

**Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en una paciente con patología dual:
trastorno de conducta grave y drogodependencia**

Juliana Fernández Ramírez

**Universidad del Norte
Facultad de Psicología
División de Humanidades y Ciencias Sociales
Barranquilla
2015**

Aplicación de la terapia cognitivo-conductual en una paciente con patología dual: trastorno de conducta grave y drogodependencia

Juliana Fernández Ramírez

**Trabajo de grado para optar por el título de
Magíster en Psicología - Profundización Clínica**

Asesores

Ana María Arias Zuleta

Especialista y Magíster en Psicología Clínica

Rodrigo Mazo Zea

Especialista en Terapia Cognitiva y Doctorando en Psicología

Universidad del Norte

Facultad de Psicología

División de Humanidades y Ciencias Sociales

Barranquilla

2015

Tabla de contenido

	Pág.
Introducción	8
Justificación	10
Área problemática	13
Objetivos	21
1. Marco conceptual y de referencia	22
1.1. Patología Dual	22
1.1.1. Epidemiología:	22
1.1.2. Factores etiopatogénicos:.....	25
1.1.3. Comorbilidad psiquiátrica.....	34
1.1.4. Abordaje terapéutico cognitivo conductual en casos de patología dual	40
1.2. Drogodependencia.....	41
1.2.1. Factores que condicionan la drogodependencia.....	50
1.2.2. Modelos explicativos de la drogodependencia	51
1.2.3. Determinantes psicológicos de las drogodependencias	53
1.3 Trastorno Disocial.....	56
1.4 Terapia Cognitiva.....	66
1.4.1. Terapia cognitiva de las drogodependencias	74
1.4.2. Terapia cognitiva conductual para el trastorno de conducta.....	84
2 Historia clínica del paciente.....	89
2.1. Historia del caso	89

2.1.1.	Información de identificación	89
2.1.2.	Queja principal.....	89
2.1.3.	Historia del problema actual:	89
2.1.4.	Historia psiquiátrica pasada	90
2.1.5.	Historia social y personal.....	91
2.1.6.	Historia médica	92
2.1.7.	Observaciones sobre el estado mental	93
2.1.8.	Diagnóstico	93
2.2.	Formulación del caso	94
2.2.1.	Precipitantes	94
2.2.2.	Enfoque transversal de las cogniciones y las conductas actuales	95
2.2.3.	Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos	96
2.2.4.	Fortalezas	99
2.2.5.	Hipótesis de trabajo.....	99
2.3.	Plan de tratamiento	101
2.3.1.	Listado de problemas	101
2.3.2.	Objetivos terapéuticos.....	101
2.3.3.	Plan de tratamiento:	102
2.4.	Curso del tratamiento	103
2.4.1.	Relación Terapéutica.....	103
2.4.2.	Intervenciones/procedimientos:	104
2.4.3.	Obstáculos	106
2.4.4.	Resultados	106

3 Descripción detallada de las sesiones 107

4 Análisis de caso 109

Conclusiones y discusión 115

Referencias..... 120

Anexos 124

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1 <i>Aspectos relevantes con respecto al consumo de sustancias en adolescentes</i>	25
Tabla2 <i>Factores de riesgo y protección en el desarrollo de trastornos por el uso de sustancias y otros trastornos mentales en la infancia y la adolescencia</i>	28
Tabla 3 <i>Criterios diagnósticos según el DSM5 para el trastorno por consumo de cannabis</i>	42
Tabla 4 <i>Criterios diagnósticos según el DSM5 para el trastorno por consumo de estimulantes</i>	44
Tabla 5 <i>Criterios Diagnósticos según el DSM5 para el trastorno de la conducta</i>	57
Tabla 6 <i>Descripción detallada de las sesiones</i>	108

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 <i>Modelo descriptivo de la progresión de la conducta antisocial de la primera infancia a la adolescencia, desarrollado por Patterson</i>	63
Figura 2 <i>Niveles de organización del sistema cognitivo según Judith Beck</i>	72
Figura 3 <i>Diagrama de flujo del abuso de sustancias</i>	80
Figura 4 <i>Diagrama de conceptualización cognitiva de la creencia nuclear: "Soy vulnerable"</i> .	97
Figura 5 <i>Diagrama de conceptualización cognitiva de la creencia nuclear: "No valgo nada, soy una basura"</i>	98
Figura 6 <i>Modelo de vulnerabilidad para el alcoholismo familiar</i>	115

Introducción

La presencia de problemas mentales sumados a trastornos por consumo de sustancias en una persona, es lo que se denomina “patología dual”, la cual se ha visto enriquecida en su estudio por las diferentes investigaciones que desde la psicología clínica se proponen y permiten una mayor claridad sobre cómo actúan y se comportan los individuos y los grupos, y cuál es la efectividad de los tratamientos que se aplican.

El objetivo de este trabajo es, precisamente, describir y analizar el proceso de intervención de un caso clínico único de una paciente con patología dual: Trastorno de la conducta y trastorno por consumo de múltiples sustancias, mediante la conceptualización desde el modelo del Instituto de Terapia Cognitiva de Beck, con el fin de lograr un mayor conocimiento y profundidad sobre el tema.

El marco conceptual presenta los elementos fundamentales sobre la patología dual, la drogodependencia y el trastorno disocial, para luego abordar el caso clínico específico de la paciente desde un plan de intervención basado en el modelo de terapia cognitiva conductual, detallando su historia clínica y describiendo algunas de las sesiones que se llevaron a cabo en su tratamiento.

Con el desarrollo de este trabajo se confirma que la aplicación del estudio de caso, a pesar de no ser considerado como una investigación formal, sirve como fuente de información que

complementa la conceptualización teórica, favorece la práctica de la psicología clínica y permite la profundización en las investigaciones.

Justificación

Dentro de la psicología clínica, la patología dual cobra cada vez más interés por su frecuencia e implicaciones no solo en el individuo sino en la sociedad. Dicha patología se define como:

La concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Estos pacientes “duales” o con comorbilidad psiquiátrica, son frecuentes y presentan mayor gravedad tanto desde la perspectiva clínica como social, que los sujetos que solo presentan un tipo de trastorno (adictivo u otra enfermedad psiquiátrica). (Torrens Mélich, 2008, p. 315)

Los trastornos que con mayor frecuencia se presentan en la patología dual son los trastornos del estado del ánimo, tales como: el depresivo mayor, el afectivo bipolar tipo I y tipo II, el psicótico en el que se ubica por ejemplo la esquizofrenia, el de ansiedad, el de conducta alimentaria, el de déficit de atención (TDHA) y el de la personalidad; los más frecuentes: la personalidad limítrofe y la personalidad sociopática. El presente caso expondrá el Trastorno Disocial (TD), que se define como:

El trastorno externalizado más grave y está caracterizado por un patrón repetitivo y persistente de conducta que incluye la violación de los derechos básicos de los demás, de las normas sociales o de las leyes, se caracteriza por cuatro áreas de manifestación:

agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia/robo y violaciones graves a las normas. (De la Peña-Olvera & Palacios-Cruz, 2011, p. 423)

Al hablar de un trastorno de consumo de sustancias y la coexistencia de un trastorno mental, hacemos referencia a una patología dual. El trastorno por consumo de sustancias, según la CIE 10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (1992) citado por Becoña y Cortés (2011), se entiende como:

Un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo, a menudo fuerte y a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas ilegales o legales, aun cuando hayan sido prescritas por el médico. (pp. 24-25)

El trabajo se realizó bajo la modalidad de un estudio de caso por ser “una actividad propia de las acciones del clínico-investigador, donde el profesional trata de analizar y comprender una o diversas variables importantes para los antecedentes, desarrollo y problemas del paciente y/o evaluar los efectos del diseño de un tratamiento específico”. (Serrano Ramírez, s.f., p.3). La experiencia del clínico, permite la discusión y comprensión de esta experiencia entre psicólogos.

Con este estudio de caso se pretende profundizar en la evaluación, el diagnóstico y la intervención de un adolescente con patología dual por medio del modelo del Instituto de Terapia Cognitiva de Beck, ya que posibilita organizar la información proveniente de la evaluación y orientar la intervención de forma coherente y consistente, permitiendo mayor comprensión y adecuado manejo psicoterapéutico. Además, este modelo cuenta con una teoría estructurada de la personalidad y la psicopatología, lo que facilita la comprensión del fenómeno desde dicho enfoque. También posee una propuesta psicoterapéutica con evidencia empírica, que apoya la intervención realizada.

Para los psicólogos, estudiantes y público en general, este trabajo es importante porque aporta en la ampliación y comprensión del conocimiento de dicha problemática, especificando por medio de un caso clínico, la conceptualización, el análisis descriptivo, explicativo y la propuesta de intervención, posibilitando un análisis más profundo de un diagnóstico que puede considerarse dentro de las patologías complejas, por su resistencia a tratamientos convencionales, la disminución del pronóstico de remisión, ya que se oscurece el panorama de intervención. Por ser un problema de salud pública mundial, este tipo de estudios benefician la población al ampliar el espectro de conocimiento de dicha problemática.

Área problemática

El estudio de caso se realiza bajo la teoría de la psicología anormal. Según Barlow & Duran (2001), citados por Fernández (2004), se considera conducta anormal o trastorno psicológico “toda disfunción conductual, emocional o cognitiva, que es inesperada en su contexto cultural y se asocia con angustia personal o con un impedimento sustancial en el funcionamiento de la persona” (p.13). De acuerdo con los investigadores Barlow & Durand (2001), citados por Chávez Herrera (2012):

Se asume que algo es anormal porque sucede de manera poco frecuente y se desvía de la norma. La conducta anormal o conducta desadaptada es el resultado de la incapacidad para manejar el estrés en forma efectiva, resultante de desequilibrios biológicos y psicológicos, lo que desencadena en comportamientos aversivos fundados en ideas irracionales, que perjudicarán tanto individual como colectivamente su salud mental. (parr. 3)

En esa línea, un trastorno mental se puede definir como:

Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés

significativo o a una discapacidad ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. (Medrano, 2014, p.657)

Para la terapia cognitiva, en la cual está enmarcado el presente trabajo, la psicopatología se caracteriza, de acuerdo con Beck, citado por Ferrer, González & Padilla (2013), “por esquemas idiosincrásicos desadaptativos que dominan el sistema de procesamiento de la información, cuando son activados por las circunstancias relevantes del ambiente. Esos esquemas desadaptativos tienden a ser rígidos, impermeables, sobreinclusivos y concretos”.

Aarón T. Beck inicia el desarrollo de la que denominó "Terapia Cognitiva" a principios de la década de los sesenta (1962) en la Universidad de Pensilvania, como una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente. Ansiedad y depresión sus primeros temas de investigación. El modelo coincidía con el concepto de la mediación cognitiva propuesto por Albert Ellis en 1956. La sede central de esta corriente, que durante muchos años fue el Center for Cognitive Therapy de la Universidad de Pennsylvania en Philadelphia, Pennsylvania, actualmente es el “Beck Institute for Cognitive Therapy and Research” situado en Bala Cynwyd (zona suburbana de Philadelphia, en el estado de Pennsylvania, USA), fundado en 1994 por Aarón T. Beck, su actual presidente, y dirigido por su hija, Judith S. Beck. Hoy la Terapia Cognitiva en las mismas escuelas fundadoras ha superado algunas concepciones originales, ha incorporado una visión constructivista y ha adoptado nuevos recursos. (Aaron T. Beck y La Terapia Cognitiva (TC), s.f., parr.1)

La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964) Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación. (Beck, 1995, p. 14)

El tratamiento se fundamenta en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente. “La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismos, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan.” (Dattilio & Padesky, 1990, p. 6).

Las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos: (Aaron T. Beck, s.f., parr. 5)

- Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".
- La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
- Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.

- La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.
- La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- Un enfoque orientado al problema y los objetivos.
- El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional.

La terapia cognitiva conductual ha sido utilizada tanto para el manejo de la drogodependencia como en el trastorno disocial de la conducta: Una de las ideas básicas de la terapia cognitiva para la drogodependencia es ayudar al paciente a reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga mediante la refutación de las creencias subyacentes y enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos. El objetivo final es reducir la presión e incrementar el control. En el trastorno disocial de la conducta la terapia cognitiva se usa para modificar:

- Concepción errónea de sí mismo: Se ve injustamente tratado por la gente.
- Concepción errónea de los otros: Son injustos, no me creen, no siguen las reglas que me imponen.
- Creencia nuclear: Mi papá no me cree. Mi papá es injusto conmigo.

- Creencia condicional: Si mi papá me regaña cuando peleo con mi hermano, es porque no me cree y es injusto conmigo.
- Creencia instrumental: Debo exigir justicia (enfrentamiento).
- Amenazas: Situaciones en las cuales sea culpado, regañado, confrontado.
- Estrategia: La confrontación, el alegato, el enfrentamiento.
- Afecto: Ira.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se encuentra una gran comorbilidad entre el consumo de sustancia y el TD.

Probablemente una de las correlaciones clínicas más importantes con el TD sea la de adolescentes que consumen alcohol o drogas. Más de 60% de los adolescentes con TD tienen algún tipo de abuso o dependencia a alcohol o drogas. Las siguientes características conductuales son propias de adolescentes que abusan o dependen de las sustancias: impulsividad, agresividad, búsqueda de sensaciones, baja evitación al daño, incapacidad para postergar gratificaciones, falta de religiosidad y psicopatología, en especial el TD. (De la Peña -Olvera, 2003, p. 126)

Para explicar la relación entre el consumo de alcohol o drogas y los actos disociales, se han propuesto los siguientes mecanismos:

- 1) un crimen violento es un camino habitual para obtener la droga; 2) la violencia (amenazas, golpes, heridas) puede ser una condición general para resolver las disputas

entre quienes distribuyen las drogas; 3) el uso de sustancias y la conducta iracunda pueden tener factores causales similares y por lo tanto concurrir en determinados sujetos, y 4) ciertas sustancias incrementan la probabilidad de presentar conducta violenta, situación que se explica por sus propiedades farmacodinámicas, sus mecanismos y sitios de acción en el organismo” (De la Peña -Olvera, 2003, p. 126) .

Según Beck, Wright, Newman y Liese (1999), la terapia cognitiva de las drogodependencias busca ayudar al paciente de dos formas:

a. Reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga mediante la refutación de las creencias subyacentes, y b. Enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos. El objetivo es reducir la presión e incrementar el control. La terapia se lleva a cabo de varias formas: el terapeuta ayuda al paciente a revisar la secuencia de acontecimientos que llevan al abuso de drogas, luego explora las creencias básicas del individuo acerca del valor que tienen las drogas. Al mismo tiempo el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. El terapeuta ayuda al paciente a modificar su pensamiento, de forma que pueda conseguir mayor comprensión de sus problemas reales y despreocuparse de los seudoproblemas, que son derivados de sus pensamientos defectuosos. Además, a través del repaso y la práctica, los pacientes se entrenan para construir un sistema de controles que puedan aplicar cuando se enfrenten con impulsos de consumir apremiantes. (p. 52)

A medida que se avanza en el tratamiento, el terapeuta utiliza unas técnicas que incluyen:

Una evaluación minuciosa de las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de consumir drogas; el análisis de coste y beneficios, ayudar al paciente a encontrar formas más satisfactorias de afrontar los problemas reales y sentimientos desagradables sin tener que volver a las drogas para aliviarse, también trabajan conjuntamente para estructurar la vida del paciente de forma que pueda disponer de otras fuentes de placer. (Beck et al., 1999, p. 53)

Frente a la poca tolerancia que muchos pacientes van presentando durante el tratamiento ante la frustración a los obstáculos, aplazamientos o impedimentos que son propios de cualquier proceso, se busca que este vea las consecuencias de reaccionar de manera inadecuada sobre sí mismo y sus capacidades. La poca asertividad que manifiestan, los hace susceptibles de ser dominados e incluso explotados por otras personas, lo que los lleva a vivir sentimientos de impaciencia, ira y desilusión. Se busca, entonces, que el paciente adquiera nuevas habilidades interpersonales que le permitan defender sus derechos de forma más efectiva, priorizando los intereses a largo plazo por las ganancias a corto plazo y llegar a ser insensibles ante epítetos despectivos o blasfemos. Una de las principales características de la terapia cognitiva es utilizar el “interrogatorio socrático”, que consiste en hacer preguntas con mucha habilidad para llevar al paciente a hablar sobre aspectos que no toca fácilmente, por ejemplo, la frecuencia y cantidad verdadera de droga que utiliza, las pérdidas reales debidas a la adicción y la calidad y efectos en las relaciones interpersonales. El método de las preguntas conducen a los pacientes a mirar otras posibilidades no consideradas y a evaluar más objetivamente varias de sus actitudes y creencias.

La terapia cognitiva brinda a la persona los elementos necesarios para dejar de consumir drogas, mantener el estado de abstinencia y asumir sus problemas diarios de una manera diferente que les permita alcanzar una vida mejor. (Beck et al, 1999, pp. 53-54)

Finalmente, el presente análisis de caso único pretende describir los procedimientos propios de la terapia cognitivo conductual que han sido validados y estandarizados para ofrecer una óptima intervención a los pacientes que padecen de patología dual, trastorno de la conducta grave y trastorno por consumo de múltiples sustancias. Además de detallar la aplicación de dichos procedimientos en una adolescente con este diagnóstico y sus resultados.

Objetivos

Objetivo General:

Describir y analizar el proceso de intervención de un caso clínico único, de una paciente con patología dual: trastorno de la conducta y trastorno por consumo de múltiples sustancias, mediante la conceptualización desde el modelo del Instituto de Terapia Cognitiva de Beck, con el fin de lograr un mayor conocimiento y profundidad sobre el tema.

Objetivos Específicos:

- Describir la génesis explicativa a la luz de las bases teóricas, evaluación y conceptualización para el diseño del plan de intervención.
- Diseñar el plan de intervención desde el modelo de Terapia Cognitiva Conductual, con un caso de patología dual: trastorno de la conducta y trastorno por consumo de múltiples sustancias.
- Describir los procedimientos propios de la terapia cognitivo conductual que han sido validados y estandarizados para ofrecer una óptima intervención a los pacientes que padecen de patología dual: trastorno de la conducta grave y trastorno por consumo de múltiples sustancias.

1. Marco conceptual y de referencia

1.1. Patología Dual

La patología dual se define, según Szerman (2014) como:

Una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y un trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones (...). En la terminología anglosajona es más usual el término ‘diagnóstico dual’, que en realidad hace referencia a dos diagnósticos independientes (...). En cambio, el término ‘patología dual’ es más cercano al modelo de vulnerabilidad genética y biológica que predispone a diferentes fenotipos psicopatológicos, a la existencia de alteraciones que hace a las sustancias más placenteras que para el resto de los individuos, y estas deficiencias, genéticamente determinadas, son corregidas por el uso de sustancias, conduciendo a la automedicación.

(p.1)

1.1.1. Epidemiología:

En los últimos tiempos y a través de estudios epidemiológicos, se ha clarificado la relación tan estrecha y significativa entre las conductas adictivas y otros trastornos psicopatológicos.

En un estudio prospectivo sobre la prevalencia de la patología dual hecho recientemente (2008) en la comunidad de Madrid, se ha encontrado que en las redes sanitarias públicas relacionadas con la materia (Salud Mental y Drogodependencias), el 53,2% de los pacientes que reciben tratamiento, presentan patología dual, y que en las drogodependencias este porcentaje llega al 63%. (Szerman, 2014, p.2)

De igual manera, estudios anteriores ya han confirmado la relación que asocia los trastornos psiquiátricos y el consumo de múltiples sustancias:

En 2005 Compton y sus colaboradores del NIDA (National Institute on Drug Abuse), publican un artículo de revisión epidemiológica revisando los principales estudios efectuados hasta entonces: ECA Study (1990), National Comorbidity Survey (1995), National longitudinal Alcohol Epidemiology (2001), NESARC (2004), con el resultado que todos ellos muestran que trastornos psiquiátricos tienen fuerte vínculo con uso de alcohol y otras drogas, y la probabilidad (Odds Ratio) fue la más elevada para dependencia que para abuso. (Bobes, Casas & Gutiérrez, 2011, p. 113)

Armstrong & Costello (2002), citados en (Goti Elejalde, Díaz Hurtado & Arango, 2014) encontraron en un estudio que:

Aproximadamente un 60% de los adolescentes que consumen sustancias tiene alguna condición psiquiátrica comórbida. La mayoría de los estudios frente a esta temática se

han realizado en muestras de pacientes ingresados en unidades de psiquiatría, llegando a comunicar tasas de trastorno por uso de sustancias que alcanzan el 70%. (p. 7)

En cambio, “los estudios con mayoría de pacientes en seguimiento ambulatorio por trastorno psiquiátrico muestran una tasa de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) entre el 10 y el 16%”. (Kramer et al., 2003, citado en Goti et al, 2014, p. 7).

Según Armstrong & Costello, 2002; Elkins et al., 2007; King et al., 2004; y Volkow, 2004; (citados en Goti et al, 2014), los trastornos mentales que muestran mayor comorbilidad y frecuencia con los TUS en adolescentes, son en su orden: los trastornos por conducta disruptiva, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los del estado de ánimo y los trastornos por estrés postraumático.

De otro lado, se encontró que “los pacientes con patología dual muestran mayor búsqueda de sensaciones, impulsividad, evitación del daño y neuroticismo; y menor persistencia, autodirección, autotranscendencia y cooperación”. (Márquez & Adán, 2013, p. 195)

Becker & Grilo, 2006; Elkins et al., 2007; Poulin et al., 2005; (citados en Goti et al., 2014), muestran como en algunos estudios de adolescentes con TUS se han encontrado que “en comparación con los chicos, las chicas tienden a mostrar más síntomas internalizantes (depresión, ansiedad, baja autoestima), con frecuencia relacionados con experiencias traumáticas, mientras que los síntomas externalizantes (agresividad, antinormatividad) serían un factor común para ambos sexos” (p. 7). Así mismo, Becker & Grilo (2006); Díaz et al (2011);

Masten et al (2005); citados por Goti et al (2014), destacan que “aunque tanto los chicos como las chicas consumirían sustancias con un patrón similar, ellas podrían disponer de factores de protección que disminuirían la probabilidad de desarrollar trastornos más graves en relación a las sustancias”. (p.7)

1.1.2. Factores etiopatogénicos:

Sloboda et al (2012), citado por Goti et al (2014), afirman que:

En la actualidad las explicaciones más aceptadas sobre la etiopatogenia de la patología dual en la adolescencia se aproximan desde los modelos evolutivos de diátesis-estrés biopsicosocial, según los cuales el inicio y el desarrollo de la adicción y otros trastornos mentales comórbidos resultarían de la interacción recíproca entre factores de vulnerabilidad individual y factores ambientales, a lo largo de toda la evolución ontogenética. (pp. 7-8)

Tabla 1

Aspectos relevantes con respecto al consumo de sustancias en adolescentes

Neurobiología del desarrollo adolescente: sobreactivación de sistemas orientados a la experimentación y búsqueda de sensaciones, inmadurez de sistemas de autorregulación y control cognitivo.

Autoconfianza del adolescente: menor receptividad a recomendaciones de adultos, sobrestimación de su capacidad de control, minimización de riesgos.

Consumo guiado por expectativas, más que por efectos reales: persistencia en el consumo hasta alcanzar efectos esperados.

Presión de grupo: tendencia a la atribución como propias de conductas y actitudes del grupo de iguales, especialmente durante adolescencia temprana y media. La aprobación de los iguales activa zonas del Sistema Nervioso Central similares a las de otras recompensas no sociales.

Plasticidad del Sistema Nervioso Central en desarrollo: más vulnerable a efectos tóxicos y a experiencias de refuerzo. El consumo precoz de sustancias impide el aprendizaje de estrategias de afrontamiento apropiadas.

Fuente: Goti et al, 2014, p. 8. Recuperado de Castellanos-Ryan et al., 2012. Gladwin et al., 2011. Guyer et al., 2012. Squeglia et al., 2009.

Bava et al., 2009; Mason et al., 2013; Rubino et al., 2012 (citados por Goti et al., 2014), afirman con relación a la psicopatología, que esta se “precipita como consecuencia del efecto neurotóxico de las sustancias, en este caso se estaría hablando del trastorno mental inducido por sustancias. Sería el caso de un episodio psicótico o maniaco producido por el consumo de estimulantes o de cannabis”. (p. 9)

Asimismo, Kessler, 2004; Libby et al., 2005 (citados por Goti et al., 2014), sostienen que más del 80% de los casos del uso de sustancias ocurre como consecuencia de la psicopatología previa; especialmente en los casos de adolescentes. De igual manera:

Existe evidencia de que algunos trastornos psiquiátricos como el TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) o los trastornos de conducta precederían el inicio de problemas con el empleo de sustancias de 5 a 10 años, por lo que es una oportunidad para realizar intervención preventiva. Dentro de este modelo cabe la hipótesis de la automedicación en donde los adolescentes comienzan a usar las drogas buscando disminuir el malestar que le generan los síntomas del trastorno psiquiátrico. (Goti et al., 2014, p. 9)

Szerman et al (2013), citados por Goti et al (2014), afirman que:

El consumo de sustancias y la psicopatología se originan a partir de factores de riesgo comunes a ambos tipos de trastornos, sean riesgos biológicos, psicológicos o sociales. Con respecto a los factores de vulnerabilidad biológica, se han considerado diversas

alteraciones en las sustancias de neurotransmisores opiáceos, endo- cannabinoides, dopaminérgicos y colinérgicos-nicotínicos, entre otros, así como complejas interacciones entre ellos, que podrían estar en el origen de diversos síntomas psiquiátricos y también facilitar el desarrollo de la adicción. (p. 9)

En la línea de los factores de vulnerabilidad psicológica, Castellanos- Ryan et al., (2012), citado por Goti et al., (2014), presentan:

El ‘modelo de cuatro factores de personalidad’ (desesperanza, sensibilidad a la ansiedad, impulsividad y búsqueda de sensaciones) que supondrían indicadores endofenotípicos de vulnerabilidad genética para el trastorno dual (...) Dentro de los factores de riesgo sociales, un ambiente familiar distorsionado o el hecho de recibir abusos durante la infancia, también podrían aumentar el riesgo para desarrollar trastornos duales precozmente. (p. 9)

En este sentido, el NIDA determina que “los factores genéticos contribuyen en un 40-60% a la vulnerabilidad, que surge de múltiples interacciones genéticas, con influencias medio ambientales”. (Bobes et al., 2011, p. 118)

Teniendo en cuenta que los modelos bidireccionales proponen que los trastornos mentales y el TUS se influyen mutuamente en su desarrollo, Young et al (2008), citado por Goti et al (2014), sostiene que:

En este sentido, estudios que utilizan los modelos Cross Lag Panel han confirmado que las conductas antisociales predicen la aparición de trastornos por uso del alcohol, pero que también la desinhibición producida por estas sustancias, potencia la realización de este tipo de conductas. (p. 9)

Siendo así, la patología dual se puede presentar por múltiples causa, que no son necesariamente excluyentes entre sí, debido a que tanto los factores de riesgo como de protección influyen en el desarrollo de TUS y otro trastornos mentales en cualquier etapa de la vida. (Hawkins et al., 1992; Stone et al., 2012, citados por Goti et al., 2014)

Es fundamental, entonces, conocer cuáles son los factores de riesgo y de protección de cada paciente, para así poder determinar cuál es el plan de intervención o las acciones preventivas específicas a realizar.

Tabla2

Factores de riesgo y protección en el desarrollo de trastornos por el uso de sustancias y otros trastornos mentales en la infancia y la adolescencia

Factores de riesgo	Factores de protección
Individuales	
<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares de alcoholismo, otras adicciones y otras psicopatologías. - Alteraciones neurobiológicas (disfunción en sistemas de neurotransmisores, déficit de atención y otras funciones ejecutivas, hiperreactividad, etc.) - Rasgos de temperamento y personalidad vulnerable (hiperactividad, impulsividad, timidez, irritabilidad, búsqueda de novedades, antinormatividad, etc.) o psicopatología (ansiedad, depresión, psicosis, etc.) - Mayor sensibilidad a los efectos reforzadores del alcohol y/u otras sustancias, y mayor tolerancia a los efectos desagradables - Exposición al alcohol y/u otras sustancias durante el embarazo o la infancia 	<ul style="list-style-type: none"> - Valores saludables y pensamiento prosocial - Autoaceptación y autosuperación - Expectativas de futuro positivas - Buen rendimiento intelectual - Pensamiento crítico e independiente - Sentido del humor - Buena gestión del tiempo de ocio (actividades diversas y organizadas) - Locus de control interno y sentido de la responsabilidad - Estrategias de afrontamiento (emocionales y cognitivas) - Flexibilidad, introspección, autocontrol - Conocimientos sobre el alcohol/otras sustancias - Actitudes negativas y expectativas realistas respecto al consumo de sustancias

Continúa en la página siguiente

Continuación

Factores de riesgo	Factores de protección
Familiares	
<ul style="list-style-type: none"> - Negligencia en el cuidado parental, abusos físicos o psicológicos, falta de afecto, aceptación y validación - Acontecimientos vitales estresantes en la familia - Pautas educativas alteradas (ausencia de normas y límites, falta de supervisión, exceso de disciplina o de permisividad, refuerzos no-consistentes, superprotección) - Falta de cohesión y comunicación, interrupción de los rituales familiares, alto nivel de conflictos - Dificultades económicas y/o de adaptación - Modelado de patrones de consumo abusivos y transmisión de actitudes favorables de la familia hacia el consumo 	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculos familiares positivos y apoyo emocional - Sistema familiar estructurado, normativo y coherente - Al menos un progenitor emocionalmente estable, afectivo y acogedor, que potencie la autoestima del niño - Estabilidad y cohesión familiar - Núcleo familiar pequeño (menos de 4 hijos) - Modelos de conducta positivos en la familia y rechazo de conductas de riesgo - Supervisión y controles paternos adecuados - Actividades de ocio familiares, rituales y celebraciones - Comunicación padres-hijos abierta y sincera
Escolares	
<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en la relación con los compañeros o los profesores (conducta disruptiva en clase, rechazo, acoso escolar, etc.) - Dificultades de aprendizaje y bajo rendimiento - Ausencia de vínculos significativos en la escuela - Fracaso académico y/o absentismo escolar 	<ul style="list-style-type: none"> - Vínculos con la escuela, los compañeros y los maestros - Buena comunicación padres-escuela - Normas claras sobre las conductas aceptables - Supervisión y refuerzos coherentes con las normas - Expectativas de los maestros claras y adaptadas a las capacidades del niño
Socioculturales	
<ul style="list-style-type: none"> - Contacto con grupos de riesgo - Presión del grupo de amigos y de la publicidad hacia el consumo de alcohol y/u otras sustancias - Adolescencia prolongada (inmadurez) - Sociedad consumista y hedonista - Costumbres culturales y modas (falsas creencias sobre las sustancias y baja percepción de riesgos, implantación de patrones de consumo anglosajón de alcohol, cannabis con alta concentración de THC (delta-9-tetrahidrocannabinol), etc. - Elevada disponibilidad de alcohol y/u otras sustancias (bajo precio, acceso fácil en el barrio, supermercados, internet, etc.) - Situaciones extremas de pobreza, desarraigo cultural o marginación social 	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculación a grupos o instituciones prosociales (religiosos, deportivos, culturales, etc.) - Relaciones positivas con adultos significativos: maestros, familiares, vecinos, etc. - Modelos adultos y amigos no consumidores de sustancias - Participación en actividades de grupo positivas (excursiones, juegos, deportes, trabajos escolares, etc.) - Normas sociales claras respecto a la abstinencia de alcohol/sustancias en ciertas ocasiones - Acceso a servicios comunitarios flexibles y adaptables a las necesidades de los usuarios - Oportunidades para participar en actividades sociales y de ocio alternativas al consumo de sustancias

Fuente: Goti et al, 2014, pp. 10-11. Recuperado de Hawkins et al., 1992.

Modelos etiológicos de vulnerabilidad a la patología dual en adolescentes

Rutter, 2005 (citado por Goti et al, 2014) teniendo en cuenta que los factores de riesgo favorecen la presencia de la patología dual en los adolescentes, sostiene que:

La compleja interacción entre los múltiples factores constitucionales y ambientales que intervienen en el desarrollo de trastornos mentales, entre los que se incluye la adicción a sustancias, ha sido elaborada por medio de diversos modelos etiológicos. Estos modelos posibilitan explicar cómo algunos niños y adolescentes desarrollan determinadas características temperamentales, cognitivas o comportamentales que lo predisponen al uso de sustancias, o a desarrollar un consumo problemático una vez que se ha expuesto a ellas. La mayoría de los modelos presuponen que los TUS y otros trastornos mentales comparten mecanismos etiológicos biopsicosociales”. (p. 11)

Los modelos etiológicos de vulnerabilidad a la patología dual en adolescentes, desarrollados hasta el momento, son los siguientes:

- Modelo de Kenneth Sher
- Modelo de desinhibición neuroconductual del grupo CEDAR (Center for Education and Drug Abuse)
- Modelo del síndrome deficiencia de la recompensa
- Modelos evolutivos y de género

En el campo de la prevención y el tratamiento de los trastornos duales en niños y adolescentes, se presenta el modelo Kenneth Sher (1991) como el más completo y útil en dichos casos. Este modelo se aplicó inicialmente para confirmar la vulnerabilidad a la psicopatología de los hijos de personas alcohólicas, aunque este también es propicio para la asistencia de la patología dual en general. (Goti et al, 2014)

Sher propuso 3 vías etiológicas que permiten vincular los antecedentes familiares de alcoholismo con la presencia de trastornos mentales y el consumo de alcohol en los descendientes. Schuckit et al., 2006 (citado en Goti et al, 2014, pp. 12-13), describen estas vías, así:

- La primera vía del modelo es la de la desviación social, que propone que algunos factores genéticos podrían influir por medio de factores neurobiológicos en el desarrollo de disfunciones cognitivas y/o temperamentales, que ocasionarían ya en la infancia problemas de conducta y dificultades escolares. La respuesta en el entorno familiar y escolar a tales dificultades, en de forma punitiva o inconsistente, contribuirían a aumentar el estrés y fomentarían un modelo de conducta negativo. Esta situación, a su vez, interferiría en la adaptación escolar, generando posible déficits cognitivos, dificultades en la vinculación entre la escuela y la familia y entre el sujeto y sus compañeros. Todos estos factores pueden conducir al fracaso escolar y, ya en la adolescencia, a una mayor facilidad para buscar apoyo emocional, refuerzo positivo, identidad y autoestima en grupos desviados en los que se consumen sustancias.
- La segunda vía (...) es la del afecto negativo, que sugiere que, también debido a razones genéticas y a la interacción con el ambiente familiar, algunos niños tendrían dificultades para desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas ante situaciones de estrés, mostrando síntomas de ansiedad o depresión frente a ellas. Cuando en la adolescencia descubren por influencia del ambiente social que el alcohol u otras

sustancias pueden aliviar temporalmente ese malestar emocional, es posible que se habitúen a tomarlas con el objetivo y acaben teniendo problemas.

- La tercera vía del modelo es la del refuerzo aumentado. Se basa en la existencia de factores genéticos (modulados por factores ambientales) que influyen en el desarrollo de una respuesta farmacodinámica cerebral particular a algunas sustancias, y que puede hacer que el consumo sea más atractivo o reforzador para algunos individuos, aumentando la probabilidad de abuso y posterior adicción.

El modelo de desinhibición neuroconductual fue desarrollado por Tarter y unos investigadores del grupo CEDAR (Center for Education and Drug Abuse) fundado en 1989 por el NIDA (National Institute of Drug Abuse). Según Vanyukou et al (2009) citado por Goti et al (2014), este grupo tenía como propósito:

Explorar la trayectoria ontogenética de las adicciones, desarrollaron basándose en estudios prospectivos, una aproximación a los factores neurocognitivos implicados en el desarrollo de la patología precoz. El constructo elaborado denominado ‘desinhibición neuroconductual’ atribuye a una disfunción en la actividad del corte prefrontal y los circuitos asociados a la presencia del déficit en la inhibición de la respuesta y otras funciones ejecutivas, así como en la regulación de la conducta y las emociones. Estos aspectos constituirían un componente nuclear en la etiopatogenia de los trastornos mentales externalizantes, como el TDAH y otros trastornos de conducta, así como en la

vulnerabilidad al TUS. El perfil de ‘temperamento desinhibido’ se caracteriza por una elevada búsqueda de novedades y una baja evitación del daño. (p. 13)

Con respecto al modelo del síndrome de deficiencia de la recompensa, se puede decir que, según Blum et al., 2013; Volkow & Baler, 2013 (citados por Goti et al., 2014)

Otro de los factores de predisposición genética que se ha sugerido como posible origen de la patología dual es la hipoactivación del circuito motivacional (núcleo accumbens y área ventral tegmental) o ‘síndrome de déficit de recompensa’ que podría generar en el individuo el deseo de compensar ese déficit por medio del consumo de sustancias o de realizar actividades excitantes o gratificantes. (p. 13)

El método que los autores de este modelo proponen para diagnosticar la predisposición genética de este síndrome, es el análisis de genes relacionados con el sistema de recompensa (Blum et al., 2013, citado por Goti et al., 2014). Según ellos, la aplicación de técnicas psicoterapéuticas, como la musicoterapia pueden llegar a compensar la hipoactivación del circuito motivacional (Blum et al., 2010, citado por Goti et al., 2014).

Otro de los modelos etiológicos de vulnerabilidad a la patología dual en adolescentes es el evolutivo y de género, que hace énfasis en los distintos factores de riesgo que se presentan en cada una de las etapas de la vida (Goti et al., 2014).

Los modelos presentados, según Chassin et al (2012) citados por Goti et al (2014), presentan las diversas y complejas rutas en las que “interaccionan los diferentes factores de riesgo de transmisión intergeneracional de trastornos duales, incorporando aspectos evolutivos, culturales o diferencias de género, que pueden tener gran utilidad a la hora de diseñar intervenciones preventivas y terapéuticas” (p. 15)

1.1.3. Comorbilidad psiquiátrica

Goti et al (2014), con respecto a la comorbilidad psiquiátrica, sostiene que:

La aproximación a la clínica de los trastornos psiquiátricos en el adolescente puede partir de dos visiones no contrapuestas ni excluyentes: una perspectiva categorial, en las que se amparan entre otras, las clasificaciones del CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y que identifica trastornos y categorías diagnósticas específicas y otra dimensional, acorde al análisis de las interrelaciones entre signos, síntomas o conductas. (p. 15)

Achenbach & Edelbrock, 1978 (citados por Goti et al., 2014) presentan las dimensiones psicopatológicas internalizante y externalizante en los niños y adolescentes, en las que los síntomas de los trastornos mentales pueden variar. La dimensión internalizante se refiere a conductas resultantes de conflictos emocionales internos (el aislamiento o la evitación); manifestados en los trastornos de ansiedad y depresión. La dimensión externalizante tiene que ver

con las conductas dirigidas hacia el entorno (agresión, el desafío o la antinormatividad) que se develan en los trastornos de conducta que son la expresión de los signos y los síntomas.

Trastornos externalizantes - trastornos por conducta disruptiva

Según Kazdin (1988), citado por Rey Anacona (2010), “los trastornos externalizantes son el resultado de un pobre control de impulsos, lo cual se ve reflejado en la agresividad, hiperactividad, desatención, desobediencia, disrupción entre otros” (p.16). “Dichos trastornos se integran por el trastorno oposicionista desafiante, el trastorno de conducta y el TDAH, que constituyen el grupo de diagnósticos comórbidos más frecuentes de adolescentes con TUS” (American Psychiatric Association [APA], 1994)

De acuerdo con Armstrong & Costello (2002), citados por Goti et al (2014), la prevalencia de estos trastornos en muestras comunitarias de adolescentes con TUS es del 46%. Aunque en otros estudios se sitúa incluso en el 66% (Chan et al., 2008, citado por Goti et al, 2014)

Robins et al (1991) citado por Goti et al (2014), sostiene que:

El trastorno de la conducta en el DSM 5, describe a los niños y adolescentes con conductas agresivas y delictivas, que transgreden las normas sociales de acuerdo a su edad, haciendo énfasis en la violación de las leyes y de los derechos básicos de los otros. El trastorno de la conducta puede ser el precursor de un trastorno antisocial de la

personalidad en la edad adulta, especialmente cuando comienza antes de los 15 años, se da en un 30 % de los casos. (p. 16)

Según Wiener et al (2004) citados por Goti et al (2014)

El equivalente al trastorno de conducta en el CIE 10 es el trastorno disocial. El CIE 10 distingue 4 subtipos: Trastorno disocial limitado al contexto familiar, trastorno disocial en niños no socializados, trastorno disocial en niños socializados y trastorno disocial desafiante y opositor. En la actualidad, la edad de inicio, la presencia de agresividad y el grado de socialización son considerados las variables del trastorno disocial con mayor pronóstico. (p. 17)

Con relación a la adicción a sustancias en los adultos, Moeller et al., 2001 (citado por Goti et al., 2014) comparte que:

Modelos actuales sobre constructos neurobiológicos explicativos de la adicción a sustancias en el adulto, encuentran un paralelismo en lo concerniente a posibles disfunciones (déficits en la inhibición de respuesta o en la atribución de la saliencia) que también se identifica entre los factores de vulnerabilidad de las conductas externalizantes. Estos rasgos fenotípicos podrían expresarse en fenómenos conductuales como perturbaciones en la autorregulación de la ira y la impulsividad, que pueden iniciarse o mantenerse por una amplia variedad de factores biológicos, psicológicos y sociales. (p. 18)

Finalmente, Grillo et al., 1996 (citados por Goti et al., 2014) sostiene que “como expresión de bases fisiopatológicas comunes se acepta que la relación entre los TUS y las conductas externalizantes es recíproca, de forma que cada uno potencializa la expresión del otro, y la presencia de ambos trastornos disminuye el pronóstico” (p. 18). Y “a su vez estudios longitudinales han establecido que la presencia de un trastorno de la conducta en la infancia predice un debut más precoz del consumo de sustancias psicoactivas e incrementa el riesgo de desarrollar TUS”. (Sunga et al., 2004, citado por Goti et al., 2014, p. 18).

Trastornos internalizantes

Goti et al (2014) con relación a este tipo de trastornos, dirigido a la conducta infantil, determina que estos “se caracterizan por conductas como la inhibición, inquietud, evitación, timidez, entre otras y su correlato categorial lo forman la depresión unipolar, la distimia y el trastorno depresivo no especificado y los trastornos de ansiedad” (p. 20). El mismo autor (Goti et al., 2014) presenta como

En una amplia muestra comunitaria de sujetos que mantenían tratamiento por TUS estratificada por grupos etarios, la prevalencia de trastornos externalizantes se atenuaban con la edad, mientras que los problemas internalizantes adquirían progresivamente mayor preponderancia. Aun siendo así, estos autores encontraron que en la muestra de de 4.930 adolescentes en tratamiento por TUS, el 48% presentaba, al menos, un diagnóstico conurbado de trastorno internalizante. (p. 20)

Según Blanco et al (2002) citado por Goti et al (2014), “los estudios en población adulta con TUS, se ha asociado la presencia de trastornos depresivos a una mayor vulnerabilidad para presentar psicopatologías y un mayor riesgo de conductas suicidas”. (p. 21)

Depresión y conducta perturbadora

La depresión y la conducta perturbadora, se presentan como comorbilidades frecuentes en el paciente dual deprimido manifestadas en “alteraciones de la conducta, que pueden ser atribuibles al episodio depresivo, o (...) a un historial previo de trastorno de la conducta perturbadora, (...) que con el curso de consumo de sustancias, converge en la presencia de clínica depresiva” (Goti et al., 2014, p. 22)

Riggs et al., (2007) citado por Goti et al (2014), presenta como “algunos autores refieren hasta un 50% de comorbilidad con trastorno de la conducta en adolescentes que presentan clínica depresiva y consultan por TUS (especialmente en mujeres), siendo esta (...) una población de riesgo incrementado de conductas autolesivas o suicidio” (p. 22). “A la vez, los pacientes con trastorno de conducta y depresión pueden desarrollar una mejor adhesión al tratamiento y evolución que los adolescentes solo con trastorno de la conducta. (Kaminer, 1992, citado por Goti et al., 2014, p. 22)

Según Achenbach y Edelbrock, citado por Rey (2010), “ los trastornos mixtos son aquellos que muestran síntomas tanto internalizantes como externalizantes, dentro de los cuales se podrían ubicar los problemas sexuales y el retraimiento” (p.16)

En la patología dual, es frecuente que los pacientes abandonen prematuramente el tratamiento (Martínez & Trujillo, 2003, citado por Romero, 2010). Sumado a esta dificultad, se presentan otras más durante el proceso, que tienen que ver con el escaso material bibliográfico de apoyo para el abordaje terapéutico de esta población, lo cual se debe, además, a múltiples razones, como la utilización de criterios restrictivos en la inclusión de pacientes en los ensayos clínicos, lo que repercute en dificultades para establecer recomendaciones basadas en la evidencia científica. (Goti et al., 2014, p. 26).

A continuación se describen algunas características de esa población que suponen retos a superar en la intervención:

- Los adolescentes son más sensibles al efecto que genera la estigmatización de ser etiquetados como ‘adicto’ o ‘enfermo mental’, por lo tanto es ideal hacer la intervención en contextos más normalizados.
- A los adolescentes se les dificulta ir por sí mismos a consulta por la baja percepción que tienen del riesgo, la baja introspección y conciencia de enfermedad, la desconfianza que le tienen a los adultos, la rebeldía, la sensación de control y el sentimiento de autosuficiencia que creen tener frente a cualquier problemática, especialmente frente al consumo de sustancias psicoactivas y su baja motivación para el cambio.
- Es muy frecuente que sean policonsumidores, lo que dificulta aún más la intervención psicoterapéutica

- La vinculación con grupos al margen de la ley y un entorno familiar poco colaborador o que perpetua la patología.

1.1.4. Abordaje terapéutico cognitivo conductual en casos de patología dual

“Desde la terapia cognitiva conductual la utilización de sustancias igual que otros síntomas de psicopatología, es una conducta aprendida que se inicia y mantiene debido a la interacción de procesos cognitivos, factores ambientales y refuerzos conductuales” (Goti et al, 2014, p.28).

Dicha terapia, afirma Cohen et al (2003) citado en Goti et al (2014)

Incorpora intervenciones dirigidas al cambio de conductas y de pensamientos. Las estrategias principales que utiliza es la reestructuración cognitiva, el manejo de emociones negativas y la prevención de recaídas, entre otras. Se enseñan y practican en sesiones individuales y /o grupales, desarrollando habilidades para la vida cotidiana. (p. 28).

“Adicionalmente también es importante utilizar estrategias como la entrevista motivacional y el manejo de contingencias familiares, alternativas de ocio y diversión incompatibles con el uso de sustancias. (Waldron & Kaminer, 2004 citado por Goti et al., 2014, p. 28)

Desafíos de la patología dual según el Manual de Trastornos Adictivos (Bobes et al., 2011, p. 117)

- Desafío para los sistemas sanitarios, que deben enfrentarse a pacientes complejos, con menor pronóstico, con un amplio abanico de patologías; medicas, psiquiátricas, adictivas, por lo que pasan de una red sanitaria a otra.
- Desafío para los sistemas sanitarios: por ser pacientes que los estigmatizan por tener “doble patología”, a lo cual se le puede sumar enfermedades infecciosas como el SIDA, lo que los estigmatiza aún más.
- Desafío a los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, puesto que se les dificulta dar cuenta de esta comorbilidad. En el DSM 5 ya se incorporan adicciones comportamentales como el juego patológico.
- Desafío clínico y terapéutico, puesto que hay poca formación de profesionales en ambas redes y temáticas, a lo que se le adiciona la escasez de instrumentos clínicos para una evaluación adecuada
- Desafío a la moral vigente, puesto que debe comenzar a aceptar que cuando se abusa de drogas esto tiene un correlato neurobiológico.

1.2. Drogodependencia

Según el DSM 5 los criterios de diagnóstico para el trastorno por consumo de cannabis son los siguientes:

Tabla 3

Criterios diagnósticos según el DSM5 para el trastorno por consumo de cannabis

- A. Un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
 5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
 7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.
 11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis.
 - b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al cannabis.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia de cannabis, o cualquier otro trastorno mental inducido por el cannabis, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de cannabis. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de cannabis viene indicado por el carácter en 4a posición del código del trastorno inducido por el cannabis. Por ejemplo, si existe un trastorno por consumo de cannabis y un trastorno de ansiedad inducido por cannabis concomitantes, solamente se indica el código del trastorno de ansiedad, cuyo carácter en 4a posición indica si el trastorno concomitante por consumo de cannabis es leve, moderado o grave: F12.180 para un trastorno leve por consumo de cannabis con un trastorno de ansiedad inducido por cannabis, o F12.280 para un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis con un trastorno de ansiedad inducido por cannabis.

Continúa en la página siguiente

Continuación

Especificar la gravedad actual:

305.20 (F12.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

304.30 (F12.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

304.30 (F12.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

B. Un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

12. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
13. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
14. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
15. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
16. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
17. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
18. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
19. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
20. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
21. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
 - c. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - d. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.
22. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
 - c. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis.
 - d. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al cannabis.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia de cannabis, o cualquier otro trastorno mental inducido por el cannabis, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de cannabis. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de cannabis viene indicado por el carácter en 4a posición del código del trastorno inducido por el cannabis.

Continúa en la página siguiente

Continuación

Por ejemplo, si existe un trastorno por consumo de cannabis y un trastorno de ansiedad inducido por cannabis concomitantes, solamente se indica el código del trastorno de ansiedad, cuyo carácter en 4a posición indica si el trastorno concomitante por consumo de cannabis es leve, moderado o grave: F12.180 para un trastorno leve por consumo de cannabis con un trastorno de ansiedad inducido por cannabis, o F12.280 para un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis con un trastorno de ansiedad inducido por cannabis.

Especificar la gravedad actual:

305.20 (F12.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

304.30 (F12.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

304.30 (F12.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Fuente: Recuperado de APA, 2013, p. 267-269

Tabla 4

Criterios diagnósticos según el DSM5 para el trastorno por consumo de estimulantes

A. Un modelo de consumo de sustancias anfetamínicas, cocaína u otros estimulantes que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de estimulantes.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el estimulante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes.
5. Consumo recurrente de estimulantes que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
7. El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de estimulantes en situaciones en las que provocan un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.

Continúa en la página siguiente

Continuación

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
- Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un estimulante.

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que solo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno de hiperactividad con déficit de atención o narcolepsia.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
- Presencia del síndrome de abstinencia característico de los estimulantes
 - Se consume el estimulante (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Nota: No se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que solo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno de hiperactividad con déficit de atención o narcolepsia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de estimulantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes”, que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de estimulantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los estimulantes.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia de anfetamina, o cualquier otro trastorno mental inducido por ellas, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de anfetamina. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de anfetamina viene indicado por el carácter en 4a posición del código del trastorno inducido por ellas. Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por sustancias anfetamínicas u otros estimulantes y un trastorno concomitante por consumo de dichas sustancias, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por sustancias anfetamínicas u otros estimulantes, cuyo carácter en 4a posición indica si el trastorno concomitante por consumo de sustancias anfetamínicas u otros estimulantes es leve, moderado o grave:

Continúa en la página siguiente

Continuación

F15.14 para un trastorno leve por consumo de sustancias anfetamínicas u otros estimulantes con un trastorno depresivo inducido por sustancias anfetamínicas u otros estimulantes, o F15.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de sustancias anfetamínica u otros estimulantes con un trastorno depresivo inducido por sustancias anfetamínicas u otros estimulantes. Igualmente, si existe un trastorno depresivo inducido por la cocaína y un trastorno por consumo de cocaína concomitantes, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por la cocaína cuyo carácter en 4a posición indica si el trastorno concomitante por consumo de cocaína es leve, moderado o grave: F14.14 para un trastorno leve por consumo de cocaína con un trastorno depresivo inducido por la cocaína o F14.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de cocaína con un trastorno depresivo inducido por la cocaína.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Presencia de 2–3 síntomas

305.70 (F15.10) Sustancia anfetamínica

305.60 (F14.10) Cocaína

305.70 (F15.10) Otro estimulante o un estimulante no especificado

Moderado: Presencia de 4–5 síntomas

304.40 (F15.20) Sustancia anfetamínica (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2003)

304.20 (F14.20) Cocaína

304.40 (F15.20) Otro estimulante o un estimulante no especificado

Grave: Presencia de 6 o más síntomas

304.40 (F15.20) Sustancia anfetamínica

304.20 (F14.20) Cocaína

304.40 (F15.20) Otro estimulante o un estimulante no especificado

Fuente: Recuperado de APA, 2013, p. 299-302

“El termino droga se aplica a aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica, y también física y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro orgánico y de conducta social” (Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2003, p.4)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2014)

Los trastornos relacionados con sustancias engloban 10 clases diferentes de drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos (con categorías independientes para la fenciclidina [o las arilciclohexilaminas con acción similar] y otros alucinógenos), los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes (sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes), el tabaco, y otras sustancias (o sustancias desconocidas). (p. 253)

Todas las drogas que se consumen en exceso producen una activación directa general del sistema de recompensa cerebral, que está implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos. Esta activación del sistema de recompensa es tan intensa que incluso se descuidan las actividades normales. En vez de obtener dicha estimulación a través de comportamientos adaptativos, las drogas de abuso activan directamente las vías de recompensa”. (DSM-5, 2014, p. 253)

El DSM-5 (2014), sostiene que “Los mecanismos farmacológicos por los que cada clase de droga produce recompensa son diferentes, pero en general activan el sistema y producen sentimientos de placer”. (p. 481). “Los individuos con menores niveles de autocontrol que reflejan disfunciones en los mecanismos de inhibición cerebral, están más predispuestos a desarrollar trastornos por consumo de sustancias”. (DSM 5, 2014, p.481).

La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que dan muestra de que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de las dificultades y consecuencias significativas de dicho consumo. El trastorno por consumo de sustancias se puede diagnosticar en las 10 clases de drogas mencionadas anteriormente a excepción de la cafeína. (p. 483)

De acuerdo con DSM-5 (2014) un elemento importante del trastorno por consumo de sustancias tiene que ver con:

El cambio que se produce en los circuitos cerebrales, que continúa en la desintoxicación y se presenta especialmente en personas con trastornos graves. Los efectos comportamentales de dichos cambios cerebrales se demuestran en las repetidas recaídas y en el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga. (p. 483)

Las drogas que producen dependencia, según Lorenzo, Ladero, Leza, & Lizasoain, 2003, (p.19-20), se clasifican en 3 grupos, así:

- Drogas depresoras (Sicalípticas): disminuyen el ritmo de las funciones corporales y de la actividad nerviosa. Por ejemplo: la heroína, las benzodiacepinas y los disolventes volátiles.

- Drogas Estimulantes (Psicoanalépticas): aumentan la actividad nerviosa y el ritmo de las funciones corporales. Por ejemplo: cocaína, anfetaminas. Las drogas de diseño y el tabaco.
- Drogas Alucinógenas:(Psicodislépticas): Las cuales producen un estado de conciencia alterado, deforman la percepción y evocan imágenes sensoriales sin entrada sensorial; sus representantes más característicos son el ácido lisérgico (LSD), el cannabis y las drogas de diseño.

La OMS (1975) citada en Lorenzo et al (2003, p.20) sugirió la siguiente clasificación para las drogas que generan dependencia:

- Grupo 1 (Opiáceos): opio y derivados naturales, semisintéticos o sintéticos: morfina, heroína, metadona, etc.
- Grupo 2 (Psicodepresores): barbitúricos, benzodiacepinas y análogos
- Grupo 3 (Alcohol Etílico)
- Grupo 4 (Psicoestimulantes mayores): cocaína y derivados (crack), anfetaminas y derivados, katina o norpseudoeufredina, etc.
- Grupo 5 Alucinógenos (LSD, Mescalina, psilocibina y otros).
- Grupo 6: Cannabis y sus derivados (Marihuana y Hachís)
- Grupo 7: (Inhalantes): Solventes volátiles como tolueno, acetona, gasolinas, éter, óxido nitroso, etc.

- Grupo 8: (Psicoestimulantes menores): tabaco, infusiones con cafeína, colas, etc.

1.2.1. Factores que condicionan la drogodependencia

Según Lorenzo et al (2003, pp.29-30), los factores que condicionan la drogodependencia, son:

- Su potencial adictivo: el costo, el grado de pureza, la potencia farmacológica, su farmacocinética. De mayor a menor las que tienen mayor potencial adictivo son: heroína, tabaco, cocaína, alcohol, cannabis, benzodiacepinas.
- El individuo: la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar la drogodependencia depende de varios factores biológicos y psicológicos donde se encuentran: el sexo, la carga genética, rasgos de personalidad, grado de estabilidad emocional y si hay o no presencia de psicopatología
- El ambiente: disfunción familiar, bajo nivel de comunicación entre los miembros de la familia, el autoritarismo paterno, la falta de límites en el hogar, etc. Adicionalmente también hace parte de factores ambientales, la sociedad permisiva, la publicidad, la situación sociopolítica laboral, la inadecuada orientación del tiempo de ocio, el comportamiento de modelos sociales, la necesidad de reconocimiento dentro de un grupo, las influencias de compañeros y amigos.

1.2.2. Modelos explicativos de la drogodependencia

De acuerdo con Lorenzo et al (2003, pp.31-33), los modelos explicativos de la drogodependencia, son:

- Modelos Biológicos: entre ellos se encuentran el modelo de enfermedad, el modelo de automedicación y el modelo de exposición. El modelo de enfermedad fue aplicado y propuesto para otras drogas por Dole y Wyswander en 1965. Estos autores postulan que existe una predisposición genética que junto con las dificultades en el proceso madurativo personal, provocan una susceptibilidad a la dependencia, todo ello asociado a la intervención de factores facilitadores como son el estrés ambiental y la exposición a las drogas. Los problemas personales, familiares y sociales son según este modelo una consecuencia del consumo de droga. El modelo de la automedicación de Khantzian en 1985, considera que se requiere con anterioridad de un trastorno mental, lo que provoca la necesidad de droga para aliviar el malestar que le genera dicha psicopatología. El modelo de exposición de Weiss y Bozart en 1987 considera que la dependencia se produce por la capacidad de las drogas de actuar como reforzadores primarios sobre los centros cerebrales de recompensa. Lo que explica la conducta de búsqueda y consumo.
- Modelos Psicológicos: Se basan la mayoría en las teorías del aprendizaje, ya que los postulados de las teorías psicodinámicas es muy difícil contrastarlos empíricamente. La escuela conductista se basa en el condicionamiento operante, defiende que el

consumo de ciertas drogas se ve reforzado por la desinhibición social fruto del consumo, lo que mejora sus habilidades sociales.

Los postulados cognitivistas formulan diferentes modelos:

- El modelo de aprendizaje social (modelado): donde cobran gran importancia las figuras de referencia.
 - El modelo de adaptación: los consumidores de drogas tienen dificultades para la resolución de problema, por lo que recurre a las drogas para afrontar y/o evitar dichas situaciones.
 - El modelo social de Peele señala que el consumo dependiente viene determinado por el modo como la persona interpreta la experiencia de consumo y los efectos de la droga y como responde tanto a nivel fisiológico como emocional a la misma.
- Modelos Sociológicos: en las teorías de socialización encontramos los modelos de asociación diferencial, de control parental y de la autoestima:
- Modelo de Asociación diferencial: Cuanto mayor sea el apego a la familia menor es el efecto de la asociación con el grupo de iguales y su conducta desviada.
 - Modelo de Control Parental: Las consecuencias a largo plazo de la falta de afecto de los padres y/o de su falta de respeto a las normas se reflejan en una conducta

social desadaptada por parte de los hijos, es decir, un mayor riesgo para el consumo de drogas.

- Modelo de la Autoestima: Una baja autoestima en familia es recuperada en el grupo de iguales y si estos son consumidores, esta será la pauta de comportamiento adoptada.

1.2.3. Determinantes psicológicos de las drogodependencias

Según Lorenzo et al. (2003, pp.38-42), ellos son:

Factores individuales:

- Factores evolutivos: durante la adolescencia se presentan muchos cambios en la denominada 'crisis madurativa biopsicológica', en donde se busca la identidad personal, la independencia emocional y económica de los padres y la identidad con pares, por lo que si se relaciona con iguales consumidores hay una alta probabilidad de que adopte la conducta de consumir, por alta influencia de su entorno social, por solidaridad y por sobreestimar las consecuencias autodestructivas del consumo. Adicionalmente se encuentra ilusión de control del consumo y autosuficiencia.
- Factores de personalidad: no hay una personalidad establecida para drogodependientes, sin embargo se pueden listar rasgos que señalan inmadurez afectivo – emocional como: dependencia afectiva, labilidad afectiva, baja autoestima, incapacidad de proyectarse a futuro, agresividad, egocentrismo, permanente temor al

abandono, habilidades sociales deficientes, baja tolerancia a la frustración y algunas veces dificultades en la identificación de su rol sexual.

- Motivaciones individuales: La OMS señala que en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas aparecen con frecuencia los siguientes motivos: satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas, adquirir la sensación de pertenecer a un grupo y ser aceptado, expresar independencia u hostilidad y rebeldía, adquirir un estado superior de conocimiento o capacidad creadora, conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad y escapar de algo; necesidad de evasión.

Factores Microsociales:

Se denomina factores microsociales a la familia, el grupo de iguales y la escuela.

- Dentro de las características familiares que son factores de riesgo para el consumo se encuentran: la desestructuración familiar, la carencia de disciplina y organización, la estructura de comunicación inexistente o deficiente, las actitudes de sobreprotección, los comportamientos agresivos a nivel físico y psicológico, modelos paternos de consumo de drogas legales, a veces, incluso ilegales.
- Grupos de iguales o pares: en la propia naturaleza subyace el deseo de ser parte de un grupo, el grupo tiene leyes psicológicas como el liderazgo y la cohesión grupal, por lo que si el grupo consume drogas, hay un alto riesgo de adoptar la misma conducta.
- Los educadores: en el contexto escolar pueden haber factores que favorecen el consumo de sustancias de niños y adolescentes como: actitudes poco comprensivas y

autoritarias por parte de los profesores, relación con los alumnos excesivamente fría y racional, despersonalización del alumno, considerándolo un 'objeto' que recibe enseñanza, lo que no permite que el alumno confíe en el profesor, ausencia de recursos humanos y materiales para las necesidades individuales del alumno, lo que puede dar lugar al fracaso escolar, rigidez de las estructuras escolares, lo que provoca rechazo en la escuela y escasa preparación de los maestros para abordar problemáticas como la drogodependencia.

Factores Ambientales (Macrosociales):

El fácil acceso a las drogas y su disponibilidad, baja calidad de vida, el culto al fármaco y medicalización de los problemas y la ilusión de omnipotencia y poder.

Consecuencias generales de las drogodependencias

Las consecuencias generales de la drogodependencia, según Lorenzo et al (2003, p.20-21) son:

- Reacciones antisociales: el drogodependiente hará todo lo posible por conseguir la droga sin importar las consecuencias morales de sus actos, como por ejemplo: hurtos, aumento de la agresividad, tráfico ilegal, homicidios, prostitución, entre otros.
- Síndrome de Déficit de actividad: interrupción de la actividad motora, deterioro intelectual, pasividad, apatía, aislamiento, etc.

- Infecciones y disminución de las defensas.
- Peligro de sobredosificación
- Riesgo de consumir drogas de mayor impacto: cuando se comienza por el cannabis y el alcohol se corre el riesgo de iniciarse en drogas como heroína, cocaína, drogas de síntesis, etc.
- Efectos tóxicos específicos
- Diagnóstico dual

1.3 Trastorno Disocial

El trastorno disocial se define según Kazdin (1995) citado en Caballo & Simón (2009), como:

Un conjunto de patrones de conductas antisociales manifestados por los niños o los adolescentes, que provocan un deterioro significativo en el funcionamiento cotidiano, en casa y en la escuela, o bien las conductas se consideran inmanejables por las personas significativas del entorno del sujeto. (p.23)

Las conductas antisociales se refieren de acuerdo con Caballo & Simón (2009), a:

Las conductas que vayan en contra de los demás o violen las reglas sociales. Dentro de dichas conductas antisociales se encuentran: la agresión a personas o animales, hábitos

de hurto, prender fuego, mentir, vandalismo, violación a las normas del hogar como escaparse de la casa y causar daño a propiedad ajena. (p. 23-24)

Tabla 5

Criterios Diagnósticos según el DSM5 para el trastorno de la conducta

- A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros, (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. “engaña” a otros).
12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

11. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.
12. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
13. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

Continúa en la página siguiente

Continuación

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Especificar si:

312.81 (F91.1) Tipo de inicio infantil: Los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.82 (F91.2) Tipo de inicio adolescente: Los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.89 (F91.9) Tipo de inicio no especificado: Se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad

Especificar si:

Con emociones prosociales limitadas: Para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese período, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador concreto, se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante períodos prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, familiares, amigos).

1. Falta de remordimientos o culpabilidad: No se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.

2. Insensible, carente de empatía: No tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.

3. Despreocupado por su rendimiento: No muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.

Continúa en la página siguiente

Continuación

4. Afecto superficial o deficiente: No expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada; puede “conectar” o “desconectar” las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

Especificar la gravedad actual:

Leve: Existen pocos o ningún problema de conducta aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico, y los problemas de conducta provocan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentiras, absentismo escolar, regresar tarde por la noche sin permiso, incumplir alguna otra regla).

Moderado: El número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia entre los que se especifican en “leve” y en “grave” (p. ej., robo sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).

Grave: Existen muchos problemas de conducta además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás (p. ej., violación sexual, crueldad física, uso de armas, robo con enfrentamiento con la víctima, atraco e invasión).

Fuente: Recuperado de APA, 2013, p. 246-248

APA (2002) sostiene que en las últimas dos décadas la prevalencia del trastorno disocial ha aumentado, y puede ser mayor en zonas urbanas (APA, 2002; Harrington & Maskey, 2008) y en los países industrializados (Robin, 1999), así como en el sexo masculino. (Harrington & Makey, 2008; Hill, 2005; Kazdin, 1988; Robins, 1999). (citados en Rey, 2010, p. 21)

El trastorno disocial varía ampliamente según la población y las características propias del individuo y su entorno, así: casi la mitad de todos los casos de niños y adolescentes presentan un trastorno disocial como: agresividad, conducta incendiaria o vandalismo; niños y adolescentes entre 13 y 18 años presentan tasas muy altas de conducta antisocial: asaltos,

destrucción de propiedad ajena; la recurrencia en el diagnóstico del trastorno disocial es mayor en varones con tasas de prevalencia del 6 al 16 por 100, mientras que las mujeres oscilan entre el 2 y el 9 por 100. Los síntomas del trastorno dependen del género, así: los niños suelen presentar peleas, robos, vandalismos y problemas de disciplina en la escuela; las niñas, en cambio, suelen: mentir, faltar a clase, escaparse de casa, abusar de sustancias psicoactivas y prostituirse. (Caballo, 2009, p. 24).

Pineda & Puerta (2001) citados en Rey (2010), realizaron un estudio en Medellín (Colombia), donde hallaron una prevalencia del 8,4% entre 190 adolescentes varones con edades entre los 12 y los 18 años y de estratos socioeconómicos bajos, medios y altos, de manera proporcional en cuanto a su estrato socioeconómico. (p.21)

En general, los trastornos de conducta aparecen más a menudo en niños que niñas, con una tasa del 6% y 10% para los hombres y 2% a 9% de las mujeres (APA, 1994). Estas tarifas varían por rango de edad y tipo de trastorno de conducta. Estudios epidemiológicos estiman la relación hombre y mujer entre cerca de 3: 1 y 5: 1 (Boyle et al, 1992). A pesar de que más niños se ven afectados en todas las edades, la brecha entre niños y niñas se cierra en la adolescencia, y durante la preadolescencia las niñas superan los chicos en la aparición de trastornos de la conducta (Offord, 1987). Ha habido mucho menos investigación sobre TC en niñas (Loeber & Keenan, 1994). (citados en Álvarez, 2011, p. 4)

Cuando el TC aparece en la adolescencia, es común que este se circunscriba a ese período de edad y desaparezca al inicio de la edad adulta. Sin embargo, cuando su inicio es infantil, es común que progrese hasta el desarrollo del trastorno antisocial de la personalidad y/o trastornos por consumo de sustancias". (APA, 2002, citado en Rey, 2010, p.27).

Frick (2001) citado por Rey (2010), plantea que:

Los individuos con desorden de conducta de inicio infantil presentan problemas serios de conducta antisocial antes de la adolescencia, mayor vulnerabilidad psicosocial debido a circunstancias como disfunción neurológica y ambiente familiar negativo, así como alta probabilidad de presentar un patrón de conducta antisocial en la vida adulta. Los individuos con desorden de conducta antisocial de inicio adolescente, por el contrario no tienden a presentar deterioro cognitivo y problemas de impulsividad e hiperactividad, su familia no es disfuncional y muestran mejor adaptación en la vida adulta; además les interesa lograr mantener sus relaciones sociales, caracterizándose fundamentalmente por la rebeldía y el trato con pares nocivos. (p. 28)

Con base en los datos obtenidos por medio del informe de los padres de 1.300 niños y adolescentes entre los 4 y los 16 años que presentaban diferentes tipos de conducta antisocial, se pudo determinar la siguiente trayectoria de la conducta antisocial: (Rey, 2010, p. 30-31)

- Primera infancia: los niños evidenciaban comportamientos de bajo nivel de gravedad pero de alta frecuencia como discutir, alardear o reclamar atención.
- Segunda infancia: en esta edad presentaban conductas más serias de carácter furtivo, como la crueldad, las peleas, las mentiras, las trampas, las malas relaciones con los compañeros, la destrucción y los robos en casa.
- Adolescencia: Comportamientos que implicaban a la ley, como la provocación de incendios, el robo fuera de casa, el consumo de drogas y alcohol, el escaparse de casa y el vandalismo.

Kazdin (1988) citado en Rey (2010, p.31-32) estima que un 50% de los niños y niñas que presentan problemas de conducta antisocial en su infancia, desarrollan el trastorno antisocial de la personalidad, recopilando los siguientes pronósticos en la edad adulta:

- Mayor tasa de conductas delictivas, ameritando un número mayor de arrestos, condenas y períodos de tiempo en la cárcel.
- Menor adaptación laboral: cambios frecuentes de empleo, historia laboral corta, realización de trabajo poco cualificados, mayor dependencia de la seguridad social y bajo rendimiento laboral.
- Escasos logros académicos
- Inestabilidad conyugal: mayor tasa de divorcios, segundas nupcias y separaciones

- Aislamiento social: poco contacto con familiares, amigos, vecinos, poca participación en organizaciones y eventos comunitarios.
- Mayor tasa de mortalidad y de hospitalización por problemas físicos.

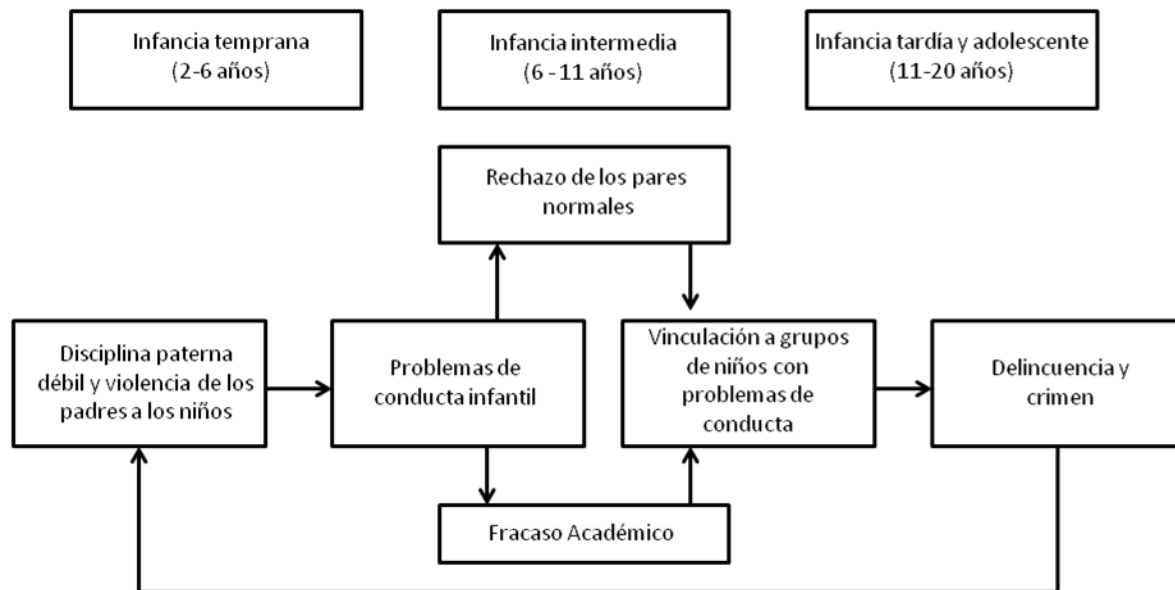


Figura 1 Modelo descriptivo de la progresión de la conducta antisocial de la primera infancia a la adolescencia, desarrollado por Patterson

Fuente: Recuperado de Rey, 2010, p. 39

Nota: La explicación sobre el desarrollo del trastorno disocial se da por la interrelación de muchos factores: entre los que se encuentran factores genéticos y ambientales. La teoría más estudiada y aceptada sobre las posibles contribuciones para los problemas de conducta es el modelo de Patersson del proceso familiar coercitivo. La teoría de la coerción da importancia a los acontecimientos aversivos que se encuentran en el día a día, así sea de un nivel bajo.

(Caballo, 2009, p. 27).

Las familias de los niños, niñas y adolescentes con trastorno de conducta tienden a tener diferencias significativas cuando se comparan con otras familias, afirman Frick et al (1992 / 1993); Plomin (1994). Los niños con trastornos de conducta tienden a provenir de familias grandes, urbanas y con bajos ingresos, lideradas por las madres solteras. Los padres de niños con trastorno de conducta tienden a utilizar los castigos corporales junto con una tasa de abandono y maltrato físico. (Lotz & Widow, 1994; Patterson et al, 1989 /1992; citados en Álvarez, 2011, p.5)

Para Bunge (2008) citado en Vera, (2013), la familia y las personas allegadas son importantes en la problemática de los niños en cuanto que estos:

- Pueden influenciar el origen y el mantenimiento de los problemas por sus creencias disfuncionales, expectativas desmedidas, diferentes criterios de crianza, actitudes orientadas a la culpabilización y el mal manejo de los refuerzos.
- Pueden influenciar la resolución de los conflictos a través de un buen manejo para la generalización de los aprendizajes, el moldear adecuadamente conductas adaptativas, la correcta transmisión de diferentes formas de entender los problemas y el fomentar una orientación dirigida a la resolución de problemas.

La práctica del tratamiento en los trastornos de conducta, suelen presentar diversas dificultades. Friedberg & McClure (2005) proponen algunas estrategias:

El primer paso es aplicar paquetes multimodales. Debemos empezar presentando el modelo de tratamiento. Los niños y adolescentes que presentan trastornos de la conducta no suelen estar motivados para cambiar cuando llegan a terapia. Lo habitual es que quieran que cambien los demás. (Digiuseppe et al., 1994, citado en Friedberg et al., 2005, p. 319)

El segundo paso que debemos dar es enseñar habilidades básicas de conducta a los pequeños y a sus cuidadores, dependiendo de los problemas de conducta de cada niño. Según las circunstancias pueden estar indicadas técnicas como entrenamiento en habilidades sociales y relajación. Se suele enseñar a los padres estrategias básicas de control para frenar la conducta agresiva y perturbadora de sus hijos; este paso incluye también la instrucción de la familia y el niño en técnicas de resolución de problemas.

En el tercer paso se introducen técnicas más sofisticadas, se enseñen habilidades autoinstruccionales para ayudar a los niños a reflexionar sobre las situaciones y a reemplazar los diálogos internos que les mueven a actuar por otras que los tranquilicen. Además como los niños agresivos suelen carecer de empatía, añadimos el componente del entrenamiento en empatía. También se realizan procedimientos de análisis racional como la retribución, que se centra en la exploración de alternativas y en la corrección de errores de atribución. También puede ser útil trabajar con el razonamiento moral, ya que los niños agresivos tienen dificultades para establecer relaciones morales con los demás". (Goldstein et al, 1987, citados en Friedberg et al., 2005, p. 319)

“En cada paso la adquisición de habilidades específicas debe ir seguida de logros en la ejecución como sucede con los tratamientos para la ansiedad y la depresión, debemos aplicar técnicas en contextos de activación emocional negativa. Los ejercicios, las actividades y las tareas basadas en la ejecución permiten a los niños practicar lo que se les predica”. (Robins & Hayes, 1993, citado en Friedberg et al., p. 319)

1.4 Terapia Cognitiva

A comienzos de los años sesenta el doctor Aarón Beck desarrolló la terapia cognitiva como “un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamientos y las conductas disfuncionales”. (Beck, 1964, citado en Beck J. , 2009). “A partir de ese momento, tanto Beck como otros profesionales adaptaron exitosamente esta terapia para su aplicación a un conjunto sorprendentemente amplio de trastornos psiquiátricos y a distintas poblaciones”. (Beck J, 2009, p. 17).

La terapia cognitiva, propuesta por el doctor Beck permitió determinar que

Todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en el estado de ánimo y los comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes. (Beck J, 2009, p. 17).

Después de que Beck propuso la terapia cognitiva, esta ha sido ampliamente evaluada. En 1977, se publicó el primer estudio de resultados (Rush et al., 1977, citado en Beck J, 2009, p.18). Este y muchos estudios más han ratificado su eficacia en trastornos como: depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, las fobias sociales, drogadicción, los trastornos de alimentación, los problemas de pareja y la depresión en pacientes internados. Hoy esta terapia se ha integrado a otras en el tratamiento de otros trastornos: obsesivo compulsivo, estrés postraumático, trastornos de la personalidad, depresión recurrente, dolor crónico, hipocondría y la esquizofrenia. Asimismo, se está observando su aplicabilidad en grupos poblacionales diferentes al psiquiátrico: presos, escolares, pacientes con diversas enfermedades no psiquiátricas y muchos otros grupos. (Beck J., 2009, p. 18)

Se ha comprobado que la terapia cognitiva tiene una aplicabilidad muy amplia y una eficacia que permite tratar pacientes de diferentes edades con distintos niveles de educación, ingresos y extracción social. Persons et al (s.f.) citados por Beck J (2009) afirman que:

La terapia cognitiva conductual se basa en la formulación cognitiva de un trastorno específico y su aplicación a la conceptualización o comprensión de cada paciente. El terapeuta busca mediante diversos recursos, producir un cambio cognitivo, un cambio en el pensamiento y en el sistema de creencias del paciente, para conseguir, a partir de allí, una transformación duradera de sus emociones y comportamientos. (p. 19)

Según Judith Beck, la terapia cognitiva se basa en 10 principios básicos, que se detallan a continuación (Beck J., 2009, pp. 21-26)

- Se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos.
- Requiere de una sólida alianza terapéutica.
- Enfatiza en la colaboración y la participación activa.
- Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.
- Inicialmente se destaca en el presente.
- Es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de recaídas.
- Tiende a ser limitada en el tiempo.
- Las sesiones son estructuradas.
- Ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.
- Se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo, que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las

personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones. (Beck 1964; Ellis, 1962, citados por Beck J., 2009, p. 32).

El objetivo de la terapia cognitiva es “aliviar el malestar psicológico mediante la modificación de esquemas disfuncionales y ayudar al paciente a pensar y actuar de una manera más realista y adaptativa en relación a sus problemas”. (Beck J., 2009, p. 32)

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar diferentes alteraciones psiquiátricas (Por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. (Beck, 1967/ 1976 citados en Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010, p. 13)

Beck et al (2010) afirman sobre la terapia cognitiva y su uso, que:

Las técnicas específicas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo en psicopatología, se piensa que la terapia cognitiva no puede ser aplicada de manera adecuada y exitosa si no se tiene un conocimiento teórico de base. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a solucionar problemas y situaciones que anteriormente eran

insuperables para él, mediante la reevaluación y la modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda y le enseña al paciente a pensar y actuar de una manera más realista y adaptativa en relación a sus problemas psicológicos reduciendo o eliminando así los síntomas. (p. 13).

“La terapia cognitiva se sirve de un amplio abanico de estrategias tanto cognitivas como conductuales. El objeto de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente”. (Beck et al., 2010, p. 14)

Según Beck el método consiste en enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
- Identificar las relaciones entre la cognición, afecto, conducta.
- Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
- Aprender a identificar y modificar falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

“Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes para modificar la conducta, suscitar cogniciones asociadas a conductas específicas y ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativas”. (Beck et al, 2010, p14).

Las características principales de la terapia cognitiva son:

- Empirismo colaborativo: el terapeuta interactúa con el paciente, estructuran la sesión, los objetivos y el tratamiento gracias a la participación y colaboración del paciente.
- Se centra en el aquí y el ahora, se presta importancia a la época de la infancia cuando puede clarificar hechos actuales.

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se cuentan los siguientes: (Beck et al., 2010, p. 17)

- La percepción y en general, la experiencia son procesos activos que incluyen datos tanto de inspección como de introspección.
- Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
- El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
- Estas cogniciones reflejan la percepción que tiene la persona de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
- Las modificaciones de dichas cogniciones en las personas influyen sus pautas de conducta y su estado afectivo.

- Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
- La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

Los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva se remontan a los estoicos, en particular Zenón de Citio (siglo IV a.c.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio.

Epicteto escribió en el Enchiridion: “los hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”. Del mismo modo que el estoicismo, las filosofías orientales, como el taoísmo y el budismo, han subrayado que las emociones humanas están basadas en las ideas. El control de los sentimientos más intenso puede lograrse mediante un cambio en las ideas. (Beck et al., 2010, p.17)

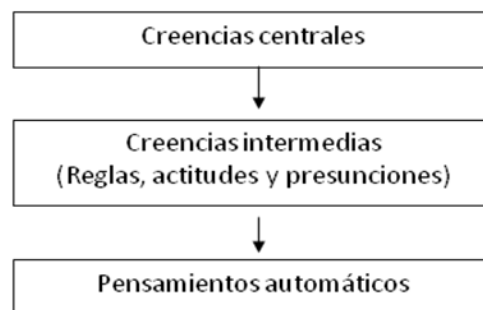


Figura 2 Niveles de organización del sistema cognitivo según Judith Beck

Fuente: Recuperado de Beck J., 2009, p. 35

Según Judith Beck, el sistema cognitivo está organizado por niveles, los cuales describe de la siguiente forma:

Los pensamientos automáticos son palabras o imágenes que pasan por la mente de las personas, son específicos para cada situación, distorsionan la realidad, son emocionalmente perturbadores y / o interfieren en la capacidad del paciente para alcanzar objetivos. En la terapia se le enseña a la persona a identificar sus pensamientos automáticos, observando sus cambios en el afecto. (Beck J., 2009, p. 34)

Las creencias intermedias pueden ser positivas o negativas, se conforman de una actitud: es terrible cometer errores, una regla/ expectativa: debo hacer todo bien, suposición: positiva; si hago todo bien entonces soy competente, negativa; si no hago todo bien, entonces soy incompetente. (Beck J., 2009, p.173)

Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar. Son consideradas por la persona como verdades absolutas. Son ideas sobre el yo. Algunos autores se refieren a ellas como esquemas. Son rígidas y se sobregeneralizan. (Beck, 1964, citado en Beck J., 2009). Diferencia los dos conceptos sugiriendo que los esquemas son estructuras cognitivas dentro de la mente, el contenido específico son las creencias centrales y se dividen en dos categorías; aquellas asociadas con el desamparo y aquellas asociadas con la incapacidad de ser amado. (Beck J., 2009, p. 205-206)

1.4.1. Terapia cognitiva de las drogodependencias

Modelos cognitivos de la adicción

Las razones que llevan a que una persona utilice sustancias psicotrópicas, son múltiples.

Con respecto a este asunto, Beck afirma lo siguiente:

En general, el proceso de la adicción queda explicado por medio de un pequeño número de fórmulas simples y bastante obvias. La razón básica para empezar con las drogas o el alcohol es conseguir placer, experimentar la euforia de encontrarse colocado y compartir la excitación con la compañía de alguien que también lo esté utilizando (Stimmel, 1991 citado en Beck et al., 1999). Además, existe la expectativa de que, por ejemplo, la cocaína incrementa la eficacia, mejore la fluidez verbal y aumente la creatividad”. (Beck et al., 1999, p 48).

Asimismo, hay muchos motivos y justificaciones por los cuales los adictos se mantienen en el consumo de sustancias psicotrópicas. Beck los describe, así: (Beck et al., 1999, pp. 49-50)

- La creencia habitual de que acabar con el consumo de la droga producirá una serie de efectos secundarios intolerables. Sin embargo estos efectos varían de una persona a otra, y de una sustancia a otra.
- Las creencias disfuncionales que se centran alrededor de las drogas y el alcohol, como por ejemplo: “no puedo ser feliz a menos que consuma”, “tengo más control cuando

he tomado copas”, “dejar de confiar en las drogas se considera como una privación de la satisfacción y el consuelo, o una amenaza a su bienestar y buen funcionamiento”.

- Los pacientes suelen tener un conjunto de creencias que parece que llegan a ser más intensas cuando justamente deciden dejar de utilizar la droga, por ejemplo: “si no consumo, no seré capaz de soportar el dolor o el aburrimiento”. “no me quedará nada en la vida”, “seré infeliz” o “perderé a mis amigos”.
- La sensación de indefensión con respecto a la capacidad de controlar el deseo: “el deseo es demasiado fuerte”, “no tengo capacidad para poder parar”, “si fuera capaz de parar no haría más que empezar de nuevo”.

Las personas adictas tratan de salir de su adicción de distintas maneras, pasando por cinco estadios de búsqueda de ayuda (Prochaska et al, 1992 citado en Beck et al., 1999, p. 50).

- Estadio precontemplación: ni siquiera se dan cuenta de que tienen un problema o consideran que la utilización de las drogas es más importante que los problemas que causan.
- Estadio contemplativo: les gustaría considerar sus problemas, pero todavía es poco probable que lo dejen por sí mismos.
- Estadio de preparación: intentan tomar medidas para dejar la droga o la bebida, pero no están seguros de ser capaces de seguir así.

- Estadio de acción: los pacientes demuestran conductualmente una disminución en sus conductas de utilización de drogas y una modificación terapéutica en sus creencias acerca de tomar drogas.
- Estadio de mantenimiento: ya han hecho grandes progresos para poder estar libres de la droga y del alcohol, y están trabajando activamente para mantener la consistencia en este esfuerzo durante un periodo de meses y años.

Respecto a la aplicación de la terapia cognitiva en el abuso de sustancias y su efectividad, Beck afirma:

La terapia cognitiva ayuda a las personas a luchar con los problemas que les producen angustia o malestar emocional y a establecer una perspectiva más amplia de su confianza en las drogas para conseguir placer y /o alivio del malestar, además algunas estrategias cognitivas le ayudan a controlar sus impulsos y auto-regularse. La terapia puede ayudar a los pacientes a combatir la depresión, ira o ansiedad que frecuentemente impulsan o provocan las conductas adictivas. (Beck et al., 1999, p. 52)

La terapia cognitiva de las drogodependencias se lleva a cabo de varias formas, que Beck detalla, así:

El terapeuta ayuda al paciente a evaluar y analizar cuáles son los acontecimientos que lo llevan al abuso de la droga, luego examina las creencias básicas que tiene la persona sobre el valor de las drogas. Al mismo tiempo el terapeuta instruye y entrena al paciente

para que evalúe y se concientice de la manera como su pensamiento erróneo le produce estrés y angustia. El terapeuta ayuda a que el paciente modifique su manera de pensar, de forma que tenga mayor comprensión real de sus problemas y se despreocupe de los seudoproblemas que son consecuencia de sus pensamientos distorsionados. A través de la exposición y la práctica los pacientes son entrenados para autocontrolarse en momentos donde tengan impulsos apremiantes. (Beck et al., 1999, p. 52)

Las técnicas utilizadas en la terapia cognitiva incluyen un análisis de las ventajas a corto y largo plazo de consumir drogas, que permiten al paciente tener una visión más precisa, objetiva y equilibrada del consumo. (Beck et al., 1999, p. 193).

En el desarrollo de la terapia, el terapeuta ayuda a que el paciente encuentre estrategias de afrontamiento para sus problemas sin tener que volver a recaer en el consumo. “Se trabaja conjuntamente para estructurar la vida del paciente de forma que pueda disponer de otras fuentes de placer”. (Havassy et al, 1988, citado por Beck et al., 1999, p. 55)

Beck expone que al paciente drogodependiente en la terapia cognitiva:

Se les hace ver como sus actitudes contraproducentes acerca de si mismos y de sus capacidades les llevan a reaccionar de forma desmedida cuando encuentran obstáculos, aplazamientos o impedimentos. El terapeuta también les demuestra que estos obstáculos pueden ser oportunidades de aprendizaje y problemas que deben ser resueltos, antes que verlos como barreras para sus metas. Muchos pacientes sufren de dificultades para ser

asertivos, lo que puede ser un alto riesgo en el momento que otras personas lo presionen para que consuma por lo que es importante enseñar a dichos pacientes nuevas habilidades interpersonales, para que sean capaces de defender sus derechos de forma más efectiva y rechazar ofrecimientos negativos. El hecho de que logren rechazar ofrecimientos de consumir puede establecer un nuevo significado, es decir que son capaces de defenderse por sí mismos, priorizando los intereses a largo plazo por las ganancias a corto plazo. (Beck et al., 1999, p. 53)

El interrogatorio socrático es una de las principales herramientas de la terapia cognitiva, que consiste en hacer preguntas con mucha habilidad por parte del terapeuta:

Se examina aspectos de la vida del paciente que este no ha verbalizado como por ejemplo, la frecuencia y cantidad verdadera de droga que utiliza, las pérdidas reales debido a la adicción y las consecuencias que han tenido en sus relaciones interpersonales. Además, preguntar conduce a los pacientes a generar soluciones y estrategias que ellos no han considerado y los sitúa en un modo de cuestionamiento de forma que empiezan a evaluar sus actitudes y creencias. (Beck et al., 1999, p. 53)

Para obtener resultados óptimos la mejor forma de tratar los círculos viciosos asociados con el abuso de sustancias es mediante la combinación de técnicas cognitivas y conductuales. Las técnicas cognitivas tratan las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos que contribuyen a los impulsos y los deseos, mientras que la técnicas conductuales se centran en las acciones que interactúan casualmente con los

procesos cognitivos. Las técnicas conductuales ayudan al paciente a probar lo acertadas que son las creencias relacionadas con las drogas, que disparan y perpetúan el uso de las mismas, y se utilizan también para enseñar a los pacientes habilidades (por ejemplo: asertividad y relajación) que les permitan tratar con situaciones de alto riesgo, impulsos y deseos de consumir. (Beck et al., 1999, p. 189)

Para que la terapia sea realmente eficaz, es muy importante la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente, la cual requiere por parte del terapeuta calidez, empatía y sinceridad. Un tratamiento efectivo requiere de una conceptualización muy completa, clara y precisa. Dicha conceptualización es definida como:

La recopilación de los datos del paciente, de forma que se puedan generar hipótesis acerca de la etiología y el tratamiento de las creencias desadaptativas y otros síntomas que puedan ser formulados, comprobados e intervenidos. Estos datos incluyen información demográfica, presentación del problema, diagnóstico DSM-5, perfil evolutivo y perfil cognitivo del paciente. (Beck et al., 1999, pp. 189-190)

La terapia cognitiva, promueve la asignación de actividades al paciente durante el tratamiento. Según Beck, estas son importantes porque:

El paciente pone en práctica los conocimientos adquiridos en las sesiones y se evidencien obstáculos y/o dificultades en el desarrollo de habilidades específicas, adicionalmente dichas actividades le brindan información relevante al terapeuta. (...) Es

importante utilizar el análisis de las ventajas y desventajas, puesto que las personas que abusan de las sustancias suelen minimizar las desventajas y maximizar las ventajas del consumo de droga. Se le solicita al paciente que realice una matriz de cuatro celdas, con las ventajas y desventajas del abuso de sustancias y las ventajas y desventajas de no abusar de las drogas. Luego se identifican y modifican las creencias asociadas a la droga, por medio de psicoeducación sobre el modelo cognitivo y el diagrama de flujo del abuso de sustancias (Beck et al., 1999, p.78)

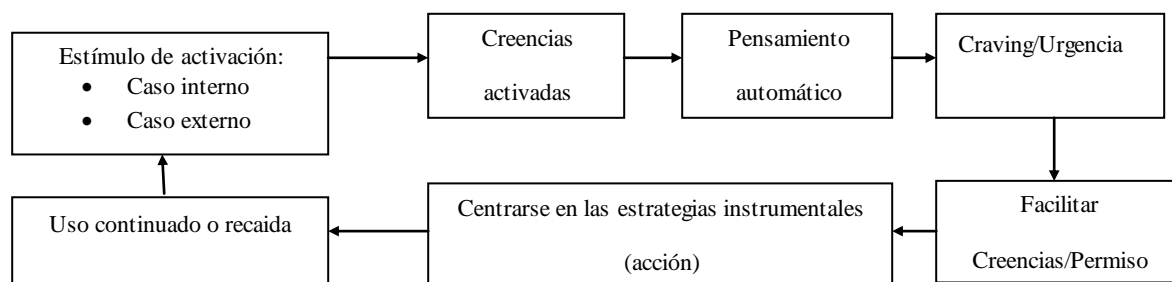


Figura 3 Diagrama de flujo del abuso de sustancias

Fuente: Recuperado de Beck et al., 1999, p. 78

Nota: También se trabaja por medio de técnicas de flecha descendiente, puesto que “es muy común que los pacientes con abuso de drogas tengan pensamientos dicotómicos y catastróficos (todo o nada o exageración) no solo acerca de su abuso de sustancias sino acerca de ellos mismos y sobre su futuro. Dichos pensamientos suelen ser: “mi vida se está desmoronando”, “me desmoronaré si no puedo tener una dosis”, “no puedo hacer nada bien”, “nadie daría nada por mí”, “estoy totalmente fuera de control”. (Beck et al., 1999, p. 197)

La flecha descendiente se utiliza para evaluar cada uno de sus pensamientos por medio de variaciones sucesivas de la pregunta ¿qué significa eso para ti?, lo que al final genera el descubrimiento de una creencia nuclear o subyacente y a reevaluar o modificar pensamientos automáticos negativos. (Beck et al., 1999, pp. 197-198)

Normalmente, las personas drogodependientes atribuyen su adicción a factores externos. El terapeuta debe llevar al paciente a retribuir la responsabilidad de su uso de drogas de forma que pueda responsabilizarse y tomar iniciativa para modificar sus conductas de abuso de sustancias. (Beck et al., 1999, p.197)

El registro diario de pensamientos nos brinda información muy relevante del paciente y ayuda a que los pacientes piensen en respuestas racionales a dichos pensamientos automáticos por medio de las siguientes preguntas:(Beck J., 2009, p. 142)

- ¿Cuál es la evidencia a favor y en contra del pensamiento?
- ¿Hay alguna explicación alternativa?
- ¿Cuál es la peor cosa que podría ocurrir? ¿podría sobrellevarlo? ¿qué es lo mejor que podría ocurrir? ¿cuál es la posibilidad más realista?
- ¿Cuál es el efecto de creer en ese pensamiento automático? ¿cuál sería la consecuencia en caso de cambiarlo?
- ¿Qué debo hacer al respecto?
- ¿Qué le diría a _____(un amigo) si estuviese en esta situación?

Como se dijo antes, en el desarrollo de la terapia cognitiva es muy importante el asignar a los pacientes actividades que les permitan avanzar en su proceso de una manera comprometida y activa. Dicha práctica tiene un sentido dentro de las técnicas conductuales, que ayudan a comprender y controlar las conductas relacionadas con la droga y a promover e incrementar conductas productivas. (Beck et al., 1999, p 203).

El proceso del control de actividades y de su programación se refiere a que el paciente utiliza un inventario de actividades (...) donde apunta las actividades diarias y el grado en que siente placer y dominio o habilidad cuando realiza alguna actividad, e indica el estado de ánimo del paciente y la cantidad de refuerzo que proporciona cada actividad que realiza. (Beck et al., 1999, p 203).

“Los experimentos conductuales se utilizan para probar la validez de las creencias relacionadas con las drogas y las creencias nucleares de los pacientes”. (Beck et al., 1999, p.204).

Es frecuente que los pacientes drogodependientes presenten dificultades en la comunicación interpersonal (Platt y Hermalin, 1989, citado en Beck, 1999). Esto lleva a que se frustren fácilmente y se incremente su vulnerabilidad frente al abuso de sustancias. Beck sugiere que:

El terapeuta puede utilizar la técnica de roleplaying para instruir y practicar con el paciente habilidades de efectividad interpersonal. Es importante entrenar en relajación, puesto que en el consumo de drogas se evidencia con frecuencia componente de

ansiedad, por lo que el entrenamiento en asertividad puede ser una técnica segura y adecuada para que el paciente se tranquilice cuando esté libre de droga y (...) se demuestre así mismo que es capaz de controlarse y es responsable de sus estrategias de afrontamiento. Se programan actividades entre sesiones graduadas con frecuencia, los pacientes tienen que cambiar sus conductas para disminuir el riesgo de una recaída o para reducir el consumo, por lo que se colocan tareas graduales que lo ayudan a ir aproximándose hacia las conductas deseadas y protectoras para poder conseguir las metas propuestas. (Beck et al., 1999, pp. 206-209)

Los pacientes con problemas de abuso de sustancias también tienden a tener dificultad para resolver los problemas, puesto que suelen ser impulsivos, niegan o evitan los problemas, o en otros casos responden a sus problemas con un consumo mayor de sustancias. A los pacientes con este tipo de problemática se les debe enseñar los principios de resolución de problemas: (Nezu et al., 1989 citados en Beck, 1999, pp. 209-210)

- Definir el problema con términos específicos y claros.
- Proponer (Brainstorming), una serie de soluciones posibles.
- Examinar los pros y los contras de cada solución propuesta (para el presente, el futuro y también para aquellas personas significativas).
- Escoger la mejor solución hipotetizada.
- Aplicar la conducta después de planificarla, prepararla y practicarla.
- Valorar el resultado y evaluar la solución de otros problemas posibles.

Con el control de estímulos se busca minimizar el contacto con los elementos que disparan el consumo de la droga, por lo que se motiva a que los pacientes identifiquen cuáles son los estímulos tanto internos como externos que lo exponen ante situaciones de alto riesgo de que se activen creencias relacionadas con las drogas y que a su vez disparan el consumo de la misma. (Carrol et al., 1991 citados en Beck, 1999). Luego de que identifiquen los estímulos, es importante que planifiquen formas de evitarlos si se pueden y que desarrollen estrategias de afrontamiento para cuando sea inevitable enfrentarse a dichos estímulos (Beck et al., 1999, p. 212)

1.4.2. Terapia cognitiva conductual para el trastorno de conducta

Una de las terapias que más se ha utilizado en el trastorno disocial ha sido la terapia de conducta (Horne & Glaser, 1003). Dicha terapia se caracteriza porque:

Hace énfasis en el aprendizaje de nuevos comportamientos y en la disminución de los comportamientos desadaptativos por medio de técnicas como el refuerzo de la conducta apropiada, la extinción, el coste de respuesta, entre otros. El enfoque que ha recibido mayor respaldo es el entrenamiento de padres basado en el modelo conceptual propuesto por la teoría de la coerción de Patterson (Patterson, 1982). Otro enfoque (...) es el de Barkley (1987) que se centra en niños de 2 a 11 años y su objetivo son los niños que tienen trastornos exteriorizados. Los objetivos de este programa de entrenamiento incluyen mejorar la competencia y habilidades parentales para vérselas con los problemas del comportamiento infantil, aumentar el conocimiento parental sobre las

causas del comportamiento infantil inadecuado y los principios que subyacen al aprendizaje social de este comportamiento y mejorar la aceptación por parte del niño de las órdenes y reglas dadas por los padres. (Barkley, 1987, citado en Caballo et al., 2009, p. 32)

El entrenamiento a padres de Russel Barkley consta de 10 sesiones que enseñan un rango amplio de técnicas para el control del niño, convirtiéndolo en un programa válido para todos los padres. El programa está basado en el supuesto fundamental de que el tratamiento eficaz está determinado por la aplicación sistemática de las consecuencias que se producen después de las conductas apropiadas e inapropiadas. Estas consecuencias se deben ofrecer de forma inmediata, consistente y contingente.

A continuación se relacionan los objetivos de cada una de las sesiones (Caballo et al., 2009, pp. 33-35)

- Sesión # 1: Educar a los padres y cuidadores sobre las causas de la conducta inadecuada de los niños.
- Sesión # 2: Señalar la necesidad de mejorar la calidad de la atención dada al niño problemático y proporcionar a los padres y cuidadores en mecanismo para mejorar la calidad de la atención.
- Sesión # 3: Aumentar la aceptación de las órdenes dadas por los padres y los cuidadores y disminuir la conducta perturbadora por medio de refuerzos al niño durante el tiempo de juego independiente.

- Sesión # 4: Establecer sistema de economía de fichas en casa, con el fin de aumentar el cumplimiento de las peticiones.
- Sesión # 5: Implementar estrategias de castigo en el sistema de fichas y preparar a los cuidadores para las respuestas negativas de las niñas ante esta estrategia.
- Sesión # 6: Revisar los problemas encontrados al llevar a cabo el tiempo fuera para ayudar a realizar pequeños ajustes, ayudar a los padres y cuidadores a reconocer los diferentes tipos de estilos parentales de educación y sus consecuencias, cuál de ellos los identifica y cuál es el más adecuado, y señalar las ventajas de establecer adecuadamente las normas y los límites.
- Sesión # 7: Ayudar a los cuidadores a utilizar las habilidades adquiridas para mejorar el comportamiento en lugares públicos.
- Sesión # 8: Trasladar las estrategias aprendidas al ámbito escolar.
- Sesión # 9: Ayudar a los cuidadores a manejar los futuros problemas de conducta que puedan surgir y prepararlos para terminar el programa.
- Sesión # 10: Revisar los procedimientos y solucionar cualquier problema que haya surgido entre sesiones.

Adicionalmente ha dicho entrenamiento a padres, se encuentra la terapia enfocada al niño o el adolescente. Es muy importante hacer énfasis en la relación terapéutica basada en la confianza y el rapport. Se debe hacer un entrenamiento en habilidades sociales, resolución de problemas, regulación emocional, relajación y autoinstrucciones, para

ayudar a los niños a reflexionar sobre las situaciones y a reemplazar los diálogos internos que les mueven a actuar por otros que los tranquilicen, desarrollando habilidades que les permitan adaptarse y ser efectivos en un medio social. También se debe realizar entrenamiento en empatía, puesto que los niños agresivos suelen carecer de empatía. Las técnicas de retribución que se centran en la exploración de las alternativas y en la corrección de errores de atribución, son una técnica muy necesaria dentro de la psicoterapia y por último, se trabaja razonamiento moral, ya que los niños agresivos tienen dificultades para establecer relaciones morales con los demás.

(Goldstein et al, 1987, citados en Friedberg et al., 2005, pp. 319-321)

2 Historia clínica del paciente

2.1. Historia del caso

2.1.1. Información de identificación

Sofía es una adolescente de 16 años, nació en Medellín, soltera con 2 hijas gemelas de 3 años. Desescolarizada hace 1 año, se encuentra en quinto de primaria. Su religión es cristiana. En condición de calle hace 1 año, ejercía la prostitución, venta de estupefacientes y esporádicamente trabajaba como mesera en una discoteca ubicada en un barrio del centro de Medellín.

2.1.2. Queja principal

“Estoy muy ansiosa, quiero consumir, quiero estar lejos de todo, desaparecerme del mapa, comenzar una vida nueva sin que nadie sepa de mí”. La paciente evidencia síntomas ansiosos y depresivos.

2.1.3. Historia del problema actual:

Desde diciembre de 2012 la paciente se encuentra interna en el servicio de diagnóstico dual en el Hospital Mental de Antioquia, fecha desde la cual tiene contacto con cada una de sus hijas una vez al mes (viene 1 de las hijas a visitarla cada 15 días). Adicionalmente, no ha podido

volver a ver al padre de sus hijos, del cual refiere seguir enamorada y desea recuperarlo. Durante 3 meses se había mantenido abstinente de drogas psicoactivas, sin embargo hace 8 días consumió marihuana, ya que un visitante la ingreso al servicio. La paciente manifiesta sentirse deprimida desde que en una visita hace un mes una de su hija le dijo: “¿mami usted sabía que yo tengo dos mamas? María Patricia y mamá Sofia”. A partir de la fecha la adolescente comenzó a tener sentimientos de culpabilidad por haber tomado la decisión de irse para la calle a consumir, olvidándose de sus hijas y del padre de sus hijas; quien en su momento le suplicaba que no lo dejara. Las niñas quedaron en manos de la madre de su ex pareja. La paciente refiere deseos de morir como una forma de evitar afrontar su realidad actual y asumir las consecuencias de sus actos. “Cuando yo salga de acá va a ser más mamá doña Patricia, que yo para las niñas”.

Al momento de la consulta inicial (marzo 18 de 2013) presenta los siguientes síntomas:

- *Síntomas emocionales:* Estado de ánimo hipotímico, anhedonia, sentimientos de culpabilidad, inutilidad, ansiedad de consumo de sustancias psicoactivas, disminución en el interés por realizar actividades que antes eran gratificantes y preocupación generalizada.
- *Síntomas cognitivos:* Ideación suicida, pensamientos de culpabilidad y poca valía, influencia del pasado, pensamientos anticipatorios catastróficos, dificultad para concentrarse y pensamientos sobre el consumo de sustancias psicoactivas, pensamientos de desesperanza y triada cognitiva.
- *Síntomas fisiológicos:* Insomnio de mantenimiento, somnolencia diurna, fatiga, dolor de cabeza persistente y sudoración.

- *Síntomas conductuales:* Llanto, aislamiento social, inquietud motora y disminución en hábitos de higiene e ingesta de alimentación, intimidada a los compañeros, inicia peleas, a menudo miente para obtener favores o para evitar obligaciones.

Los principales estresores de Sofía se identifican en su área afectiva, ya que se evidencia un alto nivel de apego a su ex pareja y dificultad para aceptar la pérdida; en el área social tener constante contacto con personas que como ella consumían sustancias psicoactivas y compartieron situaciones similares a las de ella en la calle, lo que refuerza sus deseos de consumir; y en el área familiar el no poder compartir con sus hijas el tiempo que desearía, ya que cuando estaba en condición de calle compartía con las dos hijas unas horas a la semana, y desde que está interna en la institución solo comparte 2 horas cada 15 días con una de sus hijas.

La paciente no reporta ningún tratamiento psicológico o psiquiátrico anterior.

2.1.4. Historia psiquiátrica pasada

Inició consumo de marihuana a los 9 años (9 cigarrillos al día), a los 11 años comenzó a consumir cocaína y benzodicepinas (5-6 gramos de cocaína al día y 8 mg al día de clonazepam). Desde los 11 comenzó a trabajar con grupos al margen de la ley, en donde jugaba el papel de informante de barreras invisibles, almacenaje de armas de fuego y armas blancas, señalamiento, agresión a víctimas, hurto de objetos y dinero y destrucción de propiedad ajena por orden de sus jefes.

No refiere tratamientos psiquiátricos ni psicológicos anteriores. Actualmente se encuentra con el siguiente tratamiento farmacológico:

- Carbamacepina: 100 mg día, 100 mg medio día, 100 mg noche
- Sertralina: 100 mg en la mañana
- Haloperidol: 10 gotas en la noche
- Levomepramacina: 50 mg noche

Cuando decidió terminar la relación con el padre de sus hijas por irse a consumir sustancias psicoactivas al lado de sus amigos(as), relata haber tenido los mismos síntomas que en el momento presente; refiere que la solución ha dicho episodio depresivo fue elevar el consumo de sustancias psicoactivas para olvidar su realidad.

2.1.5. Historia social y personal

Sofía es la tercera entre cuatro hermanos de padre y madre, tiene 11 hermanos por parte del padre. Vivió hasta los 4 años con sus papás (tiempo en el cual se divorciaron) y luego con su padre y su abuela hasta los 9 años. Su infancia estuvo caracterizada por una madre ausente emocionalmente, con falta de afecto, empatía y comprensión, con verbalizaciones negativas constantes. Su padre ausente física y emocionalmente, alcohólico, con conductas de robo y de verbalizaciones devaluativas. Fue víctima de abuso sexual a los 5 y 10 años, por el dueño de la tienda del barrio y un vecino. Su madre trabajaba con grupos al margen de la ley y su padre en

construcción. Dice no tener buena relación con sus padres por su personalidad “irritable y grosera”. A los 9 años comenzó a escaparse de su casa y decidió irse a vivir a la casa de una amiga del barrio donde el padre de esta no imponía normas ni reglas dentro del hogar y se le permitía el consumo de sustancias psicoactivas; con ellos vivió durante un año hasta que fue entregada al sistema de protección de la Secretaría de Inclusión Social y Familiar del municipio. Desde los 10 años ha pasado por un promedio de 5 internados, de los cuales se ha evadido por ansiedad de consumo y dificultad para convivir con los compañeros. A los 11 años regresó donde su madre después de evadirse de un internado, momento en el cual la madre expuso a la adolescente a señores del barrio para que a cambio de comida ella vendiera su cuerpo. Cuando la adolescente no accedía a los deseos de su madre, era maltratada físicamente con verbenas, correas, alambres y palos. En dicho momento empezó a trabajar con los grupos al margen de la ley de su barrio. A los 11 años conoció al padre de sus hijas y a los 7 meses de noviazgo quedó en embarazo.

Como antecedentes familiares, tiene un padre alcohólico y con conductas disociales, una madre con conductas disociales y dos hermanos con consumo de sustancias.

2.1.6. Historia médica

Sofía no ha tenido ningún problema médico que influya en su funcionamiento psicológico o el proceso terapéutico.

2.1.7. Observaciones sobre el estado mental

Regular presentación personal, disminución en los hábitos de higiene, contacto visual intermitente, en algunas ocasiones intimidante, pensamiento perserverativo con cogniciones depresivas, ansiosas y de desesperanza, lenguaje claro y coherente aunque de ritmo lento.

Paciente orientada en tiempo, persona y lugar, estado de ánimo hipotímico con ideación suicida sin plan estructurado, manifiesta deseos de evadirse del servicio y alto nivel de ansiedad de consumo. Pobre capacidad de introspección y prospección, colaboradora y empática con el entrevistador.

2.1.8. Diagnóstico

Diagnóstico del DSM 5

- 296.22 [F32.1] Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado
- 312.81 [F91.1] Trastorno de la conducta grave, tipo infantil con emociones prosociales limitadas.
- 304.30 [F12.20] Trastorno por consumo de cannabis, en remisión inicial, en un entorno controlado-
- 305.70 [F14.10] Trastorno por consumo de estimulantes, en remisión inicial en un entorno controlado.

Diagnóstico DSM IV Revisado

EJE I: Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado (F32)

- Trastorno disocial de la conducta de inicio infantil, moderado (F91.8)
- Dependencia a varias sustancias (F19.2x)

EJE II: Aplazado

EJE III: No refiere

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo: Disfunción familiar, modelo adictivo familiar y abandono de figuras paternas..

EJE V: EEAG-50

2.2. Formulación del caso

2.2.1. Precipitantes

El principal detonante se identifica en el hecho de estar lejos de sus hijas y percibir el vínculo afectivo que ellas han instaurado con su abuela paterna, y que ella lo asume como una amenaza para su rol de madre. Como contribuyentes y activadores de su condición actual, se encontró también la ruptura afectiva con el padre de sus hijas, la cual no ha elaborado de manera

apropiada, y potencializa sus síntomas el tener información sobre él. También influye su situación de reclusión en una institución y tener que acatar las normas, al igual que el hecho de no poder consumir sustancias psicoactiva.

2.2.2. Enfoque transversal de las cogniciones y las conductas actuales

Una situación problemática es que su hija le dice que si ella sabía que ellas tenían dos mamás (la abuela paterna y la paciente); lo que desencadena el siguiente pensamiento automático: “De acá a que yo salga de aquí, va a ser más mamá la abuela de las niñas que yo”. Esto le genera sentimientos de tristeza (100%), rabia (80%) y ansiedad de consumir (80%), por lo que entra en un estado de llanto desbordado y le dan deseos de evadirse del servicio. Una segunda situación, es que el papá de sus hijas le mandó una carta pidiéndole permiso para visitarla porque todavía la quería. Sus pensamientos automáticos son: “Él no me quiere, solo me quiere hacer daño, yo no quiero volver a vivir lo que viví cuando terminé con él, que se quede con la otra”. Luego se siente triste (100%) y con rabia (80%) y su conducta es escribirle una carta diciéndole que él a ella no le importaba, que ya no lo quería, que gas él. Una tercera situación es que Sofía buscó al educador de la institución para contarle cómo se sentía y qué le pasaba; cuando comenzó a hablar con él, llegó otra niña y el educador se puso a hablar con la otra niña. Sofía piensa: “Así es que soy de basura que nadie me quiere escuchar, un cero a la izquierda, que no vale nada”. Siente rabia (90%) y tristeza (50%). Se pone a llorar, le grita al profesor faltoso y se aísla del grupo.

2.2.3. Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos

Sofía creció en un ambiente caracterizado por frialdad y lejanía, padres ausentes física y emocionalmente. Ambos tenían comportamientos antisociales y fue sometida a falta de cuidados y protección con múltiples cuidadores; padre alcohólico y devaluador. Fue víctima de abuso sexual a sus cinco y diez años, con hermanos consumidores. Todas estas experiencias llevaron a Sofía desde niña a desarrollar la creencia del área de indefensión/desamparo y de inamabilidad. Estas creencias son: “no valgo nada” y “soy vulnerable”, se sentía discriminada por su físico y sin ningún cuidado confiable. Esto hizo que ella desarrollara de manera compensatoria una forma fuerte de comportarse ante su familia y pares, generando conductas agresivas e impulsivas, que partían de unos supuestos básicos como: “si soy fuerte y agresiva no me harán daño”, “si soy hipervigilante puedo controlar a los demás y no se aprovecharán de mí”. Otras estrategias empleadas para sobrellevar estas creencias que surgieron más adelante, fue evitar los vínculos y, en ocasiones, en situaciones afectivas, su estrategia es complacer para evitar el abandono, lo que partía de los siguientes supuestos: “si me dejo conocer van a saber mis defectos y se alejarán de mí. Y si complazco a los demás, me van a querer y no me van a dejar.

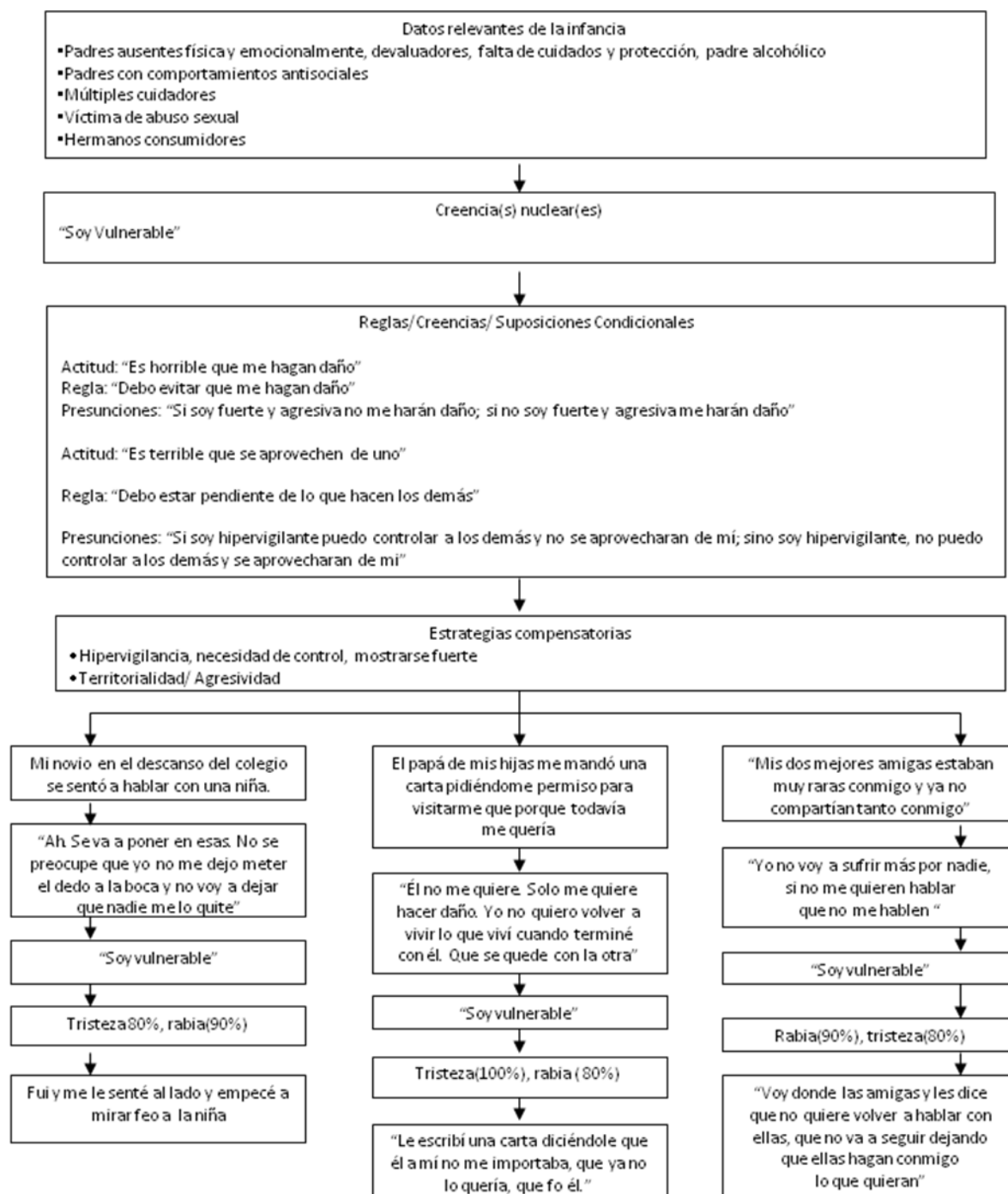


Figura 4 Diagrama de conceptualización cognitiva de la creencia nuclear: "Soy vulnerable"

Fuente: Elaboración propia basada en el proceso psicoterapéutico con la paciente

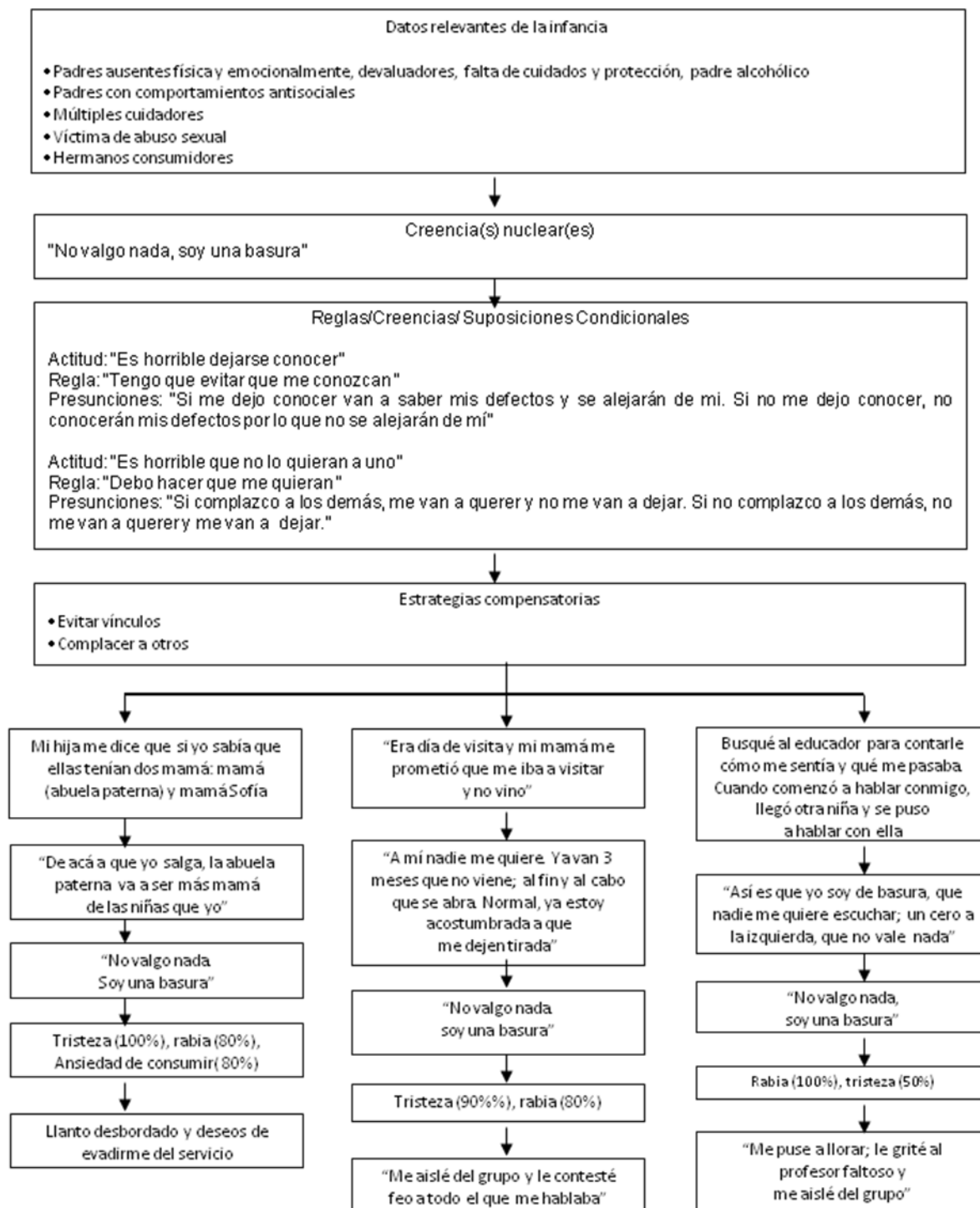


Figura 5 Diagrama de conceptualización cognitiva de la creencia nuclear: "No valgo nada, soy una basura"

Fuente: Elaboración propia basada en el proceso psicoterapéutico con la paciente

2.2.4. Fortalezas

Como fortaleza en la adolescente encontramos su salud a nivel físico y orgánico, el vínculo afectivo que tiene por sus dos hijas de tres años en el proceso de rehabilitación, y el apoyo de una familiar.

2.2.5. Hipótesis de trabajo

Debido al abandono, la frialdad afectiva, las críticas excesivas a las cual se vio expuesta la adolescente en su infancia por parte de su madre y su padre, quienes tenían como estilo principal un apego ansioso elusivo, formó las creencias nucleares de inamabilidad (“no valgo nada”) e indefensión/desamparo (“soy vulnerable”), lo que la llevó en el transcurso de su desarrollo a ser una joven desconfiada frente a las personas que la rodean y desinteresada por los otros, poniendo en primer plano sus necesidades, aunque se vean violadas las de los demás, ya que su percepción de las personas es que son impredecibles, no confiables y su presencia es irregular, porque tarde que temprano la podrán abandonar y/o hacer daño, lo que ha generado en la adolescente también, una alteración en los autoesquemas, principalmente en su autoestima. Como una contribución a la percepción negativa que tiene de los demás, se vio enfrentada al abuso sexual, sirviendo como perpetuación de la desconfianza y su estilo defensivo interpersonal, al igual que las relaciones que estableció con otras personas y el entorno en que se desarrolló, en el cual tenía que estar hipervigilante y mostrarse fuerte para sobrevivir.

La adolescente creció en un entorno social y familiar disfuncional: violencia intrafamiliar, modelo adictivo familiar y como factor predominante el ejemplo de su madre quien trabajaba con grupos al margen de la ley, por lo tanto, la adolescente en su infancia rotó por múltiples hogares, entre ellos: internados, familia biológica y amigos en donde no existían normas ni énfasis en el desarrollo moral. Todo esto generó una vulneración alta frente al consumo de sustancias psicoactivas y a desarrollar un trastorno disocial de la conducta, el cual se presentó en los años intermedios entre la infancia y la adolescencia. Sofía comenzó a trabajar con grupos al margen de la ley como una estrategia compensatoria para llamar la atención de sus padres, sentirse aprobada y poderosa, ya que en este grupo donde trabajaba, según ella, se sintió como en casa porque se preocupaban de ella y la respaldaban en todo, cosas que nunca obtuvo de su familia biológica.

El estado depresivo en el cual se encontraba al iniciar el proceso, tuvo como causa, la posible pérdida del afecto de sus hijas, detonando en la adolescente sus creencias nucleares de inamabilidad e indefensión (“no valgo nada, soy vulnerable”). Otras estrategias empleadas para hacerle frente a sus creencias nucleares y al entorno en el que creció, fue evitar los vínculos para no sentir que podía perderlos o ser abandonada, sin embargo, cuando se acercaba afectivamente a alguien, optaba por complacerlos para evitar el abandono, esto explica como el que sus hijas estuvieran en mayor contacto con otra persona detonara sus esquemas y entrara en crisis.

2.3. Plan de tratamiento

2.3.1. Listado de problemas

- Agresividad dirigida hacia sí misma y los demás
- Depresión, tristeza, llanto, sentimientos de culpabilidad y remordimiento, deseos de morir y de autoagredirse
- Evitación en el aspecto afectivo y conductual de las personas para evitar el dolor de apegarse y luego ser traicionada y/o abandonada
- Ansiedad: Preocupación sobre lo que pasará con sus hijas y con su ex pareja; que la dejen de querer y la abandonen.
- Consumo de sustancias.
- Percepción de no valía y vulnerabilidad.
- Impulsividad

2.3.2. Objetivos terapéuticos

- Disminuir sus síntomas depresivos y ansiedad de consumo.
- Trabajar la adherencia al tratamiento de rehabilitación del consumo de sustancias psicoactivas.

- Modificación de sus pensamientos catastróficos y preocupaciones presentes.
- Fortalecer los vínculos positivos con sus hijas, y su rol de madre.
- Elaboración del duelo frente a la ruptura con el padre de sus hijos.
- Disminuir las conductas agresivas con las personas que la rodean y la visión de que ellas son malas y traicioneras, por medio del desarrollo moral.
- Aumentar el sentimiento de valía propia por medio de la intervención en sus creencias nucleares (vulnerabilidad y poca valía).
- Entrenar a la paciente en habilidades sociales, asertividad, resolución de problemas, toma de decisiones, relajación y postergar su satisfacción por medio del cumplimiento de metas a largo plazo.

2.3.3. Plan de tratamiento:

Inicialmente se trabaja psicoeducación para adherirla al tratamiento farmacológico, psicológico y al servicio de diagnóstico dual. Posteriormente, se realizará el trabajo para atacar su ideación suicida, reestructurando sus pensamientos, y con tareas conductuales, se realizarán con la paciente convenios para la postergación del acto, buscando razones para vivir. Durante el proceso cuando la ideación suicida baje, se continúa el trabajo para disminuir sus estados emocionales, depresivos y ansiosos, por medio de la reestructuración de pensamientos automáticos, Paralelamente se identifican sus creencias y más adelante se trabaja por la modificación de estas, por medio de la terapia centrada en esquemas.

En cuanto a lo conductual, se trabajará por el control de sus impulsos, el aumento de su tolerancia a la frustración, su capacidad de postergación, con asignación de tareas graduales, técnicas de autocontrol y entrenamiento en regulación emocional.

Frente a lo interpersonal, se trabajará por el desarrollo de sus habilidades sociales, por disminuir sus conductas agresivas, aumentar su capacidad de empatía. Esto se hará con el trabajo de historias de vida, dilemas, situaciones metafóricas y técnicas de restitución y sobrecorrección. También con entrenamiento asertivo, juegos de roles y conducta prosocial.

En la fase final se trabajará por la construcción de su proyecto de vida y por la coherencia entre lo que desea y hace.

2.4. Curso del tratamiento

2.4.1. Relación Terapéutica

El tratamiento fue facilitado por la empatía y la confianza que se estableció entre psicóloga y paciente, sin embargo, su nivel de ansiedad de consumo, su poca aceptación de su realidad y el estar lejos de sus hijas, hizo difícil la evolución de la terapia. No obstante, se mostró colaboradora con las sesiones y las actividades dentro de ella, aunque al principio de la terapia intentó mostrarse intimidante con la psicóloga, lo cual disminuyó cuando la profesional no hizo eco a su conducta.

2.4.2. Intervenciones/procedimientos:

- Con técnicas conductuales y cognitivas se trabajó la ideación suicida, con razones para vivir, postergación del acto, asignación de tareas graduales y reestructuración cognitiva de las ideas suicidas. Se inició con la búsqueda de razones para vivir, con factores de protección para disminuir su idea, se identificaron los pensamientos automáticos negativos que perpetuaban su estado depresivo, se trabajó por la identificación y evaluación de sus distorsiones cognitivas, enseñándole a la paciente a refutar dichas creencias.
- Posteriormente se realizó psicoeducación en el trastorno por medio de instrucción en su patología, el curso de ella y las consecuencias, lo cual generó mayor adherencia al tratamiento y credibilidad en sus resultados.
- Al remitir los pensamientos suicidas se continuó el trabajo con la disminución de sus síntomas ansiosos y depresivos, por medio de la terapia cognitiva concreta, donde se realizó inicialmente las tres primeras columnas del registro, para que la paciente tomará conciencia de la influencia de los pensamientos en sus emociones y conductas, lo cual apoyó en responsabilizar a la adolescente de su realidad y disminuir la triada cognitiva de la depresión. Asimismo, se trabajó las dos últimas columnas, facilitando así la reestructuración de sus pensamientos disfuncionales. Se utilizó también la técnica de dominio y agrado, incrementando gradualmente el nivel de actividades diarias.

- Además se trabajó con técnicas narrativas para la expresión de sus emociones ya que por sus rasgos de personalidad se le dificulta expresar sus sentimientos por el miedo a sentirse descubierto y que lo puedan traicionar y/ o abandonar.
- Posteriormente se realizó la modificación de sus creencias nucleares, con técnicas cognitivas abstractas y conductuales, inicialmente buscando la evidencia a favor de la creencia, con la técnica ‘comprobación histórica de la creencia’, y asimismo, se encontró la evidencia desconfirmatoria de la misma, adicionalmente con la reestructuración de recuerdos tempranos, continuum cognitivo, actuar como sí, y finalmente se utilizaron tarjetas de aviso, para activación de la creencia, y listado de creencias y pensamientos alternativos.
- También se realizó entrenamiento en relajación y desarrollo de habilidades sociales, con el fin de disminuir su ansiedad, su conducta agresiva y mejorar su capacidad de empatía con entrenamiento asertivo, usando juego de roles, intercambio de conductas y el trabajo de la conducta prosocial; y como se mencionó anteriormente, con metáforas y dilemas para el desarrollo moral.
- Técnicas narrativas y emocionales para la elaboración de duelo del padre de sus hijos, con expresión de emociones, cartas y rituales de despedida. Estas estrategias contribuyeron también a fortalecer su rol como madre, ya que estas mismas técnicas se emplearon para promover el vínculo con sus hijas.
- Finalmente se trabajó entrenamiento en resolución sistemática de problemas, afianzando sus estrategias positivas de afrontamiento, se tomaron situaciones cotidianas, donde se aplicaba el ejercicio, y fuera ella quien llegara a una solución

funcional, teniendo en cuenta las ventajas y desventajas de su actuar. Al final se le ayudó a la paciente a construir un proyecto de vida para cuando iniciará el proceso de resocialización.

2.4.3. Obstáculos

La desesperanza que generaba en la paciente casi semanalmente en sentir nuevamente ansiedad de consumo, ya sea por detonantes externos representados en los compañeros que hablaban del tema o por detonantes internos de la adolescente. Se logró superar por medio de la aceptación de sus síntomas y la psicoeducación en el proceso de rehabilitación en sustancias psicoactivas como la abstinencia y el análisis de la anticipación de consecuencias.

2.4.4. Resultados

La depresión de Sofía remitió gradualmente en un período de 1 mes, incrementando su nivel de actividades sociales, se observó preocupación por su imagen personal y no refería deseos de morir ni de autoagredirse. El insomnio remitió gracias al tratamiento farmacológico, la disminución de la depresión y la ansiedad, además del trabajo con la educación en higiene del sueño. Se ha mantenido a la adolescente abstinentes de consumo de sustancias durante la terapia. La adolescente obtuvo mayor control de sus impulsos y se logró concientizar sobre su responsabilidad en su realidad. Disminuyó la credibilidad en sus creencias nucleares, logró el rompimiento de patrones autoderrotistas, el empleo de estrategias funcionales de afrontamiento y un mejor procesamiento de la información.

3 Descripción detallada de las sesiones

Se describirá a continuación algunas de las sesiones trabajadas con la paciente.

Tabla 6

Descripción detallada de las sesiones

No. Sesión	Objetivos	Observaciones
1	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar evaluación inicial e Intervenir sobre ideación suicida y reestructuración de pensamientos automáticos relacionados con esta idea. - Iniciar psicoeducación sobre el modelo cognitivo y su problemática y trabajar la adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Se crea rapport y confianza con la adolescente, se realiza historia clínica multimodal y encuadre, estableciendo objetivos de la terapia y realizando psicoeducación sobre su trastorno y la importancia del tratamiento farmacológico, psicológico y de institucionalización. - Se analizaron detalladamente las razones para vivir, encontrando factores de protección que evitaban el acto. Este ejercicio se hizo por escrito. - Se ponen tareas conductuales de dominio y placer y se realiza un listado de pensamientos automáticos, con evidencia en contra y a favor, construyendo pensamientos alternativos. - Se hace convenio para la postergación del acto, y de algunas conductas impulsivas que surgieron en la sesión.
2	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar la modificación de la ideación suicida, y psicoeducar en el modelo cognitivo. - Disminuir síntomas depresivos y ansiosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - En esta sesión se realiza una actualización de la semana, se hace control del estado de ánimo, y revisión de la adherencia al tratamiento farmacológico. - Posteriormente con los ejemplos de la semana se realizó más detalladamente la psicoeducación en el modelo cognitivo, donde se le explicó la relación entre el pensamiento, la emoción y la conducta, y cómo esta influye en su estado de ánimo actual, y en su ideación. - Se realiza listado de actividades gratificantes, para continuar con la disminución de la ideación suicida, y al mismo tiempo se le enseña el registro de pensamientos automáticos como tarea para la próxima sesión.

Continúa en la página siguiente

Continuación

No. Sesión	Objetivos	Observaciones
3	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar la identificación de las distorsiones cognitivas que influyen en sus cambios de ánimo. - Desarrollar mayor control de los impulsos, aumentar la tolerancia a la frustración y la capacidad de postergar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza control del estado de ánimo y se hace breve actualización de la semana. Se observa que la ideación suicida a hecho remisión. Se retoma la tarea propuesta en la sesión anterior, y se observa adecuada. Se toman estos ejemplos para continuar con la socialización del modelo y la identificación de distorsiones de pensamiento, al mismo tiempo que se inicia la reestructuración de los mismos. - Se realiza entrenamiento en relajación para el control de la ira y regulación emocional. Para el control de los impulsos se trabajó en esta sesión la técnica de autoinstrucción y anticipación de consecuencias. Durante la sesión se realizan juegos de roles, logrando interiorizar las técnicas para el manejo de las emociones. Se colocan tareas a mediano y largo plazo para motivar la postergación. - Se pone la tarea de continuar con el registro de pensamientos automáticos, haciendo énfasis en la identificación de las distorsiones cognitivas, y pensamientos alternativos.
4	<ul style="list-style-type: none"> - Se trabaja por continuar la disminución de síntomas depresivos y ansiosos y por el inicio del desarrollo de la conducta moral, para así aumentar su prosocialidad y su capacidad de ponerse en el lugar del otro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza control del estado de ánimo, y se hace breve actualización de la semana. Se retoma la tarea propuesta en la sesión anterior, y se observa identificación de distorsiones y capacidad para elaborar ciertos pensamientos alternativos. Se toman estos ejemplos para reforzar el modelo, y se le enseña el manejo de las dos últimas columnas del registro, donde se realizan preguntas de cuestionamiento durante la sesión con el fin de que ella note el cambio en su emoción. - Se le ponen a la paciente dilemas morales, los cuales ella debe responder y desde ahí se trabaja la capacidad de ponerse en el lugar del otro y de encontrar conductas prosociales alternativas. Se realiza psicoeducación en cuanto al entrenamiento asertivo y como tarea se le envía un documento.
5	<ul style="list-style-type: none"> - Modificar conductas agresivas. - Continuar la reestructuración e identificación de creencias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se realiza control del estado de ánimo y se hace breve actualización de la semana. Se retoma la tarea propuesta en la sesión anterior y se reporta identificación con el documento. Se inicio el trabajo del desarrollo de habilidades sociales y entrenamiento asertivo, psicoeducación de la técnica. - Se realizó fecha descendente, confirmando hipótesis sobre la creencia nuclear de “soy vulnerable y no valgo nada”.

Fuente: Elaboración propia basada en el proceso psicoterapéutico con la paciente

4 Análisis de caso

A continuación se realizará un análisis de la Teoría de Hawkins (1992) sobre los factores de riesgo para el desarrollo de un Trastorno por Uso de Sustancias y otros trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, y el modelo Holístico de Kenneth Sher (1991) desarrollado en un principio para explicar la vulnerabilidad a la psicopatología de los hijos de personas con problemas de alcohol. En el análisis se podrá comprender la posible etiología que desencadenó que Sofía desarrollara patología dual.

En cuanto a los factores individuales, se puede observar en el caso de Sofía que tiene antecedentes por parte del padre de consumo de alcohol, consumo de sustancias psicoactivas por parte de dos hermanos y conductas antisociales por parte de ambas figuras parentales y por parte de dichos hermanos. Se evidencia alta reactividad emocional, alto nivel de activación fisiológica, con dificultad para volver a la línea de base de su estado de ánimo. Rasgos de temperamento vulnerable como la impulsividad, la irritabilidad, la búsqueda de novedades, antinormatividad, rasgos ansiosos y depresivos y alta exposición al alcohol y otras sustancias en la infancia por modelo adictivo familiar y pares.

El Modelo de Hawkins plantea como factores de riesgo individuales: - Los antecedentes familiares de alcoholismo, otras adicciones y otras psicopatologías. - Alteraciones neurobiológicas (disfunción en sistemas de neurotransmisores, déficit de atención y otras funciones ejecutivas, hiperreactividad, etc.). - Rasgos de temperamento y personalidad vulnerable (hiperactividad, impulsividad, timidez, irritabilidad, búsqueda de novedades,

antinormatividad, etc.) o psicopatológica (ansiedad, depresión, psicosis, etc.)- Mayor sensibilidad a los efectos reforzadores del alcohol y otras sustancias, y mayor tolerancia a los efectos desagradables y exposición al alcohol y otras sustancias durante el embarazo o la infancia. De acuerdo a lo anterior se concluye que Sofía tiene un gran número de factores de riesgo individuales para desarrollar un Trastorno por Uso de Sustancias y otros trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.

En cuanto a factores familiares, en el caso de Sofía se puede observar negligencia en el cuidado parental, falta de afecto, falta de aceptación y de validación, puesto que ella estuvo expuesta a múltiples cuidadores, a padres ausentes, abandonantes e invalidantes, lo cual repercutió a nivel psicológico, consolidando un apego ansioso elusivo. Adicionalmente, tiene historial de maltrato físico y explotación sexual. Dentro del hogar se reconocen pautas educativas no claras, con ausencia de normas y límites claros, en ocasiones disciplina coercitiva y punitiva al no tener el control de Sofía. Alto nivel de conflictos en el hogar, separación de sus padres en la infancia temprana, familia de hijos numerosa y amplias dificultades económicas, lo que no permitía el cubrimiento de las necesidades básicas de los integrantes del hogar y modelado de patrones de consumo abusivos y transmisión de actitudes favorables al consumo. El modelo de Hawkins plantea en cuanto a los factores familiares, el verse expuesto(a) a negligencia en el cuidado parental, abusos físicos o psicológicos, falta de afecto, aceptación y validación, acontecimientos vitales estresantes en la familia, pautas educativas alteradas (ausencia de normas y límites, falta de supervisión, exceso de disciplina o de permisividad, refuerzos no-consistentes, superprotección), falta de cohesión y comunicación, interrupción de los rituales familiares, alto nivel de conflictos, dificultades económicas y/o de adaptación y modelado de patrones de

consumo abusivos y transmisión de actitudes favorables de la familia hacia el consumo. Por lo tanto se evidencia un alto nivel de estrés familiar y factores de riesgo familiares que fomentan e impulsan a Sofía al desarrollo de un Trastorno por Uso de Sustancias y otros trastornos mentales en la infancia y la adolescencia.

En cuanto a los factores escolares, en el caso de Sofía se pueden observar dificultades con los profesores por su resistencia a acatar normas y seguir instrucciones, fracaso escolar por priorizar el estar con pares negativos en lugar de ir a estudiar, puesto que el colegio para ella era un estímulo negativo por sus constantes discusiones y consecuencias desagradables a las que se veía expuesta por su comportamiento inadecuado y bajo rendimiento académico.

Adicionalmente, en la primera infancia fue víctima de bullying por parte de pares por su aspecto físico: “me decían que yo era muy fea”. El modelo de Hawkins plantea como factores de riesgo escolar las dificultades en la relación con los compañeros o los profesores (conducta disruptiva en clase, rechazo, acoso escolar, etc.), dificultades de aprendizaje y bajo rendimiento, ausencia de vínculos significativos en la escuela y fracaso académico y/o absentismo escolar. Por consiguiente el colegio también formó parte de los factores de riesgo de Sofía para el desarrollo de un Trastorno por Uso de Sustancias y otros trastornos mentales en la infancia y adolescencia.

En cuanto a los factores socioculturales, en el caso de Sofía se puede observar modelado por parte de su madre de contacto y trabajo con grupos al margen de la ley, presión del grupo de amigos hacia el consumo de sustancias psicoactivas, alta disponibilidad de las sustancias psicoactivas por el nivel sociocultural del barrio en el cual vivió durante su infancia y por el entorno social de sus padres y hermanos. El modelo de Hawkins plantea como riesgos

socioculturales el contacto con grupos de riesgo, presión del grupo de amigos y de la publicidad hacia el consumo de alcohol y/u otras sustancias, adolescencia prolongada (inmadurez), sociedad consumista y hedonista, costumbres culturales y modas (falsas creencias sobre las sustancias y baja percepción de riesgos, implantación de patrones de consumo anglosajón de alcohol, cannabis con alta concentración de THC, etc.), elevada disponibilidad de alcohol y/u otras sustancias (bajo precio, acceso fácil en el barrio, supermercados, internet, etc.) y situaciones extremas de pobreza, desarraigo cultural o marginación social. Por lo anterior se reconoce que los factores socioculturales en Sofía han tenido gran fuerza y relevancia para el desarrollo de un Trastorno por Uso de Sustancias y otros trastornos mentales en la infancia y adolescencia.

El modelo de Kennet Sher explica tres vías de etiología, por lo que nombraremos cada una de ellas relacionadas con Sofía:

La primera vía del modelo es la de desviación social, donde afirma que probablemente algunos factores genéticos pudieron influir en el desarrollo de disfunciones cognitivas y dificultades escolares; puesto que a Sofía se le dificultaba aceptar instrucciones y acatar las normas, ya que en su entorno familiar carecía de ellas y cuando había eran inconsistentes. Adicionalmente, los padres frente a las dificultades de Sofía en el colegio, se mostraban indiferentes y en otras ocasiones respondían con maltrato físico y verbal, lo que generaría en Sofía mayor nivel de estrés y frustración, que mantendría y reforzaría su conducta negativa. Esto a su vez puede haber llevado al fracaso escolar, por las múltiples inasistencias, la resistencia al colegio, las dificultades con pares y figuras de autoridad. Lo que finalmente generó empatía y

cercanía con un entorno social inadecuado, en donde se sentía protegida, comprendida y aceptada, lo que no encontraba en su entorno familiar y escolar.

La segunda vía es la del afecto negativo, que debido a razones genéticas y a la interacción con un ambiente familiar no saludable, posiblemente Sofía no desarrolló estrategias de afrontamiento adecuadas ante las situaciones de estrés, lo que se vio reflejado en síntomas ansiosos y depresivos. La paciente por modelado social y familiar descubre que el consumo de sustancias psicoactivas aliviaba su malestar momentáneamente, lo que la predispuso al abuso de ellas. Sofía verbalizaba: “Yo quiero consumir para olvidarme de todo”, lo que evidencia el consumo como una estrategia para evitar su realidad y de automedicación.

La tercera vía del modelo es la del refuerzo aumentado. Se basa en la existencia de factores genéticos (modulados por factores ambientales) que influyen en el desarrollo de una respuesta farmacodinámica cerebral particular a algunas sustancias. Dicha vía puede estar reforzada para Sofía por el antecedente de consumo por parte de su padre de alcohol y el modelado de sus hermanos.

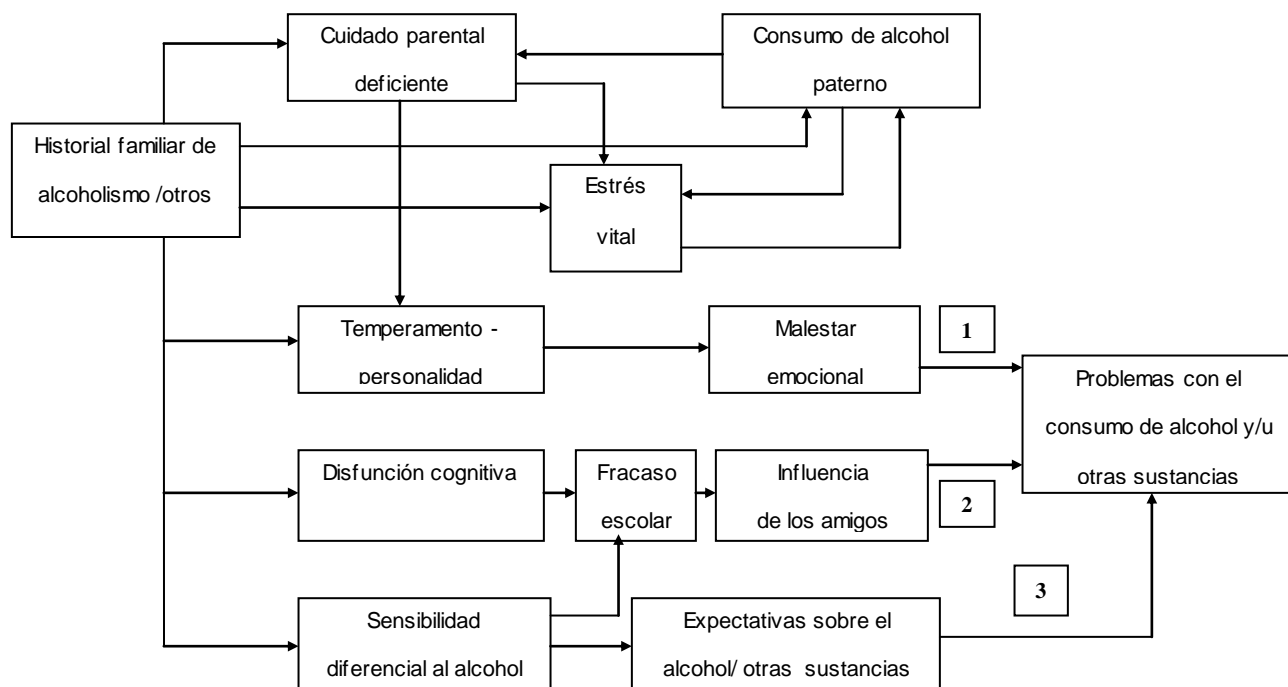


Figura 6. Modelo de vulnerabilidad para el alcoholismo familiar.

Fuente: Recuperado de Goti et al, 2014, p. 8. Adaptado de: Modelo simplificado, modificado de Sher,1991.

Nota: 1. Vía del afecto negativo. 2. Vía de la desviación social. 3. Vía del refuerzo aumentado.

Conclusiones y discusión

Dentro de la terapia cognitiva conductual una de los principios más importantes es la alianza terapéutica. En el caso particular de Sofía, en un comienzo se le dificultó confiar en el terapeuta por su historial de ausencia e intermitencia de su grupo de apoyo primario, por unos padres devaluativos, por los abusos a los que se vio expuesta desde lo psicológico, físico y sexual; todo esto generó una alta territorialidad. Sofía pensaba que el terapeuta le podía hacer daño, la juzgaría o criticaría. En un comienzo se mostró intimidante con el terapeuta, lo que fue remitiendo en el transcurso de las sesiones. Se hizo énfasis en demostrarle a Sofía la importancia de trabajar en equipo en busca de los objetivos propuestos, reforzando los beneficios que el paciente obtendría de dicha colaboración activa. Adicionalmente, se trabajó en mostrarle empatía, validando sus emociones sin generar juicios de valor. Sin olvidar que la paciente buscaba ganancias instrumentales en sus relaciones interpersonales, por lo que se estuvo muy atenta al ciclo interpersonal evitando engancharse afectivamente. Por último, se realizaba devolución de la sesión cuando se evidenciaba algún afecto negativo o para reforzar el vínculo terapéutico, lo que permitió que la adolescente generara un alto nivel de confianza y rapport en el terapeuta.

Sofía era una paciente con dificultades para autoevaluarse y atribuirse responsabilidades, por lo que con frecuencia culpaba a otros de su comportamiento, por esta razón, se trabajó por medio de descubrimiento guiado, logrando que la paciente fuera quien encontrara las respuestas a las preguntas o a los señalamientos, y generara mayor capacidad de introspección, autoevaluación, autocrítica y conciencia, haciéndola la protagonista del proceso enseñanza-

aprendizaje, y guiándola a la solución de un problema en el que ella era quien debía identificar la solución. Este proceso permitió mayor credibilidad en la terapia y en cada una de las actividades y/o tareas que se realizaron. Con el tiempo Sofía demostró mayor capacidad para ser empática y aceptar su responsabilidad, lo que le facilitó autoevaluarse, cuestionar sus pensamientos, modificándolos por pensamientos alternativos más adaptativos y comportamientos más funcionales y asertivos.

En el presente trabajo se logra discutir y analizar el proceso de intervención de un caso clínico único de una paciente con patología dual: trastorno de la conducta grave y trastorno por consumo de múltiples sustancias, mediante la conceptualización desde el modelo del Instituto de Terapia Cognitiva de Beck, con el fin de lograr un mayor conocimiento y profundidad sobre el tema. Se exploró y profundizó en las bases teóricas, descubriendo el proceso de evaluación clínica, conceptualización y formulación desde un modelo cognitivo conductual, diseñando el plan de intervención teniendo en cuenta los modelos que han sido validados y estandarizados para ofrecer una óptima intervención a los pacientes que padecen patología dual: trastorno grave de la conducta y trastorno por consumo de múltiples sustancias.

La formulación del Instituto de Beck es muy completa y con lineamientos claros, lo que ayudó a recopilar toda la información relevante del paciente, para así poder realizar un tratamiento enfocado a las necesidades únicas y especiales de Sofía, permitiendo enfocarse en las áreas más problemáticas y con mayor impacto tanto para la paciente como para su entorno. El tratamiento cognitivo conductual mostró gran eficacia, puesto que se evidencia modificación tanto en lo cognitivo como en lo conductual. El trabajo en el vínculo terapéutico generó mayor

confianza y credibilidad en la terapia. La reestructuración cognitiva permitió la flexibilización de sus creencias nucleares y la disminución de las profecías autorealizadas que perpetuaban y le confirmaban sus creencias. Fue importante dentro de la terapia la colaboración activa y que el terapeuta se enfocó en el principio de que la terapia cognitiva es educativa, enseñando a Sofía a ser su propia terapeuta y haciendo énfasis en prevención de recaídas.

Adicionalmente, la psicoeducación en el diagnóstico, ayudó a que la paciente desarrollara mayor conciencia de enfermedad y necesidad de adherirse al tratamiento. Para la remisión de los síntomas depresivos fue muy importante utilizar la técnica de dominio y agrado, enfocarse en factores de protección y razones para vivir como sus hijas, quienes han sido su mayor soporte en el proceso de rehabilitación. Fue muy importante hacer énfasis en los errores en el procesamiento de la información, puesto que con facilidad hacía lectura de la mente, adivinaba el futuro, filtraba información, magnificaba o minimizaba de acuerdo a su interés, personalizaba, sobregeneralizaba, catastrofizaba, asumía que las reacciones emocionales reflejaban exactamente como eran las cosas, culpaba a otros y se enfocaba en tener la razón, lo que se trabajó por medio del registro de pensamientos disfuncionales y preguntas que confrontaban dichas distorsiones cognitivas: ¿cuál es la evidencia de que ese pensamiento es verdadero? ¿de qué no lo es? ¿existe alguna otra explicación posible? ¿qué es lo peor que podría suceder? ¿podría soportarlo? entre otras más preguntas.

Asimismo, se realizó continuum cognitivo y flashcard con pensamientos automáticos negativos y pensamientos alternativos. Se desarrollaron ejercicios conductuales como actuar como si, entrenamiento en relajación, entrenamiento en habilidades sociales, aumentando su

capacidad de autorregulación emocional, empatía y capacidad de ponerse en el lugar del otro, lo que aportó a la remisión del trastorno disocial. La ruptura afectiva con el padre de sus hijas desestabilizaba a la paciente de manera significativa, por lo que las técnicas narrativas para la elaboración del duelo fueron importantes para el cierre de dicho ciclo. El fomentar el rol de madre generó mayor responsabilidad y compromiso con su proceso. Una causa de dificultades constantes en Sofía era el manejo inadecuado de los conflictos, por lo que el entrenamiento en resolución sistemática de problemas promovió el desarrollo de estrategias de afrontamiento, lo que permitió la interacción con otras personas de manera adecuada y fomentó vínculos saludables.

Finalmente, fue importante trabajar el proyecto de vida, puesto que disminuyó la desesperanza en su futuro y generó líneas de acción y metas claras para su vida, tanto a corto, como mediano y largo plazo. Desea culminar el bachillerato, luego ser mercaderista para pagar sus estudios de profesional en odontología.

La terapia cognitiva conductual muestra resultados importantes en pacientes con patología dual. Sin embargo, es importante resaltar la poca bibliografía que hay sobre el tema y todo lo que falta por investigar, analizar y aprender de dicha problemática; siendo un desafío para los sistemas sanitarios, los sistemas de clasificación de enfermedades mentales, el área clínica y terapéutica, y un desafío moral, puesto que se dificulta aceptar que el consumo de sustancias psicoactivas tiene un correlato neurobiológico.

El presente trabajo es un gran aporte conceptual y clínico para los psicólogos, estudiantes y público en general, porque amplía y profundiza en la información que se tiene de patología dual, contrastando las bases teóricas con el ejercicio práctico. En el desarrollo del mismo se confirmó una eficacia importante del tratamiento cognitivo conductual en pacientes con patología dual, lo que genera mayor seguridad a la hora de utilizar la conceptualización y el tratamiento sugerido por el Instituto de Beck. Adicionalmente el estudio de caso muestra un panorama más positivo con pacientes con dicha problemática, y en los casos en los que no se logra el éxito esperado, la implementación del modelo puede generar modificaciones significativas en lo cognitivo y lo conductual en dichos pacientes, logrando mayor funcionalidad y disminuyendo su malestar, lo que es beneficioso para el paciente como para el sistema de salud en general.

Referencias

- Aaron T. Beck y *La Terapia Cognitiva (TC)*. (s.f.). Recuperado de CATREC – Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Racional Emotiva Conductual:
http://www.catrec.org/conceptos_beck2013.html
- Álvarez, G. J. (2011). *Guía Clínica. Trastorno disocial de la conducta. Hospital Mental de Antioquia*. Medellín.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a ed.). Washington D.C.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (5a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19 ed.). Bilbao: Desclée de Brower.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1999). *Terapia Cognitiva de las drogodependencias*. Madrid, España: Paidós Ibérica.
- Beck, J. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*.
- Beck, J. (2009). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Bobes, J., Casas, M., & Gutiérrez, M. (2011). *Manual de Trastornos Adictivos* (2a ed.). Enfoque Editorial, S.C. Recuperado de <http://es.slideshare.net/JuanHernandez166/manual-de-trastornos-adictivos>

Caballo, V. E., & Simón, M. Á. (2009). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Chavez Herrera, S. D. (01 de 07 de 2012). *sairadanielachavezherrera.blogspot.com*. Recuperado de http://sairadanielachavezherrera.blogspot.com/2012_07_01_archive.html

Dattilio, F. M., & Padesky, C. A. (1990). *Cognitive Therapy with Couples*.

De la Peña -Olvera, F. (2003). Tratamiento multisistémico en adolescentes con trastorno disocial. *Salud Pública*, 45(1), 126. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45s1/15453.pdf>

De la Peña-Olvera, F., & Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 423.

E, B. I., & Tomás M, C. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Editorial Socidrogalcohol.

Fernández, A. I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en los pacientes oncológicos. *Revista Psicooncológica*, 173.

Ferrer Ortega, F. R., González Ortiz, J., & Padilla Mazoneth, Y. (Enero-abril de 2013).

Esquemas maladaptativos tempranos y creencias irracionales en un grupo de homosexuales masculinos de la ciudad de Santa Marta, Colombia. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 40. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a04.pdf>

- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2005). *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- Goti Elejalde, J., Díaz Hurtado, R., & Arango, C. (2014). *Patología Dual - Protocolos de intervención Adolescentes*. (S. L. EdikaMed, Ed.) Barcelona, España: Gráficas Calima.
Recuperado de http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo7.pdf
- Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C., & Lizasoain, I. (2003). *Drogodependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. (2014). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Márquez, J. E., & Adán, A. (2013). Patología Dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones*, 25(3), 195. Recuperado de http://www.adicciones.es/files/195-202%20Marquez-Arrico_Editorial.pdf
- Medrano, J. (2014). DSM-5, un año después. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124).
- Rey Anacona, C. A. (2010). *Trastorno Disocial. evaluación, tratamiento y prevención de la conducta antisocial en niños y adolescentes*. Bogotá: Editorial Manual Moderno.
- Romero, M. (2010). *Revista Apuntes de Psicología*, 28(2), 484. Recuperado de <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/234/236>
- Serrano Ramírez, M. M. (s.f.). *Investigación en psicología clínica, estudio de caso. 3*. Medellín, Colombia.

- Szerman, N. (2014). *Protocolos de intervención en patología dual, Introducción*. (S. L. EdikaMed, Ed.) Barcelona, España: Gráficas Calima. Recuperado de http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_intro.pdf
- Torrens Mélich, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/Torrens%20Editorial.pdf>
- Vera Quiceno, Y. (2013). *Propuesta del programa de entrenamiento de padres y cuidadores de niños desafiantes*.

Anexos

Pruebas realizadas

Anexo 1. IBT modificado:

<i>Necesidad de aprobación</i>			
Baremos: media 31 desv. Min 23 desv. Max 38	Resultado total	34	
<i>Territorialidad</i>			
Baremos: media 32. Desv. Min 26. Desv. Max 39	Resultado total	43	
<i>Auto exigencia</i>			
Baremos: media 30 desv.min 24 desv.max 36	Resultado total	34	
<i>Necesidad de control</i>			
Baremos: media 33 desv. Min 28 desv. Max 38	Resultado total	22	
<i>Culpar a otros</i>			
Baremos: media 30 desv. Min 24 desv. Max 36	Resultado total	47	
<i>Normatividad</i>			
Baremos: media 37 desv. Min 26 desv. Max 39	Resultado total	31	
<i>Reacción a la frustración</i>			
Baremos: media: 31 desv. Min 26 desv. Max 37	Resultado total	44	
<i>Irresponsabilidad emocional</i>			
Baremos: media 25 desv. Min 19 desv. Max 30	Resultado total	30	
<i>Ansiedad por preocupación</i>			
Baremos: media 31 desv. Min 24 desv. Max 37	Resultado total	41	
<i>Evitación de problemas</i>			
Baremos: media 28.6 desv. Min 21 desv. Max 34	Resultado total	31	
<i>Dependencia</i>			
Baremos: media 28 desv. Min 21 desv. Max 34	Resultado total	30	
<i>Influencia del pasado</i>			
Baremos: media 25 desv. Min 19 desv. Max 31	Resultado total	36	
<i>Perfeccionismo</i>			
Baremos: media 31.6 desv. Min 25 desv. Max 36	Resultado total	32	

Anexo 2. YSQL 2

Esquema	Preguntas	DS	LI	Media	LS	PD
Deprivación emocional	1 a 9	7.58	8.98	16.56	24.14	32
Abandono / Inestabilidad	10 a 27	13.83	23.74	37.57	51.4	62
Desconfianza / Abuso	28 a 44	13.93	23.88	37.81	51.74	62
Aislamiento social	45 a 54	8.48	12.93	21.41	29.89	22
Vergüenza / Defectuosiad	55 a 69	9.92	15.58	25.5	35.42	43
Indeseabilidad social	70 a 78	5.28	10.14	15.42	20.7	26
Fracaso	79 a 87	5.52	8.49	14.01	19.53	27
Dependencia / Incompetencia	88 a 102	8.3	16.78	25.08	33.38	38
Vulnerabilidad al daño	103 a 116	10.27	19.06	29.33	39.6	45
Entrampamiento	117 a 127	7.57	12.02	19.59	27.16	22
Subyugación	128 a 137	6.41	14.55	21.49	28.43	24
Autosacrificio	138 a 154	13.55	27.66	41.21	54.76	41
Inhibición emocional	155 a 163	6.94	14.55	21.49	28.43	31
Estándares inflexibles	164 a 179	12.11	27.49	39.6	51.71	29
Egocentrismo / Grandiosidad	180 a 190	9.35	17.32	26.67	36.05	40
Autocontrol / Autodisciplina insuficientes	191 a 205	11.11	22.9	34.01	45.12	63