos utilizar este criterio —generalmente no hecho explícito por el paciente— para argumentar las dificultades que tendría para conseguir el éxito social y niveles elevados de autosatisfacción si continua consumiendo drogas.

En la dicotomía característica del pensamiento polarizado puede existir mayor dificultad para ir adentrándose en el riesgo de aceptar igualdades con otras personas, así como dificultades propias del control de deseo de consumo. El hecho de ir buscando progresivamente rasgos comunes con otros procesos de drogodependencia, intentando que sea el mismo paciente el que llegue a estas conclusiones, puede proporcionarle la posibilidad de usar en su proceso de cambio estrategias que le ayuden a modificar su estilo de vida y, por tanto, el control de situaciones de riesgo. En el adicto con esta patología dual, no obstante, debe primar el hecho de procurarle la sensación de que es atendido con cierta distinción, lo que no tiene que responder a privilegios.

Raramente encontraremos un paciente drogodependiente con trastorno narcisista de la personalidad que acepte sugerencias sobre su forma de ser. Cuando se le presenta el problema de su drogodependencia, tiende a minimizarlo y, por su puesto, suele

desestimar la posibilidad de tener problemas derivados de su estructura de personalidad. Los problemas consecuentes del consumo de drogas han aparecido porque «ha descontrolado», se le ha ido la mano consumiendo, pero de ningún modo como consecuencia de su modo de ser, ya que éste es correcto. Para contrarrestar el malestar derivado de la evaluación que realiza el sujeto de su historia personal, se ha sugerido la utilización de técnicas combinadas en cuya base esté la desensibilización sistemática.

#### 6.3.2.4. «Objetivos específicos de la intervención»

##### 6.3.2.4.1. Aspectos básicos

La terapia se deberá centrar en:

- Aumentar la responsabilidad conductual.
- Disminuir la distorsiones cognitivas y el efecto disfuncional de éstas.
- Formular nuevas actitudes.
- Aumentar comportamientos de reciprocidad y sensibilidad hacia los demás.
- Cooperar en trabajos.
- Desarrollar expectativas más razonables sobre los demás.
- Mayor autocontrol de hábitos y estado de ánimo.

Entre los procedimientos para conseguir estos objetivos se encuentran:

- El cambio de distorsiones cognitivas.
- La reestructuración cognitiva.
- Desensibilización sistemática ante la hipersensibilidad o la evaluación.
- Detención y distracción del pensamiento por abordar las interpretaciones de pensamiento.
- Empatía con inversión de papeles.

A las estrategias señaladas anteriormente se pueden añadir las propuestas por Millon (1998). Sean las siguientes:

- Equilibrar las polaridades, estimulando la modificación activa e incrementando el contraste en los otros.
- Contrarrestar las perpetuaciones, anulando las ilusiones insustanciales, adquiriendo disciplina y autocontrol y reduciendo las desconsideraciones sociales.

Asimismo, las modalidades tácticas serían:

- Moderar la autoimagen admirable.
- Desmantelar la explotación interpersonal.
- Controlar el comportamiento arrogante.
- Disminuir las cogniciones expansivas.

#### 6.3.2.4.2. Presencia de trastornos del Eje I

El trastorno narcisista de la personalidad puede observarse junto a otros como es el caso de los trastornos antisocial e histriónico. En el caso del Eje I, podemos observarlo junto al síndrome del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad, síndromes somatomorfos, y síndromes delirantes (en situaciones de estrés).

Por otro lado, los síntomas como retraimiento social, estado de ánimo depresivo o trastorno distímico, no tienen precisamente que ser consecuencia directa del consumo de estimulantes, sino que pueden ser fruto de la calibración que hace el paciente de su potencial de afrontamiento al reconocer que tiene un problema con las connotaciones sociales de una drogodependencia, esto es, un problema que lo estigmatiza.

Los trastornos del estado de ánimo que no son consecuencia del consumo tardan más tiempo en desaparecer que los que sí son consecuencia de éste. Por ello debemos plantearnos, aunque dependiendo de la etiología del trastorno del estado de ánimo, la actuación inicial con psicofármacos adecuados al caso o, por el contrario, esperar la lógica remisión de síntomas.

La autoestima vulnerable del paciente narcisista lleva en ocasiones a tener que posponer una intervención si se ha producido consumo esporádico tras un período de abstinencia. La situación de reconocimiento de consumo, que con frecuencia es compulsivo en los casos de cocaína, lleva al paciente a no poder seguir las instrucciones terapéuticas o bien a entrar en un estado extraordinariamente derrotista. El paciente narcisista debe ser capaz de asumir la importancia que tiene en un proceso terapéutico de estas características, el análisis funcional de su comportamiento adictivo. Sólo así podrá avanzar en su autoconocimiento.

Cuando el «episodio depresivo» propio de la etapa que sigue a la ingestión de cocaína le provoca emociones y cogniciones que lo sitúan en el polo opuesto a lo habitual, nos encontraremos con una especial dificultad para enseñarle estrategias de afrontamiento de situaciones personales como ésta. Y esta dificultad aún se incrementa más si se le pide al paciente que replantee el modo en que llega a sus conclusiones habitualmente.

Resumiendo, lo expuesto hasta aquí deberá tenerse en cuenta si realmente se quiere ser operativo con adictos de las características descritas y que además presentan un trastorno histriónico de la personalidad. Todo esto forma parte de actuaciones que tendrán que tener en cuenta la presencia de trastornos psicopatológicos del Eje I cuando se dan en un drogodependiente con trastorno histriónico de la personalidad, ya que los síntomas de los trastornos del Eje I y II podrían confundirse.

#### 6.3.2.4.3. Aumentar la adherencia al tratamiento

A la hora de establecer una relación libre de tensiones y sobre la que se puede basar la intervención, es recomendable transmitir empatía hacia las sensibilidades y desilusiones del paciente (Phillips y Gunderson, 1996). La falta de adherencia a los tratamientos se ve afianzada con más fuerza en la medida en que el adicto con estas características de personalidad tiene la tendencia a infravalorar las peculiaridades de otras personas, sobre todo si éstas no son de una posición sociocultural alta. Así, el hecho de que el paciente acepte que es una persona con problemas de drogodependencia puede hacerle igual al resto de personas que generalmente han tenido comportamientos socialmente recriminables.

Precisamente, desde el análisis terapéutico de las consecuencias que pueden darse en cada caso, podemos proporcionarle razones para conseguir su satisfacción personal recuperando la imagen social deteriorada, razones estas que lógicamente pasan por el cese del consumo.

Cuando el adicto consigue períodos cada vez más largos de abstinencia, tendrá que ser reforzado sistemáticamente por el terapeuta y familia, ya que esto será una forma de satisfacer sus necesidades narcisistas recompensando su capacidad de esfuerzo y responsabilidad en el proceso. La intervención con este drogodependiente debería prescindir, en la medida de lo posible, de las recriminaciones por los errores cometidos, dado que sería un ataque a su persona y esto llevaría consigo una alta probabilidad de abandono del tratamiento, y, muy posiblemente, respuestas de ataque hacia el terapeuta. Fundamentar la retroalimentación que recibe el paciente cuando realiza conductas favorecedoras del mantenimiento de la abstinencia llevaría a hacer más operativa su necesidad narcisista, condicionante que no desaparecerá por el hecho de dejar de consumir.

En el proceso de acercamiento al paciente durante la instauración del sistema terapéutico se deberá tener en cuenta que la intención de éste será intentar que focalicemos nuestras actuaciones exclusivamente en el problema de drogodependencia. Por tanto, y ante esta actitud se deberán hacer muy progresivamente referencias sobre el trastorno de personalidad, manteniéndonos en una postura de colaboración y dejando el peso de la toma de decisiones para el paciente.

Así mismo, podemos encontrar en el paciente una tendencia a despreciar las recomendaciones básicas que le podamos ir dando para el control del consumo, sobre todo en las primeras fases de la abstinencia. Por otro lado, no será útil luchar contra esta autosuficiencia, siendo mejor esperar a que nos demande ayuda para mantenerse abstinentes.

En el tratamiento de la drogodependencia de un adicto que a su vez presenta un trastorno narcisista de la personalidad se sabe que no es posible el abordaje directo de determinadas cuestiones que tienen que ver con su manera de ser. En este tipo de personas nos encontraremos con un talante presuntuoso que facilitará los momentos de desconcierto en las sesiones, y éste como consecuencia de no admitir instrucciones

terapéuticas. Enfrentarlo directamente con sus errores terminará sin duda en la ruptura de la relación terapéutica. Para evitar esto sería necesario hacer con él un recorrido sobre los intentos anteriores de superación de su problema, de forma que él mismo destaque los errores cometidos en el proceso hacia su abstinencia. De este modo, será más probable que pueda identificar entre sus deficiencias comportamentales la baja tolerancia a ser ignorado, derivándose ésta de la búsqueda continua de sentimientos de grandiosidad. Además durante la intervención tendremos que conseguir que acepte la posibilidad de que las personas con las que ha convivido habitualmente no tengan la imagen de él que éste supone, incluyendo la familia. Lo que sin duda afectará a futuras relaciones sociales y sobre todo a su conciencia de trastorno.

#### 6.3.2.4.4. Factores de riesgo para la recaída

La propia autoimagen del adicto es un factor de riesgo. Respecto a la autoevaluación sesgada, falsa y determinante de las interacciones sociales que el sujeto realiza, el consumo previo y continuado de droga está gestando en él una estrategia de autodefensa, quedando reforzadas en el consumo la superioridad y sensación de dominio con las que el paciente se siente plenamente identificado. Asimismo, la tendencia a escoger a personas de determinadas características que garanticen su estatus social puede introducirse como una elección de riesgo.

El consumo de estimulantes, y en especial la cocaína, refuerza el sentido grandioso de autoimagen. Desde esta necesidad, para el paciente narcisista, enfrentarse a la bajada propia de la desaparición de los efectos de la sustancia consumida supondrá una dificultad especial que, como drogodependiente que es, tenderá a resolver con el consumo. Para estos sujetos, los síntomas que aparecen tras el cese de aquél representan una dificultad mayor de lo que podría representar para otros pacientes consumidores sin un trastorno de personalidad de estas características. Y esto, porque los síntomas a que nos referimos representan el polo opuesto de las cogniciones básicas reforzantes de la personalidad narcisista. En la intervención con pacientes que sufren esta patología dual es conveniente tener en cuenta esta situación especial de malestar que, además de estar en función de efectos orgánicos como es «el bajón», también favorece la potenciación del malestar vivido como es consecuencia de la percepción que el sujeto tiene de sí mismo.

El peso de la moda tiene especial importancia en este tipo de adictos, sobre todo si en su entorno existen personas que consumen alguna sustancia de forma habitual. Así, si la tendencia del paciente a seguir las modas representa una parte importante de su repertorio, es posible que no todos los argumentos dirigidos al abandono del consumo de sustancias sean válidos.

En este tipo de personas, al existir la tendencia a exagerar el valor de sus actos, respondiendo por ejemplo con sorpresa cuando las alabanzas no se producen como consecuencia del esfuerzo que hace, es fácil confundir los indicadores de recaída de las reacciones típicas de demanda de atención. En estos casos se trataría de un síntoma más del trastorno que presenta, y por tanto, sería necesaria una intervención distinta a si se

estuviese fraguando una recaída. Como se puede observar, una vez más se solapan síntomas predictores de la recaída o de diagnóstico de fases iniciales<sup>66</sup> con los indicadores de abandono del consumo de drogas.

Las fantasías de éxito, poder, brillantez, etc., tan características en estos drogodependientes, se verán acrecentadas con el uso de la cocaína, por lo que no es de extrañar que tras el abandono del consumo existan consumos esporádicos tendentes, con más peso que en otros casos de drogodependencia, a buscar el refuerzo de estas sensaciones. Como consecuencia de esto, cuando se analiza la conducta de consumo se observa un cierto desconocimiento acerca de las causas que le llevaron a poner en riesgo su situación personal y familiar. Para afrontar síntomas como éste, y que no desaparecerán como en otros muchos casos por el hecho de dejar de consumir, se tendrán que reforzar claramente las medidas que el paciente acepte poner en marcha para el control de la abstinencia. Sean por ejemplo, que el paciente decide salir a la calle siempre con su pareja, acudir a casa en el horario acordado, no atender determinados clientes con los que ha podido consumir, etc., reforzando a su vez no solamente la abstinencia, sino también otras conductas de protección. También hay que decir que su frágil autoestima se ve especialmente deteriorada como consecuencia del consumo de alcohol, lo que a su vez supone un importante factor de riesgo para la recaída, ya que el consumo contrarrestaría con rapidez el malestar derivado del ataque externo que pudiese haber sufrido el concepto de sí mismo.

Los estados emocionales negativos parecen constituirse en un factor importante de riesgo en pacientes con trastorno narcisista de la personalidad, siendo estos los que puntúan más alto en hipomanía (Tejero y Casas, 1992). En estas personas es fácilmente observable conductas de huida y evitación de estados emocionales como la tristeza, por ejemplo, el desaliento, el miedo, la vergüenza, la ansiedad, etc. Siendo importante que el paciente empiece a reconocer cuanto antes que existe en él esta tendencia a la evitación de estados emocionales negativos.

El consumidor habitual de cocaína con un trastorno narcisista de la personalidad parece escoger como círculo de amistades a consumidores que, al igual que él, defienden y buscan una imagen social de éxito. El consumo en compañía de amigos con estas características<sup>67</sup> conllevará un modelado importante, ya que si bien es cierto ha podido decidir no consumir más cocaína, sin embargo, obtiene de esta convivencia una sensación de pertenencia al grupo que será reforzante en sí misma. Desde esta necesidad de identidad y de pertenencia los procesos de condicionamiento generadores de *craving*, ejercen un peso importante, lo que será un verdadero conflicto para el paciente en el caso en que haya decidido realmente dejar el consumo. La presión grupal es muy fuerte.

El hecho de tomar como referente a personas admiradas por el adicto pero que no han tenido problemas con el consumo, puede presentar para él una vía que facilite el control del consumo de la sustancia. Esto convierte a la familia o al terapeuta que le demanden el cese del consumo en personas que no sólo no comprenden su situación, sino que además desprecian las capacidades especiales que tiene. Como en otros casos, esto puede ser motivo de distanciamiento en el proceso terapéutico.

#### 6.3.2.4.5. Aumentar las habilidades empáticas

Como en el resto de los casos de drogodependencia, la participación de la familia puede representar un factor importante para el mantenimiento del proceso terapéutico en el paciente narcisista, el cual espera una dedicación incondicional, y a cualquier coste, por parte de su familia. Aspecto este que le llevará a creer que habrá comprensión y paciencia por parte de las personas de su entorno cuando se produzca un consumo esporádico. Para contrarrestar esto se deberían usar ejercicios que fomenten la capacidad empática, por cierto, muy disminuida en estos pacientes. El adicto tendrá que aceptar el hecho de que su familia avanza más lentamente en la idea de que él realmente va a controlar el consumo. Una reiteración de desilusiones en su familia puede terminar en la decisión de dejar a un lado al paciente, de forma que esta posibilidad debe contemplarse entre las razones que pueden motivar al paciente para avanzar en la terapia.

La capacidad de empatizar es determinante para establecer relaciones sociales en este tipo de personas. Pero las conductas de abuso, como la violación de los derechos asertivos y la desatención de las necesidades fundamentales de las personas de su entorno son frecuentes en estos pacientes. Por ello, la intervención genera normalmente malestar en el drogodependiente con este trastorno de personalidad, pudiéndose, por tanto, obtener respuestas inesperadas. En consecuencia, es muy útil que el paciente conozca la relación inevitable entre los disparadores-pensamientos-emociones (McCrary, Rodríguez y Otero, 1998), para que así pueda entender que el consumo de droga ha podido ejercer un efecto atenuante sobre las emociones desagradables.

#### 6.3.2.4.6. La familia y la pareja ante los cambios

En muchos casos se refuerza su imagen social y su sensación de superioridad en presencia de otras personas, que generalmente también son consumidoras, con lo que el aislamiento del grupo de consumidores se hace difícil, al estar pidiéndole con la ruptura que prescinda de una interacción muy reforzante para él. Asimismo, el hecho de introducir en su ambiente, porque algunas veces no puede prescindir de todos los sujetos consumidores por razones de trabajo, a algún familiar o amigo consciente del problema facilita conseguir la ruptura. Para conseguir esto, a veces hay que instaurar un estilo de vida distinto en horarios y actividades a las habituales para el paciente.

Con el objeto de que mejore la relación familiar se debería favorecer que el drogodependiente acepte que la familia desarrolle un papel importante en la terapia. Así, el sujeto debería ser quien diese retroinformación a su familia, en relación con los comportamientos que han sido analizados e identificados como susceptibles de modificarse durante las sesiones de terapia. De esta forma la familia no sólo estará cumpliendo con los objetivos propios de la intervención en un programa integrado de drogodependencia, sino que también estará facilitando el proceso de acercamiento al paciente, así como posibilitando la modificación de cogniciones de éste. Además, es muy importante abordar terapéuticamente la relación de pareja, si ésta existe. Y esto porque

las situaciones continuadas de conflicto son una sucesión de riesgos y disparadores para el consumo. Si la pareja del paciente no conoce la doble patología que éste porta, así como las conductas consecuentes de ésta, no podrá entender la verdadera dimensión del problema. De forma que las conductas que no guardan relación directa con el consumo son en muchas ocasiones más molestas que la propia situación de consumo. Cuando la pareja del paciente sea consciente de las características de personalidad de éste, podrá evitar el hecho de sacar conclusiones equivocadas acerca de su forma de comportarse. Es importante que la pareja comprenda la utilidad que tiene la aplicación de estrategias de refuerzo, como pareja aportará retroalimentación más productiva que si sólo interpretara los consumos esporádicos como agresiones que el adicto le hace.

En relación con el papel de la familia suele existir controversia entre la colaboración que ésta presta, las expectativas que tiene respecto al proceso que seguirá el drogodependiente y los errores o consumos esporádicos que suelen presentarse a lo largo del tratamiento. Los familiares suelen mostrar su enfado con claridad tras el consumo de droga, enjuiciando al adicto como alguien incapaz de modificar su situación personal. Esto es vivido por la persona narcisista como un ataque, de modo que en su defensa tenderá a restar importancia al consumo, actitud que, por otro lado, no beneficia su proceso de cambio. Teniendo esto en cuenta, en estos casos a diferencia de otros, quizás el refuerzo inmediato de conductas diarias será lo más importante. No obstante, si bien se sabe que reforzar su imagen puede ser perjudicial a largo plazo, sin embargo, si el refuerzo es correcto y puntual se puede evitar el abandono precipitado del tratamiento, al disminuir el malestar significativo del paciente ante el rechazo y la desaprobación. Recuérdese que el adicto con trastorno narcisista de la personalidad tiene más dificultad para aceptar una queja o corrección por parte de un familiar que otro tipo de adictos.

Téngase en cuenta que la familia puede no comprender muy bien la razón por la que queremos que se refuerce al adicto por pequeños logros cuando su problema es otro. Problema este que está teniendo graves repercusiones familiares, sociales, orgánicas y laborales.

La experiencia indica que tras un período prolongado de abstinencia, estando satisfechos de las mejoras alcanzadas, tanto el paciente como los familiares o pareja que lo acompañan en el proceso terapéutico, empiezan a surgir quejas de la pareja respecto a su relación, al considerarla fuente de insatisfacción y monotonía, y esto a pesar de la buena evolución del adicto respecto al abandono del consumo de drogas. Esto es, en estos momentos la pareja del paciente suele exponer en las sesiones de terapia quejas que no guardan relación con el problema de drogodependencia, pero que son importantes y, por tanto, susceptibles de ser atendidas.

Lo que podría abordarse fácilmente en otros casos, se torna complicado con este tipo de pacientes, ya que tienden a hablar de sus propios intereses de forma extensa, anteponiendo éstos a las necesidades de los demás y sobre todo a las de su pareja. Con el objetivo de que atienda las necesidades demandadas por ésta, se plantean dos metas terapéuticas sobre las que actuar:

1. Hacer consciente al paciente, a través de la potenciación de su capacidad

empática, de lo que siente su pareja y por qué lo siente, a pesar de haber dejado de consumir.

2. Instruir a la pareja en un proceso adecuado de exposición de quejas de forma escalonada, eligiendo bien el momento en que se exponen y con una formulación adecuada (pongamos por ejemplo las indicaciones susceptibles de usarse con el paciente y que podemos encontrar en Goldstein, Sprafkin, Gershaw y Klein, 1989).

Téngase en cuenta que cuando no se aborda la empatía puede darse cierta inestabilidad en la relación de pareja como consecuencia, no de la evolución del problema de la drogodependencia, sino más bien como fruto de una alteración que forma parte del trastorno de personalidad.

#### 6.3.2.4.7. La incorporación laboral

Como en el resto de drogodependientes que participan en programas de incorporación laboral, también el adicto con un trastorno narcisista de la personalidad debe presentar en su repertorio conductual prerequisites para adaptarse debidamente. En este sentido, es imprescindible que cuente con unas habilidades mínimas de comunicación, buena capacidad para empatizar, llevar algún tiempo abstinente, tener una menor necesidad de sentirse superior a los demás, saber aceptar quejas, conseguir autoevaluaciones sin que esto le sea incómodo, etc. Sabemos que el drogodependiente con este trastorno se adaptará mejor a unos puestos de trabajo que a otros. Así, existen muchas variables que afectarán a la interacción con las personas con las que tendrá que convivir en el puesto de trabajo, y las cuales habrá que tener en cuenta. Entre éstas encontramos, por ejemplo, la renuncia a desarrollar trabajos en los que pudiera verse compitiendo con otros (téngase en cuenta que esta percepción del paciente no siempre tienen que ser fruto de la realidad). Esto nos obliga a realizar un acompañamiento estrecho del caso, preparar la incorporación al trabajo, y planificar actividades que faciliten la incorporación sociolaboral por aproximaciones sucesivas.

### 6.4. LA INTERVENCIÓN CON EL SUJETO DROGODEPENDIENTE QUE PRESENTA A SU VEZ UN TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

#### 6.4.1. *Indicadores para la identificación del drogodependiente con trastorno antisocial de la personalidad*

##### 6.4.1.1. «Caracterización según el DSM-IV-TR»

En la aproximación que hacemos al adicto con trastorno antisocial de la

personalidad se debe evitar la utilización de un tono acusador (Othmer y Othmer, 1996), ya que es muy importante que éste se deje evaluar no sólo en lo relativo a la forma, la cantidad y el lugar en el que ha consumido habitualmente, sino también en relación con aspectos más amplios e importantes de sus hábitos cotidianos.

A lo largo de la evaluación tanto inicial, para la determinación del tipo de intervención, como de la evaluación continua que se da a lo largo del tratamiento, debemos tener en cuenta que los sujetos antisociales son muy sensibles a la evaluación negativa y evitan ser sometidos a la evaluación del terapeuta siempre que les sea posible (Millon, 1998). Esto justifica de algún modo el comportamiento desafiante, indisciplinado y en ocasiones agresivo hacia el sistema terapéutico, observándose esto sobre todo en los inicios del tratamiento.

Sin duda la coexistencia del trastorno antisocial de la personalidad y la drogodependencia es la más frecuente de las patologías ya comentadas. Esta concomitancia es en muchas ocasiones difícil de discriminar, ya que el drogodependiente generalmente acude a pedir ayuda cuando está consumiendo y posiblemente obligado por personas de su entorno. Así, el primer paso terapéutico debe ser realizar una buena evaluación, habida cuenta de lo complejo que es atender estos casos en los que se solapan tantas conductas desadaptativas. Por lo tanto, la evaluación de este tipo de trastorno reviste una especial dificultad sobre todo si tenemos en cuenta el grado de solapamiento que puede existir entre las alteraciones que la definen y las conductas típicas encontradas en cualquier drogodependencia en general, y en la heroína particularmente.

Por otro lado, estudios como el de Flynn, Graddock, Luckey, Hubbard y Duternan (1998) reflejan un mayor porcentaje de trastornos de la personalidad antisocial cuando se consume habitualmente más de un tipo de sustancia. Por tanto, es muy probable que el paciente con este diagnóstico consuma alguna sustancia más de la que inicialmente haya reconocido consumir al inicio del tratamiento. Tengamos en cuenta que el 50 por 100 de los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad presentan consumos de alcohol abusivos (Araluze y Gutiérrez, 1994), aspecto este que viene a agravar la dificultad de las intervenciones, sobre todo si se trata de personas adictas a la heroína.

En este sentido, Vaillant (1975) justifica la inevitable confusión que puede darse entre la psicopatología que nos ocupa y los comportamientos típicos e históricamente asociados al heroinómano. La mentira, el incumplimiento de acuerdos, la falta de sinceridad en relación con su decisión a abandonar el consumo de drogas, la aparente frialdad con la que el paciente puede enfrentar el sufrimiento de su familia, etc., son conductas que se describen como consecuencia de un período de drogodependencia a la heroína. No obstante, puede que desaparezcan estos comportamientos cuando el paciente evolucione hacia las fases más avanzadas del proceso de cambio descrito por Prochaska y DiClemente (citado en Graña, 1994) si es que se derivan del consumo de drogas.

Como elemento clave para la detección de este trastorno se tendrá en cuenta que la característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad es un patrón general de

desprecio y violación de los derechos de los demás, que comienza en la infancia o el principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta.

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR son:

a) Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se suele presentar a partir de los quince años de edad, como lo indican tres o más de los siguientes descriptores:

1. Fracaso en la adaptación a las normas sociales referentes al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
2. Deshonestidad, caracterizada por mentiras repetidas, utilizar un alias y estafar a otros para obtener un beneficio personal, o por puro placer.
3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
4. Irritabilidad y agresividad, siendo indicadores de éstas las peleas físicas repetidas o las agresiones.
5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros.

b) El sujeto tiene al menos dieciocho años.

c) Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de quince años.

d) El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

#### 6.4.1.2. «Los esquemas de la personalidad antisocial (Tomado de Beck y Freeman, 1995)»

1. Tengo que preocuparme por mí mismo.
2. La fuerza o la astucia son los mejores medios para hacer las cosas.
3. Vivimos en una selva en la que sobreviven los más fuertes.
4. Me golpearán a mí si no golpeo primero.
5. No es importante cumplir las promesas, no pagar las deudas.
6. Mentir y hacer trampas está bien, mientras a uno no lo atrapan.
7. He sido tratado injustamente y tengo derecho a conseguir por cualquier medio

- lo que me corresponde.
8. Los otros son débiles y merecen que los dominen.
  9. Si no desplazo a los demás, ellos me desplazarán a mí.
  10. Debo hacer todo lo que puedo hacer.
  11. Lo que los demás piensen de mí no tiene ninguna importancia.
  12. Si quiero algo, debo hacer todo lo necesario para conseguirlo.
  13. Puedo hacer las cosas y no tengo que preocuparme por las malas consecuencias.
  14. Si una persona no sabe defenderse, ése es su problema.

#### 6.4.2. *La intervención*

##### 6.4.2.1. «La relación terapéutica y la motivación para el tratamiento»

Siempre es importante controlar las variables que intervienen en el establecimiento de una relación terapéutica adecuada, refiriéndonos en el caso del tratamiento de las drogodependencias a la posibilidad de fomentar la sinceridad por parte del sujeto si, por ejemplo, se produce un consumo, asistencia periódica a las sesiones de terapia, no dejar de ir a las sesiones hasta recibir el alta, confiar en el psicólogo como profesional capaz de proporcionarle alternativas de análisis de su problema y de sus consecuencias, etc. En general, estos elementos deben ser abiertamente aceptados desde el momento en que el paciente informa de su intención de ponerse en tratamiento. Cuando esto es lo esperable y, sin embargo, encontramos una respuesta de ataque, de desafío, incluso en ocasiones de puesta en duda de la utilidad de asistir a nuestras citas, nos enfrentamos con lo que claramente es una actitud negativa e inapropiada para instaurar una relación terapéutica. En cualquier otro adicto sin este trastorno de personalidad, esto podría ser motivo suficiente para pedir al paciente que reconsiderase su decisión de ponerse en tratamiento, así como la de acudir a nuestras sesiones. No obstante, la relación con un sujeto drogodependiente con trastorno antisocial de la personalidad suele caracterizarse por este tipo de acercamiento, no siendo esto más que el hábito comportamental de éste.

La recepción que hagamos del caso tiene que prescindir de intervenciones con autoridad, distanciamiento, rigidez, exigencia, ya que este modo de actuar será para el paciente una razón indiscutible para dejar de ir al centro de tratamiento. El paciente tiene que empezar a ver en nuestras respuestas que la forma que ha empleado para relacionarse con las personas no es un estilo que podrá usar en la terapia, ya que evidentemente no tendrá que defenderse de nada. Superar esta barrera es imprescindible para dar paso a las actuaciones propias del tratamiento de las drogodependencias.

Se debe tener en cuenta que pretender moralizar al paciente, buscando con ello que se sienta culpable, para lo único que sirve es para reforzar su tendencia defensiva. Normalmente, la dinámica familiar se basa con frecuencia en esta premisa, por lo que la posibilidad de diálogo se ve mermada cada vez más. Igualmente, no es conveniente

mostrar una imagen de dureza como medio para la persuasión, dado que con ello reforzaremos sus hábitos de lucha sin obtener cambio alguno en su estilo relacional. Es necesario que el adicto no vea al terapeuta como alguien que pretende demostrarle, por ejemplo, el poder que tiene para la prescripción de determinado tipo de medicación, la información que dispone de él, los informes judiciales que puede emitir, etc.

La intervención con el drogodependiente que presenta a su vez un trastorno antisocial de la personalidad tendrá que ser un proceso a través del cual se entrene a éste en la utilización del pensamiento abstracto, de forma que se vayan anticipando las consecuencias posibles de sus actos, las cuales tendrían que ser evaluadas desde la sinceridad y la empatía. Este ejercicio de abstracción irá instaurándose progresivamente y con más fuerza en las sucesivas exposiciones del paciente.

En toda relación terapéutica debe existir, como es sabido, un nivel de sinceridad capaz de facilitarle al terapeuta la obtención de toda la información necesaria para diagnosticar y, así, poder diseñar la intervención. También sabemos que la relación terapéutica en casos de drogodependencia se construye sobre el compromiso de que el paciente verbalice si en algún momento vuelve a consumir. Aunque se debe tener claro que no es fácil que el drogodependiente con trastorno antisocial de la personalidad sea totalmente sincero desde el principio de la terapia.

En el caso de este tipo de adicto, el hecho de mentir será un hábito que en principio no valorará como obstáculo para conseguir sus objetivos. Luchar contra esto podría fracasar, dado que descubrir la mentira en el paciente se convierte para él en motivo de orgullo personal. Ante estos pacientes debemos dejar claro que no se debe hacer nada para descubrir sus engaños, ya que nos pueden engañar cuando lo deseen por ser muy hábiles y que, por tanto, estaremos a disposición de su intención para abordar con seriedad su problema.

De una forma esquemática, Daley y cols. (1987) e Inman y cols. (1985)<sup>68</sup> analizan algunas actuaciones que pueden favorecer o entorpecer la intervención que se lleve a cabo con este tipo de pacientes. Dado que los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad suelen provocar contratransferencia, se aconseja:

- Evitar entrar en un patrón agresivo de relación con el paciente;
- Aprender a tolerar los aspectos personales menos atractivos;
- Mantener la distancia terapéutica lo suficiente como para poder trabajar;
- No reaccionar con excesiva pasividad ante el paciente, especialmente cuando éste resulta «simpático» o «seductor».

A través de un análisis no culpabilizador del paciente podemos ir acercándonos a él buscando los objetivos propios de una entrevista motivacional (Graña, 1994) de manera que el paciente discrimine hasta qué punto el consumo lo está imposibilitando para mantener su independencia. Independencia esta que desea permanentemente.

En muchos casos, estos adictos acuden a los centros de tratamiento de drogodependencias motivados por una experiencia de miedo, al haber sido agredidos por

otras personas que le reclaman deudas generadas por el consumo.

Las cuestiones que se han venido presentando como aspectos que hay que tener en cuenta para el tratamiento del paciente antisocial-drogodependiente, buscan la consecución de un objetivo básico que no siempre es posible. Al paciente le tiene que merecer la pena dejar de consumir e incorporarse a un sistema de vida en el que se encuentre integrado como el resto de los miembros de la sociedad. Esto supone en muchas ocasiones que el drogodependiente tenga que modificar muchas creencias, actitudes, expectativas y, sobre todo, su paciencia de obtener refuerzo a largo plazo.

Es frecuente que los pacientes con esta patología concomitante acudan a los centros de tratamiento con demandas poco sinceras y encubridoras de objetivos que no serían aceptados por el servicio asistencial. Cuando, por ejemplo, la relación se establece como consecuencia de una exigencia legal (sanción administrativa)<sup>69</sup>, ésta tendrá que organizarse en torno a objetivos muy claros, y observables, como por ejemplo, acudir a las citas para realizar análisis toxicológicos (verificación de la situación de abstinencia), dado que esto será un dato que se utilizará para informar al dispositivo legal. En realidad, debido a sus características sociocomportamentales, estos pacientes suelen ser objeto de multitud de detenciones como consecuencia de su historial delictivo y, por ello, también de reconocimientos policiales.

A pesar de las dificultades descritas en la instauración de la relación terapéutica, y siendo conscientes de que estos problemas son una realidad, no obstante existen casos en los que se instaura de forma adecuada la relación terapéutica (Woody y cols., 1985; citado en Phillips y Gunderson, 1996).

#### 6.4.2.2. «Dificultades de la intervención»

A continuación se describen los principales errores cognitivos a partir de los cuales el paciente con esta patología dual diseña su estrategia comportamental. Sean los siguientes: (1) la justificación reiterada de sus conductas; (2) elevar a verdad absoluta todo lo que piensa; (3) creer en la infalibilidad personal; (4) razonamiento emocional, creyendo que lo que siente en cada momento es absolutamente verdad; y (5) que las consecuencias de sus conductas son de bajo impacto. Probablemente el paciente no pueda modificar cogniciones como éstas si las asociamos constantemente al hecho de la drogodependencia, pero sí puede facilitarse el cambio si concretamos los análisis terapéuticos. Para ello es importante que tengan en cuenta también sus acontecimientos cotidianos para que así puedan verificar la existencia de similitudes con los de otras personas.

El tratamiento de este trastorno lleva consigo una gran dificultad, habiendo coincidencia entre la mayoría de autores de la necesidad de diseñar cuidadosamente las líneas de intervención. Se debe ser consciente del grado en que la existencia de un trastorno de personalidad de estas características puede influir de manera determinante en el transcurso de la terapia (Tukart y Carloson, 1984; Tukart y Maisto, 1985;

Messelbrock, Meyer y Hesselbrock, 1992; Graña y Crespo, 1996). Por otro lado, la intervención con el drogodependiente antisocial es claramente laboriosa, ya que su trastorno no suele presentarse solo, sino más bien junto a algún otro del Eje I y/o II (Sher y Trull, 1994). Además, parece oportuno ser conscientes, durante el establecimiento del programa de tratamiento, de la posibilidad de que se presenten episodios depresivos, síntomas de ansiedad generalizada y un mayor número de problemas en comparación con las personas con este trastorno que aún no han decidido ponerse en tratamiento (Rounsaville y Kleber, 1985)

La intervención en este trastorno de personalidad requiere una organización reglada de actuaciones por parte del terapeuta, el cual no solamente evaluará la conducta adictiva, sino que también intervendrá progresivamente sobre los aspectos que se deriven del conocimiento de este tipo de trastorno.

Según Petterson (1996) (citado en Graña y Crespo, 1996), las intervenciones con un sujeto que presenta un trastorno antisocial de la personalidad deben cumplir tres condiciones:

1. El paciente debe reconocer que tiene un problema;
2. El comportamiento del paciente debe estar de algún modo en función de las consecuencias futuras de éste.
3. Debe producirse una relación terapéutica entrañable.

A la hora de establecer las pautas de intervención se deberá tener en cuenta las distinciones significativas en torno a las diferencias clínicas que pueden presentar dos pacientes que, aun presentando igualmente un trastorno de la personalidad antisocial, pueden variar el curso del tratamiento si no se contemplan las características distintivas respecto al tipo de sustancia de la que dependen. El sujeto con personalidad antisocial y consumidor de cocaína puede presentar demandas y reagudizaciones de la sintomatología distintas al consumidor de heroína. En esta línea tendremos en cuenta el consumo de alcohol como variable que produce cambios importantes, ya que facilita la aparición de problemas que torpedean el correcto desarrollo de la intervención terapéutica.

Si el drogodependiente acepta el control externo, debe mejorar su compromiso de responsabilidad en sus actuaciones. Esto es, en la adquisición de responsabilidades hay que intentar que las normas impuestas desde el centro de tratamiento sean claras y explícitamente delimitadas, debiéndose aplicar sanciones derivadas de su incumplimiento de forma contingente e inmediata. Téngase en cuenta que si esta actuación la percibe el adicto exclusivamente como una demostración de nuestro poder, sin llegar éste a considerar las consecuencias negativas que tendría para él incumplir las normas, probablemente no consigamos los objetivos terapéuticos previstos a medio o a largo plazo.

#### 6.4.2.3. «Aumentar la adherencia al tratamiento»

Parece que la alternancia equilibrada entre la rigidez y empatía es el mejor modo de facilitar momentos en los que el adicto con este trastorno cuestione su repertorio conductual habitual. Y esto, para que así pueda comenzar a valorar que sus conductas no sólo hacen daño a otros sino que también se lo hacen a él mismo. Es quizá en este tipo de drogodependiente donde parece reflejarse con más claridad la importancia que tiene para que decida dejar de consumir el desequilibrio entre coste y beneficio que supone seguir consumiendo.

En la enumeración de comportamientos que el paciente empezará a reconocer como problemáticos, encontraremos conductas tendentes como, por ejemplo, la destrucción de la propiedad, y que podrían estar presentes en su repertorio incluso antes del desarrollo de su drogodependencia. Partiendo de éste análisis, el paciente podría empezar a aceptar la existencia de un estilo de vida negativo que no sólo tiene que ver con su problema como drogodependiente.

El desprecio a los sentimientos y derechos de los demás es igualmente una característica llamativa y claramente visible en estos casos. Para profundizar en esto podemos planear un análisis escalonado de las consecuencias que ha tenido para él la drogodependencia. Quizás así se podría evitar la aparición de trastornos del estado de ánimo, los cuales suelen aparecer cuando sobrevienen remordimientos acerca de su pasado. Es frecuente ver que en este tipo de sujetos se siente especialmente mal al reconocerse responsables del malestar producido a personas cercanas a ellos. También deben revisar los momentos en los que lo han pasado mal por haber sido consumidores habituales de drogas.

Reconocer su inteligencia, capacidad, sabiduría, puede servir para que el adicto no las emplee contra la terapia o el terapeuta, a la vez que como una fuente de gratificación procedente del terapeuta. La reflexión con el paciente tendrá que tener en cuenta cómo el consumo de drogas no solamente ha dañado su imagen entre las personas cercanas a él, sino que también le ha impedido triunfar en la consecución de objetivos materiales, lo que suele significar para él en motivación importante para el cambio.

La impaciencia para la consecución de metas es igualmente una dificultad para el desarrollo del proceso terapéutico, afectando probablemente a la adherencia a éste. Para actuar sobre ella parece razonable entrenar al paciente en la planificación y consecución de metas a corto y medio plazo, para después aspirar a otras a más largo plazo. Las metas establecidas tendrán en principio que prescindir de nuestra participación directa, para así evitar que el drogodependiente se sienta controlado por nosotros y, por lo tanto, evitar su rechazo.

La adherencia puede igualmente verse afectada por el tiempo que emplearemos en las sesiones de tratamiento. El paciente con trastorno antisocial de la personalidad suele tener una capacidad de atención reducida, lo que obliga a planificar las sesiones cortas (Othmer y Othmer 1996). La experiencia que muchos profesionales refieren es que en ocasiones parece muy útil dedicar menos tiempo a las sesiones pero que éstas sean más frecuentes.

#### 6.4.2.4. «Consideraciones básicas para la intervención»

##### 6.4.2.4.1. El paciente tiene que asumir los objetivos terapéuticos

El desarrollo del programa de intervención tendrá que pasar por preparar al adicto en un primer momento a través de la modificación de cogniciones y de hábitos de consecución en un futuro más lejano, para que así pueda contemplar las consecuencias de sus conductas a más largo plazo de lo que hasta ese momento toma como criterio de evaluación personal (Beck y Freeman, 1995). Para el logro de esto parece adecuada la utilización discriminada del refuerzo positivo, haciéndole comprender al paciente las diferencias positivas y negativas de las consecuencias de su conducta (Gigena, 2000). Por tanto, un objetivo muy importante es que el drogodependiente aprenda a prever las consecuencias a largo plazo de las conductas que emite. En este mismo sentido y teniendo en cuenta el tipo de adicto a que nos referimos, parecen más adecuados los programas basados en el modelo de autocontrol y en las teorías de aprendizaje, en los que el paciente será su propio agente de cambio (Daley y cols., 1987 e Inman y cols., 1985)<sup>70</sup>. El principal problema para que el paciente antisocial acepte el reto de cambiar consiste en hacerle comprender que el resto de las personas con las que se encuentra no tiene intención de coartar su libertad. Por eso, darle prioridad a los controles terapéuticos y familiares, por el mero hecho de estar en tratamiento, puede suponer el abandono inmediato del mismo. Sólo cuando el paciente vea la posibilidad de que se le acepta tal y como es, y sin percibir que su entorno desea impedir su libertad, empezará a comunicarse con nosotros con disposición a analizar su estilo de vida.

Para intervenir con estos pacientes se recomienda tener en cuenta que éstos también tienen aptitudes para prever y actuar sobre los posibles resultados negativos de sus acciones (Beck y Freeman, 1995). Si partimos de la supuesta incapacidad del paciente para generar respuestas en sentido contrario a las que está acostumbrado a emitir, llegaremos inevitablemente a despreciar la posibilidad de que pueda cambiar, con lo que empezaría a cronificarse el caso desde el momento en que se diagnostica.

Siendo conscientes de la posibilidad de que aparezcan cambios emocionales tras el cese del consumo habitual de drogas, debemos advertir al paciente de la posibilidad de que experimente estados emocionales negativos como consecuencia del cambio a una situación de no consumo. Además, debemos considerar la posibilidad de que desarrolle trastornos afectivos como consecuencia de la evaluación que realiza de su propia historia de infracciones. Es aconsejable comentar esto previamente con el paciente con el fin de que pueda integrarlo como una experiencia normal, lógica e incluso adecuada para el proceso de tratamiento que empieza. Para que el adicto asuma los objetivos de intervención insistiremos en que se lleve a cabo una evaluación comprensiva, y junto a su familia, de los hechos evitando enjuiciarlo dado que éste podría ser motivo, como en otros casos, de abandono.

##### 6.4.2.4.2. Estrategias y tácticas terapéuticas según Millon

Millon (1998), describe las siguientes «estrategias y tácticas terapéuticas para el prototipo de la personalidad antisocial»:

— Objetivos estratégicos:

- Equilibrar las polaridades:
  - = Centrar más la atención en las necesidades de los otros.
  - = Reducir las actuaciones impulsivas.
  
- Contrarrestar las perpetuaciones.
  - = Reducir la tendencia a la provocación.
  - = Ver el afecto y la cooperación como algo positivo.
  - = Cambiar las expectativas de degradación.

— Modalidades tácticas:

- Compensar el descuido y el comportamiento como previsor.
- Motivar el comportamiento interpersonal responsable.
- Alterar las cogniciones desviadas.

#### 6.4.2.4.3. Algunos factores de riesgo para la recaída

El drogodependiente con trastorno antisocial de la personalidad representa una tipología caracterizada por generar grandes dificultades en la intervención, lo que se incrementa cuando no se mantiene abstinentemente.

La experiencia nos indica cómo heroinómanos o consumidores habituales de *speedball* han mejorado en lo que respecta a los síntomas del trastorno de personalidad y posteriormente han vuelto a aparecer como consecuencia del consumo abusivo de alcohol y cocaína. Lo que viene a demostrar una vez más como objetivo terapéutico muy importante el control del consumo abusivo de otras sustancias, aunque no sean éstas inicialmente percibidas como relevantes por el adicto.

Son conocidas las consecuencias de la mezcla entre el alcohol y los psicofármacos. El abuso de alcohol es, por otra parte, bastante frecuente en estos adictos (Yates y cols., 1995), llegando al 50 por 100 de casos en que el alcohol se puede asociar con claridad al trastorno antisocial de la personalidad (Lewis, Robins y Rice, 1985; Hesselbrock y cols., 1985; Schukit, 1985; Rounsaville y cols., 1987; Limosin, Ades y Gorwood, 2000). Esta coexistencia representa sin duda un alto riesgo no sólo para provocar una recaída en el consumo de drogas, sino también para el desarrollo de conductas propias del trastorno.

Plantear una intervención inicialmente sustentada en el antabus (con algún interdictor del alcohol) podría evitar el consumo de alcohol que claramente torpedea las posibilidades de consecución de los objetivos terapéuticos.

Parece ser frecuente que estos pacientes se dediquen también al tráfico de estupefacientes, actividad que los lleva a conseguir dinero fácilmente, constituyéndose éste en un elemento de recaída frecuente, sobre todo cuando son interpelados por anteriores amigos traficantes para volver a dicha actividad. Contactos como los descritos llevan a que el adicto se cuestione su capacidad de saltarse una vez más la ley, consideración esta especialmente atractiva para él. Poner en conocimiento de su familia la actividad a que se ha dedicado (con el consentimiento del paciente) puede ayudarle a evitar estos contactos, y así sus consecuencias.

Para evitar interrupciones terapéuticas es recomendable que el paciente informe de las deudas que tiene y solventarlas en la medida de lo posible y esto, claro está, cuando no sea una cantidad muy elevada, lo que supondría posponer el pago para cuando tenga medios propios. En ocasiones es precisamente esto lo que hace que vuelva a tener relación con consumidores, que busque dinero fácil vendiendo droga y así recaiga en el consumo.

#### 6.4.2.4.4 La baja tolerancia a la frustración

El adicto con trastorno antisocial de la personalidad se caracteriza también por su baja tolerancia a la frustración. La necesidad que tiene de satisfacción inmediata es un aspecto que hay que tener muy en cuenta. La no satisfacción inmediata puede llevar consigo conductas agresivas, que pueden llegar a ser incluso hostiles (García y Graña, 1987). Con el objetivo de contrarrestar la defensa que el paciente ejerce cuando se siente evaluado, podemos argumentar que las características descritas forman parte del estilo de vida donde efectivamente existe una baja tolerancia a la frustración, pero que puede cambiar si así lo desea. El problema de que se mantenga el estilo de vida característico del drogodependiente con trastorno de la personalidad estaba en que no llega a ser consciente de los problemas que se le avecinan hasta que éstos están presentes.

Como es de esperar, el mantenimiento de la abstinencia en el paciente antisocial se ve claramente entorpecido por la presencia de creencias que refuerzan su *necesidad hedonista de experimentar cosas que proporcionen sólo placer inmediato o a través de las cuales se consiga el reconocimiento y significación momentánea* (Millon, 1998). Debemos, por tanto, considerar la presencia de factores de riesgo altamente significativos entre las motivaciones, aunque podamos prever el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. Cuestiones como ésta llevan al drogodependiente igualmente a volver al círculo de amigos con los que ha compartido experiencias. Para el adicto antisocial puede ser difícil entender el hecho de que el psicólogo se empeñe en que sea capaz de retrasar el refuerzo cuando puede tenerlo en este momento o por qué es importante que el refuerzo se obtenga a largo plazo y no a corto plazo.

Una de las metas intermedias que hay que conseguir debe ser, por consiguiente, el

aumento de la capacidad del paciente para retrasar el refuerzo, aspecto este que por otra parte suele llevarle a consumir de forma esporádica. Siendo muy importante superar esa dificultad para así poder alcanzar otras metas terapéuticas más a largo plazo y más complejas.

#### 6.4.2.4.5. La impulsividad

El drogodependiente con trastorno antisocial de la personalidad suele ser impulsivo. Esta impulsividad puede manifestarse de diferentes formas. Esto es, por un lado, puede llevarle a la transgresión sistemática de las normas de convivencia y, por otro, al desarrollo pronto del deseo de consumo. El paciente debe ser consciente que la presencia de deseo y la posterior conducta de consumo de droga podría llevarle a considerar que a pesar de esforzarse en cambiar algunos rasgos de personalidad no está consiguiendo cambios significativos en su estilo comportamental, especialmente en un elemento tan importante como lo es la impulsividad. Tengamos en cuenta que al deseo de consumir generalmente se asocia un impulso irreprimible para el consumo.

Igualmente, la ira representa para Tukart (1990) un objetivo terapéutico fundamental en estos casos. Para la intervención el autor sugiere el «manejo de la ira», especificando los estímulos que la provocan. Es posible observar cómo niveles elevados de ansiedad *craving* generan respuestas de ira, y que éstas pueden por error llevar a identificar como el único factor que genera ira la imposibilidad de consumir drogas. El adicto con este trastorno debe reconocerse impulsivo, además de saber que pueden aparecer respuestas de ira que no tengan necesariamente relación con el consumo.

Entre los drogodependientes con este trastorno de la personalidad son frecuentes las conductas de alto riesgo, que pueden favorecer el contagio de enfermedades de transmisión por vía parenteral, y también las relacionadas con contactos sexuales. Si bien las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas normalmente desaparecen tras el cese del consumo, no obstante, las relacionadas con la conducta sexual pueden seguir presentándose de forma impulsiva. Téngase en cuenta que las conductas de alto riesgo, por otro lado, pueden verse incrementadas como consecuencia de la disminución en los niveles de miedo, ansiedad y aprensión que se producen tras el consumo de morfina u opiáceos (Martín y Lorenzo, 1998).

Con una intervención que actúe sobre la impulsividad y la ira podremos ir incluyendo estrategias dirigidas al control, cambio y desarrollo de conductas mantenedoras de la abstinencia. Entre las que hay que incluir la autoevaluación de factores precipitantes de recaída, para así poder generar conductas incompatibles con la de consumo. Esta estrategia proporciona al adicto antisocial un medio más para modificar la necesidad de la inmediatez de las cosas que lo gratifican.

#### 6.4.2.4.6. El establecimiento de relaciones sociales fuera del entorno de consumidores

Se hace especialmente necesario potenciar su capacidad para empatizar. Este

aspecto constituye una ayuda importante para la consecución del resto de objetivos terapéuticos, y que no sólo afecta a la comprensión del adicto sobre las consecuencias de su comportamiento sobre la familia y la sociedad, sino que sirve para incrementar la motivación para la integración en grupos sociales en los que no se consuman drogas.

El drogodependiente con trastorno antisocial de la personalidad normalmente es conocido por un «alias». Para facilitar el proceso de incorporación a un nuevo entorno social, el drogodependiente debe ser consciente de la importancia que tiene evitar que las nuevas personas con las que empezará a relacionarse se dirijan a él por su «alias». Por tanto, es importante que insista en ser llamado por su nombre, circunstancia esta que puede ser un buen motor en los primeros compases de integración social.

El sujeto antisocial... *nunca confía en que los otros actúen de forma sincera y desinteresada* (Millon, 1998). Esto significa que debemos reestructurar sus creencias en relación con las nuevas interacciones sociales que se pretenden instaurar. Así, el adicto tendrá que aceptar que las personas con las que se va a relacionar no tienen por qué tener las mismas motivaciones que las personas con las que previamente se ha relacionado en su fase adictiva; esto es, otros consumidores de drogas. Téngase en cuenta que el sujeto antisocial que, tras haber dejado de consumir, se dispone a incorporarse a algún programa de formación o incorporación social, puede distanciarse en ocasiones de las propuestas terapéuticas por su miedo a ser vulnerable, lo que terminará siendo una dificultad más para acercarse a otras personas.

Los elementos que se vienen describiendo sirven para instaurar un sistema de relación con una población de no consumidores, los cuales podrían rechazar a este tipo de personas por dos razones: 1) los sujetos del entorno habitualmente conocen el historial delictivo y problemático del drogodependiente; y, 2) la forma utilizada para acercarse el paciente a otras personas no consumidoras se caracteriza, normalmente, por un comportamiento frío, distante y desconfiado, lo que lleva a éstas a mostrar precauciones para evitar ser víctimas de posibles conductas indeseables provenientes de aquél.

El adicto tiene que descubrir que en el ambiente social de no consumidores no existe una tendencia a la violación sistemática de los derechos, ni a las manipulaciones ocultas o intenciones mezquinas. Además, tendrá que valorar la posibilidad de experimentar nuevas experiencias en las relaciones sociales. De forma que no consumir sustancias muy posiblemente le facilitará el poder experimentar la serenidad de un ambiente que no pretende hacerle daño.

Con el drogodependiente antisocial parece ser útil la terapia de grupo cognitivo-conductual, ya que ésta le ayudará a conocer técnicas de autocontrol y desarrollar habilidades sociales en general (Caballo, 1995), sirviendo el éxito de otras personas del grupo como modelos para el paciente (Millon, 1998).

#### 6.4.2.4.7. La incorporación laboral

El adicto con trastorno antisocial de la personalidad parece tener multitud de

dificultades derivadas de su comportamiento para la adaptación a un programa normalizado de incorporación sociolaboral, por lo que la decisión de incorporar estos casos a programas de formación laboral no puede estar determinada por el mero hecho de estar o no consumiendo drogas en el momento de su incorporación. Criterio este, por cierto, con mucho peso hasta hace poco en los dispositivos asistenciales. Es probable que si no se han abordado variables como las descritas en apartados anteriores, el adicto recaerá en sus conductas antisociales y, como consecuencia, le será difícil sacar rendimiento del programa al que se incorpora, pero además, también podría aparecer una recaída en el consumo de drogas.

Este tipo de personas suelen presentar un comportamiento irresponsable y no cumplidor de normas. Así el entrenamiento y seguimiento de instrucciones para el cumplimiento de normas puede facilitar el establecimiento de conductas que son prerequisites y de repertorio previo para otras muchas. La experiencia en el desarrollo de programas de incorporación laboral recoge normalmente una diversidad de dificultades a las que el paciente antisocial tiene para adaptarse. Esto es, cuestiones tan básicas como el horario o las normas de convivencia en el puesto de trabajo. El incumplimiento de normas suele tener como consecuencia no sólo la posibilidad de despido o de quejas de los responsables del puesto de trabajo a los supervisores de los programas de formación, sino también el rechazo de los mismos compañeros de desempeño. Aspecto este último que hay que tener muy en cuenta si se quiere evitar el abandono del programa por parte del paciente.

Aunque los sujetos con trastorno antisocial de la personalidad suelen presentar ante las personas con las que se relacionan una imagen caracterizada por la amabilidad y la madurez, no obstante, parecen mostrar una gran facilidad para desarrollar, en poco tiempo y de forma inesperada, conductas que más bien pueden describirse como de todo lo contrario. Esto representa un verdadero problema para el aprovechamiento de los programas de formación y/o incorporación sociolaboral. Es por esto que las actividades dirigidas a la incorporación sociolaboral de pacientes de este tipo tienen que ser, más que nunca, plenamente aceptadas por ellos, esto es, deben reconocerse en sus propias conductas antisociales, y así describirlas como inadecuadas, y valorar la posibilidad de que aparezcan en su puesto de trabajo problemas que hasta ahora resolvían de modo erróneo, además de proponer qué conductas serían más adecuadas para adaptarse al puesto de trabajo que tienen. Estas descripciones deberán servir para evaluar la evolución del drogodependiente en su proceso de adaptación sociolaboral. Evaluación que debe ser continuada, ya que en los procesos de incorporación a programas de formación laboral cuyo fin es la inserción sociolaboral, suelen ser muy frecuentes los abandonos antes de concluir el período de formación. Al igual que en otros casos de patología dual, en éste es recomendable empezar por desarrollar trabajos que puedan hacerse en poco tiempo sin errores para así aumentar la probabilidad de éxito y, por tanto, de gratificación, en la realización de la actividad. Igualmente, se tendrá que elegir un puesto de desempeño para el que el paciente haya sido formado, y así motivado, previamente. El sujeto antisocial se cansa con facilidad, se aburre y tiene gran dificultad para ser perseverante en sus

responsabilidades. Por lo tanto, se puede decir que estas variables son extraordinariamente relevantes para la puesta en marcha de programas destinados a la formación y a la orientación en todo proceso de incorporación sociolaboral, debiéndose tener claro que el sujeto antisocial no debe inicialmente realizar tareas con las que no se sienta activado y que le hagan mantener el interés, ya que de lo contrario entraría, muy posiblemente, en un estado de desidia, aburrimiento y, como consecuencia, de abandono de los objetivos.

#### 6.4.2.4.8. El uso de metadona

El adicto con trastorno antisocial de la personalidad frecuentemente hace una demanda de ayuda que se acompaña de problemas bio-psico-sociales. Su impulsividad le lleva a desarrollar conductas en ocasiones de alto riesgo, teniendo por tanto gran dificultad para contener el deseo de consumo. Además, en los casos de larga evolución, el drogodependiente se suele sentir incapaz de hacer frente al síndrome de abstinencia con fármacos que pretenden aminorar su intensidad. En estas condiciones, el objetivo inmediato es que el sujeto deje de consumir. Con esta finalidad inicial se plantea el uso de metadona como sustitutivo de consumo y como elemento de aproximación al no consumo.

Para avanzar en la instauración de períodos largos de abstinencia se debe conseguir que el paciente vaya analizando los cambios que va teniendo por el hecho de estar en tratamiento, además de los problemas que va encontrando para mantener la abstinencia. Existe cierto nivel de coincidencia entre los profesionales que atienden a drogodependientes en que para la consecución de objetivos terapéuticos hay que proporcionarle necesariamente una dosis adecuada de metadona<sup>71</sup>, para así poder ocuparnos de conductas que no tienen que estar directamente relacionadas con el consumo y, por tanto, evitar que el paciente se enfrente a problemas añadidos a los derivados de su trastorno de personalidad. En esta situación terapéutica el paciente debe ir evaluando las variables que entorpecen su independencia, habida cuenta de que la aceptación y buen uso de la estrategia de dispensación de metadona está en gran medida en función de las expectativas de utilidad que de ello tenga el propio sujeto.

#### 6.4.2.4.9. La participación de la familia

Frecuentemente, el adicto con esta psicopatología acude al centro de tratamiento habiendo realizado varios intentos previos de abandono del consumo de droga. Al inicio del tratamiento suelen tener una relación muy deteriorada con su familia. También es muy común ver cómo la familia acude al centro, en respuesta a la demanda del paciente, con el solo objetivo de poner en marcha un programa de desintoxicación o mantenimiento con sustitutivos, para lo que es necesaria la colaboración de algún familiar. En las condiciones en las que los familiares ven cómo la petición de ayuda que hace el adicto sólo es para custodia de la medicación, y en las que observan también la

falta de motivación de éste para someterse a una intervención biopsicosocial, es muy posible que se generen expectativas negativas de éxito en el tratamiento.

Para que los familiares del adicto puedan participar activamente en la evaluación del caso, informando no sólo de su evolución en el tratamiento sino también de las características de sus hábitos, es necesario que el paciente lo acepte, y será así si no se siente juzgado. Por lo tanto, para la consecución de una buena relación terapéutica, se tendrá que valorar en qué medida el sistema familiar favorece esta posibilidad o si, por el contrario, refuerza la conducta antisocial del paciente como consecuencia de un exceso de presión.

Lo descrito hasta ahora viene una vez más a corroborar la importancia que tiene, para el desarrollo de un programa de tratamiento, el hecho de que la familia del paciente conozca la existencia de patología dual. Igualmente es necesario que el adicto acepte la participación de su familia porque, de no ser así, se estará favoreciendo el abandono del tratamiento por parte de éste.

#### 6.4.2.5. «El tratamiento en régimen de internamiento»

El ingreso en un centro de tratamiento<sup>72</sup> en régimen de internamiento puede ser, en ocasiones, la única vía que tengamos a nuestro alcance para que el paciente pueda recibir el entrenamiento necesario en el cumplimiento de normas, en estrategias para poder reflexionar sobre el universo de lo abstracto, en repertorios para poder empatizar con otras personas y conocerlas con más profundidad, etc. El ingreso es una opción útil para casos de patología dual (Fameswski, 1999). Además, últimamente, todo parece indicar que los programas de intervención en comunidad terapéutica parecen estar adaptando sus esquemas a las peculiaridades de este tipo de adictos, aunque si bien es cierto no todos los centros están en este momento en la misma fase de adaptación y actualización.

No es conveniente en un primer momento, y debido a las características de este tipo de pacientes, imponer su ingreso en un centro de internamiento. Es probable que hasta que el paciente no pase algún tiempo en tratamiento ambulatorio no sea totalmente consciente de su problema. Además, es necesario actuar sobre cualquier falsa motivación (por ejemplo, ir a tratamiento por miedo a intervenciones judiciales), ya que, de no ser así, no tendrá sentido recurrir al internamiento. Si el proceso es lento, se deberá intentar inducir al drogodependiente a que pida ayuda en este sentido, siendo él mismo el que debe decidir su ingreso en comunidad terapéutica.

Para que se produzca una adaptación adecuada el adicto debe conocer con detalle las normas habituales de convivencia del centro en que va a ingresar, el papel que tienen los monitores y terapeutas con los que va a convivir, y advertirle sobre algunas emociones y pensamientos que previsiblemente surgirán en el proceso de adaptación. Para mejorar su adherencia se reforzará la sinceridad del adicto con los monitores del centro, especialmente en torno a su verdadero nivel de satisfacción con el tratamiento que está siguiendo y en relación con las expectativas que pudieran afectar al correcto

desarrollo de la intervención.

Es necesario tener en cuenta, por tanto, la preparación que estos pacientes necesitan en el caso de prescribírselos el ingreso en un centro de tratamiento en régimen de internamiento, ya que éstos normalmente muestran más dificultades para adaptarse a las normas de convivencia que el resto de tipologías de drogodependientes.

#### 6.4.2.6. «El uso de psicofármacos en el tratamiento»

En relación con la intervención con psicofármacos en este trastorno de personalidad, hay que decir que existe cierta probabilidad de que aparezcan conductas violentas, y agresivas, ante las que sin duda habrá que actuar con farmacología adecuada. En un trabajo de Muller (1997), además de reseñar una serie de fármacos para este fin, entre los que se encuentran los antipsicóticos, litio, carbamacepina, psicoestimulantes, antidepresivos, el autor recomienda una especial supervisión de las concentraciones del fármaco por la tendencia del adicto al abuso y a la conducta suicida.

No existe tratamiento farmacológico para el trastorno de la personalidad antisocial, aunque se han considerado adecuados (Caballo, 1998) fármacos como la fluexetina, la benzodicepina, etc., aunque sólo para actuar sobre síntomas concretos como son la impulsividad y agresividad, conductas estas claramente presentes en el trastorno antisocial de la personalidad.

## El paciente drogodependiente con un trastorno de la personalidad del Grupo C (Obsesivo-compulsivo, por evitación o dependencia)

### OBJETIVO

El objetivo de este capítulo es que el lector conozca cómo se estructura una intervención terapéutica en drogodependencias cuando el adicto presenta un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo, por evitación y por dependencia, caracterizados, a diferencia del resto de trastornos de la personalidad, por mostrar un nivel elevado de ansiedad y actitud temerosa. Para ello se revisarán las variables de corte cognitivo-conductual que son relevantes en las intervenciones que se llevan a cabo con estos drogodependientes. Además, se establecerán los elementos terapéuticos diferenciados que hay que tener en cuenta para el desarrollo de programas de prevención de recaídas en el consumo de drogas cuando se trata de un adicto con esta patología dual.

### SUMARIO

- 7.1. El drogodependiente con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
  - 7.1.1. Indicadores para la identificación de drogodependientes con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
    - 7.1.1.1. Caracterización según el DSM-IV-TR.
    - 7.1.1.2. Contenidos de los esquemas del paciente con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
  - 7.1.2. La intervención.
    - 7.1.2.1. Objetivos básicos de intervención.
    - 7.1.2.2. La aceptación del trastorno por el adicto.
    - 7.1.2.3. Consecución progresiva de metas.
    - 7.1.2.4. El *acting-out*.
    - 7.1.2.5. Aprender a ver los matices.
    - 7.1.2.6. Funcionalidad del consumo.
    - 7.1.2.7. La terapia de grupo.
- 7.2. El drogodependiente que presenta un trastorno de la personalidad por evitación.
  - 7.2.1. Indicadores para la identificación del drogodependiente con trastorno de la personalidad por evitación.
    - 7.2.1.1. Caracterización según el DSM-IV-TR.
    - 7.2.1.2. Contenidos de los esquemas cognitivos en el trastorno de la

personalidad por evitación.

7.2.2. La intervención.

7.2.2.1. Estrategias de intervención.

7.2.2.2. La intoxicación como mecanismo de evitación.

7.2.2.3. Afrontar el malestar.

7.2.2.4. Aumentar la adherencia al tratamiento.

7.2.2.5. Aprender a autoevaluarse.

7.2.2.6. Entrenamiento en habilidades sociales.

7.2.2.7. Romper la relación con consumidores.

7.2.2.8. La incorporación sociolaboral.

7.3. El drogodependiente con trastorno de la personalidad por dependencia.

7.3.1. Indicadores para la detección del drogodependiente con trastorno de la personalidad por dependencia.

7.3.1.1. Caracterización según el DSM-IV-TR.

7.3.1.2. Contenidos de los esquemas cognitivos.

7.3.2. La intervención.

7.3.2.1. La demanda del adicto.

7.3.2.2. Objetivos básicos de intervención según Millon.

7.3.2.3. Desarrollo de la terapia.

7.3.2.4. Hacer nuevos amigos.

7.3.2.5. El miedo a la independencia.

7.3.2.6. La búsqueda de protección.

7.3.2.7. Intervención con psicofármacos.

7.1. EL DROGODEPENDIENTE CON TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

7.1.1. *Indicadores para la identificación de drogodependientes con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad*

6.1.1.1. «Caracterización según el DSM-IV-TR»

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, normalmente, está asociado a problemas de dependencia del alcohol. El paciente con este trastorno de personalidad se caracteriza por un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, y esto en detrimento de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficacia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, y circunstancias como lo indican cuatro o más de los siguientes descriptores:

1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o

los horarios, hasta el punto de perder de vista el objetivo principal de la actividad.

2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de la tareas (por ejemplo, es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y la amistades (no siendo esto atribuible a necesidades crónicas económicas evidentes).
4. Excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no siendo esto atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
5. Incapacidad para deshacerse de los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
6. Es reactio a delegar tareas o trabajos a otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.

#### 7.1.1.2. «Contenidos de los esquemas del paciente con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (Tomado de Beck y Freeman, 1995)»

1. Soy totalmente responsable de mí mismo y los demás.
2. Para que las cosas se hagan sólo puedo contar conmigo mismo.
3. Los demás tienden a ser demasiado informales, a menudo irresponsables, autocomplacientes o incompetentes.
4. Es importante que cualquier tarea se realice a la perfección.
5. Necesito orden, sistema y reglas para que la tarea se realice bien.
6. Si no soy sistemático, todo se derrumbará.
7. Cualquier falla o defecto en la ejecución puede provocar una catástrofe.
8. En todos los casos es necesario atenerse a las normas más estrictas, o las cosas no irán bien.
9. Necesito un control total de mis emociones.
10. La gente tiene que hacer las cosas a mi manera.
11. Si no actúo con la mayor competencia, fracasaré.
12. Los fallos, defectos o errores son intolerables.
13. Los detalles son extremadamente importantes.
14. Por lo general, mi modo de hacerlas cosas es el mejor.

#### 7.1.2. *Intervención*

### 7.1.2.1. «Objetivos básicos de intervención»

Para la intervención en casos de drogodependientes con este trastorno de personalidad tendremos, una vez más, que transportar indicaciones altamente interesantes pero más desarrolladas que para un caso de drogodependencia. Teniendo esto en cuenta, Millon (1998) sugiere los siguientes elementos clave que hay que considerar en la intervención con sujetos que presentan este trastorno de la personalidad:

- Objetivos estratégicos:
  - Equilibrar las polaridades.
    - = Identificar y estabilizar el conflicto «sí mismo-otros».
    - = Fomentar las acciones decisivas.
  - Contrarrestar las perpetuaciones.
    - = Aflojar la intensa rigidez.
    - = Reducir la preocupación por las reglas.
    - = Moderar la culpa y la autocrítica.
- Modalidades tácticas:
  - = Alterar el estilo cognitivo restringido.
  - = Ajustar los comportamientos perfeccionistas.
  - = Alegar el estado de ánimo solemne-abatido.

En estos puntos se recogen los elementos fundamentales para la intervención con este tipo de pacientes. Se debe hacer explícito que el caso de drogodependientes con este trastorno de personalidad se sabe que se diferencian de otros sujetos que no tienen un problema de drogodependencia, debiéndose tener éstas en cuenta en las estrategias de intervención.

Caballo (1996) presenta una descripción de este tipo de pacientes. Descripción que habrá que tener en cuenta a efectos de poder prevenir la recaída en el consumo. Este autor, parafraseando a Millon y Everly, dice:... *el paciente con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad odia cometer errores. Ésta es la razón por la que teme arriesgarse. Por lo tanto, como maniobra defensiva, se limita a aquellos pensamientos, aspiraciones y conductas conservadoras o que le son familiares. Tiende a ver las cosas en los extremos: bueno o malo, correcto o equivocado, blanco o negro. Posee poca capacidad para considerar las áreas grises... suelen ser predecibles.* Esta

descripción presenta en muchas ocasiones gran similitud con la información que dan de los pacientes sus familiares. Por tanto, estas características descritas se deben convertir en objeto de intervención para la evitación de la recaída, sobre todo porque el drogodependiente no parece tener dificultad en identificar estas cuestiones como elementos que le llevan a presentar estados emocionales negativos y, como consecuencia de esto, a estados de *craving*. La realización óptima de una tarea, como sabe, no es una característica distintiva de este tipo de drogodependientes. Puede que este rasgo empiece a aparecer con la intensidad propia del trastorno cuando ha cesado el consumo de drogas, siendo entonces el momento en que puede ser observable. Por esto es muy importante la realización de ejercicios para evitar la polarización de los análisis que el adicto hace de los acontecimientos. Una estrategia para ello puede ser el hecho de favorecer la realización de autoevaluaciones más laxas y objetivas, a la vez que más ricas en matices.

#### 7.1.2.2. «La aceptación del trastorno por el adicto»

El hecho de poder identificar este trastorno, por ejemplo, en sujetos consumidores de alcohol pasa por poder observar al paciente en un período de abstinencia. Esto es, las ocasiones en las que se ha podido observar la coexistencia entre un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y un caso de alcoholismo se han dado cuando el paciente ha dejado de beber, momento a partir del cual el adicto ha descrito sus necesidades y deseos en relación con la forma en que le gustaría organizar sus hábitos y ha empezado a ser consciente de los momentos en los que no se siente bien y el porqué de esto. El paciente con este tipo de trastorno, cuando se encuentra en la fase de consumo, suele presentar conductas desadaptativas, de conflictividad, de falta de responsabilidad en la realización de actividades de cierta importancia, así como relaciones sociales deterioradas. No obstante, el paciente parece mostrar una conducta diferente cuando deja de consumir, momento este en el que son observables sus necesidades. De forma que si no se tratan éstas debidamente, podrían constituirse en un importante factor de riesgo para la recaída en el consumo. Asimismo, este tipo de persona va identificando progresivamente cómo ciertos rasgos de personalidad le han llevado a posturas rígidas, estancadas y tensas ante situaciones normalizadas de la vida, lo que les genera a su vez estados de ansiedad y malestar emocional que afrontan normalmente con el consumo.

El paciente alcohólico con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo informa frecuentemente que entre los factores de riesgo para el consumo se encuentran el malestar emocional derivado de las interacciones negativas a nivel social, familiar y de pareja. Además dice tener una sensación de malestar, consecuencia de la dificultad constante para conseguir un determinado tipo de interacciones con las personas con las que convive. Con frecuencia muestra su extrañeza cuando, a pesar de haber dejado de consumir drogas, su pareja sigue quejándose. No obstante, esto puede ayudar a que el drogodependiente acepte que además de su adicción existe otro problema que tiene que ver con su personalidad. Se observa que cuando el paciente describe su propio estilo

atribucional empieza a aceptar una parte de responsabilidad fundamental para avanzar en el proceso de abandono del consumo, además de otros cambios que afectan a su personalidad. Será entonces cuando dejará de responsabilizar a personas de su entorno y, por tanto, ira aceptando que su estilo cognitivo podría en sí mismo generar estados emocionales negativos que a su vez podrían facilitar la aparición de *craving* (ansia por el consumo).

Normalmente los familiares del paciente describen a éste como alguien rígido mentalmente, con una forma de ser que les ha llevado en numerosas ocasiones a tener problemas de convivencia, de forma que la familia no suele asociar estas actitudes del drogodependiente al consumo de alcohol u otras drogas, sino que para ella terminan siendo un problema que tiene más que ver con su forma de ser y del que tiene que ocuparse personal e independientemente del hecho de dejar de consumir. Cuando este tipo de pacientes están abstinentes se comportan más claramente según sus rasgos de personalidad, entre los que cabe destacar *la presencia de un estilo de pensamiento extremadamente rígido, con una atención intensa y centrada en un detalle específico de una situación concreta* (Caballo, 1996).

El adicto con un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad descubre progresivamente las consecuencias que tiene su forma de ser entre los amigos o el entorno familiar. Lo va exponiendo poco a poco en la terapia como una realidad. Se observa cómo el componente más perjudicial para el propio drogodependiente y el elemento que más interfiere en su proceso de recuperación es su rigidez y su defensa incondicional de ideas aun existiendo oposición por parte de varias personas del entorno.

#### 7.1.2.3. «Consecución progresiva de metas»

El paciente con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad no tolera fácilmente el acercamiento emocional al poco tiempo de comenzar una relación, lo que nos obliga a tener que controlar la celeridad con que se van abordando temas importantes para su vida. Y esto, sobre todo si se tiene para ello que reconocer una sucesión de errores que representan la antítesis de sus verdaderos deseos en lo que a cumplimiento de normas se refiere. Así, las sesiones tendrán que ser, sobre todo al principio del tratamiento, extremadamente respetuosas ante los ojos del paciente. Cuando ha asistido a algunas sesiones y ha dejado de consumir, por ejemplo alcohol, se suele poder abordar sin dificultad los aspectos relativos a su historia personal, aunque para ello es necesario un determinado nivel de acercamiento emocional previo. Cuando se produce la incorporación a un grupo de terapia, si fuese el caso, debemos cuidar igualmente este proceso de acercamiento, el cual pasa por asegurarle que podrá intervenir en las sesiones de grupo cuando lo desee y no antes, así como el hecho de que no está obligado a manifestar experiencias de su vida que no quiera comentar en grupo. Sin aclarar estas cuestiones difícilmente aceptará incorporarse al grupo de intervención.

Es posible que cuando el paciente con problemas de drogodependencia deje de

consumir le invade un deseo intenso y persistente de solucionar de forma inmediata cuantas cosas están pendientes en su vida. Esto se hace más evidente cuando se da un deterioro que afecta a la relación con sus hijos, pareja, compañeros de trabajo y amigos. Es más, es probable que quiera solucionar todas estas cuestiones de una sola vez. Así, una actuación necesaria en el proceso de intervención en estos casos es la programación para la consecución de objetivos y el logro de metas, de forma que éstas sean alcanzables a tenor de sus posibilidades reales.

Esto es, se debe programar la consecución de metas de un modo realista, concretándolas, y evitando que éstas sean excesivamente amplias o ambiciosas para así poder identificar y revisar las conductas concretas que van dirigidas a la consecución de las mismas. En este proceso de consecución de metas es recomendable que los pacientes no esperen que todo mejore por el hecho de haber dejado de consumir alcohol, sino que tienen que ser parte activa del logro a nivel social, familiar y personal.

El establecimiento de las metas a que nos venimos refiriendo debe realizarse de forma que el sujeto obsesivo satisfaga las exigencias sociofamiliares. No obstante, se debe tener en cuenta que, según Beck y Freeman (1995), la conducta característica de este tipo de personas es indecisión, rumiación y posposición. Por lo tanto, es importante entender que el adicto tendrá que ir descubriendo dichas características como parte de él, a la vez que comprender que éstas pueden estar afectando al proceso de logro de objetivos.

#### 7.1.2.4. «El *acting-out*»

Para el tratamiento del drogodependiente con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se debe tener en cuenta, además del control del consumo de droga, la forma en que el sujeto hace frente a los objetivos terapéuticos. El adicto con esta psicopatología, generalmente, tiene menos dificultad para llevar a cabo las prescripciones terapéuticas cuyo fin tienen que ver especialmente con el control del deseo de consumo. Sin embargo, no es así cuando lo que se le pide es que modifique su forma de hacer frente a los diferentes aspectos de su vida como, por ejemplo, a la forma en la que debe solucionar los problemas en casa, la excesiva exigencia que muestra con las personas con las que se relaciona, el análisis de un problema en el que considere varios puntos de vista, etc.

Algunos pacientes hacen un *acting-out* de su control durante la terapia, sea de manera directa o pasiva-agresiva, no haciendo una tarea. Esto es fácil de observar cuando se le pide al paciente la realización de actividades para casa y él nos dice que no necesita dedicar tiempo a este tipo de cosas porque no se siente inicialmente cómodo realizándolas, o bien porque considera que no es exactamente el mejor modo de abordar su problema principal.

#### 7.1.2.5. «Aprender a ver los matices»

Conseguir que el adicto con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo realice observaciones y análisis de las situaciones más ricas en matices le facilita:

- a) Considerar más factores de riesgo significativos.
- b) Evaluar un mayor número de variables que en su historia personal hayan podido estar implicadas en la aparición de estados emocionales negativos.
- c) Ver la posibilidad de emplear diferentes conductas de protección ante el deseo de consumo, conductas que podrá emplear en muchas más ocasiones.
- d) Intervendrá en más ocasiones en la terapia de grupo, si es el caso.
- e) Realizará análisis que no sólo abordan aspectos emocionales, sino también conductuales y cognitivos.

El aprendizaje de posturas menos rígidas y la realización de análisis más ricos de los distintos acontecimientos parecen llevar al paciente a una situación de mejora personal al mediar una actitud más favorable hacia su propia realidad. Cuando esto se consigue, el paciente informa con una menor frecuencia del malestar derivado de su propio análisis y de las interacciones con otras personas, lo que favorece el hecho de que sea menos duro consigo mismo cuando tiene deseos de consumo. Al cambiar de estilo de vida, el drogodependiente avanza en la superación de la rigidez a que nos venimos refiriendo, sintiéndose más hábil en el control del consumo. Una de las cosas que identifican los familiares del paciente que deja de consumir es la menor terquedad de éste para defender determinadas cuestiones, así como la menor frecuencia con la que se enfada con otras personas de su entorno. En resumen, al paciente se le ve más tranquilo y satisfecho con su situación de abstinencia cuando previamente ha mejorado en aspectos significativos de su trastorno de la personalidad.

#### 7.1.2.6. «Funcionalidad del consumo»

Con el tratamiento de las drogodependencias se debe pretender, además de otras cosas, que el adicto sea consciente de la funcionalidad que para él ha tenido el consumo. Se sabe también que en etapas más avanzadas de las drogodependencias el consumo se realiza, entre otras cosas, para evitar el malestar derivado del síndrome de abstinencia. Cuando se analiza el momento en que aumenta considerablemente el deseo de consumo sin que el adicto sea consciente de la existencia de un estímulo elicitor de éste, es frecuente observar cómo el consumo tenía como objetivo mitigar estados emocionales negativos o bien procurar estados emocionales positivos y facilitadores de algunas conductas.

El drogodependiente con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo deja de hacer actividades por el mero hecho de creer que no conseguirá hacerlas con el grado de perfección que desearía, lo que se traduce en el incumplimiento de compromisos cuando se trata de poner en práctica estrategias para la prevención de recaídas. También tiene

cierta importancia tener en cuenta que el sujeto presenta más necesidad de guiar sus actuaciones por la productividad de las mismas que por el placer que podría derivarse de ellas. Estas cuestiones facilitan la aparición de estados emocionales negativos, generando a su vez dificultades para que el sujeto establezca hábitos nuevos y saludables. Los estados emocionales negativos constituyen en sí mismos un factor de riesgo para el consumo, de modo que el drogodependiente en tratamiento tendrá que incorporar cambios en su repertorio conductual que le ayuden a discriminar las conductas que son más adecuadas para su futura estabilidad emocional.

#### 7.1.2.7. «La terapia de grupo»

La incorporación al grupo de terapia ayuda al paciente a relativizar mucho los puntos de vista que ha defendido rígidamente ante sí mismo y, posiblemente, también ante su terapeuta. El sujeto, cuando se incorpora al grupo, tendrá que tener la convicción de que será él quien decida el momento en que exponga la información que considere íntima.

La incorporación al grupo de terapia debe ser lenta, madurada y aceptada por el paciente. Es frecuente encontrar cómo no suele adaptarse bien al grupo de terapia si no ha generado una adherencia previa con el terapeuta individualmente.

La terapia de grupo puede ser muy útil porque con ella:

1. Acepta en menos tiempo su rol de «enfermo».
2. Acepta explícitamente la necesidad de ser ayudado, lo que lleva consigo asumir la idea de que «no siempre puedo llevar razón».
3. Se preocupa de analizar experiencias de otros compañeros de grupo, facilitándose con ello que amplíe sus observaciones a la vez que evita el uso de observaciones polarizantes. Beck y Freeman (1995) señala como técnica idónea para ayudar a pacientes con esta psicopatología la «experimentación conductual», pudiéndose apreciar que la participación en grupo ofrece una excelente oportunidad para esto.

Las características descritas son claramente visibles en sesiones de terapia de grupo en las que los miembros analizan algún acontecimiento significativo. Generalmente suelen ser el resto de los miembros del grupo los que le indican la necesidad de que realice análisis más ricos en matices de los eventos y de que observe los acontecimientos desde distintos puntos de vista.

Los pacientes con este tipo de trastorno de personalidad prefieren intervenciones terapéuticas más estructuradas, adaptándose mejor a éstas cuando las sesiones de grupo son más directivas. De este modo, habrá que considerar el uso de distintas estrategias de conducción de un grupo en función del perfil de los drogodependientes que lo componen.

## 7.2. EL DROGODEPENDIENTE QUE PRESENTA UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN

### 7.2.1. *Indicadores para la identificación del drogodependiente con trastorno de la personalidad por evitación*

#### 7.2.1.1. «Caracterización según el DSM-IV-TR»

El drogodependiente con trastorno de la personalidad por evitación generalmente no llega a presentar conductas delictivas importantes para conseguir mantener su consumo. La sesión terapéutica se desarrollará en un clima de relajación aparente, ya que muestra una extraña paciencia para afrontar cada uno de los temas que pueden ser relevantes.

La característica esencial del trastorno de la personalidad por evitación es un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos.

Los criterios diagnósticos, según el DSM-IV-TR, son los siguientes:

Es un patrón de inhibición social, sentimientos de incapacidad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa. Comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, a la desaprobación o al rechazo.
2. Es reacio a implicarse con la gente, al no estar seguro de poder agradar.
3. Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en situaciones sociales.
5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de incapacidad.
6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

#### 7.2.1.2. «Contenidos de los esquemas cognitivos en el trastorno de la personalidad por evitación (Tomado de Beck y Freeman, 1995)»

1. Soy socialmente inepto e indeseable en el trabajo y en las situaciones sociales.
2. Las otras personas son potencialmente críticas, indiferentes o despectivas, o pueden rechazarme.

3. No tolero los sentimientos desagradables.
4. Si los demás se acercan a mí, descubrirán mi yo «real» y me rechazarán.
5. Quedar expuesto como inferior o inadecuado sería intolerable.
6. Debo evitar a toda costa las situaciones desagradables.
7. Si siento o pienso algo desagradable, debo tratar de apartarlo de mi mente o distraerme, por ejemplo, pensando en otra cosa, tomando un trago, con drogas o viendo la televisión.
8. Debo evitar las situaciones en las que atraigo la atención, o ser lo menos llamativo posible.
9. Los sentimientos desagradables aumentan de intensidad y se vuelven incontrolables.
10. Si otros me critican, deben de tener razón.
11. Es mejor no hacer nada que intentar algo en lo que pueda fracasar.
12. Si no pienso en un problema, no tengo que hacer nada al respecto.
13. Cualquier signo de tensión es una relación que va mal; por lo tanto, debo cortarla.

### *7.2.2. La intervención*

#### *7.2.2.1. «Estrategias de intervención»*

A modo de resumen y teniendo en consideración las características del sujeto con trastorno de la personalidad por evitación, Caballo (1998) describe una serie de estrategias que se han venido utilizando para la intervención en estos casos:

- a)* Entrenamiento en relajación con o sin desensibilización sistemática.
- b)* Entrenamiento en habilidades sociales.
- c)* Terapias cognitivas.
- d)* Técnicas de exposición.

Entre las distintas opciones terapéuticas, la terapia cognitivo-conductual de Alden (citado en Caballo, 1998) recoge elementos que se distinguen por su excelencia en la intervención con sujetos que presentan un trastorno de personalidad por evitación. Sean los siguientes: 1) el autorregistro; 2) la modificación cognitiva a través de estrategias de primer nivel que ayudarán a establecer las bases para un trabajo cognitivo posterior más profundo; 3) la activación conductual, aunque hay que hacer explícito que esta estrategia es difícil desarrollarla con drogodependientes, ya que animarles a que tengan relaciones sociales es complicado, debido a que en muchas ocasiones el número de personas conocidas no consumidoras de drogas se reduce a una o dos; 4) la exposición a las conductas y situaciones provocadoras de temor; 5) el ensayo de conducta; 6) la modificación cognitiva, estrategia esta de segundo nivel, respondiendo a sesgos

perceptivos negativos y razonamiento con base en las emociones; y, 7) modificación cognitiva de tercer nivel, con la que deben surgir temas más profundos relativos al sentido de sí mismo y al patrón de su relación con los demás.

Estas estrategias se deberán ir adaptando a los condicionantes más destacables de la drogodependencia y siempre a partir del deseo de la persona para superar su trastorno.

#### 7.2.2.2. «La intoxicación como mecanismo de evitación»

En estos casos, estamos ante un ejemplo de psicopatología en el que se observa con frecuencia la funcionalidad del consumo basada en la «intoxicación para la evitación del malestar» (Ellis, McInerney, Di Giuseppe y Yeager, 1992). Pacientes con estas características tienden a no exponerse a situaciones de interacción social que *a priori* puedan percibir como amenazadoras o avergonzantes. Estas circunstancias son descritas por numerosos drogodependientes como de alto riesgo para el consumo tras períodos de abstinencia. Sirva como ejemplo de lo expuesto una situación en la que el paciente es objeto de presión grupal para consumir; en estas circunstancias se siente claramente etiquetado, en sentido despectivo, por el grupo de consumidores.

Sirvan también como ejemplos el conversar con una persona del sexo opuesto o bien las evaluaciones que hace el adicto de su evolución. Todas estas circunstancias constituyen situaciones altamente ansiógenas y, por lo tanto, de alto riesgo para consumir.

Como ya se ha comentado, frecuentemente se observa que el cese del consumo abusivo de una sustancia viene sucedido por el abuso de alcohol. Es un fenómeno que aparece ciertamente entre la población de drogodependientes, pero en los casos en los que el adicto presenta un trastorno de la personalidad por evitación, el uso de alcohol cobra una especial importancia debido a su especial funcionalidad.

La conducta de evitación que emite el adicto en relación con las actividades que le llevan a compartir experiencias con otras personas normalmente le ocasiona estados emocionales de miedo a posibles críticas como para decidir marcharse y no volver. Cuando además se trata de un proceso de acercamiento a una persona del sexo opuesto, las emociones negativas experimentadas se incrementan. Téngase en cuenta la gran dificultad del drogodependiente con este trastorno de la personalidad para llegar a establecer relaciones íntimas. Ante esto suele recurrir al uso de alcohol como método de afrontamiento del malestar, produciéndose por tanto consecuencias indeseadas en estos momentos de interacción como lo pueden ser las siguientes:

1. Imposibilidad para el aprendizaje del afrontamiento de malestar.
2. Seguir evitando emociones con el consecuente reforzamiento de la conducta de evitación.
3. Incremento del complejo de inferioridad ante la constatación del rechazo, sufriendo como consecuencia del comportamiento visiblemente influenciado por el alcohol.

4. Refuerzo de las creencias erróneas de sí mismo.
5. Refuerzo, y así mantenimiento, de la creencia de la necesidad de tomar sustancias para poder incorporarse a cualquier grupo social.

En algunas ocasiones, la evaluación del uso y abuso de sustancias, como lo puede ser el alcohol, suele ser falseada por el adicto al considerar que su consumo no es abusivo y sí normalizado<sup>73</sup>, por lo que no creará necesario el hecho de analizar esa conducta de consumo. Lo que implica pensar que mientras se presenten episodios aislados de consumo abusivo de alcohol, al menos en los primeros momentos del tratamiento, podemos ignorarlos toda vez que el drogodependiente no los percibirá como problemáticos. Del mismo modo que ocurre en otros casos, el consumo de alcohol destinado a la evitación de emociones puede convertirse en un potente factor de riesgo para la recaída y, así, generar un empeoramiento en lo que al trastorno de personalidad se refiere.

En algunos casos se puede observar que el abandono de consumo habitual de heroína se sucede con episodios de abuso de alcohol, los cuales no se distribuyen de manera aleatoria en la historia del sujeto, sino que cumplen con parte de la funcionalidad que tenía el uso de opiáceos. Conocida esta tendencia, los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación tenderán lógicamente a evitar emociones desagradables más que a afrontarlas. Este aspecto se tendrá que tener en cuenta cuando se trate de usar estrategias con las que el drogodependiente experimente situaciones ansiógenas.

Cuando se trabaja con adictos que presentan un trastorno de la personalidad por evitación sin estar éstos en fase de consumo concomitante, parece estar indicada para su tratamiento la revisión de situaciones en las que sus hipótesis de fracaso y cogniciones evitativas no tuvieron como consecuencia lo esperado para él. Por el contrario, cuando la intervención se realiza con un sujeto que, además de estar en fase de consumo, presenta una psicopatología como la descrita, reviste alguna dificultad revisar estas experiencias, dado que a través del consumo de tóxicos las hipótesis de fracaso y las cogniciones evitativas mencionadas quedan reforzadas. Esto es, no se puede saber si las consecuencias esperadas se cumplen o no al evitarlas con la intoxicación. Por ello, se debe centrar el objetivo terapéutico en mostrar al adicto la imposibilidad de modificar su estilo de vida si sigue utilizando sustancias como método de afrontamiento. Asimismo, se reforzara el análisis de experiencias en las que el adicto ha podido afrontar situaciones ansiógenas sin usar sustancias tóxicas. Sirva lo expuesto como un ejemplo para comprender que una estrategia perfectamente aplicable y útil en el tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación, sin embargo, debe ser modificada cuando se trata de una persona que presenta una drogodependencia.

#### 7.2.2.3. «Afrontar el malestar»

En estos casos puede ser útil usar la exposición a situaciones para que el sujeto

pueda evaluar sus interpretaciones y poner en práctica las estrategias que se sugieren en las sesiones de tratamiento. Una buena estrategia de intervención con el paciente drogodependiente con trastorno de la personalidad por evitación no es eliminar la disforia que aparece como consecuencia de sus esquemas cognitivos, sino más bien aumentar fundamentalmente la tolerancia a dicha disforia. Piénsese en el enorme peso que tiene en el mantenimiento de determinados trastornos psicopatológicos la baja tolerancia a la frustración, y por lo tanto, lo determinante que puede llegar a ser el comportamiento del drogodependiente.

Una estrategia para abordar esta cuestión es que el drogodependiente represente mediante un diagrama las circunstancias en las que pueden identificarse las conductas de evitación, para que así pueda asociarlas a las cogniciones que le llevan a justificar su mantenimiento. Es muy importante que el sujeto sea cada vez más consciente del tipo de situaciones que evita, a la vez que comprenda que éstas le generan problemas. Con la utilización de estos diagramas se irán evocando emociones asociadas a situaciones evitadas por el drogodependiente. Para estructurar esta intervención se establecerá una jerarquía de las situaciones que hay que evitar organizadas de menos a más poder evocador de emociones negativas. Esto es, como si se tratara de aplicar la escala subjetiva de ansiedad y utilizada en los procesos de intervención en fobias (Carrobbles, 1987). Con el fin de organizar las exposiciones para que se pueda evitar que el paciente concluya las sesiones presentando niveles elevados de malestar elicidados por las situaciones ansiógenas, se empezará por las exposiciones en imaginación que permitan poder controlar con éxito el malestar durante la sesión. Lo realmente importante en las exposiciones es que el drogodependiente exponga sus temores sobre lo que prevé que puede sucederle. Por ejemplo, un adicto que no sale a la calle para garantizar su abstinencia, ya que puede encontrarse con una situación de alto riesgo, como lo puede ser el visionado de personas de su entorno de consumidores. Es más, es probable que no sepa manifestar claramente a estas personas su deseo de no hablar con ellos<sup>74</sup>, ya que tiene la certeza de que se reirán de él por considerar que no poder hablar con ellos es una «ñoñería». Este rechazo puede ser vivido de modo extremadamente aversivo para él. Lo deseable en todo proceso de tratamiento es que la persona no se deje influir por este tipo de respuestas, pero lo habitual al inicio de éste es encontrar adictos que reconocen sentirse muy mal por el hecho de tener que distanciarse de algunas personas que son consumidoras.

Como en otros trastornos, se puede utilizar autorregistros (Ellis y cols., 1992) a efectos de facilitar el posterior análisis de creencias irracionales mantenedoras de conductas evitativas. La tendencia a la evitación de este tipo de drogodependiente representa claramente un factor de riesgo para el consumo. Aparecerán momentos ante los que el paciente vivirá una reactivación de la ansiedad, no solamente derivada de la presencia de estímulos condicionados y discriminativos para el consumo de droga, sino como parte integrante de lo que hemos denominado trastorno de personalidad. Estas experiencias le darán al adicto la oportunidad para valorar cómo fluyen las emociones y cómo reacciona ante ellas para aumentar su tolerancia. Asimismo, a lo largo del análisis

que realiza de las interacciones deberá ir aprendiendo a diferenciar entre amenazas reales, accidentales e imaginarias (Millon y Escovar, 1996b). De forma que será muy importante que en el tratamiento del drogodependiente con trastorno de la personalidad por evitación estas diferencias queden bien establecidas.

De igual forma, es muy importante que el paciente comprenda las consecuencias negativas que para él puede tener volver a evitar situaciones ansiógenas en un contexto de tratamiento. No es conveniente que el paciente confunda la necesidad de evitar determinadas conductas problemáticas, en su caso las relacionadas directamente con el riesgo de consumo, con las indicaciones terapéuticas dirigidas a otro fin y en las que se le pide precisamente que no evite enfrentarse a situaciones ansiógenas. El paciente debe comprender en toda su dimensión cómo por un lado se recomienda que no se exponga a estímulos condicionados elicítadores del deseo de consumo de droga y, por otro, que luche contra su tendencia a evitar situaciones de interacción social, familiar y laboral.

#### 7.2.2.4. «Aumentar la adherencia al tratamiento»

Teniendo en cuenta la creencia básica del drogodependiente con trastorno de la personalidad por evitación, «diga lo que diga a los demás realmente lo encontrarán sin interés», se debe hacer explícito nuestro deseo de escuchar y, por lo tanto, considerar la razón por la que el adicto cree haber desarrollado su drogodependencia. Deberá saber que el programa de intervención que se llevará a cabo se construirá en parte sobre la opinión que tenga en relación con las causas de su problema. Esto puede acercarnos a este tipo de adictos, ya que valoran más que otros el hecho de saber que tendremos en cuenta su opinión, especialmente en esta cuestión.

Siendo conscientes de la dificultad que tiene este tipo de personas para emitir determinadas conductas como, por ejemplo, participar una terapia de grupo, es conveniente no forzarlos para que acepten esta opción terapéutica porque podría reforzar su infravalorada imagen. Es posible que el drogodependiente, de la misma manera en que teme el rechazo o la desaprobación de las personas con las que se relaciona, no exprese sus verdaderas dificultades para incorporarse a una terapia de grupo por miedo a la recriminación o infravaloración que pudiese recibir por nuestra parte. Si le ofrecemos que se integre en el grupo y lo acepta es evidente que se ha dado un paso importante, pero si lo rechaza enérgicamente es posible que nos encontremos con un problema añadido. Conocemos la importancia que tiene en cualquier tratamiento la forma en que se establece la relación terapéutica. Ésta queda en parte determinada por la imagen que tiene el paciente del terapeuta.

#### 7.2.2.5. «Aprender a autoevaluarse»

Con el objeto de facilitar en los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación la mejora de su autoestima, es conveniente que éstos se evalúen a sí mismos

para que se den cuenta de que eluden situaciones en las que tienen pensamientos automáticos que producen disforia, y esto debido a su tendencia a evitar situaciones de forma emocional y cognitiva.

La dificultad del paciente para hablar de sí mismo, así como su tendencia a tener sentimientos de temor a comprometerse, a ser ridiculizado o avergonzado, entorpece claramente la evaluación. Un ejemplo de esto se tiene cuando aparecen los consumos reiterados y aislados, los cuales parecen tener el fin de desviar la atención del terapeuta de los objetivos prioritarios, como lo son el hecho de profundizar en la estructura cognitiva del adicto, conocer los hábitos más destacados del paciente, discriminar las conductas que se relacionan en mayor medida con el consumo, etc. Este mismo fin distractor parece tener la sucesión de quejas somáticas, por cierto muy frecuentes entre los adictos con esta psicopatología.

Normalmente, parece ser efectivo manifestar al drogodependiente que comienza su tratamiento nuestra intención de «no juzgarlo como persona». Esta información parece resolver en alguna medida su preocupación de ser rechazado por presentar una alteración como la drogodependencia. Teniendo esto en cuenta se debe saber que es más difícil, a diferencia de otros casos, desarrollar un análisis funcional de la conducta de estos adictos por lo detallista de la medida. Esto es, sólo se dispone de indicios a modo de respuestas muy cortas y monosílabas a nuestras preguntas. Además, con este tipo de pacientes se tiene que hacer varias veces la pregunta antes de recibir una respuesta, lo cual nos informa de la necesidad de flexibilizar el proceso evaluativo, debiéndose dejar claro que no los vamos a juzgar, sino que solamente se pretende conocerlos. En adictos con este trastorno de personalidad parece ser una estrategia muy útil.

Con el drogodependiente evitativo, quizás con más importancia que en otros tipos de pacientes, las estrategias terapéuticas necesariamente tienen que facilitarle la posibilidad de que identifique la naturaleza y contenido de los estímulos que anteceden al consumo, el modo en que se desarrolla la conducta de consumo (tipo de sustancia, cantidad ingerida habitualmente y frecuencia de consumo) y las consecuencias de la misma. Con este análisis se le ayuda a que relacione cada vez mejor las conductas de consumo como facilitadoras del cese de la ansiedad, del miedo, de la preocupación intensa, del deseo de salir de la situación, etc.

El adicto con trastorno de la personalidad por evitación suele quejarse con frecuencia de molestias somáticas diversas. Estos síntomas parecen tener en muchas ocasiones la función de precipitar la decisión de consumir drogas o ser una razón ineludible para evitar una interacción social determinada. En pacientes drogodependientes, los estímulos presentes en el contexto adictivo suelen asociarse al síndrome de abstinencia<sup>75</sup>, de modo que en ocasiones, y hasta que el paciente no es consciente de que puede experimentar malestar sin que éste tenga relación directa con su síndrome de abstinencia orgánico, aparecen creencias irracionales de derrotismo o se precipitan consumos aislados como forma de evitación del malestar, que ocasionan los síntomas somáticos condicionados. Además, el drogodependiente con este trastorno de personalidad suele presentar niveles de ansiedad elevados, lo que se convierte en un

factor de riesgo, dado que puede generar molestias somáticas añadidas a las que se han comentado. Por esto, en ciertas ocasiones puede ser útil para el tratamiento la utilización de ansiolíticos que contrarresten esta ansiedad, la cual es causa y a la vez consecuencia de los estados somáticos molestos por los que pasan los pacientes. Junto a estas medidas, además es frecuente aplicar técnicas cognitivas de reestructuración cognitiva.

En todo tratamiento de las drogodependencias sabemos la importancia que tiene el reforzamiento de conductas que facilitan el mantenimiento de la abstinencia. En casos en que el paciente presenta un trastorno de la personalidad por evitación, el refuerzo de cualquier progreso o conducta bien orientada es crucial. La creencia de ser socialmente ineptos, personalmente poco interesantes o inferiores al resto de las personas, les lleva en determinadas ocasiones a considerar poco acertadas nuestras intervenciones por entender que forman parte de los consejos útiles para pacientes normales, cosa que no pueden decir de sí mismos. La sucesión de refuerzos, si cabe con mayor frecuencia de la que podría realizarse en otros casos, no parece interrumpir o perjudicar la adherencia al tratamiento, sino más bien todo lo contrario.

#### 7.2.2.6. «Entrenamiento en habilidades sociales»

El drogodependiente con trastorno de la personalidad por evitación suele caracterizarse por presentar una deficiencia manifiesta para realizar conductas hábiles socialmente, lo que generalmente no es consecuencia de carecer de la instrucción necesaria para su realización, sino de su pobreza en experiencias de interacción social. Esta poca frecuencia de interacción social parece estar determinada por las creencias irracionales del adicto sobre sí mismo, de manera que éstas hacen poco probable el hecho de que busque momentos de relación interpersonal con el fin de experimentar nuevas habilidades. Por ello, en estos casos es muy importante realizar entrenamiento en habilidades sociales (Sutherland y Francés, 1996)<sup>76</sup>.

Los adictos con este trastorno de personalidad parecen encontrarse bien en ambientes que les proporcionan pocos apoyos y ayudas como para poder cambiar su estilo de vida (Millon y Escovar, 1996b). Lo que se puede observar claramente en el repertorio conductual del drogodependiente es que aunque haya podido ser un consumidor solitario, no obstante tiene más facilidad para comunicarse con drogodependientes que con otras personas. En el entorno de consumidores de drogas hay muchas situaciones ya conocidas para él y, por lo tanto, con menos probabilidad para generar emociones negativas. Así, éstas se convierten en situaciones de interacción más fácilmente abordables por él, siendo fácil de entender que le sea muy costoso el cambio de ambiente. Resumiendo, parece ser que con mejores o peores consecuencias, tiende a su ambiente habitual, ya que le resulta más manejable, mientras que la interacción con personas desconocidas en ambientes poco habituales le resulta extremadamente aversiva.

#### 7.2.2.7. «Romper la relación con consumidores»

Como ya se ha hecho explícito en apartados anteriores, el adicto con trastorno de la personalidad por evitación es una persona muy solitaria y con grandes dificultades para relacionarse. También hemos visto cómo la interacción social, cuando existe, se reduce, como ocurre con el resto de los drogodependientes, a otras personas con el mismo problema.

Una de las razones que esgrime este tipo de pacientes para justificar la gran dificultad que tienen para llevar a cabo la ruptura con otros consumidores es que mantienen con ellos una relación de amistad. Consideran que entre los consumidores que conocen hay personas con las que han compartido experiencias importantes, que no son malas personas, que alguna vez le ayudaron, etc. Como consecuencia de estas creencias y ante la necesidad terapéutica de romper la relación con ellos, frecuentemente informan sentirse mal por estar traicionando una amistad. Piénsese que a nadie debe resultarle cómodo llevar a cabo una ruptura si se percibe la relación de este modo. Una estrategia que parece servir para contrarrestar esta cercanía afectiva del adicto es actuar resaltando su rol de drogodependiente. Debiéndosele recordar que en anteriores recaídas tuvo relación con sus «amigos consumidores», lo que facilitó la elicitación de deseo de consumo de droga de un modo bastante intenso. Esta ruptura es una decisión terapéutica en la que el drogodependiente no debe sentirse juzgado, sino más bien ayudado para poner en práctica una estrategia para la prevención de recaídas.

En la medida en que el drogodependiente sea capaz de mantener la abstinencia y avanzar en el reconocimiento de errores cognitivos que refuerzan sus esquemas, se pueden instaurar nuevas cadenas conductuales como, por ejemplo, 1) hacer nuevas amistades en lugares controlados y en los que asegura el éxito<sup>77</sup>; 2) asumir ciertas responsabilidades tanto dentro de la dinámica terapéutica como en su entorno familiar y social; 3) emplear métodos asertivos con la familia; 4) abordar tareas que hayan sido descritas con anterioridad por el paciente como susceptibles de evitación o que incluso hayan sido evitadas en otros momentos; y 5) proponerle que haga cosas hacia las que tenga un cierto grado de motivación, a efectos de animarlo a soportar ciertos niveles de ansiedad.

Las creencias de infravaloración a que nos hemos referido llevan al paciente a no relacionarse con otras personas. Wesler (1993), en su descripción de la «teoría cognitivo interpersonal de Safran», propone considerar como objetivo en la terapia la confirmación de los esquemas interpersonales disfuncionales. Esto es, cuando el paciente tiene que decidir qué ambiente le resulta menos amenazante, posiblemente elija el de consumidores, que es el que conoce. En esta línea, se le pide al paciente que describa los esquemas cognitivos que se asocian a las conductas de evitación, ya que así podrá ir reconociendo la incidencia que tienen éstos en la actitud que le lleva a mantenerse inactivo para el cambio.

Con el fin de generar cambios en el entorno relacional del drogodependiente y así favorecer un estilo de vida capaz de mantener la abstinencia del consumo de droga, se

deben proponer paulatina y secuencialmente algunas actividades en la línea de lo descrito en el párrafo anterior. El drogodependiente generalmente se compromete a realizar estas actividades entre sesiones, aunque no siempre las lleva a efecto, pudiéndose verificar en sesiones posteriores el incumplimiento de estos compromisos. Ante esto, se debe tener en cuenta que estos hechos no pueden por sí solos indicar falta de motivación para superar su trastorno adictivo, ya que este incumplimiento normalmente está ocasionado por las alteraciones propias del trastorno de personalidad que acompaña a la drogodependencia. El adicto prefiere estar solo, sin relacionarse con nadie. Antes de sustituir las relaciones con consumidores por otras con no consumidores, pasará un tiempo solo. Esta preferencia se diferencia a todas luces de las necesidades que presentan drogodependientes, por ejemplo, con trastorno de personalidad por dependencia.

Entre las variables que pueden incidir negativamente en el proceso de cambio de ambiente relacional, tendente en último término al establecimiento de un estilo de vida incompatible con el consumo de drogas, se encuentran las creencias irracionales como, por ejemplo, «la interpretación del pensamiento»<sup>78</sup>. Esto es, el drogodependiente tendrá más temor a relacionarse con personas desconocidas y no consumidoras al dar por hecho que será etiquetado por ellas, debido a que «ha sido un drogodependiente». Esto le lleva a rechazar de antemano la posibilidad de pasar tiempo con personas no consumidoras que puedan conocer su problema de drogodependencia.

Seguir en contacto con consumidores le lleva a retrasar el momento de conocer a otras personas. Es probable que después de algunos meses de abstinencia aún experimenten con frecuencia vergüenza o ridículo en diversos momentos de interacción social, y esto incluso cuando no se les demanda compromiso alguno. Así, tomar una sustancia como la heroína para matizar las experiencias desagradables, o cocaína para sobrevalorar sus posibilidades reales, termina reforzando la conducta de consumo ante la previsión de emociones como las descritas.

#### 7.2.2.8. «La incorporación sociolaboral»

El drogodependiente con trastorno de la personalidad por evitación posiblemente tenga, en comparación con personas con otro tipo de trastorno, más dificultad para adaptarse y sacar provecho de los programas de incorporación sociolaboral<sup>79</sup>. Dicha dificultad tiene que ver especialmente con la interacción social necesaria en todo proceso de incorporación al mercado de trabajo, ya que ha de relacionarse y convivir con otras personas de la empresa. Se debe tener muy en cuenta que la tendencia a rechazar ofertas para salir con los compañeros después del trabajo, o simplemente el mantenerse aislado de manera permanente, puede precipitar cuadros depresivos como consecuencia de la dificultad percibida en el proceso de adaptación al puesto de trabajo. Por lo tanto, esto requiere una mayor supervisión por parte de los profesionales encargados de coordinar el programa.

Esta dificultad se incrementa, en parte, por la reticencia del adicto para hacer

nuevas amistades hasta estar plenamente convencido de que le van a aceptar sin críticas. Así, no es infrecuente encontrar drogodependientes que desaprovechan la oportunidad de relacionarse con otras personas una vez el programa de incorporación sociolaboral está en marcha.

El drogodependiente con trastorno de la personalidad por evitación tiene gran dificultad para asumir riesgos personales bien sean éstos subjetivos o reales, así como para involucrarse en actividades con las que pueda encontrarse en aprietos. Este problema favorece el desarrollo de un estilo de vida tan restrictivo como el que se observa en personas que disponen de una red pobre de apoyo social, circunstancia esta que dificulta que se puedan realizar cambios adaptativos a nivel comportamental. Por otro lado, los procesos de incorporación social que se llevan a cabo con estos drogodependientes son mucho más lentos de lo que se podría desear, ya que los problemas que conlleva este trastorno de personalidad se presentan en la actividad social y laboral. Por lo tanto, a lo largo del tratamiento se irá proponiendo el afrontamiento paulatino de distintas situaciones de interacción social. Siendo importante que aprenda a discriminar qué tipo de interacciones sociales con personas no consumidoras son las que pueden provocarle mayores niveles de ansiedad, siendo éstas las que se tendrán que convertir en objetivo prioritario de la intervención. De esta forma, se irá modificando la tendencia de estos pacientes a exagerar los peligros. De no ser así, podrían mantener su inactividad o falta de decisión para hacer determinados ejercicios terapéuticos.

### 7.3. EL DROGODEPENDIENTE CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR DEPENDENCIA

#### 7.3.1. *Indicadores para la detección del drogodependiente con trastorno de la personalidad por dependencia*

##### 7.3.1.1. «Caracterización según el DSM-IV-TR»

Normalmente tendemos a interpretar el incumplimiento de compromisos terapéuticos por parte del drogodependiente como un signo de falta de motivación para resolver su problema. Cuando se trata de un adicto con trastorno de la personalidad por dependencia podemos encontrar conductas que son difíciles de entender, sobre todo cuando éstas lo llevan reiteradamente a una situación de recaída. La persona con este trastorno de personalidad tenderá a no comentar lo que le está pasando si percibe en nosotros algún nivel de incompreensión. Sabemos que el mejor modo de acercamiento entre paciente y terapeuta pasa porque el primero perciba que es aceptado tal y como es. En estos sujetos esta seguridad parece tener más importancia, especialmente al inicio del tratamiento en comparación con otros casos.

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR son los siguientes:

Lo que caracteriza el trastorno de la personalidad por dependencia es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, lo que a su vez ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión, así como temores de separación. Este patrón empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes descriptores:

1. Tiene dificultades para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo asesoramiento y reafirmación por parte de los demás.
2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad decisoria en las principales parcelas de su vida.
3. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás, debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación (no se incluyen los temores o la retribución realistas).
4. Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera, debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades, más que a una falta de motivación o de energía.
5. Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
6. Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
7. Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
8. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo

#### 7.3.1.2 «Contenidos de los esquemas cognitivos (Tomado de Beck y Freeman, 1995)»

1. Soy alguien necesitado y débil.
2. Necesito que alguien esté siempre a mi alcance para ayudarme en lo que tengo que hacer, de lo contrario sucederá algo malo.
3. La persona que me ayuda puede ser segura, darme lo que necesito y apoyarme.
4. Si me dejan solo, no puedo valerme por mí mismo.
5. Estoy básicamente solo, a menos que pueda aferrarme a una persona más fuerte.
6. Ser abandonado es lo peor que me puede pasar.
7. Si no me aman, seré siempre infeliz.
8. Debo ser sumiso para conservar su benevolencia.
9. Debo tener acceso a esa persona en todo momento.
10. Debo cultivar la relación más íntima posible.
11. No puedo tomar decisiones por mí mismo.

12. No sé desenvolverme bien como otras personas.
13. Necesito que otros me ayuden a tomar decisiones o me digan que tengo que hacer.

### 7.3.2. *La intervención*

#### 7.3.2.1. «La demanda del adicto»

El drogodependiente con un trastorno de la personalidad por dependencia se acerca al centro de atención de salud mental generalmente como consecuencia del padecimiento de cuadros depresivos o de ansiedad, y éstos normalmente bajo control de la percepción que tenga de sus interacciones con el entorno. Este tipo de personas no demandan atención por sus problemas de personalidad, de forma que cuando la exigen para superar su drogodependencia, realmente lo que pretenden es resolver los desequilibrios anímicos que padecen.

No obstante, no se debe reducir la causa del consumo de drogas, sobre todo tras un período de abstinencia, exclusivamente a ciertos estados emocionales negativos. Aunque, si bien es cierto que estos estados emocionales pueden facilitar no sólo la elicitación del deseo de consumo sino la incapacidad del adicto para hacerle frente, por lo que se convierten en un factor de riesgo muy significativo. Es probable que de no encontrar relación entre las características de personalidad del adicto y la presencia de trastornos psicopatológicos, aquéllas no sean atendidas en profundidad, ya que aparentemente pueden parecer no relevantes en el proceso de evaluación para la prevención de recaídas. Un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad puede asociarse con el consumo de drogas, pudiéndose esperar que desaparezca cuando cese el consumo o bien considerar que no tiene relación alguna con la drogodependencia, lo que puede ocasionar que se derive a otro servicio para que se haga cargo de estos problemas. Sea como fuere, en ambos casos parece no considerarse la importancia que tiene el trastorno de la personalidad para facilitar este tipo de trastornos. Aspecto este que será muy negativo para el tratamiento integral de la drogodependencia.

Téngase en cuenta que el drogodependiente con trastorno de la personalidad por dependencia suele tener miedo fundamentalmente a enfrentarse a la vida por sus propios medios, estado que además se verá incrementado por el distanciamiento sociofamiliar en el que se encuentra como consecuencia del consumo de drogas, y que puede determinar la forma en que pedirá ayuda.

Así, tener conocimiento acerca de la patología dual en este tipo de drogodependencias no sólo tiene importancia para el diseño de la intervención sobre el trastorno adictivo, sino que también ejerce un efecto determinante en la forma en que el adicto realizará la demanda de ayuda. Esto es, puede que el paciente demande ayuda para superar su drogodependencia debido a los problemas que le generan otros trastornos psicopatológicos, y no precisamente por las disfunciones que le pueda estar ocasionando

ésta.

#### 7.3.2.2. «Objetivos básicos de intervención según Millon»

Al igual que en el resto de trastornos de personalidad, a continuación se presentan los objetivos terapéuticos que podrían considerarse como básicos para el desarrollo de una intervención. El tratamiento de la drogodependencia requerirá en estos casos adaptar estos objetivos de forma que se pueda atender conjuntamente tanto el trastorno de personalidad como el trastorno adictivo.

Muy esquemáticamente, Millon (1998) sugiere la necesidad de conseguir los siguientes objetivos terapéuticos:

- Equilibrar las polaridades, estimulando la modificación activa y potenciando el hecho de centrarse en sí mismo.
- Contrarrestar las perpetuaciones, reduciendo la autoevaluación, potenciando las habilidades adultas y disminuyendo los comportamientos de enganche.

Las modalidades tácticas podrían ser:

- Corregir el comportamiento interpersonal sumiso.
- Potenciar una autoimagen de eficacia.
- Adquirir conductas competentes.

#### 7.3.2.3. «Desarrollo de la terapia»

Overholser y Fine (1994) muestran una alternativa de intervención cognitivo-conductual para este trastorno de personalidad. El tratamiento, según los autores, se decide en cuatro etapas. Son las siguientes:

- 1.<sup>a</sup> Dirección activa. Formando a los pacientes en la aplicación de estrategias conductuales para realizar pequeños cambios comportamentales.
- 2.<sup>a</sup> Aumento de la autoestima. En drogodependencias sabemos que el afrontamiento del *craving* es un elemento fundamental del tratamiento. De modo que haciendo referencia a experiencias en las que el paciente ha afrontado el *craving* con éxito, quizás se consiga que produzca autoverbalizaciones positivas.
- 3.<sup>a</sup> Fomento de la autonomía. Para poder ser menos directivos en la terapia es necesario que el adicto haya superado un período de abstinencia de al menos tres meses. Con esto se pretende que el drogodependiente pueda contar con alguna experiencia a la hora de hacer frente a estímulos condicionados

elicitadores del deseo de consumo.

- 4.<sup>a</sup> Prevención de recaídas. Con la aplicación de programas se debe intentar evitar que el drogodependiente reactive viejas estructuras cognitivas tendentes al consumo.

Durante el desarrollo de la terapia se debe verificar, como ocurre con otras psicopatologías, la existencia de consumo de alcohol o de cánnabis. Téngase en cuenta que este consumo suele ser percibido por el paciente como poco peligroso toda vez que con él mejora su estado emocional. No obstante, este consumo, aunque sea esporádico, siempre termina perjudicando el correcto desarrollo de la terapia por favorecer la recaída en ambos trastornos, el adicto y el de personalidad.

#### 7.3.2.4. «Hacer nuevos amigos»

Téngase en cuenta la gran dificultad percibida por el paciente a la hora de llevar a cabo estrategias de distanciamiento del grupo de consumidores. Como ya es sabido, la interacción con consumidores favorece la aparición de *craving* al constituirse los amigos consumidores en estímulos condicionados y discriminativos altamente significativos para la activación de la cadena adictiva. Asimismo, es paradójico observar cómo los problemas que se derivan de esta relación con el grupo de consumidores, como lo son el aislamiento familiar y social, la pérdida del trabajo y el deterioro del estado de salud, son menospreciados por el adicto. La explicación posiblemente esté en que la relación con consumidores le proporciona estabilidad emocional y facilidad para mantener el consumo. Al mantener este tipo de relaciones se está favoreciendo un estilo de vida en el que no se cuestionan sus capacidades para superarse a sí mismo y su drogodependencia. Algunos adictos con este trastorno de personalidad refieren consumir sólo cuando se ven con un conocido consumidor, haciendo entonces lo posible por conseguir el dinero necesario para una dosis, y esto aún cuando la relación que mantiene con el consumidor se circunscriba exclusivamente al hecho y momento de la ingesta.

La atención de las consecuencias que pueden producir el distanciamiento del grupo de relación es uno de los objetivos terapéuticos que hay que tener en cuenta con un drogodependiente que presenta un trastorno de la personalidad por dependencia. Entre dichas consecuencias quizás se tenga que prestar una especial atención a los trastornos del estado de ánimo. Así, el tratamiento tiene que abordar no sólo el consumo, sino también los trastornos psicopatológicos colaterales y consecuentes a los cambios que van ocurriendo en la vida del drogodependiente.

El hecho de que el adicto manifieste conductas con un alto coste de respuesta para no perder un compañero de consumo denota la gran dependencia que tiene de terceros, y, por lo tanto, la poca autonomía para su autogestión personal. En consecuencia, el mantenimiento de esta relación dependiente favorecerá el estancamiento del proceso de superación del problema de drogodependencia. Esta dependencia dificulta enormemente

el distanciamiento de consumidores, lo que a su vez genera más dependencias, entrando el paciente en un círculo vicioso del cual difícilmente saldrá sin ayuda.

Para ayudarlo a reflexionar sobre el modo en que se ha relacionado anteriormente con otras personas, se debe hacer un análisis de las consecuencias de las conductas, especialmente las que tienen que ver con la convivencia con otros consumidores, ya que sería una forma de hacerse comprender si éstas son incompatibles con las propias del estilo de vida que se propone conseguir.

*A priori*, no se puede dar por hecho que el drogodependiente con este tipo de trastorno de personalidad presente déficit en habilidades sociales por el mero hecho de presentar pocas interacciones sociales. Es posible que disponga de algunas, pero que no las ponga en práctica por temor a perder el acompañamiento-protección del grupo de consumidores. Cuando a un paciente de estas características se le pide el cumplimiento de normas de convivencia en la familia, inicialmente no sólo no las critica sino que se limita a cumplirlas, pero posteriormente dejará de tenerlas en cuenta por no haberse identificado con ellas desde el principio. Por lo tanto, en la intervención es preferible que el adicto exteriorice su desacuerdo si es el caso, ya que de no hacerlo será difícil establecer un ambiente terapéutico adecuado.

La ruptura de la relación con consumidores de drogas se dificulta enormemente cuando la persona adictiva tiene una pareja también consumidora. Dada esta situación no parece razonable imponer criterios de ruptura de dicha relación, ya que normalmente esta exigencia suele acabar con el abandono de la terapia por ambas personas. Cuando nos encontramos con estos casos, el planteamiento de la intervención deberá pasar por la aprobación de la pareja de nuestro paciente, ya que aunque no sea algo manifestado en las sesiones, la aprobación o no aprobación de ésta puede llevarle o no a aceptar el tratamiento. Como ejemplo diremos que será difícil que el paciente ingrese en un centro de internamiento sin que su pareja lo valore como una medida adecuada. Téngase en cuenta que la marcha a una comunidad terapéutica es vivida por la pareja con una situación de alto riesgo para la ruptura<sup>80</sup>. Parece más probable que estas decisiones que afectan a la separación temporal entre ellos se tomen cuando el tratamiento lo realiza cada miembro de la pareja con terapeutas distintos, ya que si ambos comparten la sesión uno de ellos puede presionar al otro para que no se produzcan cambios en su situación.

Como se puede observar, no es infrecuente encontrar pacientes con esta patología que establecen relaciones afectivas con otra persona que también consume drogas. Platt y Hermlin, 1989 (citado en Beck y Freeman, 1999), sugieren abordar cognitivamente esta cuestión con el paciente para la solución del problema partiendo de la base que este tipo de sujeto... *suele tener la creencia de que no podrá soportar la soledad de estar sin su pareja toxicómana, cuando en realidad ya está funcionando solo en el afrontamiento del problema de las drogas, ya que su pareja está emocionalmente ausente*. La experiencia indica que esta alternativa puede ser la vía a través de la cual el drogodependiente se cuestione su relación, sin que esta reflexión suponga para él un salto al vacío.

Con el fin de facilitar el distanciamiento entre ellos podemos considerar la toma

conjunta de metadona (si la adicción es de opiáceos), toda vez que puede proporcionarles la posibilidad de que experimenten con otro tipo de interacciones sociales al no tener que compartir los rituales habituales para el consumo. Estas nuevas experiencias indefectiblemente ayudan al drogodependiente a evaluar en profundidad el tipo de relación que ha mantenido hasta ese momento con su pareja. Estos cambios tienen que acompañarse de la mejora en autoestima del drogodependiente. En estas condiciones puede ser muy útil para el desarrollo de ésta el hacer análisis profundos sobre los «debes» y «la crítica patológica» (McKay y Fanning, 1991).

El hecho de perder una amistad puede representar para el drogodependiente una amenaza para su estabilidad, experiencia que probablemente genere estados emocionales negativos. Para evitar estos estados, que son un claro factor de riesgo, se puede hacer que sea el paciente quien vaya escogiendo la celeridad con la que se intentará afrontar cada uno de los objetivos terapéuticos. Si el adicto se encuentra motivado y con habilidades de afrontamiento suficientes como para producir este tipo de cambios en su vida sin duda los realizará, a la vez que será capaz de asumir el riesgo de sentirse mal. Por otro lado, el cambio lo llevará a cabo en la medida en que se sienta con capacidad para desenvolverse con mayor independencia, y sin que ésta genere el malestar que estas personas experimentan en situaciones en las que tienen que prescindir del consejo y el apoyo de otras personas. Sólo de este modo podrá comenzar su andadura hacia la independencia sin que recurra al consumo de drogas para mitigar la incomodidad que le produce la falta de apoyo directo por parte de terceros.

Su dificultad para expresar desacuerdo o no mostrar la suficiente asertividad como para «decir no» puede llevarle, en algunos casos, a soportar el hecho de ser utilizado por otro consumidor de droga sólo para conseguir la dosis. Se ha podido comprobar cómo en algunos casos en que los dos miembros de la pareja han sido consumidores, el drogodependiente con trastorno de la personalidad por dependencia ha estado a disposición del otro miembro de la pareja con el solo fin de consumir droga y sin que existiera en esa relación otro beneficio reconocido por ellos. Estas condiciones parecen mantenerse en gran medida por la dificultad que tienen los sujetos con este trastorno de personalidad para oponerse a personas a las que han mostrado sumisión por dependencia.

En definitiva, están dispuestos a someterse al deseo de otras personas, aunque las demandas de éstas sean irracionales. Cuando el drogodependiente se siente seguro de que puede contar con nosotros, llega a expresar su disconformidad con lo que hace, aunque hasta el momento no haya podido evitar comportarse así. Esto suele derivar en autoacusaciones, sentimientos de culpa, bajo concepto de sí mismo, sentirse sin capacidad para resolver una situación injusta en la que está pasándolo muy mal, etcétera. Desde luego no parece adecuado en estos momentos recriminarle la forma de afrontar esa relación de dependencia, ya que con ello reforzaríamos su baja autoestima. Más bien le ayudará nuestra comprensión en torno a la dificultad que realmente representa para cualquier persona distanciarse de otras con las que se tiene una relación afectiva. Además, el paciente tendrá que reconocer su problema adictivo, lo que implicará la

necesidad de tomar medidas importantes. Éstas no deben pretender situar al drogodependiente en la total independencia, pero sí tendrá que renunciar por completo a tener relación con personas que tengan un problema de adicción. Piénsese que no sería difícil conseguir que el distanciamiento entre ellos se diese como consecuencia del cambio de estilo de vida de uno de ellos.

La necesidad de dependencia que tiene este tipo de drogodependientes podemos sublimarla fuera del grupo de consumidores. Se trataría de que el adicto generara relaciones de dependencia con personas que no consumen drogas y que puedan proporcionarle la posibilidad de conocer entornos sociales mantenedores de hábitos saludables. No obstante, esto se hará siendo conscientes de que los procesos de dependencia, aunque sean fuera del ambiente de consumidores de drogas, representan también riesgos para su estabilidad emocional. Para superar esta tendencia a establecer relaciones de dependencia, el adicto tiene que superar o minimizar el miedo al rechazo como elemento que interfiere en el establecimiento de nuevas relaciones.

En los casos en que se establece una relación de dependencia fuera del grupo de consumidores, es menos probable que se opte por el consumo de droga. Se observa que la probabilidad de consumir droga una vez que el adicto está abstinente, disminuye si además éste dialoga con el terapeuta sobre el grado de aceptación que siente por parte de las personas con que ahora se relaciona. El establecimiento de relaciones sociales con personas que no consumen drogas de forma habitual tendrá que llevarse a cabo lentamente, a la vez que se evitará en lo posible que el drogodependiente tenga experiencias de interacción aversiva con otras personas.

#### 7.3.2.5. «El miedo a la independencia»

Uno de los objetivos que hay que conseguir con el tratamiento del drogodependiente que parece un trastorno de la personalidad por dependencia es que sea progresivamente más independiente de las personas de su entorno. Esta independencia no tiene por qué ser total para considerarla adecuada para unas buenas relaciones sociales. Como ya se ha venido indicando en apartados anteriores, parece útil estructurar el cambio en este sentido desde la concepción de un continuo en el que dicho cambio no tiene que llevar necesariamente al paciente totalmente independiente. Si el drogodependiente cree que cambiar le llevará necesariamente a comportarse de un modo totalmente independiente, rechazará cualquier modificación en su actual estilo de vida. Sin embargo, en el caso de una drogodependencia, graduar la celeridad con la que se han de producir los cambios choca de alguna forma con la necesidad de que el paciente se aisle totalmente del ambiente de consumo o de las personas con que ha estado consumiendo. El cambio tendría que ir produciéndose paulatinamente, previa aceptación del paciente, generándose en paralelo relaciones gratificantes con otras personas no consumidoras de droga. Sólo cuando el adicto encuentre un espacio de bienestar de relación con otras personas será posible la separación del grupo de consumidores.

Con el objeto de contrarrestar las consecuencias negativas del cambio, se debe intervenir sobre la percepción de autoeficacia, favoreciendo el desarrollo y mantenimiento de expectativas de éxito del adicto. Téngase en cuenta que a muchos de estos drogodependientes no les merece la pena el cambio, debido al alto costo emocional que representa para ellos no sentirse protegidos. Si bien es verdad que el adicto puede pensar que si consigue ser más competente podrá afrontar con éxito situaciones de interacción social de riesgo para el consumo, sin embargo como contrapartida también pensará que va a perder el beneficio de la ayuda de otras personas.

Tengamos en cuenta a los drogodependientes que llevan bastante tiempo en tratamiento en situación de abstinencia y que quieren seguir en contacto con los profesionales que los están atendiendo, los cuales se caracterizan por demandar pequeñas pero continuadas intervenciones. En estos casos, la dependencia del drogodependiente con el equipo terapéutico es tan grande que incluso pueden llegar a consumir con el único fin de reactivar el problema ya superado y así poder continuar la relación terapéutica, que es percibida como fundamental para su vida. Pues bien, estas conductas parecen ser consecuencia del peso que ejerce el trastorno de personalidad, pudiendo comprobar cómo este trastorno incide muy negativamente en el tratamiento de la adicción. Estas personas suelen mostrar un comportamiento de autoexigencia muy elevado, potenciándose con ello la necesidad de ser cuidado por otras personas.

Para avanzar en el proceso de distanciamiento e independencia, lógico en todo proceso de terapia, puede ser de ayuda incluir al paciente en la modalidad terapéutica de grupo, estrategia que debe servir para reforzar su estado de abstinencia y su motivación para el cambio de estilo de vida.

Se debe tener en cuenta que cuando se trata a pacientes con este trastorno de la personalidad, la dependencia mantenida, aunque no deseada por el profesional, refuerza el mantenimiento de sus rasgos de personalidad. Si tras un período prolongado de terapia el drogodependiente no es capaz de abordar con un cierto grado de madurez la separación terapéutica como consecuencia de ser dado de alta, se tendrá que tener en cuenta que esto es un indicador de que los objetivos terapéuticos no se han conseguido totalmente. Si esto es así, es recomendable que se revisen los factores que han podido frenar la evolución del paciente hacia una mejor aceptación del alta terapéutica. Esta última será mejor aceptada por el adicto si se le va preparando progresivamente para ello y además se consigue que éste tenga la certeza de que podrá recurrir a nosotros si tuviera algún problema aunque ya no se encuentre en tratamiento. Con esto, no sólo se hará menos probable la recaída, sino que también se evitará la reactivación del trastorno de personalidad por dependencia.

La fase de seguimiento después del alta terapéutica es muy importante cuando se trata de un drogodependiente con trastorno de la personalidad por dependencia. El hecho de garantizarle nuestra ayuda mientras la considere necesaria puede contrarrestar, tanto al inicio como a lo largo de la terapia, las dificultades para el mantenimiento de la abstinencia. Darle la oportunidad de volver cada cierto tiempo al centro para revisar su evolución, aunque no esté consumiendo, lo tranquiliza. Así se ayuda a evitar que el

paciente recaiga en la sintomatología propia de su trastorno de personalidad, al considerar que podría ser abandonado en el momento en que él muestre una mayor capacidad para ser independiente. En definitiva, se consigue que el miedo que muestra el paciente a la total independencia, consecuencia del alta terapéutica, y que podría frenar la buena evolución del tratamiento, se vea desplazado por la tranquilidad que le genera el hecho de saber que mejorar no significa perder el apoyo de su terapeuta.

#### 7.3.2.6. «La búsqueda de protección»

Entre las distintas personas no pertenecientes al entorno de consumidores con las que más probablemente puede relacionarse el drogodependiente con este trastorno de personalidad, se encuentran aquellas que se sienten atraídas por personas dependientes, y así, con un cierto grado de sumisión. Así, se observa cómo la sobreprotección materna, presente en muchos tratamientos de drogodependientes, se cronifica aun habiendo recibido la madre por parte del equipo terapéutico indicaciones concretas dirigidas a eliminarla. Los progenitores con necesidad de proteger tienen el camino abonado con este tipo de drogodependientes. La madre del paciente dependiente percibe con frecuencia que su hijo o hija busca la protección de otras personas, lo que refuerza en ella la creencia de que éste necesita su continua protección.

Cabe hacer explícito que durante los períodos de tratamiento es fácil que aparezcan distintas dinámicas entre paciente y terapeuta, y que las características de éstas dependerán de la fase adictiva en la que se encuentre el paciente. Con el adicto dependiente debemos cuidar en mayor medida que con otro tipo de drogodependiente su sensación de cercanía y seguridad en relación con el terapeuta. Debe ser consciente de nuestra comprensión a pesar de que pueda cometer errores o consumos esporádicos. Si percibe en nosotros cansancio, expectativas de fracaso, o la creencia de que no nos merece la pena dedicarle excesivo esfuerzo, dejará de asistir al tratamiento, ya que romperá la relación antes de que supuestamente lo abandonemos nosotros a él (en pacientes con un problema de drogas sería motivo suficiente para no seguir tratándolo el hecho de percibir en él falta de interés o tener la convicción de que nunca solucionará su problema). Este miedo a ser abandonado por el equipo terapéutico se acentúa claramente cada vez que tiene lugar un consumo esporádico. Estos adictos son, por lo tanto, muy reacios a acudir a las sesiones previstas si han consumido, optando frecuentemente en estos casos por atrasar la sesión o simplemente dejar de asistir a ella. El drogodependiente con este trastorno de personalidad parece buscar incansablemente nuestra protección, aun habiéndose establecido claramente las bases que facilitan la confianza entre terapeuta y paciente.

#### 7.3.2.7. «La intervención con psicofármacos»

Como en la generalidad de las intervenciones con fármacos en trastornos de

personalidad, éstos no son útiles para abordar los elementos básicos y definitorios del trastorno, como lo pueden ser las creencias básicas de partida del drogodependiente. Aunque la intervención psicofarmacológica se ha condicionado en este tipo de pacientes a la aparición de trastornos depresivos, no obstante, la imipramina se ha utilizado en casos de ataques de pánico o ante elevados niveles de ansiedad de separación (Caballo, 1998).

## Terapia familiar cuando el drogodependiente presenta un trastorno de la personalidad

### OBJETIVO

El objetivo de este capítulo es fundamentalmente que el lector conozca, por un lado, las consideraciones básicas de cualquier intervención con familiares de drogodependientes y, por otro, los aspectos diferenciadores de ésta cuando la persona drogodependiente presenta un trastorno de la personalidad.

### SUMARIO

- 8.1. Aspectos generales de la intervención con familiares de drogodependientes.
  - 8.1.1. La respuesta familiar al problema.
  - 8.1.2. La necesidad de contar con la familia.
  - 8.1.3. Las expectativas sobre la eficacia del tratamiento.
  - 8.1.4. Intervención cognitivo-conductual.
  - 8.1.5. La familia que decide participar en el tratamiento.
  - 8.1.6. Creencias irracionales frecuentes.
  - 8.1.7. Las normas de convivencia.
  - 8.1.8. Ante el riesgo de recaída.
  - 8.1.9. Conductas por parte de los familiares que pueden entorpecer el proceso de tratamiento.
  - 8.1.10. ¿Sesiones en grupo o individuales?
- 8.2. La intervención con la familia del drogodependiente con trastorno de la personalidad.
  - 8.2.1. La aceptación de la patología dual.
  - 8.2.2. La incidencia de las expectativas.
  - 8.2.3. Algunas recomendaciones para los familiares.

### 8.1. ASPECTOS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN CON FAMILIARES DE DROGODEPENDIENTES

#### 8.1.1. *La respuesta familiar al problema*

La intervención que se realiza con cada una de las familias que acuden a nuestra consulta para ayudar al drogodependiente en el tratamiento ha sido en todo momento un

objetivo prioritario para los profesionales que trabajamos en el ámbito de las drogodependencias (Martínez-González, 1999). De forma que las intervenciones se desarrollan atendiendo a las diferentes necesidades de los miembros de la familia, el grado de decisión de abandono definitivo del consumo de drogas por parte del drogodependiente, la coexistencia o no de psicopatología concomitante con la drogodependencia, la presencia de psicopatología en alguno de los progenitores o la pareja del paciente, etc.

Si bien es verdad que en algunas ocasiones los miembros de la familia colaboran adecuadamente con el terapeuta en la consecución de objetivos de tratamiento, sin embargo, en otras, y a pesar de que el terapeuta sugiere distintas formas de actuación, no llevan a cabo las instrucciones o lo hacen de un modo muy poco perseverante. Por lo que es fácil comprender que son precisamente las intervenciones en las que la familia tiene más dificultad para seguir las instrucciones las más laboriosas para el terapeuta, siendo estos casos a los que se debe dedicar más tiempo y esfuerzo. Así, las reflexiones que se describen en los apartados siguientes son más apropiadas para intervenciones con familiares en las que existe una mayor dificultad terapéutica.

Las diferencias observables atañen también al modo en que los miembros de la familia se acercan al tratamiento, ya que éstas determinan en gran medida la posibilidad o no de establecer un clima terapéutico favorable. Entre otros aspectos que hay que considerar en este sentido, se debe tener en cuenta que ningún miembro de la familia debe sentirse juzgado en momento alguno por el mero hecho de tener un descendiente o pareja con un problema de drogodependencia. Es muy importante que la familia se sienta comprendida (Carpenter y Treacher, 1993).

Además se debe destacar que el grado de implicación de los miembros de la familia en el tratamiento varía según el tiempo y los cambios estables logrados por el drogodependiente. Es frecuente y comprensible que éstos vayan perdiendo protagonismo en el tratamiento en la misma medida que el paciente va estabilizando los cambios que indican la consecución de objetivos terapéuticos previstos al inicio del tratamiento.

### 8.1.2. *La necesidad de contar con la familia*

El tratamiento de la drogodependencia es sin duda un proceso laborioso, en muchas ocasiones, bastante costoso en términos de esfuerzo humano, siendo patente la necesidad de coordinar esfuerzos que provengan de los ámbitos profesional y familiar del drogodependiente. Por lo tanto, parece evidente la necesidad de participación de los miembros de la familia para la consecución de las distintas metas terapéuticas. Esto es así hasta el punto que la participación de aquéllos en el tratamiento se asocia casi siempre a una mejor evolución del caso (Graña, 1994; McCrady, 1998).

Por otro lado, la mayoría de las personas drogodependientes atendidas en los centros viven con sus familias de origen (Diputación de Granada, 1998), lo que necesariamente debe generar actuaciones terapéuticas que contemplen la participación de todos los miembros de la familia. Siendo conscientes de esta realidad, los debates en

torno al problema de la drogodependencia tienen en cuenta cada vez más las relaciones familiares como posibles factores mantenedores de éste o bien como facilitadores del cambio. La familia del drogodependiente favorece el cambio cuando existe una adecuada colaboración entre la familia y el equipo terapéutico que atiende al paciente.

La alternativa terapéutica que se presenta a continuación se basa en el modelo cognitivo-conductual, con lo que no se pretende en ningún momento desestimar la lectura relacional entre drogodependiente y familia que podría hacerse desde otros modelos teóricos. No obstante, y sea como fuere, estas intervenciones tienen que adaptarse a las características de los miembros constituyentes de cada familia (Spitz y Spitz, 1990).

El modo en que responden los miembros de la familia a la drogodependencia de su hijo, hija o pareja, es variable. Esto es, se pueden encontrar respuestas irreflexivas como son el hecho de intentar evitar a toda costa algunas consecuencias negativas de la drogodependencia (robos, pedir dinero a conocidos, etc.); o bien mirar a otro lado para no tener que aceptar el problema y así no tener la obligación de hacerle frente; incluso actuar con el paciente como si de un caso especial se tratara aunque, pese a lo expuesto, también se dan casos en los que se siguen las instrucciones del terapeuta.

En el proceso terapéutico, y con un rol claramente distinto al ocupado por los padres, la pareja del paciente en tratamiento suele cumplir con varias funciones de gran importancia: 1) detección inicial del problema; 2) ejercer presión para que el drogodependiente se ponga en tratamiento; 3) acompañamiento a las sesiones de tratamiento; y 4) informar al terapeuta de la evolución del caso (Rubio, 2000).

Generalmente se ha dado prioridad en los programas de terapia familiar a elementos de índole educativo-informativo pero se sabe que es muy beneficioso que los miembros de la familia compartan y contrasten la experiencia de vivir con una persona que tiene un problema de drogodependencia (Miller, 1993).

La familia del drogodependiente puede no creer necesaria su colaboración en el tratamiento. Entre las diversas opciones que se pueden encontrar a la hora de atender a la familia de un drogodependiente, se debe resaltar el desánimo o falta de decisión de ambos progenitores para su participación en la terapia. En estos casos se debe empezar por incluir en las sesiones de terapia al miembro de la familia más motivado para así generar cambios que faciliten la incorporación posterior del resto (Bowen, 1989).

### 8.1.3. *Las expectativas sobre la eficacia del tratamiento*

Las expectativas que presentan los miembros de la familia con el objetivo manifiesto de colaborar en el tratamiento vienen en ocasiones marcadas por diferentes variables, que pueden imposibilitar la intervención si no se atienden debidamente. Las variables que parecen tener cierta relevancia en la formación de expectativas más o menos apropiadas para la intervención pueden ser, entre otras:

1. Tipo de drogodependencia que presenta el paciente, que estaría en función del tipo de sustancia a la que es adicto.

2. Tiempo que ha transcurrido desde que la familia conoce la existencia de la drogodependencia.
3. Programa de tratamiento al que se incorpora el sujeto drogodependiente dado que en ocasiones, como ocurre con el tratamiento de mantenimiento con metadona, es asociado por la familia a un estado excesivamente avanzado de deterioro personal, lo cual podrá representar a su vez pocas posibilidades de alcanzar el alta terapéutica. Esto suele modificarse a lo largo de la intervención.
4. Conocimiento de experiencias negativas en otras personas que han pasado por una experiencia terapéutica similar.
5. Número de intentos anteriores de ayuda al drogodependiente.
6. Tipo de incidencias judiciales, si las ha habido.
7. Presencia de patología dual en el sujeto.
8. Presencia de psicopatología en alguno de los progenitores o pareja del paciente.
9. Si el paciente trabaja fuera del entorno familiar en el momento en que empieza el tratamiento.

VARIABLES COMO LAS MENCIONADAS GENERAN EXPECTATIVAS Y CREENCIAS QUE, EN OCASIONES, SON POCO FAVORABLES PARA EL DROGODEPENDIENTE. LOS ASPECTOS DESCRITOS INFLUYEN EN LA MANERA EN QUE SE ESTABLECE EL PRIMER COMPROMISO DE COLABORACIÓN ENTRE LA FAMILIA, EL PACIENTE Y EL TERAPEUTA. SI EL CLIMA ES POSITIVO, ES PROBABLE QUE SE SIGAN ADECUADAMENTE LAS SUGERENCIAS DE ACTUACIÓN PARA LA AYUDA AL DROGODEPENDIENTE. DESDE EL PRINCIPIO DEL TRATAMIENTO HAY QUE TRATAR DE OFRECER A LA FAMILIA UN CONTEXTO EN EL QUE SE SIENTAN ORIENTADOS, COMPRENDIDOS, NO JUZGADOS Y ESPECIALMENTE APOYADOS.

PARA ABORDAR DEBIDAMENTE ESTA CUESTIÓN SE DEBE DEDICAR PARTE DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO A CONOCER LA OPINIÓN DE LOS DISTINTOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DEL DROGODEPENDIENTE SOBRE LOS ELEMENTOS QUE PODRÍAN AYUDARNOS A ENTENDER LAS CAUSAS DE LA ADICCIÓN, CÓMO SE HA MANTENIDO EN EL TIEMPO ESTE PROBLEMA Y CÓMO PODRÍA SUPERARSE. EN ESTA EVALUACIÓN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, A LA VEZ QUE COMUNICAN SUS CONCLUSIONES, ESTÁN IDENTIFICANDO LAS CONDUCTAS QUE FACILITAN LA SUPERACIÓN DEL PROBLEMA O QUE, POR EL CONTRARIO, LO MANTIENEN. DAR INFORMACIÓN NO ES EL ÚNICO MÉTODO PARA QUE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA MODIFIQUEN SUS EXPECTATIVAS. ESTO ES OBSERVABLE EN EL ABORDAJE QUE HACE ELLIS, McInerney, Di Giuseppe y Yeager (1992), DESDE EL QUE SE PUEDE COMPRENDER QUE EXISTEN CONDUCTAS FACILITADORAS DEL CONSUMO AUN HABIENDO INFORMADO DETALLADAMENTE A LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE LAS CONDUCTAS MÁS ADECUADAS PARA AYUDAR AL DROGODEPENDIENTE A SUPERAR SU PROBLEMA.

SE TENDRÁ EN CUENTA QUE LAS EXPECTATIVAS DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA ESTÁN EN FUNCIÓN NO SÓLO DE LA PROPIA EXPERIENCIA, SINO TAMBIÉN DEL MODO EN QUE SE PRESENTAN LAS EXPECTATIVAS DE ÉXITO EN OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA CON LOS QUE CONVIVEN. POR OTRO LADO, SE DEBE CONSIDERAR EL IMPACTO QUE EJERCE EN EL DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE EXPECTATIVAS EN LA FAMILIA EL COMPORTAMIENTO DE AMIGOS, VECINOS Y PARIENTES MÁS O MENOS CERCANOS (Mowbray y Pulido, 1994).

#### 8.1.4. *Intervención cognitivo-conductual*

A lo largo de la historia del tratamiento de las drogodependencias la intervención familiar parece haberse asociado al modelo sistémico (Coletti, 1998; Coletti, 1999; Magri, 1993), aunque la práctica diaria de los profesionales especialistas en drogodependencias se ha caracterizado en numerosas ocasiones por la intervención terapéutica con un marcado carácter cognitivo-conductual. La intervención con familiares de drogodependientes desde el modelo cognitivo conductual lleva consigo una lectura del contexto familiar en el que sus miembros se relacionan entre sí determinados por variables cognitivas (Barton, Alexander y Robins, 1998), ineludibles en cualquier modo de aproximación al problema.

En el intento de establecer un marco teórico cognitivo desde el que se pueda diseñar actuaciones acordes con las necesidades de la práctica clínica, se tomará como referencia la terapia racional-emotiva. Terapia esta a través de la cual se podrían establecer cuatro aspectos básicos conceptuales (Ellis, 1990):

1. Las relaciones familiares y maritales perturbadas no proceden principalmente de lo que sucede entre los miembros de la familia, aunque el sistema puede contribuir a tales perturbaciones de manera importante. Las perturbaciones proceden de las percepciones que los miembros de la familia tienen y de las visiones que adoptan de los sucesos que tienen lugar.
2. La probabilidad de que los propios miembros de la familia generen cambios dirigidos a solventar las perturbaciones que aparecen en las relaciones entre ellos está en función de la percepción que tiene cada miembro del resto, siendo menos probable que surjan opciones favorables para solucionar los problemas si existen percepciones deformadas o negativas.
3. Todas las personas tienen tendencia a pensar enrevesadamente, pero también existe en los miembros de la familia una tendencia a buscar opciones más operativas facilitadoras de dinámicas más positivas entre ellos.
4. El terapeuta puede ser de gran ayuda para los miembros de la familia que se vean a sí mismos en conflicto siendo empático con las experiencias aquélla, aceptando a sus miembros como son, aun comportándose posiblemente de forma errónea y animándolos a aceptarse incondicionalmente.

El desarrollo de conductas más o menos acordes con los objetivos terapéuticos es, en cierta medida, consecuencia del estilo atribucional que presenta el drogodependiente, lo que a su vez está estrechamente relacionado con la información que tiene la familia de la patología que éste muestra. En este caso, la familia podría presentar un estilo atribucional externo y estable, por el que seguramente no empleará demasiado esfuerzo en colaborar, porque considera que el éxito del tratamiento está en función de las ayudas y medios que tenga el adicto a su alcance. De este modo considera que el tipo de relaciones sociales que tiene el adicto son las responsables fundamentales del

mantenimiento de la drogodependencia. Por otro lado, los familiares podrían interpretar la drogodependencia como una alteración cuyo mantenimiento está en función en gran parte del esfuerzo que realice el individuo, así como del modo en que éste se vaya alejando del grupo de amigos consumidores. En este otro caso se estaría hablando de un estilo atribucional interno. Es necesario que a través del análisis que realicen de la alteración, tanto el drogodependiente como la familia, identifiquen las mismas variables mantenedoras del trastorno.

Durante el tratamiento es muy importante que la familia sea consciente del modo en que el paciente avanza en las etapas de los procesos de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993), por lo que se hace imprescindible dar información que permita a aquella familia determinar la etapa en la que se encuentra el drogodependiente en cada momento del proceso terapéutico. Con ello se evita que la familia acuda en ocasiones demandando intervenciones inapropiadas al caso, o que simplemente sea ella la que tome decisiones sin considerar el grado de compromiso real que tiene el drogodependiente con el abandono del consumo de drogas.

#### 8.1.5. *La familia que decide participar en el tratamiento*

El tratamiento de la drogodependencia, como hemos visto, necesita la colaboración de los miembros de la familia de origen o propia. Uno de los aspectos demandados en mayor medida por los propios miembros de la familia que acuden con el paciente es conocer las variables que afectan directamente a la drogodependencia. Intervenir con familiares significa estructurar un programa terapéutico que facilite la modificación de repertorios conductuales que no benefician a los condicionantes para la abstinencia del consumo de drogas por parte del drogodependiente. Por ello, se deben tener como referencia los siguientes aspectos para generar información relativa a:

- Conocer las sustancias de abuso en relación con los efectos que producen tanto a nivel subjetivo como objetivo para el propio sujeto que la consume y sus consecuencias de tipo crónico. Los miembros de la familia, aun estando sufriendo las consecuencias de una drogodependencia, en muchas ocasiones no saben cómo es y qué efectos produce.
- Es muy importante el clima que caracteriza el inicio del proceso de desintoxicación. La experiencia nos indica que el modo en que la familia colabora con el equipo terapéutico para que el sujeto lleve a cabo con éxito la desintoxicación está en gran medida determinada por la información que tiene sobre las modalidades de desintoxicación posibles. Es deseable que la familia conozca las razones por las que se ha optado por un modelo de desintoxicación y no otro. Si los padres o la pareja del paciente conocen cómo pueden ayudarle a hacer frente al *craving*, que se hace presente después del cese del consumo, se favorecerá el acompañamiento de la familia en esta fase del tratamiento. Es evidente la importancia que tiene la forma en que ésta

- percibe la desintoxicación, no debiéndose esperar de ella más de lo que es.
- Por otro lado, y con el objeto de que la familia conozca los recursos terapéuticos que existen para el tratamiento de las drogodependencias, es deseable que entiendan por qué el equipo terapéutico propone un tratamiento en régimen de internamiento y no ambulatorio, o viceversa. Con ello evitaremos que la familia exprese al drogodependiente su opinión de manera contradictoria con lo acordado en las sesiones en relación con lo que consideran que sería el recurso más aceptable para su caso.
  - El tipo y uso de fármacos, tanto durante la desintoxicación como los usados durante la deshabituación. El mejor modo de que la familia colabore haciendo siempre un buen uso de la medicación es conociendo para qué se le prescriben determinados medicamentos. El papel de la familia en la dispensación de fármacos como la metadona, naltrexona, colme, etc., es muy importante, en la medida en que puede favorecer el buen uso de los mismos por parte del drogodependiente o facilitar conductas del auto-medicación por parte de éste. La familia debe conocer en qué consisten y cuáles son los objetivos de programas como el de mantenimiento con metadona o los beneficios derivados del uso de la naltrexona.

Los puntos descritos representan en cierta medida el tipo de información que debe tener la familia cuando colabora con el tratamiento de las drogodependencias. Es evidente que la experiencia de convivir con una persona que intenta superar su drogodependencia genera en muchas ocasiones conflictos y situaciones indeseables, tanto para los miembros de la familia como para el propio paciente. En este sentido parece necesario intervenir sobre los siguientes aspectos: 1) en el entrenamiento de familiares en habilidades de comunicación y resolución de problemas; 2) el aprendizaje del empleo del refuerzo (Sanz, 1987); 3) llevar a cabo trabajos de reestructuración cognitiva si se parte del hecho de que los miembros de la familia sufren y viven con gran dificultad el hacer frente a determinadas situaciones de convivencia con el drogodependiente; y (4) diferenciar debidamente el consumo aislado de la recaída, debiéndose dejar claro que éstas generan en los miembros de la familia un profundo malestar, desesperanza, tristeza, desilusión y, en algunos casos, trastornos del estado de ánimo.

La manera en que los miembros de la familia hacen frente a las dificultades que se van presentando a lo largo del tratamiento depende, en gran parte, y teniendo como referencia el modelo cognitivo-conductual, del modo en que interpretan cada una de las situaciones que viven en relación con el tratamiento. De esta forma se ve cómo no todos los miembros de la familia reaccionan o se comportan del mismo modo ante las distintas conductas del adicto.

A nadie podemos garantizar que su hijo, hija, hermano, hermana o pareja, vaya a solucionar definitivamente su drogodependencia, pero sí ayudarle a que sea más objetivo y pueda hacer frente a las situaciones más conflictivas con menor riesgo de darse por vencido o desarrollar, como hemos comentado anteriormente, un trastorno del estado de

ánimo.

#### 8.1.6. *Creencias irracionales frecuentes*

Cuando el proceso de tratamiento se caracteriza por un período de abstinencia contrastada en el que no existen conflictos, el paciente no gasta más dinero del esperado, acude puntualmente a sus citas, etc., no suelen presentarse grandes dificultades para que la familia participe cómodamente en el tratamiento. El problema aparece cuando existe un consumo aislado o una recaída, momento en que previsiblemente aparecen con mayor intensidad algunas creencias irracionales muy perjudiciales para la imagen que tienen los miembros de la familia del proceso terapéutico. Para evitar esto, y favorecer la colaboración con el drogodependiente, es recomendable que la familia sea consciente de las consecuencias que tiene para ella misma la presencia de creencias irracionales como: «siempre a va a ser igual», «nunca va a superar el problema», «todo sigue igual», «es un drogadicto», «soy incapaz de ayudarlo», «no hace más que meter la pata», etc. Con creencias de este tipo es de esperar que la familia transmita al paciente desilusión o simplemente deje de ayudarlo por entender que no merece la pena seguir esforzándose.

#### 8.1.7. *La normas de convivencia*

El nivel de exigencia y el tipo de normas de convivencia en el seno familiar varían en relación con las características del drogodependiente. Al inicio del tratamiento, las normas parecen hacerse necesarias toda vez que la familia acaba de tener una experiencia muy negativa, lo que genera a su vez una imagen negativa del paciente. Para afrontar esto y favorecer la decisión de ayudar al adicto, se generan normas que tienen como objetivo por un lado, garantizar a la familia un comportamiento mínimamente aceptable por parte del drogodependiente y por otro comprometer al sujeto en determinadas cuestiones que pueden ayudarlo a hacer frente al deseo de consumo de droga.

Para la puesta en marcha de las normas, los miembros de la familia deben comprender las razones por las que son importantes, especialmente en determinados períodos del tratamiento. El cumplimiento de las normas cuando se acuerdan entre paciente y familiares es crucial. La experiencia nos ha enseñado cómo las normas a que nos referimos nunca deben ser impuestas, sino más bien consensuadas con el propio paciente.

#### 8.1.8. *Ante el riesgo de recaída*

Es frecuente observar cómo los miembros de la familia presentan conductas de alerta y vigilancia ante comportamientos que no suelen ser indicadores de riesgo de recaída. Para evitar errores de este tipo, los miembros de la familia deben conocer cuáles podrían ser las conductas que suelen preceder a una recaída. Son las siguientes:

1. El paciente duda de la utilidad del proceso terapéutico.
2. El paciente duda de la necesidad de abandono de todo tipo de droga.
3. Manifiesta autocompasión.
4. Condiciona la responsabilidad del cambio a la modificación de hábito de los demás.
5. La presencia de estados de ánimo negativos de manera no puntual o como consecuencia de un hecho concreto.
6. El paciente idealiza los efectos de la droga.
7. Quiere poner a prueba el control personal exponiéndose a estímulos condicionados muy significativos para él.
8. El paciente presenta conductas impulsivas de cierta relevancia.
9. Incrementa el consumo de otras drogas.
10. Continúa saliendo con personas que siguen consumiendo.
11. El paciente cree que está haciendo un esfuerzo muy grande y, por lo tanto, se merece una recompensa.
12. Dice abiertamente que está totalmente seguro de que no va a volver a recaer.
13. En el paciente podemos observar impaciencia, especialmente en relación con la velocidad con que se van consiguiendo habitualmente las metas terapéuticas.
14. El drogodependiente manifiesta su intención de darse de alta.

Con esta información, la familia puede de algún modo actuar con más serenidad ante problemas de convivencia que no tienen por qué ser indicativos de consumo. No obstante, se sabe que el miedo a la recaída es constante en los miembros de la familia y éste solamente disminuye a través del tiempo de abstinencia del consumo de drogas.

En cualquier caso, la familia tiene que aprender a abordar de modo diferente un consumo aislado o una recaída. La tendencia es exagerar las posibles consecuencias del consumo, asumiendo que es el preámbulo del abandono del tratamiento o creyendo que el paciente lleva tiempo engañando a la familia y al terapeuta. En realidad, los consumos se presentan en muchas ocasiones como un paso previo a una recaída, pero también es cierto que no siempre sucede así y en estas situaciones es muy importante que el drogodependiente se sienta debidamente apoyado. Para poder ayudarles a hacer frente a esta cuestión, la familia debe aprender a convivir con este miedo, debiéndose evitar en la medida de lo posible que sus miembros se sientan culpables cuando sienten pánico ante la posibilidad de que se produzca una nueva recaída. Este miedo seguirá presente mientras que la familia no considere la abstinencia bien establecida en el comportamiento diario.

#### 8.1. 9. *Conductas por parte de los familiares que pueden entorpecer el proceso de tratamiento.*

Las conductas que se presentan a continuación no tienen por qué aparecer a la vez

o en todos los casos. Para que la familia sea consciente de la presencia de éstas es importante que las identifique. Una vez se han hecho conscientes las conductas problema y se han podido identificar, los miembros de la familia deben conocer las consecuencias que tendrían este tipo de errores para el desarrollo del tratamiento. Los más frecuentes son (Martínez, Molina, Ruiz y Torres, 2000):

1. Negación del problema.
2. Exigencia desproporcionada.
3. El empleo de amenazas y su incumplimiento.
4. Culpabilizarse entre los padres.
5. Encubrir al paciente.
6. No llegar al consenso entre los padres cuando existen diferencias de criterio.
7. Padre periférico/madre periférica.
8. Atención centrada exclusivamente en el problema de consumo.
9. Anulación de las expectativas de solución.

#### 8.1. 10. *¿Sesiones en grupo o individuales?*

La dinámica grupal parece facilitar la modificación de conductas inapropiadas en el proceso de ayuda al drogodependiente. Desde una intervención cognitivo-conductual grupal se abordan las creencias que sustentan las actitudes, decisiones y conductas que entorpecen el proceso de tratamiento (Wessler, 1995). Nuestra experiencia indica que algunos familiares tienen más dificultad para adaptarse a la metodología grupal, aunque ésta queda determinada en gran medida por la evolución del drogodependiente en el tratamiento.

La participación de los familiares en terapia de grupo les ayuda a compartir experiencias, consultar decisiones importantes para la vida familiar, obtener sugerencias sobre el modo de abordar conflictos con el drogodependiente y, fundamentalmente, ajustar las expectativas de la familia al proceso de recuperación de las drogodependencias.

## 8.2. LA INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA DEL DROGODEPENDIENTE QUE PADECE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

### 8.2.1. *La aceptación de la patología dual*

Como ya se ha hecho explícito en capítulos anteriores, se ha visto lo importante que es la colaboración de la familia en el tratamiento, pero esta colaboración se complica de un modo especial cuando, y dependiendo del grado de deterioro de cada caso, existe una psicopatología concomitante a la drogodependencia. En ocasiones se observa cómo la

incapacidad de los familiares para actuar de un modo adecuado se debe a la falta de aceptación del problema (Martínez y cols., 2000), siendo esta dificultad aún mayor cuando el transcurso del proceso de cambio se ve entorpecido por la presencia de un trastorno de personalidad.

En la descripción que hace López (1998) se observa la preocupación y disponibilidad de las familias cuando existe una psicopatología severa como, por ejemplo, un trastorno psicótico. Cuando se trata de detectar una psicopatología severa, grave o crónica, las familias parecen concienciarse antes de la necesidad de participar y colaborar en el sentido en que le indica el equipo terapéutico. Del mismo modo, cuando se trata de una patología dual psicótica, la alarma familiar activa toda una serie de recursos personales en sus miembros para participar de forma diligente en el tratamiento, situación que cambia cuando se trata de una psicopatología no tan llamativa. Por ello, es necesario en muchos casos explicar adecuadamente el tipo de psicopatología que coexiste con la drogodependencia.

En algunas ocasiones el terapeuta se encuentra ante situaciones en las que los familiares del adicto no responden a las indicaciones que se les da desde los centros de atención a las drogodependencias. Las razones por las que esto sucede son varias. Son, entre otras, las siguientes: (1) la creencia de que el paciente presenta una serie de características que le hacen distanciarse del resto de sujetos drogodependientes; (2) la sensación de incapacidad para continuar cerca del paciente apostando por un estilo diferente de funcionamiento familiar; y (3), en ocasiones, piensan que el paciente presenta una serie de características en su modo de ser que lo han hecho problemático desde muy pequeño (generalmente se refieren al comportamiento antisocial) o «de tan bueno es tonto» (refiriéndose con ello, a trastornos como de la personalidad por evitación o dependiente).

La familia no siempre sabe cómo actuar ante estas circunstancias, y lo que es peor, le cuesta aceptar que su hijo/a pueda tener un problema añadido a la ya escabrosa drogodependencia. El discernimiento de estas cuestiones lleva su tiempo y a menudo la familia acude a los dispositivos asistenciales con desgana, sobre todo cuando se trata de drogodependientes heroínómanos de larga evolución y con intentos reiterados de tratamiento. Estas expectativas mejoran cuando descubren que la terapia, además de ocuparse de los trastornos comportamentales propios de la adicción, se centra en aquellas características del paciente que tienen que ver con su personalidad. Esto influye en que los miembros de la familia mantengan una dinámica que no siempre permite abordar el problema de la drogodependencia de forma operativa. No obstante, las razones por las que la familia tiende a seguir sus propias instrucciones pueden ser diversas, aunque existe una relación directa entre las creencias o expectativas sobre la drogodependencia en sí, y las posibilidades percibidas de que el paciente supere el problema de adicción (Graña, 1994).

Ante casos en los que se diagnostica una patología dual, la familia ejerce un efecto muy importante sobre el desarrollo de la intervención a través del control de estímulos disparadores del consumo de situaciones de riesgo, y de estrategias para el cambio de

hábito, así como en lo referente al conocimiento de la patología dual. Conocer la psicopatología que acompaña a la drogodependencia lleva a la familia a actuar de un modo más acertado y a atender mejor las necesidades que se derivan de la psicopatología concomitante a ésta. Cuando la familia conoce el diagnóstico y se siente orientada, se puede llevar a cabo una intervención integradora de ambos problemas. El hecho de que se interprete de forma adecuada la sintomatología que presenta el paciente por sus familiares posibilita una actuación terapéutica integral, de forma que no sólo son un elemento de control, sino que también se constituyen en elementos de cambio para la consecuencia de un nuevo estilo de vida de aquél (Martínez, 1999; Martínez, Ruiz y Aybar, 2000).

La colaboración entre la familia y el equipo terapéutico es igualmente importante en la medida en que aquélla suele responsabilizarse de la dispensación de psicofármacos, pudiendo también desde ese rol favorecer la adherencia a los tratamientos o facilitar el abandono de los mismos.

La actuación familiar, por lo tanto, está determinada por el tipo de diagnóstico que se realice en cada caso. Si no existe patología dual en el paciente, las intervenciones irán dirigidas al establecimiento de estrategias de competencia para la colaboración con el tratamiento de la drogodependencia, así como a la evitación de conductas que puedan torpedear el proceso de abandono de las drogas. Si existiese patología dual, la familia puede ser facilitadora del mantenimiento de la misma o, por el contrario, puede ayudar a la superación de los síntomas que configuran dicha psicopatología.

La participación de la familia de un modo positivo, adecuado y útil para la terapia, pasa por instruirla en el conocimiento y modo de comportarse con el drogodependiente. Es necesario que los familiares sean conscientes de que pueden, sin tener intención de ello, estar reforzando y manteniendo de alguna manera el trastorno de la personalidad y, por lo tanto, relajarse en la colaboración por entender erróneamente que facilita la continuidad de la drogodependencia. Por ello deben ser conscientes de que el mantenimiento del trastorno de personalidad es en sí mismo un factor de riesgo para la recaída en el consumo de drogas.

Cuando se trata de una patología del Eje I (DSM-IV-TR, 2002), es posible que la familia considere efectivamente que la falta de compromiso del drogodependiente para la realización de actividades se justifica por la presencia de, por ejemplo, un trastorno depresivo. Cuando hablamos de un caso con patología dual en el Eje II, los comportamientos por parte del adicto tienden a ser estables, favoreciéndose de este modo la consideración de que el incumplimiento de acuerdos por parte de éste es consecuencia de la falta de motivación para superar el problema. Estas creencias pueden afectar a la decisión de los familiares para continuar colaborando en la terapia. No queremos con esto responsabilizar exclusivamente a la familia de la evolución del caso durante el tratamiento pero, sin duda, éste es un factor de ayuda para la consecución de los objetivos, al ser facilitadora de cambios y del posterior mantenimiento de éstos a lo largo del tiempo.

Por otro lado, el desconocimiento podría erróneamente hacer que la familia del

drogodependiente dejara de ayudarlo. Por ejemplo, cuando el paciente presenta un trastorno antisocial de la personalidad, los miembros de la familia podrían considerar que no debe hacer ninguna concesión para no reforzar los comportamientos antisociales o si el drogodependiente presenta un trastorno de la personalidad por dependencia la familia podría evitar prestar la más mínima ayuda por considerar que de hacerlo reforzaría la tendencia del sujeto a establecer relaciones de dependencia. En ambos casos, la familia estaría actuando de un modo incorrecto. Es muy importante que los familiares sigan nuestras instrucciones, haciéndolos conscientes de que nos encontramos en un tratamiento que pretende generar cambios en aspectos que tienen que ver directamente con los trastornos de personalidad.

### *8.2.2. La incidencia de las expectativas*

La familia suele comenzar las primeras etapas del tratamiento (especialmente cuando se trata de la primera vez que acompañan al drogodependiente) con expectativas excesivamente positivas o favorables, expectativas estas que terminan en muchos casos en desesperación, problemas de convivencia o psicopatología en algún miembro de la familia. Estos estados de frustración se hacen más patentes en los miembros especialmente implicados en la ayuda al drogodependiente. Se debe tener en cuenta que aun siendo informados del probable curso del trastorno y de la posible aparición de consumos o recaídas como parte del proceso de cambio general de la drogodependencia, la familia se forme expectativas de éxito caracterizadas fundamentalmente por el cese definitivo del consumo de drogas. Es inevitable que se generen expectativas no ajustadas a la realidad, sobre todo cuando el drogodependiente ha estado abstinente durante algunos meses. Por otro lado, se sabe que la probabilidad de que se dé una recaída es mayor en casos de patología dual.

La experiencia nos indica que la información que se les brinda a los familiares sobre las características del trastorno de la personalidad del paciente ayuda a que éstos configuren una estrategia para afrontar con mayor fortaleza y realismo la evolución del caso. No se puede olvidar cómo las reflexiones que hagamos con la familia deben contemplar necesaria e independientemente de la evolución inicial del caso, la edad del sujeto, ya que como se viene comentando en apartados anteriores, es una variable que hay que considerar, especialmente cuando hay un trastorno de la personalidad. De otro modo, la respuesta de la familia a consumos esporádicos, recaídas, incumplimientos y/o cambios de objetivos en el tratamiento, como consecuencia de las dificultades, se caracteriza por presentar estados de frustración.

### *8.2.3. Algunas recomendaciones para los familiares*

A continuación se indican algunas recomendaciones que podrían ser útiles en relación con la intervención con familiares de pacientes que, además de la drogodependencia, presentan un trastorno de personalidad:

- La familia debe conocer la presencia de patología dual desde el momento en que existan indicios de que ésta exista. Explicar las connotaciones diferenciadoras de esta realidad en relación con pacientes que no la presentan ayudará a la familia a interpretar conductas compatibles con el trastorno de personalidad desde el principio del tratamiento. De este modo podrán dirigirse al terapeuta para demandar formas de abordar determinadas conductas del drogodependiente.
- Si bien es cierto que el conocimiento del diagnóstico por parte de la familia podría llevar a etiquetados innecesarios, nuestro interés se centrará en que ésta conozca las características del trastorno de personalidad concomitante.
- El descubrimiento de esta concomitancia debe ayudar a la familia a comprender cómo pueden influirse mutuamente ambos trastornos.
- En muchos casos la familia debe aportar su apoyo supervisando la toma de psicofármacos con independencia de las valoraciones cambiantes del adicto sobre la necesidad de la misma. En algunos casos, y por tratarse de síntomas en ocasiones no virulentos, puede inducir a los familiares del paciente a dejarse llevar por el cansancio que el drogodependiente transmite de la toma de medicación.
- La familia y el paciente deben ser plenamente conscientes de la imposibilidad de tomar alcohol junto a la medicación. El cerebro no entiende de sábados y domingos, lo que generalmente podría constituirse en justificación para que la familia acepte que el adicto haga algún consumo de alcohol.
- Es importante que la familia conozca la evolución del trastorno de personalidad con independencia de la abstinencia o no de sustancias.
- Conocer los síntomas de una posible reagudización del trastorno de personalidad llevará a la familia a advertirnos de los cambios para que así se puedan tomar las medidas oportunas. El desconocimiento de esto puede llevar a las personas que rodean al adicto a favorecer una recaída en su trastorno de personalidad y como consecuencia, una recaída en el consumo de la sustancia de abuso.
- Es necesario en la mayoría de los casos entrenar a la familia en la autoaceptación de errores, así como en la comunicación de emociones que van apareciendo a lo largo del proceso terapéutico.
- Si la familia muestra signos de falta de aceptación de la información que se le está transmitiendo en relación con la concomitancia de trastornos psicopatológicos, es conveniente prescindir de su ayuda en lugar de propiciar conflictos. El adicto tendrá que ser consciente de su responsabilidad para entender la incomprensión de su familia, y no por ello dejarse llevar por las interacciones conflictivas con los miembros que la constituyen.
- Evaluar la consecución de las instrucciones que recibe la familia con el objeto de valorar si son seguidas adecuadamente, ya que de no ser así representaría un factor que facilitaría el mantenimiento de ambos trastornos.

Con todo esto, parece evidente la necesidad de aclarar desde el principio del tratamiento el modo en que se debe establecer la colaboración entre los familiares y el equipo terapéutico. De este modo se podrá evitar que los miembros de la familia actúen de forma errónea o simplemente decidan utilizar métodos para el cambio de estilo de vida del adicto con independencia de lo sugerido en las sesiones de terapia. La experiencia indica que la familia es más paciente cuando conoce las características del trastorno y, sobre todo, actúa con mayor acierto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÓN, R. D. «Trastornos de la personalidad», en G. Vidal y R. Alarcón, *Psiquiatría*, Barcelona, Panamericana, 1986.
- ALVAREZ, E., «Alcoholismo y comorbilidad: a propósito de un caso», *Anales de psiquiatría*, 15, 1999, págs. 192-197.
- ANDREW, E.; OLDHAM, J. y Gallaher, P., «Axis II Comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders», *American Journal of Psychiatry*, 156, 1999, págs. 733-738.
- ARAMBURU, B., «La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad», *Psicología Conductual*, 4, 1996, páginas 123-140.
- ARALUZE, K. J., «Comorbilidad psiquiátrica en los trastornos por uso de alcohol. Aspectos específicos de tratamiento y asistencia», Ponencia presentada en las *II Jornadas Autonómicas Sociodrogalcohol Andalucía*, Sociodrogalcohol Andalucía, Sevilla, España, 1997.
- ARALUZE, K. J. y GUTIÉRREZ M., «Importancia de las variables psicopatológicas en los estudios de seguimiento de pacientes alcohólicos», en M. Casas y L. San Molina (coords.), *Psicopatología y alcoholismo*, Barcelona, Citran, 1994.
- BARRON, A., *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*, Madrid, Siglo XXI, 1996.
- BARTON, C.; ALEXANDER, J. F. y ROBINS, M. S., «Tratamiento cognitivo-conductual de los problemas familiares», en V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2, Madrid, Siglo XXI, 1998.
- BECK, A. T. y FREEMAN, A., *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*, Barcelona, Paidós, 1995.
- BECK, A. T. y cols., *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Biblioteca de Psicología, 1991.
- BECK, A. T. y cols., *Terapia cognitiva de las drogodependencias*, Barcelona, Paidós, 1999.
- BERNARDO, M. y ROCA, M., *Trastornos de la personalidad: Evaluación y tratamiento. Perspectiva biológica*, Barcelona, Masson, 1998.
- BERSTEIN, D. P., «Trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad: El —Grupo extraño— del DSM-IV», en V. E. Caballo (dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, 2, Madrid, Siglo XXI, 1996.
- BLANCHARD, J. J., «The co-occurrence of substance use in other mental disorders», *Clinical psychology review*, 20, 2000, págs. 145-148.
- BOWEN, M., «Psicoterapia familiar ambulatoria», en M. Bowen, *La terapia familiar en la práctica clínica*, vol. 1, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1989.
- BUELA, G.; SIERRA, J. C. y MÉNDEZ, F. J., *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2002.
- BURANT, D.; LIEPMAN, M. R. y MILLER, M. M., «Trastornos de la salud mental y sus repercusiones en el tratamiento de las adicciones», en M. F. Fleming y K. L. Barry, *Guía clínica de los trastornos adictivos*, Madrid, Mosby Doyma, 1998.
- BURROUGHTS, W., «Tratamiento del paciente alcohólico con diagnóstico doble», en N. S.

- Miller y M. S. Gold, *Alcohol*, Barcelona, Citran, 1993.
- CABALLERO, L., «Determinantes y significado de la retención en programas para drogodependientes», en M. Casas y M. Gossop (coords.), *Recaída y prevención de recaídas*, Barcelona, Citran, 1993.
- CABALLO, V. E. (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, Madrid, Siglo XXI, 1995.
- «Trastorno de la personalidad por dependencia, obsesivo-compulsivo y no especificados», en V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2, Madrid, Siglo XXI, 1996.
- «Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad», en V. C. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2, Madrid, Siglo XXI, 1998.
- CALAFAT, A. y AMENGUAL, M. A., «Depresión, depresividad y toxicomanía», *Adicciones*, 2, 1991, págs. 75-91.
- CAÑAS, F. y BACA, E., «Personalidad y trastornos del humor», en M. Roca, *Trastornos del humor*, Madrid, Panamericana, 1999.
- CARPENTER, J. y TREACHER, A., *Problemas y soluciones en la terapia familiar y de parejas*, Barcelona, Paidós, 1993.
- CARROBLES, J. A., *Análisis y modificación de la conducta*, vol. 2, Madrid, UNED, 1987.
- CASAS, M., *Trastornos Psíquicos en las toxicomanías*, Barcelona, Citran, 1993.
- CASAS, M., «La psiquiatría de las drogodependencias», *Revista electrónica de Psiquiatría*, 1, diciembre, 1997.
- CASAS, M.; GUTIÉRREZ, M. y SAN MOLINA, L. (coords.), *Psicopatología y Alcoholismo*, Barcelona, Citran, 1994.
- CASAS, M.; SANTIS, R. y DURO, P., «Trastornos del humor y dependencia de sustancias psicoactivas», en M. Roca (coord.), *Trastornos del Humor*, Madrid, Panamericana, 1999.
- CASTILLO, A. J., «Red de Artesanos: un programa para la incorporación social», en J. A. Camacho, A. Castillo e I. Monge (coord.), *Prospección y realidad de la incorporación social sobre drogodependencias en Andalucía*, Consejería de Asuntos Sociales, Comisionado para la Droga, 2000.
- CERVERA, G., «Trastornos relacionados con las sustancias y comorbilidad», *Coloquios de Drogodependencias*, 1, 1997, págs. 2-7.
- CERVERA, G.; BOLINCHES, F. y VALDERRAMA, J. R., «Trastornos de la personalidad y drogodependencias», *Trastornos Adictivos*, 1, 1999, págs. 91-99.
- CERVERA, G. y cols., «Abuso, dependencia y patrones de consumo de benzodiazepinas en toxicómanos», en M. Casas, M. Gutiérrez y L. San (coord.), *Adicción a psicofármacos*, Barcelona, Citran, 1993.
- CHAPPEL, J. N., «Training of residents and medical students in the diagnosis and treatment of dual diagnosis patients», *Journal of Psychoactive Drugs*, 25, 1993,

- págs. 293-300.
- CHINCHILLA, A. (ed.), *Tratamientos psicofarmacológicos en Psiquiatría*, Madrid, 1989.
- CLARKIN, J. F.; HURT, S. W. y MATTIS, S., «Evaluación psicológica y neuropsicológica», en R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott (dirs.), *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Ancora, 1996.
- COLETTI, M., «La terapia familiar con las familias de los toxicodependientes», ponencia presentada en el *V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*, Chiclana de la Frontera, España, 1998.
- «La dimensión de la pareja en el tratamiento de las drogodependencias», ponencia presentada en el *V Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*, Chiclana de la Frontera, España, 1999.
- Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía, *Programa de tratamiento con metadona: Manual clínico*, Consejería de Asuntos Sociales, Junta de Andalucía, 2000.
- CRAIGH, R. J.; VERNIS, J. D. y WEXLER, S., «Personality characteristics of drug addict and alcoholics on the Millon Clinical Multiaxial Inventory», *Journal of Personality Assessment*, 49, 1985, págs. 156-160.
- DARKE, S. y cols. «Prevalence and predictors of psychopathology among opioid users», *British Journal of addiction*, 87, 1992, págs. 771-776.
- DECKER, K. P. y RIES, R. K., «Diagnóstico diferencial y psicofarmacología de los trastornos duales», *Revista de Toxicomanías*, 6, 1996, págs. 10-24.
- DÍAZ, M.; CAVERO, M. y FROMBELLIDA, C., «Trastorno de la personalidad», en E. Cervera, *Manual del residente de psiquiatría*, t. I, Madrid, 1997.
- Diputación de Granada, *Memoria del Centro Provincial de Drogodependencias*, 1997.
- DURO, P. y CASAS, M., «Metadona y Trastornos psíquicos», en M. Casas (coord.), *Trastornos psíquicos en las toxicomanías*, I, Barcelona, Citran, 1993.
- D'MELLO, D. A.; BOLTZ, M. K. y MSÍBÍ, B., «Relación entre el abuso de sustancias concurrente en los pacientes psiquiátricos y la dosificación neuroléptica», *Revista de toxicomanías*, 7, 1996, págs. 36-40.
- D'ZURILLA, T. J., *Terapia de resolución de conflictos*, Bilbao, Biblioteca de Psicología, 1993.
- ELLÍS, A., «Un enfoque racional-emotivo aplicado a la terapia familiar», en A. Ellis y R. Grieger, *Manual de terapia racional-emotiva*, vol. 2, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1990.
- ELLÍS, A. y BALU, S. (comps.), *Vivir en una sociedad irracional*, Barcelona, Paidós, 2000.
- ELLÍS, A. y cols., *Terapia racional-emotiva con alcohólicos y toxicómanos*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1992.
- FAMESWSKÍ, M. A., «Aplicación de la clínica psiquiátrica y de la comunidad terapéutica a las necesidades de pacientes con diagnóstico dual», Ponencia presentada en el *Congreso Europeo sobre rehabilitación y Políticas de drogas*, Marbella, España, 1999.

- FAYNE, M., «Identificación de los pacientes con diagnóstico dual en diversos entornos clínicos», en J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (eds.), *Diagnóstico dual*, Barcelona, Ediciones en Neurociencias, 1996.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., *Psicodiagnóstico*. Madrid, UNED, 1987.
- FERRER, J.; MELUS, R. y CHECA, J., «Relación de los trastornos de personalidad en adictos a la heroína con la seroconversión al VIH, VHB Y VHC; y la adherencia al tratamiento», Ponencia presentada en las *XXV Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol*, t. II, Madrid, 1998.
- FIRST, M. B. y GLADÍS, M. M., «Diagnóstico y diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias», en J. Solomon, S. Zimberg, E. Shollar (eds.), *Diagnóstico Dual*, Barcelona, Ediciones Neurociencias, 1996.
- FLYNN, P. M. y cols., «Comorbilidad del trastorno de personalidad antisocial y de los trastornos del estado de ánimo por dependencia de sustancias psicoactivas», *Revista de Toxicomanías*, 4, 1998, págs. 28-36.
- FRANCÉS, R. J. y FRANKLÍN, J. E., «Trastornos por uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas», en R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott (dirs.), *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Ancora, 1996.
- FRANCO, M. D., «Comorbilidad: Aspectos metodológicos y nosológicos», Ponencia presentada en las *II Jornadas Autonómicas Sociodrogalcohol Andalucía*, Sociodrogalcohol Andalucía, Sevilla, España, 1997.
- GARCÍA, A. y GRAÑA, J. L., *Aspectos psicológicos de las drogodependencias*, Madrid, Asociación para el estudio y la promoción del bienestar social, 1987.
- GIGENA, D., «Tendencia antisocial y adicciones», *Eradicciones*, núm. 7, agosto, 2000. En línea: [[www.Mundomed.net/revistas/era/revistas/numero7/31.html](http://www.Mundomed.net/revistas/era/revistas/numero7/31.html)].
- GITHN, M. «Pharmacotherapy of Personality Disorders: Conceptual framework and Clinical Strategies», *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 1993, págs. 343-353.
- GIL, F. y VIQUEIRA, M., «Estudio de trastornos de personalidad y de otros trastornos psiquiátricos en pacientes adictos a opiáceos», ponencia presentada en el *VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*, Cádiz, España, 1999.
- GOLDSTEIN, A. P. y cols., *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*, Barcelona, Martínez Roca, 1989.
- GONZÁLEZ, A. y JIMÉNEZ, S., *Trastornos de la personalidad*, Barcelona, Biblioteca de Psiquiatría en Atención Primaria, 1997.
- GONZÁLEZ, F. y cols., *Indicador del tratamiento de la adicción a opiáceos*, Salamanca, Servicio de publicaciones, Universidad de Cádiz, 1997.
- GONZÁLEZ, F.; RUIZ, I. y SALVADOR, L., «Estudio de detección de probables casos psiquiátricos en una muestra de pacientes dependientes de opiáceos en tratamiento ambulatorio», *Revista Española de Drogodependencias*, 23, 1998, págs. 161-168.
- GOSSOP, M., «El tratamiento en su entorno circunstancial», en M. Casas y M. Gossop

- (coords.), *Recaída y prevención de recaídas*, Barcelona, Citran, 1993.
- GRAÑA, J. L., *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*, Madrid, Debate, 1994.
- GRAÑA, J. L. y CRESPO, M.<sup>a</sup>, «Trastorno antisocial de la personalidad», en V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carroble (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psíquicos*, vol. 2, Madrid, Siglo XXI, 1996.
- GRAÑA, J. L. y MUÑOZ, M. J., «Tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la heroína y a la cocaína», en V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2, Madrid, Siglo XXI, 1998.
- GUIMÓN, J., «Psicoanálisis y conductas adictivas: Del doble diagnóstico a la automedicación», en *Ponencias del Seminario: El Diagnóstico psicológico en el campo de las drogodependencias*, Barcelona. Grupo IGIA, 1989.
- GUERRA, D., «Addiction Severitu Index (ASI): un Índice de Severidad de la Adicción», en M. Casas (coord.), *Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I)*, Barcelona, Citrán, 1993.
- GUTIÉRREZ, E. y cols., «Antecedentes familiares y personales en salud mental en pacientes en programa de mantenimiento con metadona y trastornos de la personalidad», ponencia presentada en el *V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*, Chiclana de la Frontera, Cádiz, España, 1998.
- HESSELBROCK, M. N.; MEYER, R. E. y KEENER, J. J., «Psychopathology in hospitalized alcoholics», *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985, págs. 1050-1055.
- HORCAJADAS, A. F., *Trastornos psiquiátricos en dependientes de opiáceos tratamiento de mantenimiento con naltrexona*, tesis doctoral, Alcalá de Henares, Madrid, Universidad de Alcalá de Henares, Facultad de Medicina, 1995.
- HOWLAND, R. H. «Depresión crónica y refractaria», *Revista de Toxicomanías*, 9, 1996, págs. 5-9.
- INTERNATIONAL PERSONALITY DISORDER EXAMINATION (IPDE), Módulo DSM-IV, Madrid, Meditor, 1996.
- JANOWSKY, D. S. y cols., «Personality and alcohol/substance-use disorder patient relapse and attendance at self-help group meetings», *Alcohol and alcoholism*, 24, 1999, páginas 359-369.
- JOHN, A.; RENNER, J. y DOMENIC, A., «Consumo de drogas y depresión», *Revista de Toxicomanías*, 4, 1995, págs. 3-9.
- JOHNSON, J. G. y cols., «Difficulties in interpersonal relationships associated with personality disorders and axis I disorders: a community-bases longitudinal investigation», *Journal Personality Disorder*, 14, 1995, págs. 42-56.
- KHANTZIAN, E. J. y TREECE, C., «DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: recent findings», *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985, págs. 1067-1071.
- KESSLER, R. C.; NELSON, C. B. y MCGONAGLE, K. A. «The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service

- utilization», *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 1996, págs. 17-31.
- KOSTEN, T. R.; ROUNSAVILLE, B. J. y KEEBER, H. D., «DSM-III personality disorders in opiate addicts. Comprehensive», *Psychiatry*, 23, 1982, págs. 572-581.
- LADERO, J. M. y MARTÍN, M., «Cocaína, III, Complicaciones del consumo de cocaína; orgánicas y psiquiátricas», en P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza y I. Lizasoain (dirs.), *Drogodependencias. Farmacología, patología psicología, legislación*, Madrid, Panamericana, 1999.
- LANDRY, M. J.; SMITH, D. E. y STEINBERG, J. R., «Anxiety, depression and substance use disorders diagnosis, treatment and presenting practices», *Journal of psychopharmacology*, 23, 1999, págs. 572-581.
- LEGA, L. I.; CABALLO, V. E. y ELLIS, A., *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*, Madrid, Siglo XXI, 1997.
- LEHMAN, A. F., «Heterogeneity of person and place: Assessing co-occurring addictive and mental disorders», *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 1996, págs. 32-41.
- LEHMAN, A. F.; MYERS, C. P. y CORTY, E., «Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes», *Hospital and community Psychiatry*, 40, 1989, págs. 1019-1025.
- LEÓN, G., «Comunidades terapéuticas adaptadas a los pacientes con diagnóstico dual», en J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (eds.), *Diagnóstico Dual*, Barcelona, Ediciones en Neurociencias, 1996.
- LESHNER, A. I., *NIDA, Drug abuse and mental disorders: Comorbidity is reality*, 2000, en línea: [[http://165.112.78.61/NIDA\\_notes/NNvol14N4/diRep\\_voll4N4.html](http://165.112.78.61/NIDA_notes/NNvol14N4/diRep_voll4N4.html)].
- LIMOSIN, F.; ADES, J. y GORWOOD, P., «Relaciones entre la personalidad antisocial y el alcoholismo: hipótesis genéticas», *Eur Psychiatry. Ed. esp.* 7, 2000, págs. 365-371.
- LÓPEZ, L. A., «La patología dual en el entorno familiar», en J. Cabrera, *Patología Dual*, Madrid, Ediciones Gráficas DELOS, 1998.
- LORENZO, A.; ARNAIZ, M. C. B. y VÁRELA, I., «Diagnóstico Dual en pacientes con abuso de alcohol», Ponencia presentada en las *XXV Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol*, t. II, Tarragona, España, 1998.
- LORENZO, A. y CARRERA, I., «Personalidad como variable clave en el manejo de los problemas de drogodependencias», ponencia presentada en las *XXII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol*, A Coruña, España, 1998.
- LEWIS, C. E.; ROBINS, L. y RICE, J., «Association of alcoholism with antisocial personality and treatment», *Journal of Nervous Diseases and Mental Disorders*, 43, 1985, págs. 144-147.
- MAGRI, N., «La toxicomanía: un proceso de cambio», Ponencias y conclusiones de las jornadas estatales *Estrategias de intervención familia en drogodependencia*, Barcelona, España, 1993.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-IV-TR, Masson, 2002.

- MARCHIORI, E. y cols., «Dependence, locus of control, parental bonding and personality disorders: a study in alcoholics and controls», *Alcohol and alcoholism*, 34, 1999, págs. 396-401.
- MARLATT, G. A., «La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual», en M. Casas y M. Gossop, *Recaída y prevención de recaídas*, Barcelona, Citran, 1993.
- MARSET, M. y cols., «Evolución y tratamiento de la Patología Dual en un programa de prescripción controlada de heroína», Comunicación presentada en el *VI Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*, Chiclana de la Frontera, España, 1999.
- MARTÍN, M., «Opiáceos (VI). Complicaciones psiquiátricas de la dependencia a opiáceos», en P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza y I. Lizasoain (dirs.), *Drogodependencias. Farmacología. Patología psicológica. Legislación*, Madrid, Panamericana, 1998.
- MARTÍN, M. y LORENZO, P., «Fundamentos biopsicosociales en drogodependencias. Prevención y tratamiento», en P. Lorenzo, J. M. Ladero, J. C. Leza y I. Lizasoain (dirs.), *Drogodependencias. Farmacología. Patología psicológica. Legislación*, Madrid, Panamericana, 1998.
- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, J. M., «La familia en el proceso de abandono de las drogodependencias», *Toxicodependencias*, 3, mayo-septiembre, 1999.
- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, J. M. y cols., *La familia en el tratamiento del drogodependiente*, Granada, Diputación Provincial de Granada, 2000.
- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, J. M.; RUIZ, M. y AYBAR, R., «Conceptos generales sobre drogodependencias», en P. García, J. Ortiz, y B. Galán (coords.), *Atención al individuo 2. Formación continuada en Medicina Familiar*, Ediciones Adhara, 2000.
- MARTÍNEZ-RAGA, J. y CERVERA, G., «Tratamiento farmacológico de los trastornos de personalidad en pacientes con un trastorno por uso de sustancias», *Coloquios en drogodependencias*. 14, 2002, págs. 2-7.
- MCKAY, M.; DAVIS, M. y FANNING, P., *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*, Barcelona, Martínez Roca, 1998.
- MCKAY, M. y FANNING, P., *Autoestima. Evaluación y mejora*, Barcelona, Martínez Roca, 1991.
- MCCRADY, B.; RODRÍGUEZ, R. y OTERO-LÓPEZ, J. M., *Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso*, Madrid, Pirámide, 1998.
- MÉNDEZ, F. J. y OLIVARES, J., *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2001.
- MESSELBROCK, V.; MEYER, R. y HESSELBROCK, M., «Psychopathology and addictive disorders: The specific case of antisocial personality disorder», en O'Brien y J. H. Jaffee (eds.), *Addictive States*, Nueva York, Raven, 1992.
- MILLER, N. S. y GOLD, M. S., *Alcohol*, Barcelona, Citran, 1993.
- MILLON, T., *Trastornos de la personalidad, Más allá del DSM-IV*, Barcelona, Masson,

- 1998.
- MILLON, T. y ESCOVAR, L. A., «La personalidad y los trastornos de personalidad: Una perspectiva ecológica», en V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2, Madrid, Siglo XXI, 1998a.
- «Trastorno de la personalidad por evitación», en V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psíquicos*, vol. 2, Madrid, Siglo XXI, 1996b.
- MILLON, T y GEORGE, S. E., *La personalidad y sus trastornos*, Madrid, Martínez Roca, 1994.
- MONRAS, M. y MARCOS, V., «Alcoholismo y suicidio», en M. Casas, M. Gutiérrez y L. San (coord.), *Psicopatología y alcoholismo*, Barcelona, Citran, 1994.
- MONTOYA, I. D. y cols., «Estudio comparativo de la psicopatología y de las funciones cognitivas en pacientes dependientes de la cocaína y los opiáceos», *Revista de toxicomanías*, 2, 1995, págs. 19-24.
- MORGENSTEIN, J. y cols., «The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence rates and relation to alcohol typology variables», *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 1995, págs. 74-84.
- MOWBRAY, R. y PULIDO, M. *Manual práctico para familiares de drogodependientes*, Madrid, Grefat, 1995.
- MULLER, R. T. «Trastorno de la personalidad antisocial», *Revista de Toxicomanías*, 12, 1997, págs. 22-28.
- MURIEL, J. R., «Patología Dual. Un estudio en el Centro Penitenciario de Puerto 1», Comunicación presentada en el *VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*, Chiclana de la Frontera, España, 1999.
- NATIONAL INSTITUTE OF DRUG ABUSE (NIDA), Notes, *Drug abuse and mental disorders: comorbidity is reality*, vol. 14, núm. 4, 1999.
- OTHMER, E. y OTHMER, S. C., «DSM-IV», *La entrevista clínica*, t. I, Barcelona, Fundamentos, Masson, 1996.
- OVERHOBER, J. y FINE, M. A., «Cognitive behavioral treatment of excessive interpersonal dependency. A four-stage psychotherapy model», *Journal of cognitive Psychotherapy*, 8, 1994, págs. 55-70.
- O'BREIN, Ch. P. y MCLELLAN, A. T., «Myths about the treatment of addiction», *Addiction*, 347, 1996, págs. 237-240.
- PELECHANO, V.; DE MIGUEL, A. y HERNÁNDEZ, M., «Trastornos de personalidad», en A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de psicopatología*, Madrid, McGraw-Hill, 1995.
- PELECHANO, V., «Trastornos de personalidad: Problemas asociados con el diagnóstico y el tratamiento», Ponencia presentada en el *VIII Congreso Nacional de Psicología Clínica y de la Salud*, Málaga, 1995.
- PHILLIPS, K. A. y GUNDERSON, J. G., «Trastornos de la personalidad», en R. E. Hales, S. C. Yudofsky y J. A. Talbott (dirs.), *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona,

- Ancora, 1996.
- PROCHASKA, J. O. y PROCHASKA, J. M., «Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas», en M Casas y M Gossop (coord.), *Recaídas y prevención de recaídas*, Barcelona, Citran, 1993.
- REGIER, D. A. y cols., «Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study», *JAMA*, 264, 1993, páginas 2511-2518.
- ROLDÁN, G. M., «Trastornos de la personalidad: Evaluación y diseños terapéuticos en los servicios de Salud Mental», Ponencia presentada en el *XXX Congress of the European Association for behavioral and cognitive therapies*, AEPC, Granada, España, 2000.
- ROUNSAVILLE, B. J. y cols., «Psychopathology as predictor of treatment outcome in alcoholics», *Archives of General Psychiatry*, 44, 2000, págs. 505-513.
- ROUNSAVILLE, B. J. y KLEBER, H. D., «Psychoterapy counseling for opiate addicts: strategies for use in different treatment settings», *International Journal of Addiction*, 20, 1985, págs. 869-896.
- ROUNSAVILLE, B. J. y cols., «Predictors of treatment outcome in opiate addicts: Evidence for the multidimensionality of addicts problems», *Comprehensive psychiatry*, 23, 1985, págs. 462-478.
- RUBIO, G., «Método diagnóstico de trastornos psiquiátricos en poblaciones con abuso de drogas», en J. Cabrera, *Patología Dual*, Madrid, Ediciones Gráficas DELOS, 1998a.
- «Modificaciones del curso de las adicciones debidas a la presencia de comorbilidad psiquiátrica», en J. Cabrera, *Patología Dual*, Madrid, Ediciones Gráficas DELOS, 1998b.
- «Tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos con las patologías adictivas», en Cabrera, *Patología Dual*, Madrid, Ediciones Gráficas DELOS, 1998c.
- RUBIO, G., «Problemas familiares y sociales relacionados con el consumo de alcohol», en G. Rubio y J. Santo-Domingo, *Guía práctica de intervención en alcoholismo*, Madrid, Agencia Antidroga, Comunidad de Madrid, 1998.
- RUBIO, G.; BARDÓN, B. y LARTZUNDI, X., «Programa para normalizar el consumo», en Rubio, G. y Santo-Domingo, C. (dirs.), *Guía práctica de intervención en el alcoholismo*, Madrid, Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, 2000.
- RUBIO, G.; PONCE, G. y JIMÉNEZ, A., «Eficacia de la Risperidona en el manejo de problemas clínicos en toxicomanías», *Trastornos Adictivos*, 2, 2000, págs. 243-456.
- SAN-NARCISO, G. I. y cols., «Evaluación y evolución de trastornos de personalidad en una cohorte de pacientes heroínómanos en tratamiento con naltrexona», Ponencia presentada en las *XXV Jornadas Nacionales Sociodrogalcohol*, t. I, Tarragona, España, 1998.
- SAN-NARCISO, G. I.; y cols., «Evaluación de trastornos de la personalidad en pacientes

- heroinómanos mediante el International Disorders Examination (IPDE)», *Adicciones*, 12, 2000, páginas 43-56.
- SÁNCHEZ, E. y GRADOLI, V., «Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de dependientes a opiáceos», *Iberpsicología*, [en línea.-file:///a/traper.htm].
- SÁNCHEZ, E.; GRADOLI, V.; CLIMEN, A., «Trastornos de la personalidad en adictos a opiáceos», *Adicciones*, 11, 1999, págs. 221-227.
- SANTIS, R. y CASAS, M., «Diagnóstico Dual», Ponencia presentada en el *VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*, Chiclana de la Frontera, España, 1999.
- SANTO-DOMINGO, J. y RUBIO, G., «Depresión y Alcoholismo», en M. Roca, *Trastornos del humor*, Madrid, Panamericana, 1999.
- «Trastornos psiquiátricos en alcohólicos», en G. Rubio y G. Santo-Domingo, *Práctica de intervención en el alcoholismo*, Madrid, Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, 2000.
- SANZ, A., «Terapia familiar», en J. A. Carroble, *Análisis y modificación de conducta*, Madrid, UNED, 1987.
- SCHUCKIT, M. A., «The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics», *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985, págs. 1042-1049.
- SECADES, R., *Alcoholismo juvenil. Prevención y tratamiento*, Madrid, Pirámide, 1995.
- SHER, K. J. y TRULL, T. J. «Personality and disinhibitory psychopathology: alcoholism and antisocial personality disorder», *Journal of abnormal psychology*, 103, 1994, págs. 92-102.
- SHOLLAR, E., «Tratamiento a largo plazo del paciente con Diagnóstico Dual», en J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (eds.), *Diagnóstico Dual*, Barcelona, Ediciones Neurociencias, 1996.
- SILK, A. y SHAFFER, H., «Distimia y depresión: disyuntiva en el tratamiento de un paciente con politoxicomanía», *Revista de Toxicomanías*, 12, 1997, págs. 5-11.
- SIMTH, N. J., «Motivar a las personas con trastornos duales: una aproximación en fases», *Revista de Toxicomanías*, 19, 1999, págs. 17-26.
- SOLOMON, J.; ZINBERG, S.; SHOLLAR, E. (eds.), *Diagnóstico Dual*, Barcelona, Ediciones Neurociencias, 1996.
- SOLOMON, J., «Tratamiento de los problemas agudos en el paciente con diagnóstico dual. Uso de sustancias y psiquiatría», en J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (eds.), *Diagnóstico dual*, Barcelona, Ediciones en Neurociencias, 1996.
- SPITZ, H. I. y SPITZ, S. T., «Terapia familiar en el abuso de cocaína», en H. I. Spitz y J. S. Rosecan, *Cocaína. Nuevos enfoques en investigación y tratamiento*, Barcelona, Citran, 1990.
- SURAKIC, D. M., «Personality disorders», en A. Seva, *The european handbook of psychiatry and mental health II*, Barcelona, Anthropos, 1990.
- SZERMAN, N. y DELGADO, F., «Diagnóstico dual, medicación y objetos transicionales en el abordaje psicoterapéutico de las drogodependencias», *Adicciones*, 6, 1990, págs. 5-14.

- SWAN, N., *Gender Affects Relationship between drug abuse and psychiatric disorder*, NIDA, 1997, en línea: [[http://165.112.72.61/NIDA\\_notes/NNvol12,N4/gender.html](http://165.112.72.61/NIDA_notes/NNvol12,N4/gender.html)].
- TEJERO, A., «Avances en el tratamiento de los trastornos de la personalidad: la terapia cognitiva centrada en los esquemas», Ponencia presentada en el *XXX Congress of the European Association for behavioral and cognitive therapies*, AEPC, Granada, España, 2000.
- TEJERO, A. y CASAS, M., «Trastornos de la personalidad en pacientes adictos a los opiáceos: incidencia, modelos explicativos de interrelación y repercusiones clínico-asistenciales», en M. Casas, *Trastornos Psíquicos en las toxicomanías*, Barcelona, Citran, 1992.
- «La hipótesis de la automedicación y su relevancia en la explicación de la relación clínica entre los trastornos de personalidad y las drogodependencias», en M. Casas, *Trastornos Psíquicos en toxicomanías*, Barcelona, Citran, 1993.
- TEJERO, A. y TRUJOLS, J., «Prevención de recaídas: su aplicación en un contexto clínico», en M. Casas y M. Gossop, *Recaídas y prevención de recaídas*, Barcelona, Citran, 1993.
- «Terapia cognitivo-conductual del trastorno por dependencia de opiáceos», en I. Salazar, E. Becoña y A. Rodríguez (coords.), *Drogodependencias: III. Drogas Ilegales*, Santiago de Compostela, Universidad de Santiago de Compostela, 1996.
- TREECE, C. y NICHOLSON, B., «DSM-III personality type and dose levels in methadone maintenance patients», *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 1980, págs. 621-628.
- TRUJILLO, H. M., «Efecto de la historia adictiva sobre la dirección de las respuestas condicionadas anticipatorias de los efectos de la heroína», *Psicothema*, 8, 1996, págs. 475-789.
- TRULL, T. J. y cols., «Bordeline personality disorder and substance use disorders: a review and integration», *Clinical psychology review*, 20, 2000, págs. 235-253.
- TUKART, I. D., *The personality disorders: A psychological approach to clinical management*, Nueva York, Pergamon, 1990.
- TURKAT, I. D. y CARLOSON, C. R., «Data-based versus symptomatic formulation of treatment: the case of a dependent personality», *Journal of behavioral therapy and experimental psychiatry*, 15, 1984, págs. 153-160.
- TURKAT, I. D. y MAISLO, S. A., «Personality disorder: Application of the experimental method the formulation and modification of personality disorders», en D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders*, Nueva York, Guilford, 1985.
- TURNER, R. M., «La utilidad el modelo de ecuación estructural en la investigación en terapia cognitivo-conductual», *Psicología Conductual*, 2, 1994, págs. 23-42.
- «El grupo dramático/impulsivo del DSM-IV: Los trastornos límite, narcisista e histriónico de la personalidad», en V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, vol. 2, Madrid,

- Siglo XXI, 1996.
- VAILLANT, G. A., «Sociopathy as a Human process: a viewpoint», *Archives of General Psychiatry*, 32, 1975, págs. 178-183.
- VAILLANT, G. A. y PERRY, J. C., «Trastornos de la personalidad», en H. I. Kaplan y B. J. Sadock (dirs.), *Tratado de psiquiatría. I*, Barcelona, Masson, 1992.
- VALBUENA, A., *Toxicomanías y alcoholismo. Problemas médicos y psiquiátricos*, Barcelona, Masson, 1993.
- VALDERRAMA, J. C. y cols., «Tratamiento de los trastornos de la personalidad en sujetos con trastorno por uso de sustancias», en G. Rubio, F. López-Muñoz, C. Álamo y J. Santo-Domingo (eds.), *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*, Madrid, Panamericana, 2001.
- VARO, J. R., «Comorbilidad psiquiátrica en los trastornos por uso de alcohol. Aspectos clínicos», Ponencia presentada en las *II Jornadas Sociodrogalcohol Andalucía*, Sevilla, *Sociodrogalcohol Andalucía*, España, 1997.
- WESSLER, R. L., «Enfoques cognitivos para los trastornos de personalidad», *Psicología conductual*, 1, 1993, págs. 35-50.
- «Terapia de grupo cognitivo-conductual», en V. E. Caballo (comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*, Madrid, Siglo XXI, 1995.
- WILENS, T. E. y cols., «A Public Dual Diagnosis detoxification Unit», *The American Journal on addictions*, 2, 1993, págs. 181-193.
- WOODY, G. E. y cols., «Sociopathy and psychotherapy outcome», *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985, págs. 1081-1086.
- YEAGER, R. J. y DI GIUSEPPE, R., «Perfiles de personalidad Millon. Comparación de pacientes crónicos adictos y una población general de pacientes ambulatorios», *Revista de Toxicomanías*, 5, 1995, págs. 13-18.
- YATES, W. R. y cols., «Factores de riesgo de la personalidad en el consumo de cocaína», *Revista de Toxicomanías*, 3, 1995, págs. 3-5.
- ZIMBERG, S., «Introducción y conceptos generales del diagnóstico dual», en J. Solomon, S. Zimberg y E. Shollar (eds.), *Diagnóstico dual. Evaluación, tratamiento, educación sanitaria y desarrollo de programas*, Barcelona, Ediciones en Neurociencias, 1996.

<sup>1</sup> Utilizaremos tanto el término «patología dual» como «diagnóstico dual» para referirnos al hecho de la concomitancia entre dos patologías, sin valorar por ahora si se tratan de dos entidades distintas y sumativas o, por el contrario, se trata de una entidad nosológica distinta constituida por la suma de las dos.

<sup>2</sup> El DSM-IV-TR (2002) y CIE-10 (1992) son dos clasificaciones de los trastornos mentales. El DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) es desarrollado por la Asociación Psiquiátrica Americana, mientras que la CIE (International Classification of Diseases) es elaborada por la Organización Mundial de la Salud.

<sup>3</sup> Recordemos la importancia que, en el abordaje de las drogodependencias, tiene el mantenimiento de la adherencia al tratamiento al menos en los tres primeros meses de su inicio. Se ha encontrado una correlación positiva y significativa entre la permanencia en tratamiento los tres primeros meses y su posterior evolución favorable a largo plazo. Los pacientes que se mantienen en tratamiento después de tres meses son más constantes en la consecución de los objetivos del mismo (Caballero, 1993).

<sup>4</sup> Con ello no pretendemos olvidar la realidad que nos presenta numerosos casos que, estando sometidos a un tratamiento de mantenimiento con metadona, no muestran interés en modificar sus hábitos. No queremos olvidar que las reflexiones en relación con esta cuestión se refieren a los drogodependientes que manifiestan de algún modo interés en modificar su problema adictivo.

<sup>5</sup> Nos referimos con ello a actuaciones terapéuticas consistentes básicamente en la prescripción de metadona, prescindiendo en esta intervención de variables cognitivo-conductuales.

<sup>6</sup> Con el término patología dual nos estamos refiriendo a la concomitancia de una patología adictiva y otras psicopatologías en cualquiera de los ejes que establece el DSM-IV-TR. Somos conscientes de cómo la posibilidad de concomitancia no se reduce a sólo dos trastornos que se presentan a la vez en el tiempo con un mutuo determinismo en la evolución de los mismos, sino también a la posibilidad de que existan varias concomitancias a la vez (como por ejemplo, un trastorno de personalidad y dos trastornos psicopatológicos del Eje I). El concepto de patología dual pretende representar esta realidad, sin querer con ello limitar las opciones descriptivas de la psicopatología a dos posibilidades de concomitancia.

<sup>7</sup> Las siglas APA corresponden a la American Psychiatric Association, organismo desde el que se establecen fundamentalmente los principios que rigen la formulación del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

<sup>8</sup> El autor se refiere explícitamente a la concomitancia de este tipo de trastornos con la drogodependencia.

<sup>9</sup> Nos referimos con ello a manifestaciones verbales y/o conductuales motoras que el paciente puede generar de forma inesperada si no se ha realizado un adecuado diagnóstico dual.

<sup>10</sup> De este modo, no sólo existe una influencia bidireccional entre ambos trastornos, sino que el alcohol constituye en un elemento de alto riesgo en los mismos.

<sup>11</sup> Según el DSM-IV-TR, los trastornos de personalidad se diagnostican como tales si el inicio de aquéllos se produce en la adolescencia o principio de la edad adulta.

<sup>12</sup> Los autores utilizan el DSM-III-R.

<sup>13</sup> Es sabido para los profesionales que trabajan en el campo de las drogodependencias que la presencia de estos tres «tipos de conducta problema» es frecuente entre la población atendida.

<sup>14</sup> Nos referimos al momento en que el paciente acude a un centro demandando ayuda para lo que considera su problema de drogodependencia fundamental. En estos casos se determina una sustancia como droga principal. Igualmente, seremos conscientes de la alta frecuencia con la que pacientes con doble diagnóstico consumen alcohol, en ocasiones de forma abusiva, no siendo recogido este consumo en las descripciones clínicas de los casos.

<sup>15</sup> Estudio DATO. Muestra de 10.010 sujetos.

<sup>16</sup> Las siglas IPDE corresponden al International Personality Disorder Examination (1996). En la actualidad es un instrumento de reconocido prestigio para la evaluación de los trastornos de la personalidad. Consiste en una entrevista semiestructurada, pudiendo realizarse una fase de *screening* previa a través de un

cuestionario que completa el sujeto.

<sup>17</sup> El EuropASI es la versión europea del ASI, cuestionario que se crea en 1980. Se trata de un índice de severidad de la adicción que se ha construido para la utilización en pacientes toxicómanos. La evaluación de la severidad del problema del drogodependiente se lleva a cabo en las siguientes áreas: *a)* estado médico general; *b)* situación laboral y financiera; *c)* consumo de alcohol; *d)* consumo de drogas; *e)* problemas legales; *f)* familia y relaciones sociales, y *g)* estado psicológico (Guerra, 1993).

<sup>18</sup> Se refiere al programa de intervención con el antagonista opiáceo naltrexona.

<sup>22</sup> Tendremos en cuenta el tiempo necesario de abstinencia para descartar una patología secundaria al consumo de drogas.

<sup>23</sup> Los autores mencionados señalan que puede existir un sesgo indeseable en la evaluación de los trastornos de la personalidad si se evalúan rasgos como la promiscuidad, la suspicacia o la indiferencia, que pueden tener diferentes normas en diferentes culturas.

<sup>24</sup> Tendremos en cuenta el tiempo necesario de evolución del cuadro psi-copatológico especificado en cada categoría diagnóstica (en este caso, nos referimos al DSM-IV-TR).

<sup>25</sup> Nos referimos al tiempo mínimo, aunque existe disparidad entre los autores a la hora de establecer criterio.

<sup>26</sup> Citado en Millon y Escovar, 1996(a).

<sup>27</sup> El Modelo de Prochaska y Di Clemente sobre etapas de cambio en las adicciones establece la existencia de seis fases a través de las que transcurre el drogodependiente: Precontemplación (el drogodependiente no cree tener un problema con las drogas), Contemplación (es más consciente de tener un problema, pero no se compromete con el cambio), Preparación (el sujeto se embarca en una serie de cambios para la solución de su drogodependencia), Actuación (el drogodependiente que se encuentra en esta fase está preparado para identificarse y llevar a cabo un terapia), Mantenimiento (el sujeto se mantiene abstinentes, llegando a generalizar la abstinencia a otras drogas) y Recaída (estará presente tanto en la fase de acción como de mantenimiento).

<sup>28</sup> En ocasiones se hace necesaria la distinción entre la patología primaria y secundaria. Si se trata de una patología perteneciente al Eje II (DSM-IV-TR), no es necesaria esta distinción, en la medida en que la conceptualización del trastorno está implícita en el momento en que debe aparecer el trastorno respecto al ciclo vital del sujeto. En este caso nos referimos al trastorno de inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta.

<sup>29</sup> Nos referimos a las etapas del proceso de cambio definido por Prochaska y Di Clemente.

<sup>30</sup> Usaremos en adelante el término *craving* para referirnos, según el DSM-IV-TR (2002), a «la necesidad irresistible de consumo» (pág. 218).

<sup>31</sup> El término *Burnout* hace referencia al cansancio del terapeuta, que es resultado de trabajar con pacientes muy difíciles. Los drogodependientes con trastorno límite de la personalidad son un ejemplo evidente de este tipo de dificultad.

<sup>32</sup> Destacar cómo el paciente abusador de psicofármacos suele falsear la información que da en la sesión cuando tratamos de indagar el tipo y cantidad de fármacos que toma, en la mayor parte de las ocasiones porque el sujeto considera que se modificará la prescripción de psicofármacos realizada disminuyendo dosis, y él cree que no va a poder soportar la disminución.

<sup>33</sup> Citado en Frances y Franklin, 1996.

<sup>34</sup> Estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

<sup>35</sup> El concepto de «valencia» hace referencia, según los autores, al grado de activación de un esquema en un momento dado. Sabemos que los esquemas quedan conceptualizados como estructuras más o menos estables que integran las creencias subyacentes, en este caso, a los trastornos de personalidad.

<sup>36</sup> Nos referimos a la tipología de creencias irracionales establecida por Beck.

<sup>37</sup> Nos referimos a programas de metadona para su utilización como métodos de apoyo a la desintoxicación, con los que se va reduciendo progresivamente la dosis diaria que toma el sujeto, y para el

mantenimiento de la abstinencia, en los que el paciente toma una dosis estable diaria durante el tiempo necesario, tanto para que puedan realizarse los cambios en el estilo de vida como para que se mantenga la abstinencia del consumo de opiáceos.

38 Para la elección del momento en que se debe informar al paciente del diagnóstico se deben considerar varios criterios, aunque aceptaríamos como básicos dos: (1) llevar algún tiempo de abstinencia, con el fin de que el paciente tenga mayor facilidad para la discriminación de síntomas propios del cuadro psicopatológico; y (2) que exista cierta demanda, incluso de forma latente, por parte del paciente para saber lo que le pasa en ciertas ocasiones y desde hace mucho tiempo.

39 Esta afirmación se realiza según el tiempo de espera que existe habitualmente para el inicio del tratamiento de un paciente del centro de drogodependencias derivado al equipo de salud mental y la latencia entre sesiones que puede generar este servicio

40 Trastorno paranoide de la personalidad.

41 Trastorno esquizoide de la personalidad.

42 Trastorno esquizotípico de la personalidad.

43 Trastorno límite de la personalidad.

44 Trastorno antisocial de la personalidad.

45 Trastorno histriónico de la personalidad.

46 Trastorno narcisista de la personalidad.

47 Trastorno de la personalidad por evitación.

48 Trastorno de la personalidad por dependencia.

49 Trastorno obsesivo-Compulsivo de la personalidad

50 Indicamos la alta frecuencia con que aparecen estas concomitancias en comparación con otros trastornos del Eje I.

51 «Los facilitadores son aquellos que favorecen inconscientemente al alcohólico y al toxicómano continuar con su adicción. Estos individuos pueden facilitar la adicción de diversas maneras» (Ellis y cols., 1992). El rol de facilitador, como es sabido, podemos observarlo en uno de los padres del paciente, generalmente la madre, como la esposa, siendo esto último frecuente cuando hablamos del alcoholismo. Los procesos de modificación de conducta del facilitador son extraordinariamente importantes, lo que viene a corroborar una vez más el peso que tiene la participación de la familia en el tratamiento de la drogodependencia.

52 Por ejemplo, vemos cómo Álvarez (1999) describe la dificultad con la que se encuentra un paciente alcohólico incluso para dar el paso elemental como es la interrupción del consumo de la sustancia a consecuencia de su estructura de personalidad, para así poder desarrollar el resto del programa de tratamiento.

53 Citado en Bernstein, 1996.

54 Nos referimos a las conductas que no son predecibles por el terapeuta sin un adecuado diagnóstico del caso y que, por lo tanto, son difícilmente explicables desde la conceptualización del problema que se aborda. Estas conductas impiden, bien de forma individual o en su conjunto, la consecución de objetivos terapéuticos de cualquier programa de intervención que se ponga en práctica.

55 De igual forma en que el sujeto racionalizador (Fase de Precontemplación de los «Procesos de Cambio Prochaska y Prochaska, 1993») insiste en discutir con su terapeuta.

56 «Apoyo social instrumental, como acciones o materiales proporcionados por otras personas y que sirven para resolver problemas prácticos y/ o facilitan la realización de tareas cotidianas: ayudar a las tareas domésticas, cuidar niños, prestar dinero, etc.» Barron, 1996.

57 En ocasiones la realización de controles toxicológicos es imprescindible para el mantenimiento de determinadas medidas terapéuticas como, por ejemplo, la desintoxicación o verificación de la adecuación de la dosis diaria de metadona. En casos en que el sujeto lleva algún tiempo en tratamiento con nosotros, podemos dar paso a la sinceridad en detrimento de la frecuencia de realización de controles de orina.

58 En los centros de tratamiento de la Red Asistencial de Tratamiento de las Drogodependencias en Andalucía, esta intervención suelen realizarla trabajadores sociales.

59 Citado en Millon, 1998 (pág. 684).

60 En el trabajo de equipo multidisciplinar (generalmente se trata de equipos formados por psicólogos, médicos y trabajadores sociales) se intercambian análisis del caso desde las distintas disciplinas. Con lo descrito nos queremos referir a la necesidad de que el psicólogo del equipo tendrá que informar al resto de los miembros acerca de la psicopatología observada en el caso, función esta última atribuida al psicólogo.

61 Citado en Millon y Escovar (1996a).

62 Habitualmente se utiliza este término en inglés al no disponer en nuestra lengua de una palabra que designe con exactitud lo que representa la palabra *craving*. El término, en cualquier caso, viene a referirse al deseo intenso de consumo, al ansia por consumir, al deseo que se acompaña de lo que muchos heroinómanos describen como un pellizco en el estómago junto a una gran dificultad para dejar de pensar en el momento de ingerir la sustancia.

63 Hemos podido observar que los pacientes con trastorno límite de la personalidad presentan una gran dificultad para controlar esta impulsividad, esfuerzo que suele terminar en explosiones de irritabilidad, conductas de un marcado carácter impulsivo y una autoimagen cada vez más negativa.

64 Tengamos en cuenta que nos referimos al paciente histriónico, ya que es frecuente que entre los pacientes adictos a la heroína no exista interés por el establecimiento y/ o mantenimiento de una relación de pareja.

65 Tiempo entre sesiones, horario de atención, frecuencia y coincidencia en las instalaciones del centro de tratamiento donde se realizan los controles toxicológicos, incorporación a grupos de tratamiento donde existe una homogeneidad distintiva en este sentido, etc.

66 Nos referimos a las fases de los «Procesos de Cambio».

67 Su autoestima aumenta como consecuencia del valor idealizado que asigna a las personas con las que se relaciona. Mecanismos como éste dificultan enormemente el distanciamiento del grupo de consumidores habituales con los que se relaciona.

68 Citados en Tejero y Casas (1992).

69 Nos referimos a la posibilidad que tienen los sujetos consumidores de drogas de evitar pagar una sanción administrativa impuesta, generalmente, como consecuencia de portar una determinada cantidad de sustancia tóxica en el momento del reconocimiento policial. Esta metodología está llevando a muchas personas a pedir ayuda en centros de tratamiento con el solo objeto de conmutar la sanción administrativa por el sometimiento a un tratamiento.

70 Citados en Tejero y Casas (1992).

71 Tengamos en cuenta cómo uno de los objetivos de la puesta en marcha de los programas de mantenimiento con metadona es el seguimiento y la intervención en casos de patología dual. Esta cuestión, que quedaba hasta hace poco a juicio exclusivo del profesional, hoy es abiertamente aceptada por los dispositivos asistenciales especializados en drogodependencias (Comisionado para la Droga de la Junta de Andalucía, 2000).

72 Al igual que en el resto de los casos en los que se ingresa en un centro de tratamiento en régimen de internamiento, la aceptación por parte del drogodependiente es un criterio indispensable. En algunos casos de trastorno antisocial de la personalidad, el sujeto puede estar buscando el ingreso para evitar entrar en prisión o, simplemente, huir durante un tiempo de las amenazas existentes en los entornos sociales conflictivos en los que hasta ahora ha estado inmerso. En cualquiera de los casos es necesaria una preparación para el ingreso, si cabe más exhaustiva cuando se trata de un adicto con trastorno antisocial de la personalidad en comparación con otros casos. Puede ayudar, en el proceso de concienciación del paciente, que éste se sienta con la libertad, y sin presiones por parte de su familia, para volver a casa en el momento en que así lo decida. Además, el equipo terapéutico del centro de internamiento deberá estar informado necesariamente de la patología del paciente.

73 En los ítem del cuestionario AEQ-A quedan patentes algunas de las expectativas más extendidas por parte de los jóvenes hacia el uso de alcohol. Entre ellas podemos destacar: «las bebidas alcohólicas hacen las

fiestas más divertidas», «el alcohol hace a las personas más amables», «la gente entiende mejor las cosas cuando bebe alcohol», «el alcohol hace sentirse a las personas más románticas», «el alcohol ayuda a la gente a hacer frente a otras personas», etcétera (Secades, 1995).

<sup>74</sup> Uno de los objetivos más difíciles, y a la vez extraordinariamente importante para la consecución de un cambio estable de estilo de vida a largo plazo, consiste en el distanciamiento de personas que son consumidoras habituales de drogas. En muchos casos, éstas son consideradas por el paciente como amigas, y es en esta circunstancia cuando el adicto genera sensación de culpa si deja de hablar a estas personas. Por ello, esto se convierte en un reto muy difícil de resolver.

<sup>75</sup> Nos referimos a la posibilidad de que aparezca cierta confusión para el drogodependiente entre las respuestas características del síndrome de abstinencia orgánico y las respuestas condicionadas anticipatorias a los efectos de la droga (Trujillo, 1996). Debemos analizar con el paciente el mimetismo existente entre el malestar experimentado frecuentemente y las características de las respuestas de abstinencia condicionada, con el fin de proporcionarle criterios para discernir entre ambas condiciones. Estas somatizaciones, convertidas en frecuentes quejas, tienden a desaparecer a la vez que la drogodependencia evoluciona favorablemente.

<sup>76</sup> Citado en Valderrama, Cervera, De Vicente y cols, 2001.

<sup>77</sup> Con esto se hace referencia a situaciones en las que el drogodependiente con este trastorno de la personalidad no experimente de forma excesivamente ansiógena una nueva relación. Esto es, situaciones que puede tolerar con más facilidad como, por ejemplo, estar con algún amigo no consumidor en un ambiente sosegado, y no estar, por ejemplo, con una persona del sexo opuesto con la que no tenga relación en un ambiente novedoso.

<sup>78</sup> Con esto sólo se quiere poner un ejemplo de las posibles creencias irracionales que parecen estar presentes con frecuencia en la evaluación del proceso de acercamiento a otras personas que realiza el paciente con trastorno de la personalidad por evitación.

<sup>79</sup> Programas de formación laboral (ejemplo: «Red de Artesanos»-Plan Andaluz sobre Drogodependencias y Adicciones).

<sup>80</sup> Muchas parejas de consumidores fundamentan su relación en el mantenimiento de la drogodependencia, siendo conscientes que el consumo es el único vínculo entre ellos. Podemos observar cómo en estos casos la relación se rompe a consecuencia del cese del consumo por parte de uno de ellos, ruptura que suele llevarse a cabo con más probabilidad por parte del miembro de la pareja sin trastorno de personalidad por dependencia.

# Índice

Portada	2
Créditos	5
Índice	6
PRÓLOGO de José Luis Graña Gómez	8
INTRODUCCIÓN.—Una aproximación al problema de la patología dual	10
CAPÍTULO PRIMERO.—Los trastornos de personalidad. Características generales	16
CAPÍTULO II.—Los trastornos de personalidad y las drogodependencias	25
CAPÍTULO III.—Algunas consideraciones sobre la evaluación de la patología dual	60
CAPÍTULO IV.—Consideraciones generales sobre el tratamiento de pacientes drogodependientes con trastorno de la personalidad	75
CAPÍTULO V.—Intervención con el drogodependiente que presenta a su vez un trastorno de la personalidad del Grupo A (paranoide o esquizoide)	110
CAPÍTULO VI.—El tratamiento de la drogodependencia cuando el sujeto presenta un trastorno de personalidad del Grupo B (límite, histriónico, narcisista o antisocial)	128
CAPÍTULO VII.—El paciente drogodependiente con un trastorno de la personalidad del Grupo C (obsesivo-compulsivo, por evitación o dependencia)	188
CAPÍTULO VIII.—Terapia familiar cuando el drogodependiente presenta un trastorno de la personalidad	218
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	233