

LA INTERVENCIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA EN EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES

Juan Ángel Correa de la Calle
Psicólogo CTA de Cádiz
Servicio Provincial de Drogodependencias
Excma. Diputación Provincial de Cádiz



Diputación
de Cádiz

DESARROLLO
Y BIENESTAR SOCIAL
Servicio Provincial de Drogodependencias

ESTRUCTURA DEL COTENIDO DE LA EXPOSICIÓN

- Breve descripción del tratamiento de las adicciones.
- Principios que debe acreditar un tratamiento para considerarse efectivo, según la NIDA.
- Papel del psicólogo/a en un CTA.
- Circuito asistencial en un CTA.
- Diagnóstico en Drogodependencia (DSM IV TR).
- Aclaraciones en torno al concepto de personalidad.
- Patología dual o trastorno dual.

TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES



Un tratamiento de adicciones es:

- Un proceso que persigue la mejora de las condiciones del consumidor y un cambio en el estilo de vida.
- Este proceso es de duración variable, comienza por el paso previo (importante) del reconocimiento del problema por parte del individuo, así como el convencimiento de la necesidad de experimentar un cambio en su vida y la aceptación de ayuda externa.
- Una vez iniciado el tratamiento podremos aplicar diferentes metodologías, objetivos terapéuticos, modalidades terapéuticas, etc., todos ellos desarrollados a través de estrategias terapéuticas psicológicas, sanitarias, educativas y sociales.

Tratamiento de las adicciones

Los objetivos terapéuticos que se deben marcar entre el terapeuta y el sujeto, deberán ser individualizados y estarán marcados por dos factores:

- Por un lado estarán los **condicionantes o variables personales** que hacen que cada caso sea singular. Estas variables serán físicas, psíquicas, sociales, judiciales, familiares, laborales, etc.
- Por otro lado estará la **disposición al cambio de cada individuo** y su entorno, es decir la motivación real del sujeto, que más allá de la presión con la que llegue al tratamiento, será la que marque el pronóstico del tratamiento.

INDICADORES DEL PRONÓSTICO DEL TRATAMIENTO (RELACIONADOS CON EL PACIENTE) (Naciones Unidas) [\(1\)](#)

- Gravedad de la problemática adictiva (consumo problemático, abuso, dependencia).
- Gravedad de los problemas psiquiátricos.
- Disposición y motivación para el tratamiento.
- Disposición o no de empleo.
- Apoyo familiar y social.

INDICADORES DEL PRONÓSTICO DEL TRATAMIENTO (RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO) (Naciones Unidas)

También será importante:

- 1) Entorno terapéutico
- 2) Retención del paciente en tratamiento y conclusión del tratamiento
- 3) Farmacoterapias (Metadona, Buprenorfina, Naltrexona, Benzodiacepina, Interdictores de alcohol, Antidepresivos, etc.)
- 4) Asesoramiento
- 5) Influencia del terapeuta
- 6) Participación en grupos de autoayuda
- 7) "Combinación" de los pacientes con los tratamientos (Elección del tratamiento adecuado)

TRATAMIENTO LAS DROGODEPENDENCIAS

Los **modelos psicológicos** constituyen actualmente los **modelos conceptuales básicos** en las intervenciones terapéuticas y que **pueden dar la mejor respuesta** a las necesidades de los tratamientos como son:

- ❖ El incremento de la motivación.
- ❖ La atención a la diversidad psicológica.
- ❖ La reducción de las recaídas.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES (PSICOTERAPIA) (1) (2)

Intervención que tiene como **objetivo promover el “cambio”** utilizando procedimientos y técnicas psicológicas.



Elementos comunes a toda psicoterapia:

- Utilización de técnicas, en función del *encuadre teórico*:
 - ‡ Modelos Cognitivos-conductuales
 - ‡ Modelos Humanistas-existenciales
 - ‡ Modelos Sistémicos
 - ‡ Modelos Integradores
- Relación terapéutica – Alianza de trabajo

DIFICULTADES Y LIMITACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS



- Presentación o no de patología dual.
- Adhesión al tratamiento.
- Apareamiento de sujetos con tratamientos y terapeutas.
- Presión asistencial.
- Duración de los tratamientos.
- Formación de los profesionales (formación específica).
- Investigación y efectividad de los tratamientos.
- Trabajo en equipo y actualización.

PRINCIPIOS PARA EL TRATAMIENTO EFECTIVO DEL NIDA (Centralidad del Tratamiento Psicológico) ⁽¹⁾



NIDA

NATIONAL INSTITUTE

ON DRUG ABUSE

En general, el tratamiento de la adicción a drogas es tan efectivo como el tratamiento de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma (NIDA, 1999).

PRINCIPIOS PARA EL TRATAMIENTO EFECTIVO DEL NIDA

Una adicción es:

- Una enfermedad cerebral crónica.
- Expresada como una conducta compulsiva.
- Se desarrolla dentro de un contexto social.
- Fácil de presentar recaídas.
- Tratable.

PRINCIPIOS PARA EL TRATAMIENTO EFECTIVO DEL NIDA

EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO:

- No hay un tratamiento único que sea apropiado para todos los individuos.
- El tratamiento necesita estar disponible fácilmente.
- El tratamiento efectivo atiende a múltiples necesidades del individuo, no sólo al uso de drogas.
- Un plan de tratamiento y de servicio individual debe ser continuamente evaluado y modificado (flexible) cuando se considere necesario para asegurarse que el plan atiende las necesidades de cambio de la persona.

.../...

PRINCIPIOS PARA EL TRATAMIENTO EFECTIVO DEL NIDA

- Permanecer en tratamiento durante un adecuado período de tiempo es crítico para la efectividad del tratamiento.
- El *counseling* (individual y grupal) y otras terapias conductuales son componentes críticos del tratamiento efectivo para la adicción.
- La medicación es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con el *counseling* y otras terapias conductuales.

.../...

PRINCIPIOS PARA EL TRATAMIENTO EFECTIVO DEL NIDA

- Los individuos dependientes o que abusan de drogas, que presentan trastornos mentales coexistentes, deberían tener tratamiento para ambos trastornos de forma integrada.
- La desintoxicación médica es sólo el primer estadio del tratamiento de la adicción y, por sí misma, significa poco en lo que se refiere al uso de drogas a largo plazo.
- El tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.

.../...

PRINCIPIOS PARA EL TRATAMIENTO EFECTIVO DEL NIDA

- El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser monitorizado continuamente.
- Los programas de tratamiento deberían incluir evaluación para el VIH/SIDA, hepatitis C y B, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, así como *counseling* que ayude a los pacientes a modificar o cambiar las conductas que les colocan a sí mismos o a otros en riesgo de infección.
- La recuperación de la drogadicción puede ser un proceso a largo plazo y, frecuentemente requiere múltiples episodios de tratamiento.

COUNSELING. ASESORAMIENTO, ACOMPañAMIENTO, CONSEJO PSICOLÓGICO

Anglicismo que comprende diversas áreas de trabajo y requiere de una formación profesional superior que apunta a la prevención y atención de problemas de la vida cotidiana o conflictos relacionados con crisis vitales tales como sexualidad, adolescencia, relaciones de pareja, adicciones y otros con un importante uso de recursos provenientes de la psicología.

COUNSELING. ASESORAMIENTO,
ACOMPañAMIENTO, CONSEJO PSICOLÓGICO

Normas para el apoyo emocional.-

- NO JUZGAR
- SER EMPÁTICO
- NO DAR CONSEJOS
- NO PREGUNTAR NUNCA ¿Por qué?
- NO TOMAR LA RESPONSABILIDAD DEL PROBLEMA DEL OTRO
- NO INTERPRETAR LA SITUACIÓN DEL OTRO
- CONCENTRARSE EN EL AQUÍ Y AHORA
- CONCÉNTRASE PRIMERO EN LOS SENTIMIENTOS

PAPEL DEL PSICÓLOGO EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES [\(1\)](#)



Objetivo del Psicólogo/a en un Centro de Tratamiento Ambulatorio de las adicciones (CTA)

- Realizar el diagnóstico y evaluación de las adicciones.
- Motivar al usuario para que tome conciencia del problema, incremente su compromiso y avance en su proceso de cambio.
- Intentar implicar a la familia y miembros relevantes en el proceso terapéutico.
- Facilitar a la familia estrategias para fomentar/favorecer cambios.

.../...

Objetivo del Psicólogo/a en un Centro de Tratamiento Ambulatorio de las adicciones (CTA)

- Negociar con el usuario los objetivos terapéuticos y las estrategias.
- Extinguir actitudes y conductas desadaptativas.
- Fomentar el desarrollo de un repertorio de nuevos recursos personales y conductas que favorezcan un estilo de vida más saludables.
- Enseñar estrategias para el manejo de ansiedad: técnicas de exposición, estrategias de respiración y/o relajación.

Objetivo del Psicólogo/a en un Centro de Tratamiento Ambulatorio de las adicciones (CTA)

- Fomentar un incremento del autoconcepto, de la autoestima y las expectativas de autoeficacia.
- Incrementar el autocontrol ante situaciones conflictivas en relación a su adicción.
- Dotar de habilidades sociales y técnicas de asertividad para afrontar, de forma adaptativa, los problemas de relación interpersonal.
- Acordar una nueva cita, (“intentar conseguir adherencia”).

Analizar funcionalmente la conducta

- ❖ Situaciones antecedentes/determinantes.
- ❖ Respuesta de consumo/no consumo.
- ❖ Consecuencias positivas/negativas (Refuerzo positivo versus Refuerzo negativo).

En función del diagnóstico, más el análisis funcional de la conducta se establece el;
Itinerario Terapéutico.

Objetivo del Psicólogo/a en un Centro de Tratamiento Ambulatorio de las adicciones (CTA)

Analizar y evitar posibles recaídas.-

- ✓ Distinguir entre desliz y recaída.
- ✓ Detección y anticipación de futuras recaídas.
- ✓ Contingencias de reforzamiento familiares ante las recaídas.
- ✓ Desplazar un locus de control externo, centrado en el papel farmacológico y la responsabilidad de su entorno, en un locus de control interno basado en la responsabilidad personal.

En los casos de recaídas, el psicólogo/a deberá...

- Identificar las situaciones de alto riesgo.
- Dotar de respuestas de afrontamiento de situaciones problemáticas.
- Cambio de expectativas sobre las consecuencias o los beneficios que se obtiene de la conducta adictiva.
- Revisión del estilo de vida del paciente.

Otras variables que debe analizar el psicólogo/a

- Expectativas.
- Apoyo social.
- Tratamientos/recaídas anteriores.
- Situaciones de riesgo actuales.

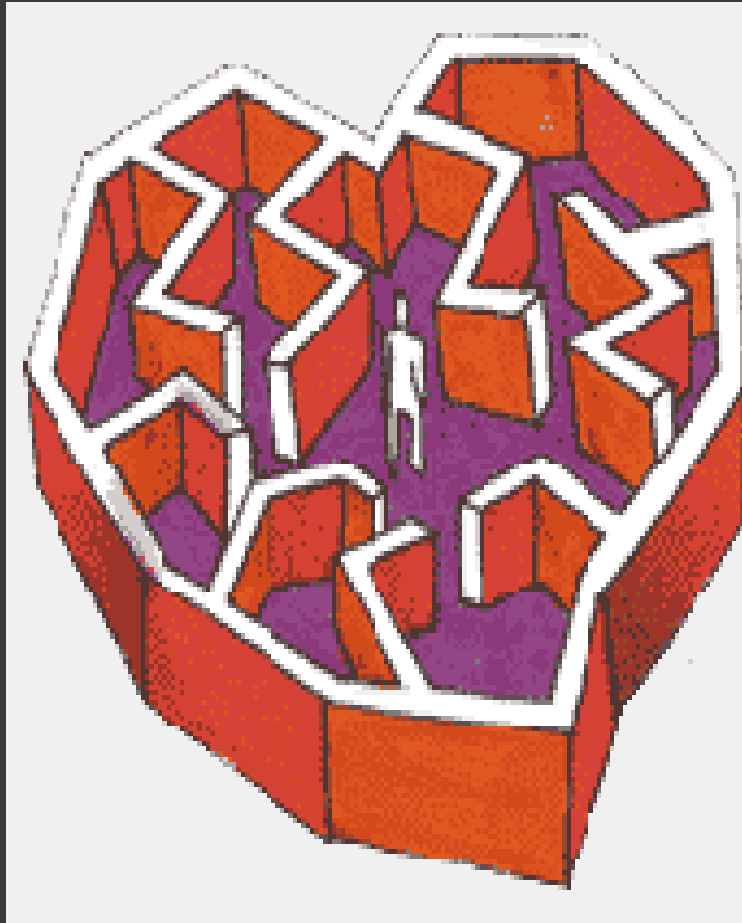
El psicólogo/a deberá formular los objetivos

- El más importante; adherencia, compromiso.
- Deben ser negociados y viables para el paciente.
- Secuenciación, nº de sesiones y periodicidad.
- Evaluaciones entre sesiones y postratamiento.
- Continua reformulación del caso, todos los casos son dinámicos.



CIRCUITO ASISTENCIAL

CIRCUITO ASISTENCIAL



Fases:

- § Acogida/contacto
- § Diagnóstico
- § Desintoxicación
- § Deshabitación
- § Incorporación social

ACOGIDA/CONTACTO (1)

© OBJETIVOS

- Informar
- Comprender
- Motivar
- Analizar la demanda

© METODOLOGÍA

- Entrevistas motivacionales

© PERSONAL QUE LO REALIZA

- Personal entrenado
- Equipo multidisciplinar

© RECURSOS CON QUE SE CUENTA

- Servicios especializados



DESINTOXICACIÓN

◎ OBJETIVOS

- Superación del Síndrome de abstinencia
- Recuperación
- Homeostasis

◎ METODOLOGÍA

- Farmacológica

◎ PERSONAL QUE LO REALIZA

- Médico
- DUE

◎ RECURSOS CON QUE SE CUENTA

- Servicios especializados ambulatorios
- Desintoxicación domiciliaria
- Desintoxicación hospitalaria
- Desintoxicación en Comunidad Terapéutica



DESHABITUACIÓN

© OBJETIVOS

- Ruptura del hábito tóxico
- Consolidación de la abstinencia
- Cambio de conducta y objetivos vitales
- Abordaje psicológico y psicopatológico
- Prevención de recaídas

© METODOLOGÍA

- Psicoterapia individual
- Psicoterapia de familia o pareja
- Psicoterapia de grupo (grupos de autoayuda)
- Apoyo farmacológico

© PERSONAL QUE LO REALIZA

- Con formación psicoterapéutica

© RECURSOS CON QUE SE CUENTA

- Servicios especializados ambulatorios
- Comunidades Terapéuticas



INCORPORACIÓN SOCIAL

◎ OBJETIVOS.-

- Recuperación o adquisición de pautas de conducta que le permitan adquirir relaciones positivas en su entorno social.
- Potenciar la formación y capacitación profesional.
- Normalización de la convivencia familiar.
- Construir o recuperar la faceta de ocio y la cultura, así como la de los valores.
- Apoyar la aceptación y la integración en la comunidad donde se encuentre.

◎ METODOLOGIA.-

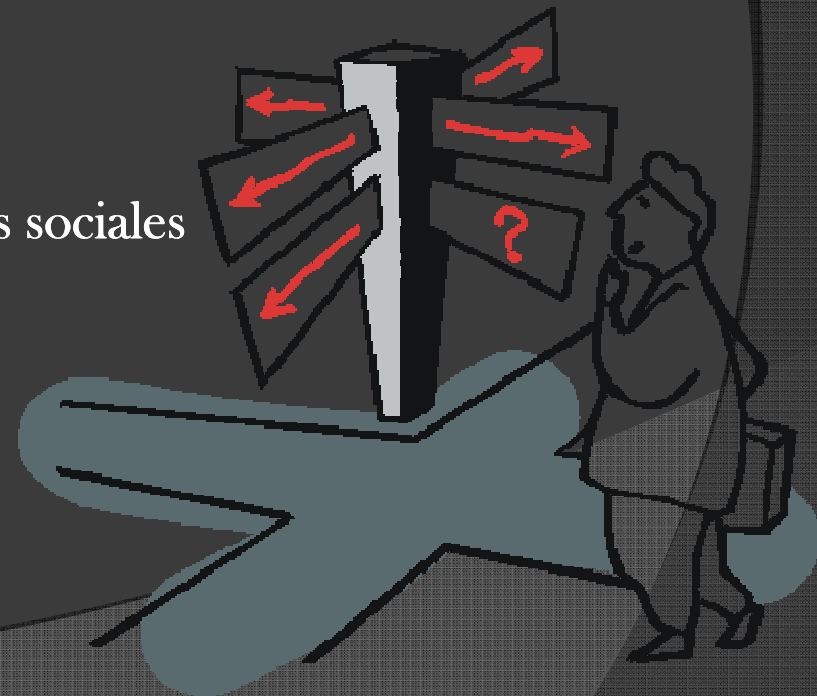
- Psicoterapia grupal.
- Laborterapia.

◎ PERSONAL QUE LO REALIZA.-

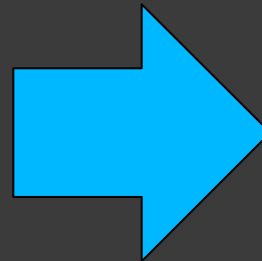
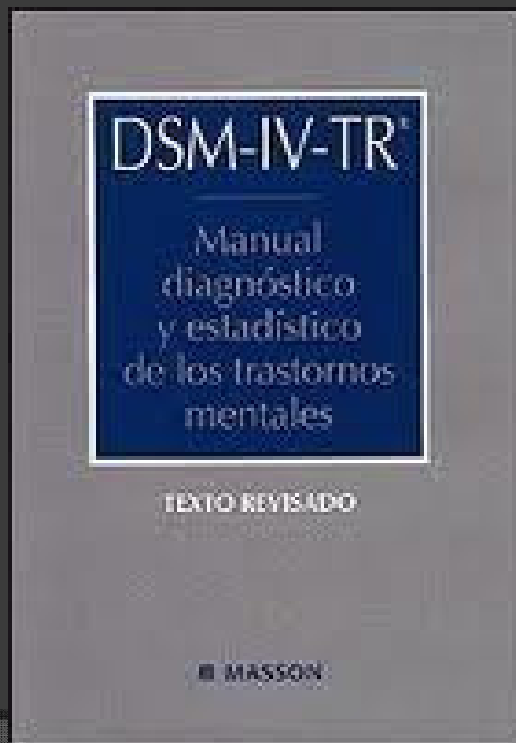
- Monitores, Psicoterapeutas y Trabajadores sociales

◎ RECURSOS CON QUE SE CUENTA.-

- Grupos de autoayuda
- Servicios sociales comunitarios
- Servicios especializados



DIAGNÓSTICO EN DROGODEPENDENCIA



DIAGNÓSTICO

© OBJETIVOS

- Efectuar un diagnóstico multiaxial
- Facilitar el registro de síntomas y síndromes, para codificarlos
- Anamnesia

© METODOLOGÍA

- Entrevista clínico psicológica
- Entrevista social familiar
- Entrevista médica
- Pruebas complementarias

© PERSONAL QUE LO REALIZA

- Equipo multidisciplinar

© RECURSOS CON QUE SE CUENTA

- Servicios especializados



DIAGNOSTICO EN DROGODEPENDENCIAS

OBJETIVOS:

- Efectuar un diagnóstico multiaxial, donde se recojan aspectos médicos, psicológicos y sociales.
- Facilitar el registro de síntomas, síndromes y otras circunstancias para posteriormente codificarlos.
- Capacitar a los profesionales para conocer la realidad del paciente de forma fiable.
- Disminuir las discrepancias en el modo de hacer exploraciones, para obtener información precisa y uniforme.
- Aumentar la fiabilidad y concordancia entre todos los profesionales.

DIAGNOSTICO EN DROGODEPENDENCIAS

(Según criterios DSM IV – TR)

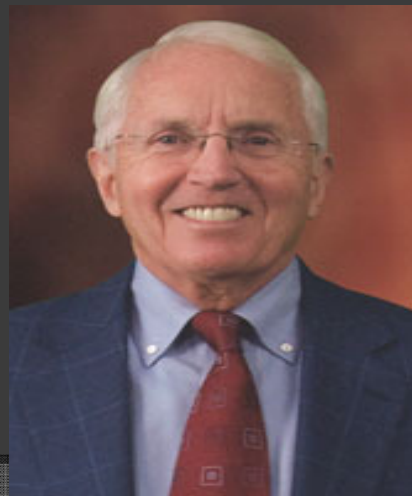
EJE 1 – Trastornos Clínicos (psiquiátricos) SCID I	Psicólogos o Médicos
EJE 2 – Trastornos de la Personalidad, SCID II	Psicólogos
EJE 3 – Enfermedades Médicas	Médicos
EJE 4 – Problemas Psicosociales y Ambientales	Trabajadores Sociales
EJE 5 – Actividad Global <u>(1)</u>	Trabajadores Sociales

VALORACIÓN DE LA MOTIVACIÓN

(MODELO TRANSTEORICO DEL CAMBIO EN LAS ADICCIONES)

Prochaska y DiClemente. 1992

“La motivación es un estado de disposición para cambiar, que fluctúa de un momento o situación a otros”



MODELOS INTEGRADORES (MODELO TRANSTEORICO DEL CAMBIO EN LAS ADICCIONES) (Prochaska y Diclemente 1992) (1) (2)

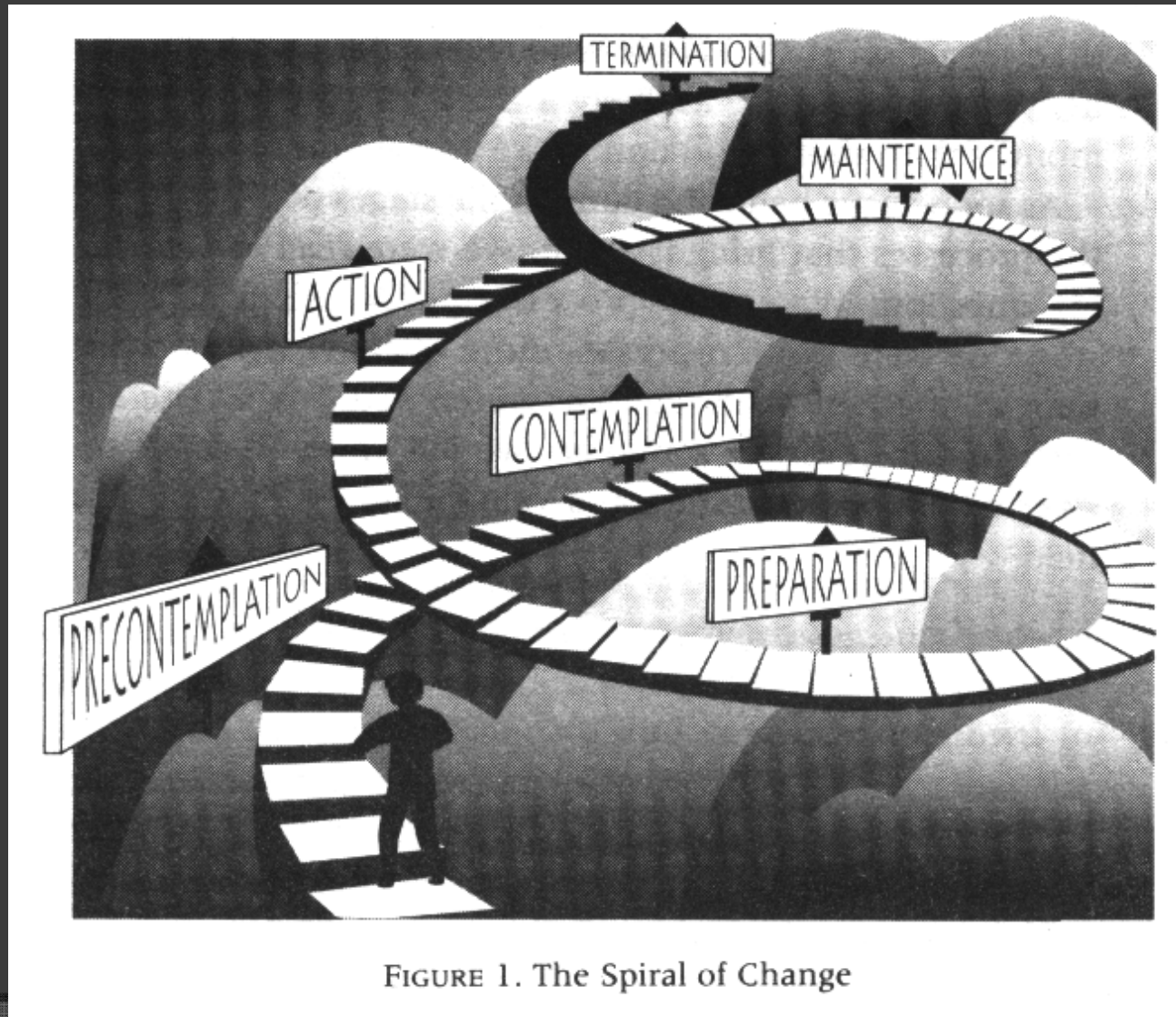


FIGURE 1. The Spiral of Change

MODELOS INTEGRADORES (MODELO TRANSTEORICO DEL CAMBIO EN LAS ADICCIONES) (Prochaska y Diclemente 1992)

ESTADIOS.-

❁ PRECONTEMPLACIÓN:

- ⊙ El estadio en el que hay poca o ninguna consideración de cambio del actual patrón de conducta, en el futuro previsible. (En los próximos seis meses)

Tareas:

- ⊙ Incrementar la consciencia de la necesidad de cambio.
- ⊙ Incrementar la preocupación sobre el patrón actual de conducta.
- ⊙ Imaginar la posibilidad de cambiar.

Meta:

- ⊙ Considerar seriamente el cambio de esta conducta.

MODELOS INTEGRADORES (MODELO TRANSTEORICO DEL CAMBIO EN LAS ADICCIONES) (Prochaska y Diclemente 1992)

ESTADIOS.-

❁ CONTEMPLACIÓN:

- ⊙ El estadio en el que el individuo examina el actual patrón de conducta y el potencial para cambiar en un análisis de riesgos-recompensas. (Para los próximos seis meses).

Tareas:

- ⊙ Análisis de los pros y los contras del actual patrón de conducta y de los costes y beneficios del cambio. Toma de decisiones.

Meta:

- ⊙ Alcanzar una evaluación ponderada que incline a tomar la decisión de cambiar.

MODELOS INTEGRADORES (MODELO TRANSTEORICO DEL CAMBIO EN LAS ADICCIONES) (Prochaska y Diclemente 1992)

ESTADIOS.-

❁ PREPARACIÓN:

- ⊙ El estadio en el que el individuo adquiere un compromiso para pasar a la acción de cambiar el actual patrón de conducta, desarrollando un plan y una estrategia para el cambio. (Planteamiento de cambio en los próximos 30 días).

Tareas:

- ⊙ Incrementar el compromiso y crear un plan de cambio

Meta:

- ⊙ Desarrollar un plan de acción para ser implementado a corto plazo.

MODELOS INTEGRADORES (MODELO TRANSTEORICO DEL CAMBIO EN LAS ADICCIONES) (Prochaska y Diclemente 1992)

ESTADIOS.-

❁ ACCIÓN:

- ⊙ El estadio en el que el individuo implementa el plan, da pasos para cambiar el actual patrón de conducta y comienza a crear uno nuevo. (No consume durante un periodo inferior a seis meses).

Tareas:

- ⊙ Implementar estrategias para cambiar, revisar el plan cuando sea necesario, y sostener el compromiso a pesar de las dificultades.

Meta:

- ⊙ Actuar exitosamente cambiando el patrón actual. Establecer un nuevo patrón de conducta por un periodo significativo de tiempo. (3-6 meses).

MODELOS INTEGRADORES (MODELO TRANSTEORICO DEL CAMBIO EN LAS ADICCIONES) (Prochaska y Diclemente 1992)

ESTADIOS.-

❁ MANTENIMIENTO:

- El estadio en el que el nuevo patrón de conducta es sostenido por un extenso periodo de tiempo consolidándose dentro del estilo de vida del individuo. (Lleva sin consumir más de seis meses).

Tareas:

- Mantener el cambio a lo largo del tiempo y a través de un amplio rango de diferentes situaciones. Integrar la conducta en la propia vida. Evitar deslices y recaídas en el antiguo patrón de conducta.

Meta:

- Mantener el cambio y establecer el nuevo patrón de conducta a largo plazo.

MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

<u>ESTADIO EVOLUTIVO</u>	<u>OBJETIVOS TERAPÉUTICOS POSIBLES</u>
PRECONTEMPLACIÓN	GENERAR DUDA. AUMENTAR LA CAPACIDAD PARA PERCIBIR LOS RIESGOS DE SU CONDUCTA
CONTEMPLACIÓN	FACILITAR EL ANÁLISIS DE LAS RAZONES Y COSTES DE CAMBIAR Y NO CAMBIAR
PREPARACIÓN	AYUDAR A DECIDIR LAS ACCIONES A TOMAR
ACCIÓN	AYUDAR A DAR LOS PASOS NECESARIOS PARA QUE EL CAMBIO SEA EFECTIVO
MANTENIMIENTO	AYUDAR A IDENTIFICAR Y UTILIZAR ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LA RECAIDA
RECAIDA	AYUDAR A REANUDAR LOS PROCESOS DE CAMBIO EVITANDO LA DESMORALIZACIÓN



Diagnóstico

DIAGNÓSTICO EN EJE I Trastornos clínicos

ABUSO DE SUSTANCIAS (Criterios DSM IV TR)

Es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por uno (o más) de los ítems siguientes, durante un periodo de 12 meses:

.../...

ABUSO DE SUSTANCIAS (Criterios DSM IV TR)

(1) (2)

Cumplimiento de uno (o más) de los siguientes ítems:

- ⌘ Consumo aun cuando se incumplen obligaciones en trabajo, escuela, casa.
- ⌘ Consumo aun en situaciones de riesgo (conduciendo, trabajando, etc.).
- ⌘ Problemas legales relacionados con el consumo.
- ⌘ Consumo continuado a pesar de tener problemas, sociales, problemas interpersonales, causados por la sustancia.

DEPENDENCIA A SUSTANCIAS (Criterios DSM IV TR)

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

.../...

DEPENDENCIA A SUSTANCIAS (Criterios DSM IV TR)

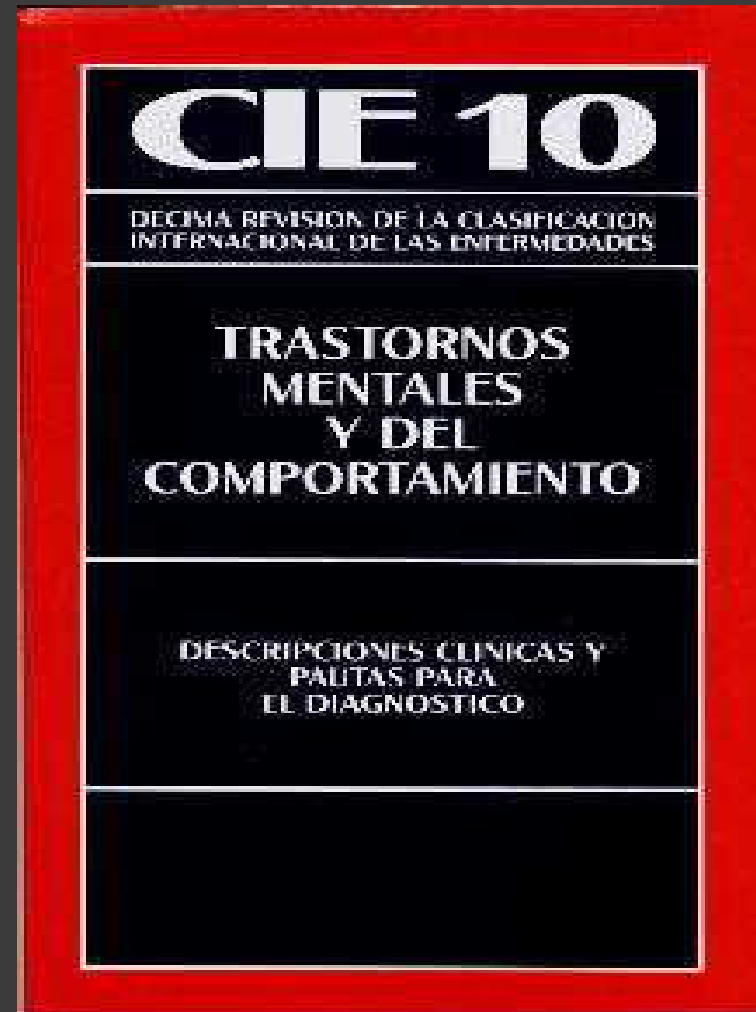
(1) (2)

Cumplimiento de tres (o más) de los siguientes ítems:

- ⌘ Se consume más cantidad y en mayor tiempo del que se pensaba.
- ⌘ Deseo persistente de consumo, e intentos varios de abandonar el consumo.
- ⌘ Empleo de mucho tiempo en la consecución de la sustancia.
- ⌘ Reducción o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas.
- ⌘ Consumo a pesar de ser consciente de los problemas que le ocasiona a distintos niveles físico, psíquico y social.
- ⌘ Aparición de tolerancia.
- ⌘ Aparición de abstinencia.

DEPENDENCIA A SUSTANCIAS

(Criterios CIE 10)



DEPENDENCIA A SUSTANCIAS (Criterios CIE 10)

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en las que el consumo de una 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 psicotrópicas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

.../...

DEPENDENCIA A SUSTANCIAS (Criterios CIE 10)

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los síntomas siguientes:

- ❑ Deseo intenso o compulsivo a consumir una sustancia.
- ❑ Dificultades para controlar el consumo de la sustancia, sea con respecto a su inicio, a su finalización o a su magnitud.
- ❑ Estado fisiológico de abstinencia al detener o reducir el consumo de la sustancia, puesto de manifiesto por el síndrome de abstinencia característico de esa sustancia o por el consumo de la misma sustancia (u otra muy parecida), con la intención de evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.

.../...

DEPENDENCIA A SUSTANCIAS (Criterios CIE 10)

- ❑ Presencia de tolerancia, que hace que sean necesarias mayores dosis de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos producidos originalmente por dosis menores.
- ❑ Abandono progresivo de otras fuentes de placer y de diversión a causa del consumo de la sustancia psicoactiva y aumento del tiempo necesario para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
- ❑ Persistencia en el consumo de la sustancia, pese a la existencia de pruebas evidentes de sus consecuencias manifiestamente perjudiciales, como los daños hepáticos causados por el consumo excesivo de alcohol, los estados de ánimo depresivos consecutivos al gran consumo de una sustancia o el deterioro de la función cognitiva relacionado con el consumo de una sustancia. Debe investigarse si el consumidor es o podría llegar a ser consciente de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

DIFERENCIACIÓN ENTRE DEPENDENCIA PSÍQUICA Y FÍSICA

Dependencia psíquica

Ocurre cuando la persona experimenta una sensación irreprimible de consumir una sustancia, con la finalidad de obtener un determinado efecto psicológico, euforia, aumento de sociabilidad, etc. (Obtención de un refuerzo positivo).

Dependencia física

Se producirá cuando en el organismo se han producido una serie de alteraciones que originan una necesidad de su administración para el normal funcionamiento del mismo. (Obtención de un refuerzo negativo).

CRITERIOS DE CONDUCTA ADICTIVA (Washton y Boundy 1991)

- Obsesión. Necesidad irresistible e intensos deseos de consumir la droga. El consumidor adicto está obsesionado por conseguir y consumir la droga. Esto es prioritario ante cualquier otra actividad.
- Pérdida de control. Incapacidad para autolimitarse o controlar el consumo. El adicto puede detener su uso temporalmente, pero cree que es imposible no volver a consumir la droga, incluso con esfuerzos máximos de autocontrol y de fuerza de voluntad.
- Consecuencias negativas. Consumo continuado a pesar de las consecuencias como problemas económicos, familiares, laborales, orgánicos y psicopatológicos.
- Negación. Se niega que el consumo de drogas sea un problema. No advierte la gravedad de los efectos negativos, niega que exista un problema y se enfada o se pone a la defensiva si alguien le indica que su consumo está fuera de control.

CURSO HABITUAL DEL CONSUMO DE DROGAS

Shelder y Block 1990



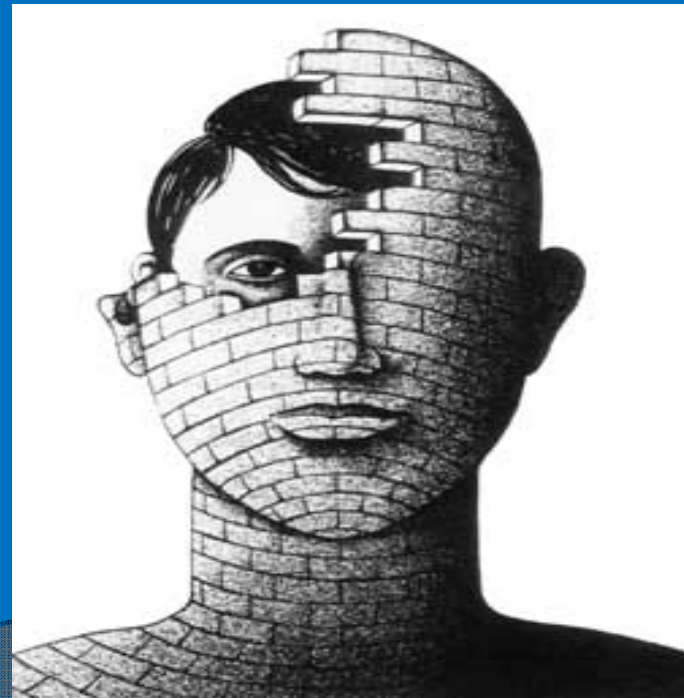
Curso natural (habitual) del consumo de drogas

- Consumo experimental, son ensayos que realiza la persona fundados en la curiosidad hacia las drogas, sin intención explícita de repetir el consumo.
- Consumo ocasional, la persona conoce la droga y sus efectos y escoge los momentos y escenarios más propicios para sentir dichos efectos. El consumo todavía es espaciado y poco frecuente.
- Consumo regular (abuso), consumo habitual con continuidad. Posición activa frente al consumo.
- Dependencia, necesidad del consumo, es algo prioritario e imperioso en su vida.

DIAGNÓSTICO EN EJE II

Trastornos de la personalidad

(1) (2) (3)



ACLARACIONES EN RELACION AL CONCEPTO DE PERSONALIDAD

Vicente Rubio Larrosa



ACLARACIONES EN RELACION AL CONCEPTO DE PERSONALIDAD

¿Qué entendemos por personalidad?

- Conjunto de rasgos y modos habituales (estables) de comportamiento del individuo, resultante de la interacción de los instintos y el medio.
- Forma de comportamiento con que el individuo reacciona ante las diferentes circunstancias de la vida.

¿De qué está formada la personalidad?

Temperamento (Reactividad emocional)	Carácter (Modulación, Armonización)
Heredado	Aprendido
30%	70%

ACLARACIONES EN RELACION AL CONCEPTO DE PERSONALIDAD

Freud distinguía en su teoría del aparato psíquico, tres instancias fundamentales:

- Debemos hacer ... SUPERYO
- Podemos hacer ... YO
- Queremos hacer ... ELLO

La personalidad es la que regula, la que controla

La madurez humana consistirá en el:

AUTOCONTROL - EQUILIBRIO

Conceptos Generales

Rasgos *versus* Trastorno:

- ◎ Rasgos: son patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre sí mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales.
- ◎ Los rasgos sólo constituyen un “trastorno” cuando son inflexibles y desadaptativos y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

SEGÚN CRITERIOS DSM IV - TR

- Patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto.
- Tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta.
- Es estable a lo largo del tiempo.
- Comporta malestar o perjuicios para el sujeto.
- No está afectado por ningún tipo de sustancia.

SEGÚN CRITERIOS CIE -10

- Patrones conductuales enraizados y duraderos, que se manifiestan como respuestas inflexibles en múltiples situaciones personales y sociales.
- Graves perturbaciones de la personalidad y la conducta que representan pronunciadas desviaciones de los patrones culturales normales.
- Perturbación de larga duración en varias áreas de funcionamiento.
- Conducta desadaptativa generalizada.
- Inicio en la infancia o adolescencia.
- Considerable malestar personal y generalmente problemas significativos en el trabajo y conducta social.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

El DSM IV TR distingue diez trastornos de la personalidad y se clasifican en tres grandes grupos que son:

Grupo A (Extraños, excéntricos)

Trastorno paranoide

Trastorno esquizotípico

Trastorno esquizoide

Grupo B (Dramático, emocional errático)

Trastorno antisocial

Trastorno límite

Trastorno histriónico

Trastorno narcisista

Grupo C (Ansiosos, temerosos)

Trastorno por evitación

Trastorno por dependencia

Trastorno obsesivo – compulsivo

PATOLOGÍA DUAL O TRASTORNO DUAL (1)



PATOLOGÍA DUAL O TRASTORNO DUAL

Consistirá en la coexistencia de un trastorno psíquico y un trastorno por uso de sustancia, aun cuando desconozcamos cual de los trastornos es causa y cual consecuencia.

PATOLOGÍA DUAL O TRASTORNO DUAL

“En el campo de las drogodependencias, la patología dual se debe entender como la coexistencia del abuso/dependencia de sustancias, con un trastorno psíquico definido”

PATOLOGÍA DUAL O TRASTORNO DUAL

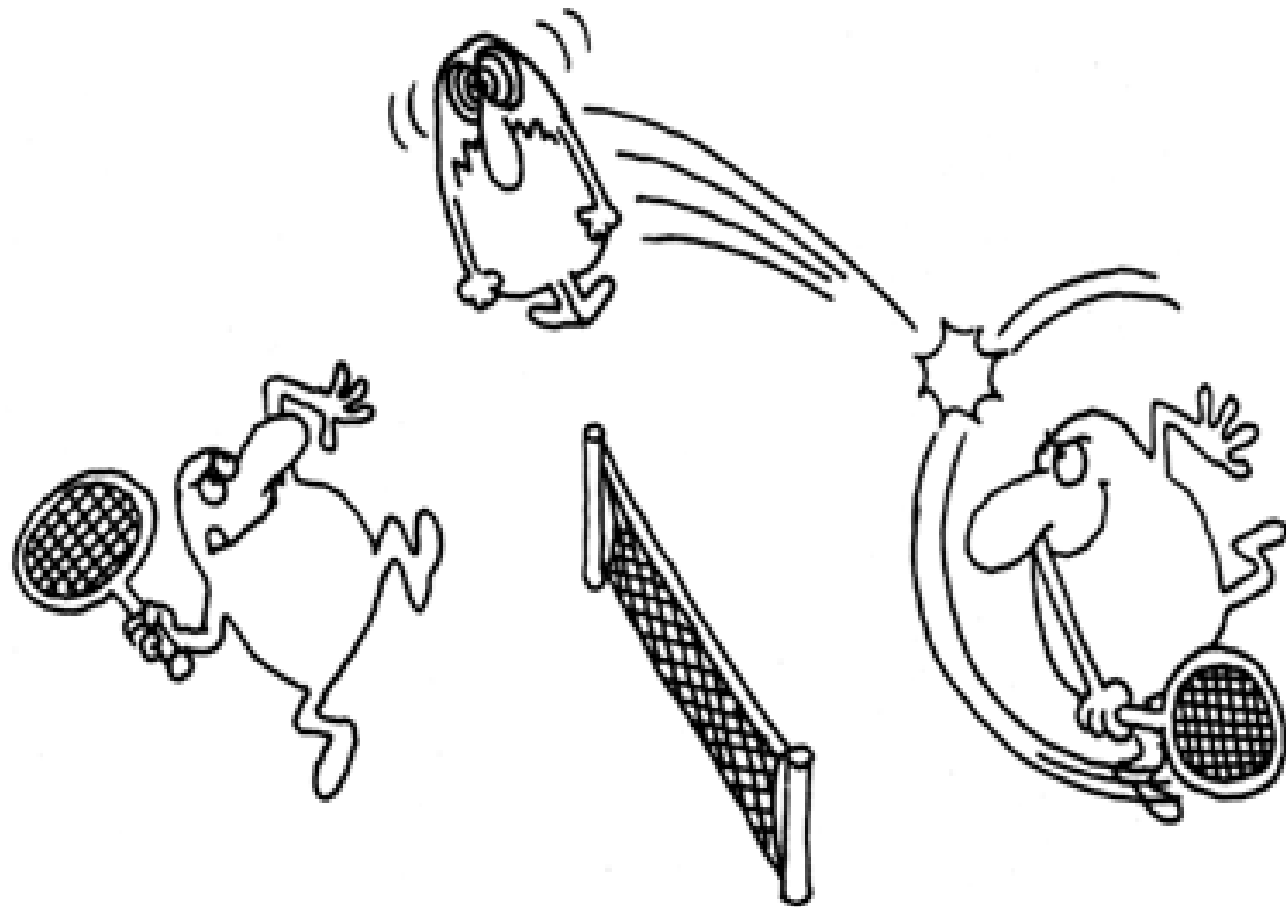
GENERALIDADES

“Los profesionales ambulatorios de drogodependencias se incomodan demasiado con los pacientes duales, y los de salud mental piensan que estos carecen de motivación y son poco fiables”

PATOLOGÍA DUAL O TRASTORNO DUAL

GENERALIDADES

“Hasta hace poco tiempo ser consumidor de drogas excluía de los programas de salud mental y la enfermedad mental grave excluía de los programas de drogas”



PATOLOGÍA DUAL O TRASTORNO DUAL

GENERALIDADES

¿Comorbilidad múltiple?. Según DSM
IV TR: es posible uno o más
diagnósticos en los Ejes I, II y III.
Trimorbilidad»

PATOLOGÍA DUAL O TRASTORNO DUAL

CONSECUENCIAS DE LA COEXISTENCIA DE DIGNÓSTICO DUAL

- Mayor número de ingresos hospitalarios.
- Mayor frecuencia de uso de urgencias.
- Mayor inestabilidad familiar y marginación social.
- Mayor presencia de conducta violenta o criminal.
- Mayor ideación o conducta suicida.
- Menor cumplimiento de los tratamientos.
- Peor respuesta al tratamiento.
- Mayor dificultad de acceso a la red asistencial.

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA PATOLOGÍA DUAL

- La enfermedad mental puede servir como factor de riesgo para los trastornos adictivos.
- La enfermedad mental puede acelerar el desarrollo de la dependencia, la gravedad del cuadro clínico, la respuesta al tratamiento y la duración de la abstinencia.
- Los síntomas psiquiátricos pueden aparecer en el curso de intoxicaciones agudas y/o crónicas provocadas por algunas drogas.
- Algunos trastornos psiquiátricos surgen como consecuencia del uso persistente de una droga y pueden permanecer cuando el consumo se ha extinguido.
- Algunas condiciones psicopatológicas ocurren en adictos sin mayor frecuencia que en la población general, sugiriendo que el trastorno psiquiátrico y el adictivo no están específicamente relacionados.

PATOLOGÍA DUAL (ABORDAJES TERAPÉUTICOS)

Existen varios modelos de tratamiento en patología dual:

A. Modelo de tratamiento seriado.

El paciente es tratado en un sistema o red de tratamiento (de salud mental o de atención a las drogodependencias) y posteriormente en el otro.

B. Modelo de tratamiento paralelo.

Este modelo implica que el paciente acude simultáneamente a recursos de salud mental o de atención a las drogodependencias.

C. Modelo de tratamiento integrado.

El tratamiento integrado significa que el abordaje terapéutico del trastorno mental y del abuso/dependencia de drogas son simultáneos y realizados por el mismo equipo.

PATOLOGÍA DUAL (ABORDAJES TERAPÉUTICOS)

RETOS EN LA PATOLOGIA DUAL.-

- Estrategia conjunta entre los Equipos de Salud Mental y los Equipos de atención a las Adicciones.
- Núcleo de profesionales implicados y formados.
- Mayor evidencia científica en la aplicación de técnicas a desarrollar.
- Red de recursos sanitaria y sociosanitaria.