

Casos clínicos:

Tratamiento de patología dual: Depresión y Trastorno por consumo de sustancias

Mauricio A. Gonzalez Sepúlveda¹

Resumen

Se presenta el caso de un paciente de 53 años que padece dos cuadros clínicos, un trastorno por consumo de sustancia (TUS) y un cuadro de depresión mayor con riesgo suicida lo cual en la actualidad se denomina *patología dual*. Se dedican dos sesiones a la evaluación diagnóstica y funcional y el tratamiento se desarrolla de manera individual y grupal. Se utilizan técnicas de corte cognitivo-conductual: psicoeducación, mindfulness, técnicas cognitivas y de detección del pensamiento o también llamadas de bloqueo.

Tras las sesiones de tratamiento los niveles de *craving* disminuyen, implementa técnicas de bloqueo y cesa el consumo de alcohol y tabaco. Se mantienen sesiones de seguimiento mensual, que tiene por finalidad objetivar el mantenimiento de los logros terapéuticos. Se observa a lo largo de estas sesiones de seguimiento la remisión de total del consumo de alcohol, tabaco y depresión. Se sigue trabajando actualmente en la búsqueda de actividades placenteras que llenen su tiempo libre (uso adecuado de su tiempo libre).

Palabras claves: Patología Dual, Depresión, Trastorno por consumo de sustancias, terapia cognitivo conductual, mindfulness.

Treatment of dual pathology: Depression and Disorder for consumption of substances Abstract

We present the case of a 53-year-old patient who suffers two clinical disorders, a disorder for consumption of substance and a major depression with suicidal risk, which at present is named a dual pathology. We dedicate two sessions to the diagnostic and functional evaluation and the treatment develops in an individual way and grupal. We use cognitive - behavioral technologies: psychoeducation, mindfulness, cognitive technologies and of thought detection or blockade.

After the treatment sessions the levels of craving diminish, we implement technologies of blockade, and patient stops the consumption of alcohol and tobacco. There are kept meetings

of monthly follow-up, which has for purpose the maintenance of the therapeutic achievements. Is observed along these meetings of follow-up the total remission of the consumption of alcohol, tobacco, and of depression. We continue working nowadays at the search of pleasant activities that fill his free time (suitable use of his free time).

Key words: clinical Case, Dual Pathology, Depression, Disorder for consumption of substances, cognitive behavioral therapy, mindfulness.

Introducción

El caso que se presenta a continuación es la presencia de dos cuadros clínicos, un trastorno por consumo de sustancia y un cuadro de depresión mayor con riesgo suicida lo cual en la actualidad se denomina *patología dual*. Se han utilizado diferentes nombres para referirse a esta amplia población clínica que sufre de adicciones y otros trastornos mentales, siendo las más habituales las de diagnóstico dual, trastornos duales y comorbilidad^{1,2}. De todos modos, en castellano la denominación más aceptada es la de patología dual³, que permite a todos los clínicos identificar estos pacientes dentro del campo de la salud mental.

Patología dual, sin embargo, es una denominación arbitraria, que hace mención a dos patologías, sin indicar de qué patologías se está hablando, aunque en el campo de la salud mental y en el mundo de habla hispana esta denominación permite identificar a aquellos individuos que sufren de una conducta adictiva y otro trastorno mental, condiciones clínicas que pueden presentarse de forma simultánea o ser secuenciales a lo largo del ciclo vital⁴. La conducta adictiva puede ser a sustancias integradas en nuestra cultura como el tabaco, el café, alcohol, analgésicos o aquellas no integradas como el cannabis, los estimulantes, (cocaína, anfetaminas, etc.) y los opioides. También se incorporan adicciones comportamentales como la ludopatía, la adicción a internet, a la comida o al sexo.

Los estudios epidemiológicos, tanto en población general como clínica ponen de manifiesto que la Patología dual es lo que se espera y no es una excepción. Más de la mitad de las personas

1. Departamento de Ciencias Sociales Universidad de los Lagos-Sede Puerto Montt/Chile. E-mail: mauricio.gonzalez@ulagos.cl

que sufren de cualquier trastorno mental sufre de Patología dual a sustancias, si incluimos el tabaco y alrededor del 70% de los pacientes que consultan por problemas adictivos a sustancias presenta otro trastorno mental. También evidencian que, en la mayor parte de los casos, las manifestaciones del otro trastorno mental preceden a la adicción⁵.

Probablemente estos datos epidemiológicos infradiagnostican la patología dual, y ésta podría afectar al 100% de los pacientes que sufren adicción al no tener en cuenta los trastornos mentales no detectados por los instrumentos diagnósticos habituales, como, por ejemplo, determinados rasgos de personalidad anómalos y adicciones comportamentales.

En una revisión sistemática y analizada mediante metaanálisis de los estudios epidemiológicos llevados a cabo entre 1990 y 2014 en población general, los autores confirman la elevada asociación entre depresión y TUS⁶. Se proponen tres hipótesis para explicar la elevada concurrencia de depresión mayor (DM) y trastorno por consumo de sustancias (TUS):

1. TUS y depresión comórbida comparten factores de riesgo comunes, como acontecimientos vitales estresantes, traumas psicológicos, vulnerabilidad genética y/o alteraciones neurobiológicas previas que conducen a la aparición de ambos trastornos, sin que exista una relación causal entre ellos.
2. El consumo continuado de algunas sustancias de abuso conlleva cambios neurobiológicos a través de mecanismos neuro adaptativos que median la DM.
3. El TUS se desarrolla para aliviar la DM (hipótesis de la automedicación).

En este caso, la DM incrementa las conductas de riesgo de consumo. Este caso particular, se presenta un caso mediante los siguientes apartados: caracterización del paciente, elementos biográficos, antecedentes familiares, antecedentes psiquiátricos y psicológicos, pruebas complementarias, diagnóstico, tratamiento farmacológico, objetivos Terapéuticos, plan de Tratamiento, psicoterapéutico, tratamiento y evolución, diagnóstico al alta. Se identifican las técnicas de evaluación más adecuadas y se selecciona el tratamiento atendiendo a criterios de evidencia empírica científicamente validados.

Caracterización del paciente

El paciente, al que en adelante llamaremos F.C, es un varón de 53 años, separado de hecho, 10 hijos, 5 EGB. Ingresa a la Unidad de adicciones en el año 2014 derivado desde el servicio de hospitalización de Psiquiatría (agudos) para evaluación diagnóstica, estabilización afectiva y seguimiento del programa terapéutico, por diagnóstico de trastorno por consumo de alco-

hol con dependencia, depresión severa e intento de suicidio. Al momento de su ingreso mantiene relación de convivencia con pareja 10 años menor.

Elementos biográficos

Refiere ser el segundo de tres hermanos, verbalizando haber tenido, "(...) una infancia terrible (...) mi mamá mató a mi papá, él era muy malo, muy violento con nosotros (...)". Es educado por sus abuelos paternos, llegando solo a cursar el 5º EGB, que se ven interrumpidos, según refiere, "(...) por falta de recursos económicos no pude seguir estudiando (...)". En su primera relación de pareja nacieron 4 hijos y dicha relación duró 4 años. Al tiempo después inicia una relación de convivencia de 4 años donde nacen 3 hijos y a los años siguiente, al ya estar separado de su segunda relación, convive nuevamente por 6 años y nacen 3 hijos. Hace 2 años se encuentra viviendo en la ciudad de Puerto Montt por motivos laborales. Se desempeña como operario en empresa de fibra de vidrio de propiedad de unos de sus hijos (32 años) que es el único con el cual tiene contacto en la actualidad.

Antecedentes psiquiátricos y psicológicos

Ingresa a la Unidad de adicciones en el año 2014 derivado desde el servicio de hospitalización de Psiquiatría (Unidad de corta estadía) para evaluación diagnóstica, estabilización afectiva y seguimiento del programa terapéutico, por diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol con dependencia, Depresión severa e intento de suicidio.

En la primera entrevista con psicólogo se observa consciente; orientado auto y alopsíquicamente; abordable; adecuada atención y concentración; contacto sintónico; aspecto cuidado; sin signos de intoxicación ni de abstinencia alcohólica; colaborador ante las peticiones del terapeuta; lenguaje coherente pero poco fluido; sin ansiedad; eutímico; sin síntomas de endogeneidad depresiva; no muestra semiología psicótica, ni alteraciones de la sensoripercepción; sin Ideación auto-heteroagresivas ni autolíticas; tampoco desordenes conductuales; no se aprecia deterioro cognitivo; juicio de realidad conservado; conciencia de la dependencia al alcohol; escaso soporte familiar. En torno a su motivo de consulta verbaliza, "(...) me quise ahorcar, estaba solo en el taller, me puse a llorar y me colgué (...) estaba curado (...) no me acuerdo cuanto tome (...) me sacaron de las vigas (...) me duele aquí (muestra su cuello) (...)", no observándose muestra de lo que se denomina "cordón del ahorcado".

En la segunda sesión con psicólogo se sigue observando colaborador ante las peticiones del terapeuta. Lenguaje coherente, pero poco fluido; sin ansiedad; sin síntomas de endogeneidad depresiva; se destaca una disminución en la latencia de res-

puesta, verbalizando en este sentido, "(...) me siento cansado agotado. (...) con las pastillas me la paso puro durmiendo, (...) tengo un 45 % de capacidad pulmonar (...)"; cuenta además que ha mantenido la abstinencia al alcohol, sin apetencias.

Historia de consumo

- **Nicotina:** Refiere consumo regular de aproximadamente 20 cigarros/día. Refiere consumo anterior de 40 cigarros /día.
- **Alcohol:** Refiere consumo de Alcohol con patrón de dependencia desde su juventud (aproximadamente a los 16 años) de 18 a 20 UBE (unidades de bebida estándar)/semanal, verbalizando en este sentido, "(...) cuando me case por primera vez, bebía todos las semana, (...) mis suegros bebían todos los días (...)" .A la fecha de su ingreso a la unidad verbaliza el siguiente patrón de consumo, "(...) bebo ron y coñac 3 a 4 botellas chicas diariamente ,350cc aprox., yo me lo tomaba puro (...)" de 38 a 40 UBE (unidades de bebida estándar)/día. Confirma sintomatología de abstinencia matutina y antecedentes de episodio de alucinosis (de horas de duración). Interferencia laboral por intoxicación alcohólica, con período máximo de abstinencia de 2 años de duración (entre 2004-2005) realizado en la ciudad de Santiago y 8 meses por tratamiento realizado en Consultorio de Alerce (Puerto Montt).

Pruebas complementarias

- Entrevistas semiestructuradas. Se utilizan criterios diagnósticos DSM-V para realizar la evaluación diagnóstica. Para evaluar las conductas problema, funcionalidad, contingencias ambientales, antecedentes, motivación y expectativas de tratamiento se sigue el esquema de entrevista conductual propuesto por Fernández Ballesteros ⁷.
- Inventario de depresión de Beck (BDI) :31 Puntos (Depresión severa)
- Escala Hamilton para la Depresión (HAM-D):23 Puntos (Depresión severa)
- Escala PHQ 9: 26 Puntos (Depresión Mayor)
- Escala SAD PERSON :7 Puntos.
- Escala URICA: Pre-contemplación.
- Cuestionario de autodiagnóstico sobre riesgos en el uso de alcohol (AUDIT):38 puntos; (AUDIT C: 12 puntos).
- Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina: Dependencia alta.
- Aplicación de Alcoholtest de forma Periódica.
- Perfil Bioquímico, hemograma, hormonas tiroideas, glicemia, electrolítico, perfil hepático.

Diagnóstico

Eje I: Depresión Mayor con riesgo suicida.

Trastorno por consumo de Sustancias (Alcohol /Tabaquismo Activo).

Eje II: A determinar.

Eje III: Uropatía Obstructiva Baja TBC tratado EPOC tabáquico.

Eje IV: Escasa red de Apoyo.

Eje V: Compromiso Biopsicosocial Moderado/ EEAG: 30.

Tratamiento farmacológico

- Escitalopram 20 mg (1-0-0)
- Lorazepam 1 mg (1-0-1)
- Quetiapina 25 mg (0-0-1)
- Disulfiram 500 mg (1-0-0)
- Salbutamol S.O.S
- Bupropion 150 mg (1-1-0)

Objetivos terapéuticos

A la vista del análisis funcional del caso, se establecieron determinados objetivos que debían ser alcanzados a lo largo del proceso de tratamiento:

1. Evaluar que el paciente cumple los criterios diagnósticos de DM y TUS (Alcohol /Tabaquismo Activo).
2. Modificación de los componentes cognitivos, afectivos, motivacionales, conductuales y fisiológicos que conforman el cuadro DM y TUS (Alcohol /Tabaquismo Activo).
3. Detección y modificación de los pensamientos automáticos, como productos de las distorsiones cognitivas que conforman el cuadro DM y TUS (Alcohol /Tabaquismo Activo).
4. Implementación de plan de seguridad, autocontrol y seguimiento con el fin de reducir riesgo de suicidio.
5. Cesación del consumo de alcohol, y tabaco.
6. Desarrollar en el paciente expectativas de auto eficacia y estrategias alternativas en las situaciones relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco a través de reestructuración Cognitiva.
7. Implementar un programa de Prevención de recaída a través de la incorporación a terapia grupal

Plan de tratamiento psicoterapéutico

Junto a la pauta de medicación prescrita, se diseña un plan de *tratamiento psicoterapéutico* dirigido al cumplimiento de los objetivos terapéuticos expuestos anteriormente y desarrollado para ser ejecutado en psicoterapia individual semanal. Este programa individualizado incorporó estrategias terapéuticas

propias del tratamiento de la Depresión^{8,9} y del trastorno por consumo de alcohol y tabaco, debidamente adaptadas a la patología dual del referido:

Modelo cognitivo de la depresión: el modelo de A.T. Beck⁸. Básicamente el modelo formulado por Beck (1979) parte de la hipótesis de que el usuario depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos (por ejemplo: pérdidas).

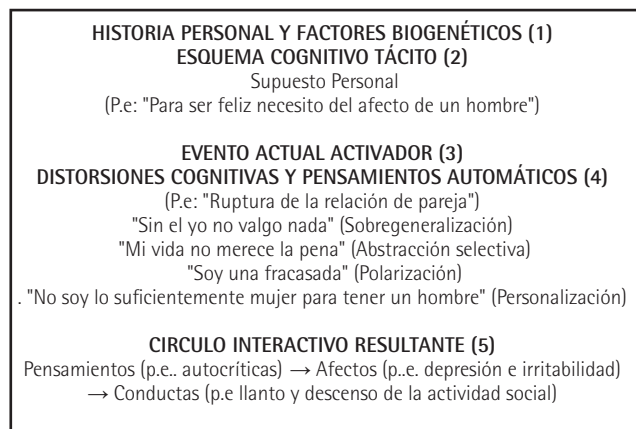
Los significados personales (Supuestos o reglas personales) suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (por ejemplo: amor, aprobación, competencia personal, etc.) y a su relación con ellas (autovaloración). Esos significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorciones cognitivas) e irrumpe en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) que *son creídos por el usuario y que le hacen adoptar una visión negativa de sí mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva)*.

Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (por ejemplo: evitación, descenso de la actividad...), siendo el resultado de esta interacción el *cuadro depresivo* (Fig.1).

Según la Guía clínica Auge Depresión del Ministerio de Salud de Chile⁹ sugiere este modelo de intervención, "Un cuerpo robusto de evidencia soporta a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como estrategia de intervención efectiva en la reducción sintomática de la depresión. Comparada con otras técnicas de psicoterapia y en el seguimiento la TCC muestra ser tan efectiva como el tratamiento farmacológico y más que otras técnicas psicoterapéuticas".

Beck (8), avala la aplicación de la TCC, incluso en cuadros duales, (sin hablar específicamente del concepto de patología dual), como el presente caso ya que refiere que el abordaje ante los pacientes con abuso de drogas deprimidos se puede formular de manera similar al de la depresión en general. Hace mención a que los pensamientos automáticos y creencias depresógenas de cada uno de ellos se expresan de manera similar o con idénticas palabras y el trastorno del pensamiento y la permanente negatividad del mismo.

Figura N°1
Modelo cognitivo de la depresión



A continuación, se explican someramente las técnicas de la Terapia cognitivo-conductual utilizadas en el presente caso:

1. **Análisis Funcional:** El análisis funcional ha sido definido de forma muy diferente en distintas disciplinas y por parte de distintos investigadores. Estas diferentes concepciones del análisis funcional, así como la justificación para utilizar la definición que nosotros empleamos, han sido descritas en detalle en Haynes y O'Brien^{10,11}. Tal como se entiende en el presente caso, el análisis funcional consiste en la identificación de relaciones funcionales, causales y no causales, importantes y controlables, aplicables a determinadas conductas de un individuo^{10,11}. El análisis funcional es la hipótesis *dinámica*, es decir, qué puede cambiar con el tiempo y que mantiene un clínico sobre: (a) los problemas de comportamiento y los objetivos del tratamiento del cliente, (b) las relaciones funcionales entre ellos, (c) las variables que influyen en los problemas y en las metas del cliente y son influidas por ellos, (d) la fuerza y la forma de las relaciones causales y no causales relacionadas con dichos problemas y objetivos de intervención y (e) las facetas y atributos importantes de todas estas variables.
2. **Corrección de creencias erróneas:** La terapia de reestructuración cognitiva se centra en la identificación de las creencias erróneas sobre la Depresión y el consumo de alcohol, tabaco y su sustitución por pensamientos más realistas.
3. **Entrenamiento en la solución de problemas respecto al consumo de alcohol y tabaco:** El entrenamiento en la solución de problemas será a menudo una fase importante. Recomiendan la aplicación de D'Zurilla¹², que comporta 5 etapas:
 - 3.1) orientación general del problema;
 - 3.2) definición y formulación del problema;

3.3) enumeración de soluciones;
3.4) aplicación de una solución,
3.5) verificación de la eficacia. El paciente debe aprender a aplicar este procedimiento cuando se encuentra ante la situación conflictiva.

4. **Entrenamiento en habilidades sociales:** El paciente aprende en forma de representación de rol a rechazar las peticiones que se le hacen, a aceptar los comentarios negativos y desagradables de sus semejantes y a desarrollar una red social que le convenga.
5. **Programación de actividades:** la programación de actividades aumenta la probabilidad de que éste mantenga un cierto nivel de impulso o actividad y previene que regrese a la inmovilidad y pérdida de motivación.
6. **Prevención de recaídas:** Para Marlatt¹³, la prevención de recaídas (PR) es un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaídas en el cambio de conductas adictivas. En este sentido el trabajo de prevención de recaídas en general está relacionado con el aumento de la capacidad individual para afrontar con éxito las situaciones de alto riesgo. Para ello, la PR combina los procedimientos conductuales de entrenamiento de habilidades, la terapia cognitiva y el re-equilibrio del estilo de vida.
7. **Terapia de Grupo:** La Terapia de Grupo se ha comparado tanto con la experiencia clínica como con un emergente número de estudios de evaluación que la participación en grupos puede ser beneficiosa en el tratamiento de algunos pacientes con trastornos adictivos¹⁴. Los grupos de "autoayuda" se definen como "una ayuda mutua de un grupo de tipo apoyo, educacional, usualmente orientada al cambio, que aborda un problema puntual de la vida o una condición que comparten todos los miembros"¹⁵. En estos grupos los pacientes suelen recibir apoyo crítico de otros miembros del grupo, se repasan las consecuencias negativas experimentadas por el paciente como consecuencia de su trastorno adictivo, se estimula la abstinencia y la asistencia regular al grupo dificultades asociadas a su problema adictivo, y se favorece la interacción social¹⁴.

En la Guía Clínica para el tratamiento de la dependencia de opiáceos, editada por Socidrogalcohol en 2007¹⁶, sobre la Terapia Grupal se hacen unos comentarios interesantes que reproducimos.

"En relación con los grupos de terapia nadie pone en duda su eficacia para el tratamiento de las drogodependencias en general. Durante el proceso de deshabituación posiblemente nos plantearemos la derivación del paciente a un grupo de terapia. La terapia de grupo es una modalidad de trata-

miento ampliamente utilizada y eficaz en un gran número de ámbitos clínicos. Incluye una gran variedad de elementos terapéuticos o mecanismos de cambio, muchos de los cuales son exclusivos de la terapia de grupo, que van desde los factores terapéuticos comunes a muchos tipos de grupos (como la universalidad, el altruismo, la catarsis y la provisión de información) a la variable de aprendizaje interpersonal. Varios de estos factores terapéuticos pueden operar en cada tipo de grupos en un momento dado. Los terapeutas deben entender los mecanismos particulares de cambio que actúan a fin de facilitar su acción y completar la labor del grupo". Y continúa:

"En el abordaje grupal, se utilizan técnicas e intervenciones comunes a otros niveles de intervención y otras muy específicas. Todos los clínicos deberían estar familiarizados con la tecnología utilizada en este tipo de terapia. Algunas de estas intervenciones singulares incluyen trabajar el aquí y ahora, la transparencia del terapeuta y la utilización de varios recursos de procedimiento. Estas técnicas pueden ser modificadas para adaptarse a cualquier entorno especializado, desde el grupo de pacientes hospitalizados hasta el de pacientes ambulatorios orientados al tratamiento de los síntomas. De hecho, el poder de la terapia de grupo radica en su adaptabilidad. Es tan flexible y eficiente que probablemente es la única psicoterapia que puede adaptarse a una variedad casi infinita de ámbitos, objetivos y pacientes".

8. **Control de estímulos:** Consiste en limitar estrictamente el acceso a dinero, tarjetas de crédito y comerciales, cuentas bancarias, etc. Se puede ampliar el control de estímulos eliminando la relación con amigos de consumo y evitando lugares de consumo. El control de estímulos es una técnica ampliamente utilizada siempre en combinación con otras. Es muy efectiva al principio, para la abstinencia del consumo de alcohol y tabaco, si se realiza correctamente.
9. **Evaluación y Diagnóstico social**¹⁷. El diagnóstico social para el trabajo con personas con conductas adictivas es definido como "la conclusión elaborada con respecto al conjunto de información relevante de la usuaria o usuario, teniendo en cuenta todos los ámbitos posibles de su entorno: social, familiar, personal, laboral, etc.; que nos permita marcar junto al paciente unos objetivos propuestos a través de sus necesidades y propicie la plena recuperación de la dependencia".

El diagnóstico social podrá determinar el futuro tratamiento de la persona usuaria, ya que dependiendo de las connotaciones especiales de cada persona se realizarán unas u otras recomendaciones terapéuticas. Para ellos hacemos una pequeña reseña de aptitudes y actitudes propias de la intervención social:

10. Atención Plena (*Mindfulness*). El término *Mindfulness*¹⁸ no tiene una traducción exacta en castellano, aunque suele traducirse por "atención plena" o "conciencia plena", haciendo referencia tanto al atender como al darse cuenta, dos aspectos centrales en este concepto. La palabra inglesa hace referencia al vocablo *sati* (en pali, lengua indoaaria en la que estaban escritos los escritos budistas). Esta palabra no tiene una traducción clara, haciendo referencia *tanto al proceso de atender como al de darse cuenta*. Por esto en castellano algunos autores prefieren dejarla sin traducir. La meditación basada en la atención plena es una herramienta empleada con éxito en el tratamiento de ansiedad, depresión, estrés y otros muchos problemas psicológicos (19). La atención plena se define como una habilidad que *consiste en centrar la atención de un modo intencional en un objeto, en el momento presente y sin juzgar*. Los seres humanos son normalmente poco conscientes de su experiencia momento a momento, normalmente actúan en piloto automático, aun así, el estado de atención plena es un estado común que todos han sentido alguna vez y que todos somos capaces de desarrollar. El desarrollo de esta habilidad es gradual, progresivo y requiere la práctica regular. Lo más usual es practicarla a través de la meditación. La capacidad de darse cuenta de la experiencia momento a momento genera un sentido de la vida más vital y rico. Así, al observar sin juzgar el contenido mental, gradualmente aumenta la capacidad de percibir nuestras propias respuestas mentales a estímulos externos e internos, lo que produce un aumento de las acciones efectivas en el mundo y por tanto un aumento de la percepción de control.

Existen antecedentes de investigaciones y revisiones bibliográficas descritas en el Libro Manual clínico de *Mindfulness*¹⁸ de la efectividad del uso de la atención plena en paciente con adicción, "Si la adicción implica evitación y falta de conciencia, es lógico razonar que lo que se necesita es un aumento de la conciencia y de la capacidad de experimentar la vida con claridad, tal cual es, con calma y sin evasión.

El *mindfulness* es precisamente practicar eso. Es una apertura a la experiencia sin juzgar y momento a momento (...). Para el presente caso se utiliza en forma individual, el programa de prevención de recaídas basado en técnicas de *mindfulness* (MBRP) de Bowen, Chawla y Marlatt²⁰.

Tratamiento y evolución

La impresión diagnóstica es que F.C. padece un cuadro denominado Patología Dual ya que presenta Depresión Mayor con riesgo suicida y un Trastorno por consumo de Alcohol con dependencia y tabaquismo activo, por lo cual se ha realizado te-

rapia cognitivo conductual, la cual le ofrece un referente para que pueda comprender y analizar su conducta de consumo. Se acuerda en conjunto con el paciente comenzar a trabajar en forma simultánea su Depresión mayor y dependencia al alcohol y tabaco, basándonos en lo que se conoce como modelo de integración, desechando la posibilidad de aproximarnos al tratamiento de ambas patologías de manera secuencial y/o separada.

Entre la primera y segunda sesión, se realiza un análisis funcional de los comportamientos del paciente. La información necesaria para realizar el análisis funcional se llevó a cabo realizando registros A-B-C basados fundamentalmente en dos fuentes:

- a. Rejilla de observación. En esta rejilla se consignaron los comportamientos relevantes durante el periodo de línea-base y de tratamiento, complementándolo semanalmente por los profesionales de la unidad.
- b. Entrevista semiestructurada con el paciente y entrevista con su hijo. Las entrevistas complementan déficit de información de las otras fuentes.

Entre la tercera y la sexta sesión se entrega psicoeducación en torno a la etiología de ambas patologías y se interviene en torno a aprender a identificar qué situaciones, pensamientos y/o estados emocionales, son los que lo acercan al consumo, buscando estrategias de cómo afrontarlos adecuadamente, con el fin de que aprenda a identificar las claves y señales que anuncian la posibilidad de una recaída (con énfasis en identificar la diferencia entre recaída, caída y colapso) y aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo. Junto a lo referido se inicia junto al hijo del paciente (32 años) la implementación de plan de seguridad, autocontrol evaluación y seguimiento del riesgo de suicidio con el fin de reducir el mismo.

Entre la séptima y undécima sesión se trabaja en torno al entrenamiento de habilidades de afrontamiento (cognitivas y conductuales), identificando situaciones de riesgo como lugares, personas y situaciones, proponiendo él mismo estrategias de afrontamiento y/o autoprotección que pueda usar en el momento en que se presente una situación riesgosa. Esto tiene por objetivo aumentar y reforzar las habilidades del paciente para enfrentar situaciones de alto riesgo (ambientales e individuales) que inician y mantienen las conductas de consumo. En este mismo periodo se trabaja en modificar los comportamientos y pensamientos que propician su inestabilidad anímica lo cual lleva al consumo e ideas de muerte. Entre las técnicas que utilizan para esto, están el asertividad, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales y un trabajo individual con *Mindfulness*. En la

estructuración cognitiva se intervino sobre el estilo cognitivo del paciente, en su forma de pensar, lo cual se va acompañando de una experiencia emocional distinta. Se implementa un plan de actividades diarias con el fin de incrementar la activación y así mejorar el tipo de valoración que hace el paciente del entorno, del futuro y de sí mismo (triada cognitiva), obteniendo con esto experiencias emocionales diferentes.

El trabajo individual está basado en el programa de prevención de recaídas basado en técnicas de mindfulness (MBRP) de Bowen, Chawla y Marlatt²⁰. El MBRP es un programa post-intervención que integra destrezas cognitivo-conductuales para la prevención de recaídas con la práctica de meditación de mindfulness o también llamada "consciencia plena", diseñado para usuarios que han completado un tratamiento inicial por trastornos de consumo de sustancias. Consta de un protocolo estructurado con guías, sesión a sesión, que contienen prácticas y hojas de trabajo donde se integran tanto principios de la terapia cognitivo-conductual como enseñanzas tradicionales para el desarrollo de la atención plena, propiciando en el paciente, el poder observar sus propios hábitos mentales y pautas de comportamiento. En la aplicación del Mindfulness la tensión corporal se libera, disminuyendo la activación corporal, generándose un estado mental de sosiego, relajación y disminución del *craving* en el paciente, (por medio de este entrenamiento se le lleva a propiciar un estado de relajación al enfrentar situaciones de ansiedad o ira).

En la duodécima sesión se presenta con hálito a alcohol, verbalizando haber consumido alcohol el día anterior, lo cual reconoce como una caída, "(...) *bebí hasta las 21 horas, me había mantenido por 2 meses sin beber desde que ingrese con ustedes, (...) me pasó que empezamos a pelear con mi pareja y ella se fue por esto del alcohol y me sentí solo, mi hijo me vio así y me preguntó si realmente el cuerpo es el que me pide (...)*".

En entrevista con su hijo (32 años) este verbaliza que su padre se encuentra sin apoyo familiar por la mantención de su consumo en el tiempo, siendo rechazado por sus hijos y ex parejas, "(...) *el único que le está dando apoyo soy yo, le doy trabajo en mi empresa y le arriendo una pieza (...) tiene aburrida a toda mi familia y alejó a mi madre por los múltiples episodios de violencia y consumo de trago (...)*".

En sesiones posteriores informa estar emitiendo ante situaciones de riesgo una respuesta de afrontamiento adecuada, lo cual incrementa su percepción de autoeficacia, por lo cual se incorpora a psicoterapia grupal, que en 12 sesiones le permite aceptar y entender la enfermedad, entregándole herramientas

para la autonomía y refuerza estrategias de afrontamiento en situaciones de riesgo vistas en sesiones individuales (reconocer las situaciones de riesgo y a utilizar actitudes alternativas evitando nuevos consumos).

En su etapa de seguimiento (posterior a psicoterapia grupal), y dado que ha mantenido la remisión total sostenida de su consumo de alcohol, pero continua con su consumo de 10 cigarros/día (con todas las implicancias orgánicas que esto significa), se implementa en una primera instancia la técnica detección del pensamiento o también llamado bloqueo o parada de pensamiento que consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados al deseo imperioso de fumar (*Craving*). Se entrena al paciente para excluir cualquier pensamiento indeseable o improductivo. Esto conduce a la reducción de la cadena de pensamientos que se acompañan de emociones negativas (Las emociones negativas quedan cortadas antes de que puedan surgir a la conciencia). En la aplicación de esta técnica se incentivó que con firmeza y en voz alta: dijera ¡Alto, se acabó! y se da cuenta como se detienen los pensamientos. Se repitió el ejercicio varias veces y en sesiones posteriores (Estos ejercicios se repiten con el propósito de que se eliminen automáticamente cuando estos se presenten).

Se implementan otras técnicas sencillas que tienen como objetivo distraerle ante pensamientos y sentimientos relacionados con el deseo de fumar. Sirven para cambiar el enfoque de su atención de interno (las sensaciones de la abstinencia), a externo (el mundo que le rodea). La distracción consistió en lo siguiente. Se le pidió que centre su atención en los elementos del ambiente verbalizándolos, siendo lo más detallista posible. Por ejemplo, ¿en esta cuadra cuantos árboles hay?; hablar sobre algún tema iniciando una conversación con amigos o familiares, cantar su canción favorita, realizar puzzles, leer el diario, jugar un juego de mesa o rompecabezas. En general estas distracciones se complementan con un ejercicio de relajación para reducir su ansiedad.

Además, en forma paralela a las técnicas de distracción se trabaja con imaginería mediante las cual se modifican los pensamientos del paciente. La imaginería es útil como método para cambiar las creencias relacionadas con el cigarrillo y los pensamientos automáticos. Se le pide imaginar una consecuencia negativa de fumar cuando aparecen los pensamientos que llevan al deseo. Las imágenes positivas acerca del cigarrillo y que llevan al deseo (por ejemplo, recordar la última vez que fumo), son sustituidas por imágenes de las consecuencias negativas de hacerlo (el recuerdo de una crisis por EPOC). Con esto se va sustituyendo las imágenes negativas referentes al fumar rela-

cionadas con las creencias irracionales como las predicciones negativas, por ejemplo, creer que fumar ha arruinado su salud para siempre, y que se pueden sustituir por reflexiones positivas como: *respiro mejor, tengo más energía, mis sentidos del gusto y del olfato han mejorado, tengo una mejor circulación, mi piel luce más sana y no tengo esa constante tos*. Por último, se promueve verbalizar Auto afirmaciones debiendo repetir consignas personales que lleva escritas en una tarjeta (debe llevarlas siempre en su poder) para entrenarse en pensamientos positivos. Estas las redactó con el suscrito según sus propias reflexiones: *"Me siento bien, esto va a pasar", "Me siento con más energía", "funciono mejor en lo sexual cuando no fumo", "Me siento más sano cuando no fumo"*.

Se solicita paralelamente a la Asistente Social de la Unidad de Dependencias, **la realización de una evaluación y diagnóstico social** y que trabaje con su hijo y su pareja, con el fin de hacerles conscientes de las consecuencias comunes del trastorno de sustancias, relativizar el problema, de que la adicción al alcohol y tabaco no es algo personal, no es una elección, no es un vicio sino una enfermedad y aportar desde el trabajo social para la recuperación de las confianzas de su entorno familiar y así asimilar los daños causados como parte de una enfermedad de la que comiencen a ser conscientes y comiencen a aceptar.

Dentro del proceso y repitiendo la técnica de balance decisional, el paciente hace referencia a todos los logros obtenidos en su abstinencia, que dicen relación con su estabilidad laboral y económica y el recuento con hijos y nietos. Después de dos años en la unidad ha mantenido remisión total sostenida del consumo de alcohol (y actualmente de Nicotina), con controles mensuales con psicólogo donde se está trabajando actualmente en la búsqueda de actividades placenteras que llenen su tiempo libre (uso adecuado de su tiempo libre).

Diagnostico al alta

- Eje I: Trastorno depresivo mayor, en remisión.
Trastorno por consumo de Sustancias, en remisión.
- Eje II: A determinar.
- Eje III: Uropatía Obstructiva Baja, TBC tratado, EPOC tabáquico en control.
- Eje IV: Estrés psicosocial leve.
- Eje V: Compromiso Biopsicosocial Leve / EEAG: al ingreso 30; EEAG al alta 75

Discusión

La relevancia del presente caso reposa en que el paciente presenta un trastorno dual el cual consiste en la comorbilidad de una dependencia al alcohol y tabaco y una depresión mayor con riesgo suicida, lo cual hace relevante que sean tratadas ambas patologías de forma simultánea, utilizando el modelo de integración y no intervenir ambas patologías de forma separada o secuencial. Al poder intervenir de forma simultánea, además se puede entender y comprender como el paciente fue incorporando en su vida el alcohol y el tabaco, por múltiples razones, culturales y sociales, como una forma de evadir los problemas y de enfrentar su día a día hasta el momento en que, falto de sus seres queridos y rechazado por familiares por su dependencia al alcohol, decide en estado de ebriedad quitarse la vida, situación de alta prevalencia actual.

Mi proceso de terapeuta

El paciente referido ejemplifica el tipo de usuarios que atendemos en la Unidad de Adicciones cada día: Personas con patología dual, escasa red de apoyo, dependientes al alcohol con múltiples patologías medicas asociadas y que son rechazados por sus hijos, cónyuges, parejas, conocidos y el sistema de salud ya que se perciben como crónicos y sin remedio. siendo la misma bibliografía que describe dicha enfermedad como incurable (American Medical Association). Como terapeuta he aprendido que uno hace lo que debe y puede a pesar de todos los escollos que se te van colocando en el camino, sobre todo por la falta de recursos e imposibilidad de que la red de salud funcione como está estructurada. F.C y muchos otros no reciben atención en la urgencia por saturación de atención o simplemente son rechazados por su hálito o bien por estar bajo la influencia del alcohol, dejando sorprendentemente de evaluar otras patologías que padecen y que muchas veces ponen en riesgo su vida. Nuestra labor actual en nuestra unidad de adicciones y que está pasando en otras a lo largo de país, es transformarse en un policlínico de choque donde recibimos, estabilizamos y derivamos a centros de mayor complejidad (cuando es estrictamente necesario), realizando intervenciones breves (IB) psicoeducando a la familia y los usuarios, abordando desintoxicaciones ambulatorias e intervenciones motivacionales. Este es un caso como muchos otros cuya diferencia es que F.C se empoderó de su cambio y permitió que nuestro equipo colocara su granito de arena, para ser parte de este.

Bibliografía

1. Banerjee S, Clancy C, Crome I. Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (Dual Diagnosis): An information manual. London: Royal College of Psychiatrists Research Unit; 2002.
2. Szerman N, Martínez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, et al. Rethinking dual disorders/Pathology. *Addiction Disorders & Their Treatment*. 2013;12(1):1-10.
3. Szerman N, Vega P, Grau-López L, Barral C, Basurte-Villamor I, Mesías B, et al. Need of specific resources for patients with dual pathology in Spain. Results of an observational study. *J Dual Diagn*. 2014;10(2):84-90.
4. Szerman N, Martínez-Raga J. Dual disorders: two different mental disorders? *Advances in Dual Diagnosis*. 2015;8(2):61-4.
5. Fisher, M. (2005). Substance misuse and psychiatric illness: prospective observational study using the general practice research database. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Oct; 59(10): 847-850.
6. Lai HM, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015;154:1-13.
7. Fernández Ballesteros R. Introducción a la evaluación conductual (vols. 1 y 2) (reedición), Madrid: Pirámide;1999.
8. Aron Beck. *Terapia cognitiva de la depresión*. Editorial Desclee de Brouwer,2012.
9. Ministerio de Salud de Chile. *Guía Auge Depresión*.2013.
10. Haynes, S. N. y O'Brien, W. O. (1990). The functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
11. Haynes, S. N. y O'Brien, W. O. *Principles and Methods of Behavioral Assessment*:New York: Plenum/Kluwer Press,2000.
12. Ruiz Fernández, Mª Ángeles, Diz García, Marta Isabel; Villalobos Crespo, Arabella. *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Ed. Desclee De Brouwer (2012).
13. Marlatt,G,A. La prevención de recaídas en las conductas adictivas Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gosop (comps), *Recaída y prevención de recaídas Sitges: Ediciones en Neurociencias*,1993.
14. J. Martínez Raga y G. Haro Cortés Los grupos de autoayuda en el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol y otros trastornos adictivos. *Manual de evaluación y tratamiento de Drogodependencias*,2002.
15. Kurtz LF. *Self help and support groups: A handbook for practitioners*. Thousand oaks:Sage Publications ,1997.
16. *Sociodrogalcohol.Guía Clínica para el tratamiento de la dependencia de opiáceos*. 2007.
17. Junta de Andalucía. *Guía Clínica Actuar frente al juego patológico*.2007.
18. Simón Vicente. *Aprender a practicar Mindfulness*. Editorial Sello Editorial,2011.
19. Fabrizio Didonna *Manual Clínico de Mindfulness*. Editorial Desclee de Brouwer,2011.
20. Bowen S, Chawla N, Marlatt GA. *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness*. Guía Clínica. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2011.