

No hacer la vista gorda...

Tabla 1. Motivos que hacen aconsejable el diagnóstico de los TP

1. Alta frecuencia con la que están presentes
2. Aumentan el número de síntomas y la intensidad de la psicopatología del Eje I.
3. Provocan mayor incidencia de enfermedades mentales primarias, afectando a su pronóstico y tratamiento.
4. Incrementan el coste económico si no se tratan.
5. Generan un mayor sufrimiento personal del paciente y de las personas de su entorno.
6. Influyen en la evolución de enfermedades médicas generales.
7. Su identificación mejora la relación médico-paciente: en un aumento de la confianza y una disminución de la frustración de ambos.
8. Se pueden prevenir graves alteraciones como suicidio, formas prematuras de muerte (accidentes, sobredosis).
9. Se generan nuevas posibilidades de tratamiento, pues existen terapias que disminuyen la intensidad de los síntomas.

Modelos Intervención psicológica tradicionales

- Modelo Transteorético del cambio: (Prochaska y Di Clemente)
- Entrevista motivacional (Miller y Rollnick)
- Prevención de recaídas (Marlatt y Gordon)

Y a partir de aquí se empieza a complicar esto...

Elementos a tener en cuenta...

Apego

Modelos de crianza: Calidez y control, permisivo, indiferente y democrático.

Trauma

Negligencia, Sucesos estresantes

Mecanismos de defensa

Disociación

Transferencia vs contratransferencia

Modelo de crianza

	Calidez	Control
Permisivo	x	-
Autoritario	-	x
Indiferente	-	-
Democrático	x	x

De la crianza a la regulación emocional

Infancia	Adulto
Progenitor no sintónico	No se lo que siento (malestar indefinido). No siento nada
Progenitor centrado en sus propias necesidades o enfermo	Mis emociones y necesidades no son importantes
Padres muy críticos	Me machaco por estar mal
Padres desbordados ante el malestar del niño	No se qué hacer con mi malestar. Me angustio, me desespero, si me noto mal
Entorno caótico o excesivamente punitivo	Pérdida de control

APEGO SEGURO VS APEGO AMBIVALENTE Y DESORGANIZADO

Cuadro 2: Patrones de Apego

Seguro	En esta categoría existen dos subgrupos, a) grupo familiar estable y continente (vivieron en condiciones óptimas su niñez), b) quienes han crecido entre experiencias difíciles, pero muestran elactancia (suponemos que tuvieron bases sólidas, pero enfrentaron experiencias adversas)
Evitativo	Muestra sentir una angustia exagerada al separarse de las figuras de apego; señala que su autosuficiencia se sostiene sobre bases precarias, posee una tendencia a no buscar apoyo o empatía, ni cariño en las relaciones personales.
Ambivalente	Personas que en lugar de tener activadas sus conductas de apego de nivel bajo, activan las de nivel alto; parecido al funcionamiento del mecanismo de formación reactiva, debido a la inversión de los papeles; la figura de apego funciona tanto como activador y frustrador hacia las conductas de apego.

+

- Las personas con estilo de **apego adulto seguro** - visión positiva de sí mismo y del mundo social – refieren haber tenido padres más cálidos o empáticos, presentando frente a adultos inseguros, mejores capacidades para normalizar sus estados emocionales.
- Las investigaciones sugieren que los niños con cuidadores sensibles - o madres con modelo de apego seguro - expresan toda la gama de emociones, ya que éstos responden a todo tipo de expresión y vivencia afectiva en sus hijos, enseñándoles a elaborarlas verbalmente.

(Páez D., Campos M., Fernández I., Zubieta E. y Casullo M.M., 2007).

+

- El sistema biológico de apego está programado para motivar al niño a **buscar proximidad**, recurrir al progenitor en momentos de malestar para ser consolado y protegido.
- Pero el niño está atrapado en **una paradoja** porque escapar de lo que nos genera miedo o alarma también es un mecanismo biológico.
- El sistema de apego se vuelve por tanto **desorganizado y caótico**, ya que esta es la **única adaptación posible**.

+

- El niño con **apego inseguro ambivalente** desarrolla ansiedad e incertidumbre acerca de cuándo pueden o no depender de sus padres porque no están seguros de lo que pueden esperar.
- La **disponibilidad** paterna es **inconsistente**.
- Esta **ambivalencia** crea una **inseguridad** en la relación padres-hijo que **continuará en las futuras relaciones del niño**.

+

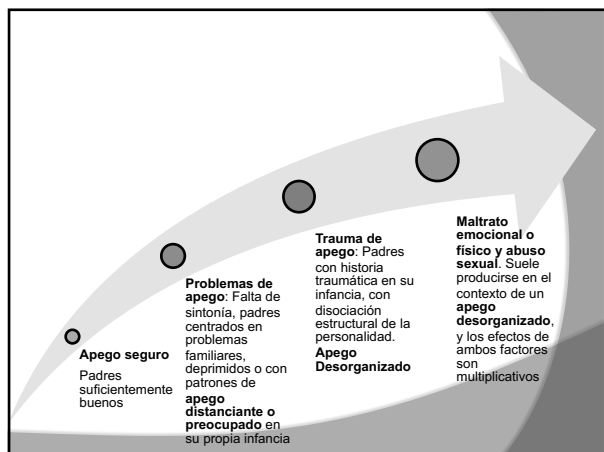
- En el **apego (inseguro) desorganizado** las necesidades del niño no son satisfechas y la conducta de sus padres es fuente de desorientación y/o miedo.
- Estos niños tienen repetidas experiencias de comunicación en las que **el progenitor** está emocionalmente **desbordado, asustado o funciona de un modo caótico**.
- En lugar de un **refugio seguro**, el progenitor es **fuentes de alarma y confusión** para el niño, colocándole en una **paradoja biológica**. Estos padres que **interpretan las señales** del niño en **función de "su propio estado"** generarán confusión.

+

- Esto se traducirá en problemas en el manejo de emociones en el adulto, dificultades en los límites y problemas en las relaciones con los demás.
- A partir de ahí, el adulto tenderá a llegar a *conclusiones sobre lo que piensan y sienten los demás* **en función de su propio estado emocional** (se repite el patrón)
- Esta es una de las dificultades más frecuentes que se pueden observar en las personas con **TP**, su **visión del mundo está fuertemente condicionada por experiencias previas** y muchos tienen la **tendencia a evaluarse** (de verse a ellos mismos) **en función de cómo les han visto y/o tratado las figuras de apego principales**.

+

- Es frecuente que busque pistas en su entorno que "confirman" lo que está pensando. Por ejemplo: ante el **miedo al abandono**, una persona con este diagnóstico puede interpretar señales o eventos **neutros** como **"pruebas de que va a ser abandonado"**.
- Las personas con **apego seguro** tienen mayor capacidad de respuesta ante imprevistos y son menos reactivos que aquellos con apego inseguro, suele hacer frente a los problemas, tiende a centrarse en posibles soluciones y a posibilitar lo que ocurre.
- Por el contrario, una persona con **apego inseguro** o desorganizado suele tener muchas dificultades para hacer frente a los problemas de manera efectiva y tiende a **recurrir a la acción impulsiva**, algo muy frecuente en las personas con trastorno límite de la personalidad.



+ Trauma incluye...

- ⊙ El trauma “T” del **TEPT**: catástrofe, accidente, agresión
- ⊙ El trauma “t”: eventos relacionales repetidos relacionados con el apego
- ⊙ El trauma **“T”**: maltrato, abuso sexual, etc.

Trauma y adicciones: ¿casos más resistentes?

La existencia en la infancia de eventos traumáticos, como pueden ser el abuso físico o sexual, se asocia con la aparición de trastornos mentales, especialmente con depresión y trastorno de estrés postraumático, y con el abuso de sustancias.

¿Por qué incluir un apartado de "Trauma" en adicciones ?

Casos de patología dual:

- adicción + patología psiquiátrica

¿puede el trauma estar relacionado con la aparición de dicha patología dual?



Se constata a lo largo de los años la presencia frecuente de este tipo de eventos negativos en las vidas de muchos pacientes, lo que requiere ser estudiado con mayor detenimiento y profundidad

Datos

Los sujetos que sufrieron en la infancia alguna experiencia de este tipo, tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una dependencia (Kendler, Bulik, Silberg, Hettema, Myers y Prescott, 2000), llegando a ser entre siete y diez veces mayor en caso de haber tenido cinco o más experiencias traumáticas (Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles y Anda, 2003).

Diferencias de genero: Este fenómeno se ve quizá más claramente en diferentes estudios en el caso de las **mujeres** (Teusch, 2001; Urbano y Arostegui, 2004).

Cabe destacar que un porcentaje importante de estas mujeres ha sufrido acontecimientos traumáticos (maltrato físico, psicológico y abuso sexual) desde una edad temprana.

Antecedentes traumáticos en mujeres drogodependientes: abuso sexual, físico y psicológico

M.A. Santos Goñia,*, L. García Colmenero, A. Bernardo Carrascos, E. Quijano Arenas, L. Sánchez Pardoe y el Grupo de trabajo sobre mujeres drogodependientes

Objetivos: Analizar la prevalencia de antecedentes traumáticos (maltrato físico, psicológico y abusos sexuales) en la infancia o adolescencia de mujeres drogodependientes de centros ambulatorios y residenciales de la Red Asistencial al Drogodependiente de Castilla y León y detectar diferencias entre las mujeres con y sin este tipo de antecedentes.

Método: Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico con 145 mujeres mayores de edad, en tratamiento por su adicción a las drogas en 2008. Recogida de datos mediante cuestionario autoadministrado con información sobre antecedentes de maltrato físico, psicológico y abuso sexual en la infancia o adolescencia

Resultados: La prevalencia total de antecedentes de maltrato psicológico y abusos sexuales fue del 63 %. En el grupo de mujeres con antecedentes traumáticos existe mayor presencia de mujeres jóvenes (18-29 años), un inicio precoz del consumo de la droga principal (antes de los 18 años), mayor presencia de consumo de opiáceos, así como de tratamientos anteriores y tratamientos residenciales. La presencia de antecedentes traumáticos en el contexto familiar afecta al 30,6 % (maltrato físico); al 44,9 % (maltrato psicológico); al 18,4 % (abuso sexual) y fuera del contexto familiar al 21,8 % de las mujeres estudiadas.

Conclusiones: Los antecedentes traumáticos aparecen en más del 50 % de las mujeres, con un perfil más complejo en su adicción.

Esta situación determina la necesidad de incorporar una evaluación inicial de este tipo de antecedentes traumáticos y de intensificar tratamientos psicológicos de apoyo a esta patología.

Datos

Otros trabajos muestran la relación entre el consumo de drogas y los abusos físicos, psicológicos y sexuales previos al inicio del consumo (Schäfer et al., 2000; Schuck y Widom, 2001; Dube et al., 2003; Osliszewski et al., 2009 y Vázquez y Cittadini, 2009) y también la presencia de estos abusos dentro del periodo de consumo (Castaños et al., 2007) con mayor frecuencia que en la población general (Medrano et al., 1999; Llopis et al., 2005).

ESPT y adicciones

una respuesta diferida (Temor, desesperanza, horror intensos, reexperimentación o reviviscencia del acontecimiento traumático a través de pensamientos, recuerdos, percepciones o sensaciones que pueden acompañarse de hiperactividad vegetativa;

evitación de actividades, situaciones o personas evocadoras del trauma que se asocia a embotamiento psicoafectivo y de la capacidad de respuesta; síntomas persistentes de activación arousal tales como insomnio, iracundia, irritabilidad, falta de concentración, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto.

© Diagnóstico diferencial Tr. adaptativo

ESPT y adicciones

El estrés post-traumático y los trastornos asociados al uso de sustancias están **funcionalmente relacionados**. Y en la mayoría de publicaciones encontradas el estrés post-traumático precede al consumo de sustancias, que son utilizadas, posteriormente, para modificar los síntomas debidos al estrés postraumático.

Un estudio informa del aumento detectado en el consumo de tabaco, alcohol y marihuana, entre los residentes de Manhattan (New York), tras los acontecimientos ocurridos el 11 de septiembre de 2001

ESPT y adicciones

De manera que la dependencia/abuso agravaba los síntomas del estrés post-traumático y dificultaba su abordaje y, a su vez, el estrés post-traumático inducía el consumo y lo complicaba provocando la aparición de recaídas.

los síntomas disfóricos relacionados con el estrés post-traumático pueden jugar un papel importante en el mantenimiento de la dependencia alcohólica, y las personas afectadas de estrés post-traumático desarrollan un deseo (craving) de consumo más intenso.

ESPT y adicciones

Adultos en tratamiento por adicciones refieren una historia de trauma psicológico y en torno a un 33–50% de ellos reúnen criterios para TEPT (Fullilove et al., 1993; Dansky et al., 1995; Najavits et al., 1998). Esto también ocurre a la inversa, el abuso de sustancias es frecuente entre los adultos con TEPT (Jacobsen et al., 2001; Chilcoat y Menard, 2003).

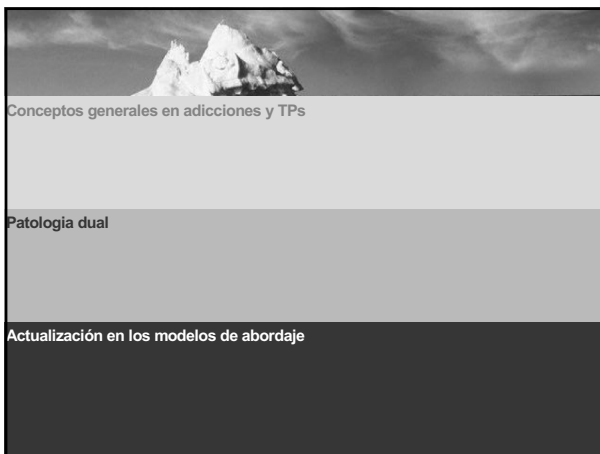
Si hablamos del TEPT complejo (Herman, 1992) algunos estudios describen que se presenta en el 41% de los casos (Ford & Smith, 2008) y se asocia a una historia traumática más grave (trauma temprano, crónico e interpersonal).

Modelos etiológicos que explican la relación entre los dos trastornos

Los investigadores han propuesto diversas hipótesis sobre la relación entre las drogas y los antecedentes de maltrato y abuso infantil.

El uso de sustancias puede funcionar como una estrategia de afrontamiento o escape del trauma infantil y la depresión asociada reduciendo los sentimientos de soledad, consiguiendo un control sobre la experiencia o como una forma de comportamiento autodestructivo

El modelo más extendido ha sido la hipótesis de la automedicación. Según esta teoría los pacientes consumen drogas para paliar el malestar psicológico, al ayudar las sustancias a aliviar los sentimientos dolorosos y a controlar las emociones negativas.



Conceptos generales en adicciones y TPs

Patología dual

Actualización en los modelos de abordaje

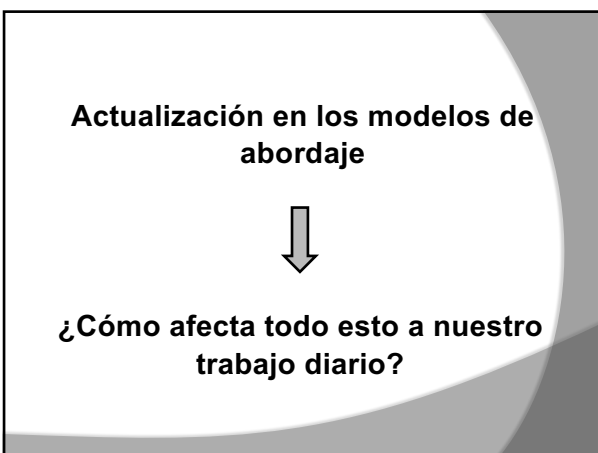


Patología dual

Actualización en los modelos de abordaje







TRATAMIENTOS

- Consecuencias no diagnóstico correcto TP en los tratamientos:

- No consecución indicaciones terapéuticas
- Uso erróneo o nulo de psicofármacos
- Consumos esporádicos inexplicables
- Consumos abusivos de otras sustancias
- No rentabilizar programas de intervención
- Deterioro progresivo de la relación terapeuta/residente
- Abandono del tratamiento

(Trujillo y Martínez, 2003)

- Objetivos de tratamiento no adecuados y poco realistas
- Confundir "baja motivación" con resistencias propias de los TP
- No diseño programas específicos
- No comprensión de la evolución del caso por parte del profesional
- Burnout del profesional

MANEJO CLÍNICO

- Mayor dificultad comparada con drogodependientes "no duales"

- Fundamental en la evolución del caso: alianza terapéutica

• No existen diferencias significativas en la dificultad de manejo en función de los tipos de trastornos. La variable que predice una menor dificultad percibida es el tiempo de experiencia profesional

(Pedrero, 2003)

- Aspecto clave en la Prevención del Burnout del profesional

Casos patología dual...

¿y que pasa si todo lo anterior esto no funciona?

¿qué se nos esta escapando?

- Apego
- Trauma
- Mec de defensa
- Disociación estructural personalidad

Factores de riesgo asociados...

● Apego

Modelos de crianza: Calidez y control
(Autoritario, permisivo, indiferente y democrático)

● Trauma

- Negligencia y / o Abusos
- Sucesos vitales estresantes

● Mecanismos de defensa

● Disociación

INTERVENCIÓN

• Consideraciones generales:

- Se deben tratar ambos trastornos de forma eficaz y completa
- El tratamiento debe ser coordinado idealmente por una persona
- Debe contener programas integrados
- Estabilizar al paciente en un primer momento
- Garantizar la permanencia en el tratamiento como predictor de éxito
- Estructurar un plan de tratamiento en continua evaluación
- Anticipación y detección precoz de las recurrencias psicopatológicas y de las descompensaciones de enfermedades médicas
- Involucrar a la familia
- Valorar el estado anímico y motivacional del equipo terapéutico

(Santis y Casas, 1999)

INTERVENCIÓN

• Consideraciones generales:

- Mayor tiempo destinado a la **Evaluación**
- Mayor **duración** del tratamiento (evolución más lenta e irregular)
- Variación en la duración de las sesiones
- Menos tiempo entre sesiones
- Utilización de psicofármacos
- Coordinación entre profesionales
- Nivel de instrucción e **Implicación familiar**
- Análisis y frecuencia de las recaídas y/o consumos esporádicos
- Papel del alcohol como factor de recaída en otras sustancias
- Mayor número de componentes en un Programa de Recaídas
- Grado de información que el paciente tendrá de su trastorno:

IPSICOEDUCACIÓN!

- Importancia de las sesiones post-alta
- Afianzar la relación terapeuta/residente: **Adherencia al Tratamiento**
- Grado de dedicación profesional

(Trujillo Y Martínez, 2003)

INTERVENCIÓN

• Referente a los **OBJETIVOS:**

- No debe ser el único criterio de éxito la abstinencia en el consumo
- No pueden aspirar al cese definitivo y total de los síntomas que conforman el trastorno
- Mejora y cambio del estilo de vida
- Conseguir una disminución en la intensidad y frecuencia de los síntomas psicopatológicos
- Aumento de los periodos entre consumos
- Diseño e implementación de programas específicos de Prevención en Recaídas
- Dar información al paciente sobre su psicopatología de forma gradual
 - si lleva un tiempo mínimo abstinente
 - si existe cierta demanda por su parte
 - Desde el síntoma al diagnóstico y no al revés...
- Diseño de programas específicos para cada trastorno en función de sus características clínicas propias
 - concepto de esquemas (Beck y Freeman, 1995)
 - personalidades con déficits estructurales y personalidades con problemas interpersonales (Milton, 1998)

Intervención: perspectivas desde EMDR

Aunque desde EMDR se han propuesto protocolos específicos para el trabajo con adicciones (Hase, 2010; Popky, 1995), el procedimiento central en EMDR es la conceptualización del caso.

De este modo, los procedimientos concretos que se van a utilizar y el orden en el que se van a implementar, se deciden de modo individualizado en base a la historia del paciente, en la que se explorarán en particular aspectos como los eventos traumáticos (incluyendo t y T), la historia de apego, la presencia y grado de disociación estructural y los recursos que el paciente posee.

Y el último apunte...

Transferencia & contratransferencia

LA CONTRATRANSFERENCIA

La importancia de su manejo:

● Definición:

Pensamientos, sensaciones y/o respuestas relativamente “intensas” que se generan en el profesional hacia el paciente durante la interacción, y que pueden ser positivas o negativas.

La relación de transferencia está constituida por todos los **procesos personales e interpersonales** que tienen lugar en la relación entre el paciente y el terapeuta.

Estos procesos incluyen:

- esquemas personales sobre sí mismo (incompetente, especial, indefenso)
- esquemas interpersonales sobre los otros (superiores, juzgadores, cuidadores),
- procesos intrapsíquicos (represión, negación, desplazamiento),
- estrategias interpersonales (provocador, evasivo, dependiente),
- historias de relaciones pasadas y presentes que afectan la manera en que se vive la relación terapéutica.

Una reflexión...

Una primera característica en la adicción de la transferencia es la de tener una presencia del **profesional como un objeto...**

Si la búsqueda es obtener alivio del dolor psíquico a través de la droga o equivalentes, y si el profesional es quien suprime esa posibilidad, es quien debe proporcionar de inmediato dicha calma, para lo cual debe ser “cosificado” y transformado en droga...

Garzoli, “La adicción de transferencia”

Una reflexión...

El adicto intenta inmovilizar, adormecer, engañar, drogar al terapeuta, tratando desde el comienzo de perpetuar su enfermedad, trasladada ahora naturalmente al campo terapéutico. No le queda otra alternativa...

El adicto quiere seguir drogándose y “drogar e inmovilizar al terapeuta”...la enfermedad se traslada al campo analítico en las sesiones... Lo que se pretende es aliviar el dolor.

Garzoli, “La adicción de transferencia”

Una reflexión...

La relación adictiva con el profesional como “objeto” tiende a perpetuarse, y cualquier intento de corregirla desestabiliza el vínculo.

La puesta en marcha del proceso de rehabilitación es cabalmente un síndrome de abstinencia... duelo / pérdida...

Garzoli, “La adicción de transferencia”

