

# GUÍA

## DE INTERPRETACIÓN Y EVALUACIÓN DE CASOS CLÍNICOS CON EL PAI (INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD)

Margarita Ortiz-Tallo  
Violeta Cardenal  
M<sup>a</sup> Pilar Sánchez



TEA Ediciones, S.A.  
Madrid, 2012

# ÍNDICE

Acerca de los autores .....	5
Agradecimientos .....	7
<b>PARTE I. GUÍA DE INTERPRETACIÓN .....</b>	<b>9</b>
1. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PAI .....	11
1.1. ¿Cómo llevar a cabo la interpretación del PAI? .....	13
1.2. Versiones del PAI .....	14
2. EVALUACIÓN EN LOS ÁMBITOS CLÍNICO Y FORENSE .....	15
2.1. Interpretación de las escalas de validez .....	15
2.2. Interpretación de las escalas y las subescalas clínicas .....	17
2.3. Interpretación de las escalas y las subescalas relacionadas con el tratamiento .....	22
2.4. Interpretación de las escalas de relaciones interpersonales .....	23
3. ÍNDICES COMPLEMENTARIOS .....	23
3.1. Índices de validez .....	23
3.1.1. Índice de Inconsistencia al final del cuestionario .....	23
3.1.2. Índice de simulación y función discriminante de Rogers .....	24
3.1.3. Índice de defensividad y función discriminante de Cashel .....	25
3.2. Índices clínicos .....	26
3.2.1. Índice de Potencial de Suicidio .....	26
3.2.2. Índice de Potencial de Violencia .....	28
3.2.3. Índice de Dificultad de Tratamiento .....	30
3.3. Índices de drogodependencia .....	32
4. PERFILES PSICOPATOLÓGICOS .....	32
4.1. Trastornos clínicos .....	33
Esquizofrenia .....	33
Trastorno delirante .....	36
Depresión mayor .....	37
Trastorno bipolar .....	38
Ansiedad generalizada .....	40
Estrés postraumático .....	41
Trastornos somatomorfos .....	42
Trastorno de identidad disociativo .....	44
Trastornos del control de impulsos .....	45
Trastornos adaptativos .....	46



4.2. Trastornos de personalidad .....	47
<i>Paranoide</i> .....	48
<i>Esquizoide</i> .....	48
<i>Esquizotípico</i> .....	49
<i>Antisocial</i> .....	49
<i>Límite</i> .....	49
<i>Histriónico</i> .....	50
<i>Narcisista</i> .....	51
<i>Evitativo</i> .....	51
<i>Dependiente</i> .....	52
<i>Obsesivo compulsivo</i> .....	52
<i>Pasivo agresivo</i> .....	53
5. VARIABLES PROTECTORAS EN EL PAI .....	57
5.1. Autoestima .....	57
5.2. Estilo interpersonal .....	58
5.3. Análisis del entorno .....	58
5.4. Compromiso con el cambio terapéutico .....	59
6. ÁMBITOS DE APLICACIÓN .....	60
6.1. Pacientes psiquiátricos hospitalizados y pacientes de consultas externas	60
6.2. Abuso de sustancias .....	61
6.3. Psicología forense .....	63
6.4. Entornos médicos .....	64
6.5. Selección de personal .....	65
<b>PARTE II. CASOS CLÍNICOS .....</b>	<b>67</b>
CASO 1. En realidad no me pasa nada, ¿verdad? .....	69
CASO 2. Una posible simulación .....	77
CASO 3. Un caso de hipocondría .....	85
CASO 4. Parezco una pardilla .....	97
CASO 5. No me preocupa serlo... sino que piensen que lo soy .....	105
CASO 6. Vivir colocado .....	125
CASO 7. La nuera paranoica .....	137
CASO 8. Quiero alejarme de casa .....	145
CASO 9. Crisis existencial .....	155
CASO 10. Un aparente “falso positivo” .....	165
CASO 11. Soy como de otro planeta .....	179
CASO 12. Camaleónica .....	189
CASO 13. El carnicero fiel .....	201
CASO 14. Pastillas para la tos... por favor .....	213
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>223</b>

## ACERCA DE LOS AUTORES

**Margarita Ortiz-Tallo** es Doctora en Psicología y Especialista en Psicología Clínica. Profesora titular de psicopatología clínica y actualmente directora del Servicio de Atención Psicológica en la Universidad de Málaga. Ha escrito numerosas publicaciones nacionales e internacionales sobre Perfiles psicológicos de delincuentes y conducta antisocial, dirigiendo en la actualidad diferentes trabajos en el ámbito clínico y forense. Ha coordinado la adaptación al español del PAI (*Inventario de Evaluación de la Personalidad*) así como la presente Guía de interpretación y Evaluación de Casos Clínicos. Dirige el proyecto de investigación TRACE, subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad, para la adaptación del PAI, y coordina el informe interpretativo del PAI.

**Violeta Cardenal** es Doctora y Profesora Titular en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Entre otros, ha dirigido un proyecto nacional competitivo sobre Personalidad, Estrés crónico y Salud que ha cristalizado en diferentes artículos y tesis doctorales. Otra de sus líneas de investigación, Estilos y Trastornos de Personalidad y diferencias de género, ha generado numerosas publicaciones nacionales e internacionales y distintos proyectos, como la Coordinación de la adaptación al español del MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon), su informe interpretativo y la Guía de casos. En la actualidad dirige el proceso de adaptación del PAI-A (*Inventario de Evaluación de la Personalidad para adolescentes*).

**M<sup>a</sup> Pilar Sánchez López** es catedrática de Psicología Diferencial en la Universidad Complutense de Madrid. Autora de numerosos libros y artículos nacionales e internacionales, un número importante de ellos relacionados con la adaptación y estudio de diversas pruebas de personalidad, entre ellas el MIPS (Inventario Millon de Estilos de Personalidad), el MCMI-III (Inventario Clínico Multiaxial de Millon) y el PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad). Ha participado en más de 30 proyectos de investigación competitivos, la mayoría de ellos como investigadora principal. Es directora del Grupo de investigación EPSY (Estilos de Personalidad, género y salud) y coordinadora de la Red de Investigación HYGEIA (*Health & Gender International Alliance*).

## AGRADECIMIENTOS

Las autoras quieren mostrar su más sincero agradecimiento y reconocimiento a los distintos profesionales que han aportado sus casos clínicos para la elaboración de esta guía. Sin su colaboración difícilmente podría haberse llevado a buen puerto este proyecto.

La decisión de incluir casos reales evaluados durante la adaptación al español del PAI responde al objetivo de acercar al lector a casos clínicos evaluados por profesionales diversos con formaciones distintas.

Cada caso presentado en la segunda parte de esta guía es un caso real valorado e interpretado por el propio profesional que le atendió. Posteriormente, todos los casos han sido revisados por las autoras y completados en aquellos aspectos específicos del PAI que se han considerado necesarios porque no estaban disponibles en el momento de su adaptación. En la descripción de cada uno de los casos, se han cambiado aquellos datos que se han considerado necesarios para preservar el anonimato de los pacientes.

Además de las propias autoras, los clínicos que han participado en la evaluación de los casos han sido:

- M<sup>a</sup> Victoria Cerezo Guzmán, Doctora en Psicología
- Lorena Casete Fernández, psicóloga clínica
- M<sup>a</sup> Adela Checa Caruana, psicóloga
- Antonio Jesús Torres de la Piedra, psicólogo
- Evaristo Díaz Castro, Doctor en Psicología y psicólogo clínico
- Rosa M<sup>a</sup> Fraga Rodríguez, psicóloga clínica
- M<sup>a</sup> Teresa Lage López, psicóloga clínica
- Patricia Moreno Peral, psicóloga
- Berta Moreno Kustner, Doctora en Psicología
- Joaquín Ponte Velón, psicólogo clínico
- Miguel Angel Rando Hurtado, psicólogo clínico
- Ana M<sup>a</sup> Regueiro Ávila, psicóloga clínica
- Juan Francisco Rodríguez Testal, Doctor en Psicología
- M<sup>a</sup> Cristina Senín Calderón, psicóloga

A todos ellos nuestro más sincero agradecimiento.



# PARTE I.

## GUÍA DE INTERPRETACIÓN

En la primera parte de esta guía se exponen de manera resumida algunas de las principales aportaciones que ofrece el PAI a los profesionales que deben realizar una evaluación psicológica en distintos ámbitos. Todos ellos van a coincidir en la necesidad y la responsabilidad que tienen a la hora de tratar de contestar, de la manera más precisa posible, a algunas de las siguientes preguntas en relación a la persona evaluada:

- ¿Cuál es el posible diagnóstico?
- ¿Cuál es el riesgo de que se dañe a sí misma?
- ¿Qué riesgo hay de que dañe a otros?
- ¿Existe riesgo de que abuse de sustancias?
- ¿Cómo percibe su entorno y qué apoyos tiene?
- ¿Cuáles son sus principales fortalezas?
- ¿Qué intervención es la más adecuada?
- ¿Cómo será su evolución o pronóstico?

El autor del PAI, Leslie Morey, ha ofrecido a lo largo de más de veinte años de investigaciones, abundantes pruebas empíricas para avalar la capacidad del PAI a la hora de ayudar a responder a estas preguntas clave que nos hacemos los profesionales.

La eficacia de las escalas clínicas y de las subescalas ha quedado sólidamente demostrada y avala el posible diagnóstico a partir de las medidas directas que ofrece el propio entrevistado, como se resume en el capítulo 2, *Evaluación en distintos ámbitos*.

Estas medidas directas, además, se enriquecen con una serie de *Índices complementarios* que se exponen en el capítulo 3 y que se refieren



a cuestiones nucleares del paciente o la persona evaluada, como el riesgo de que se autolesione, de que dañe a otros, de que abuse de sustancias o de que rechace el tratamiento.

Estos índices se obtienen a partir de la combinación de las respuestas del evaluado a diversos aspectos psicológicos y sociales significativos, de forma que ofrecen estimaciones sobre la posibilidad de que esos factores de riesgo deriven en comportamientos patológicos. Tienen mucho valor como posible alerta al profesional ya que son indicadores potenciales de esas conductas problemáticas.

En el capítulo 4, *Perfiles psicopatológicos*, se da un paso más allá en la interpretación del PAI, por encima del análisis aislado de las puntuaciones en las escalas, subescalas e índices complementarios. En este capítulo se presenta un nivel diagnóstico configuracional relativo a diferentes perfiles de grupos clínicos estudiados por Morey. Esta aproximación permite considerar las peculiaridades de cada persona y a la vez relacionarlas con prototipos clásicos en psicopatología, pero sin perder un abordaje idiosincrásico que siempre ha de guiar el proceso de evaluación.

La posibilidad de diseñar líneas de intervención siempre está presente cuando es necesario proponer cambios en el comportamiento de la persona. En el capítulo 5, *Variables protectoras en el PAI*, se destacan las escalas que detectan las fortalezas de las personas, sus valores positivos y su compromiso para un posible cambio, los apoyos psicosociales percibidos y, en definitiva, los factores que contribuyen de forma relevante a que el pronóstico y la evolución sean favorables.

Los *ámbitos de aplicación*, expuestos en el capítulo 6, ponen de manifiesto que el PAI es un instrumento que trasciende la meta de ofrecer *solamente* un diagnóstico -teniendo en cuenta la importancia e interés que esto conlleva- para ofrecer aportaciones muy variadas, dependiendo de las demandas que plantee cada profesional, sobre el mundo psicológico de la persona, sus rasgos de personalidad principales, sus síntomas clínicos, sus relaciones interpersonales y su contexto social y ambiental.

Toda esta información desglosada sobre la interpretación del PAI se complementa con los catorce casos clínicos que se presentan en la parte II de esta guía. Cada uno de los casos ha sido valorado e interpretado por los propios profesionales que han evaluado a estas personas y que han participado en la adaptación española del PAI.

LA VISUALIZACIÓN  
DE ESTAS PÁGINAS  
NO ESTÁ DISPONIBLE.

Si desea obtener más información  
sobre esta obra o cómo adquirirla consulte:

[www.teaediciones.com](http://www.teaediciones.com)





## **PARTE II. CASOS CLÍNICOS**

Queremos agradecer y destacar la importante colaboración de distintos profesionales a la hora de presentar los casos clínicos que se incluyen a continuación.

Uno de los objetivos perseguidos a la hora de diseñar esta guía fue incluir casos reales proporcionados por profesionales que estuvieran utilizando el PAI en su práctica cotidiana. De esta manera se pretende acercar al lector al punto de vista del PAI de profesionales diversos con formaciones distintas. Así, cada caso presentado es un caso real estudiado, interpretado y referenciado por los propios profesionales que han evaluado a las personas afectadas. Las autoras posteriormente han revisado y coordinado la presentación de los casos y han alterado los datos necesarios para respetar el anonimato de los pacientes.

Esperamos que este crisol de casos reales bajo la óptica de diferentes profesionales resulte enriquecedora para el lector y le permita acercarse al uso práctico del PAI en contextos clínicos.

LA VISUALIZACIÓN  
DE ESTAS PÁGINAS  
NO ESTÁ DISPONIBLE.

Si desea obtener más información  
sobre esta obra o cómo adquirirla consulte:

[www.teaediciones.com](http://www.teaediciones.com)



## Caso 4. Parezco una pardilla

---

### 1. Datos de la paciente

María es una joven de 26 años, soltera, con nivel académico de Bachillerato. Vive con sus padres y una hermana tres años menor que ella. Durante años ha permanecido en su casa sin hacer nada, sin amistades y saliendo muy poco a la calle. No presenta enfermedades físicas de interés.

### 2. Motivo de consulta

Acude a la consulta cuando ya llevaba varios años en tratamiento psicológico sin haber mostrado mejoría: no salía a la calle sola, no tenía ninguna amistad, no colaboraba en casa, permanecía toda la noche ante el ordenador viendo series de televisión, dormía durante una buena parte del día y tan sólo salía con su pareja los fines de semana.

### 3. Historial del problema

María se define como una persona que siempre ha sido muy tímida, con un ambiente familiar en el que nunca ha habido suficiente comunicación, sino más bien un exceso de crítica, control y agresividad verbal; para ellos es poco habitual hablar en familia (por ejemplo, en la mesa), realizarse confidencias, pedir ayuda, dar las gracias, saludar o despedirse. Informa que cuando estaba en Secundaria sufrió acoso durante varios años, situación que mantuvo en secreto. Sufría cada vez que iba a clase y empezó las conductas de evitación, lo que hizo que los estudios se resintieran notablemente (incluso prefirió repetir un año con tal de no estar en clase con ciertas personas). Esta situación se repite durante varios años hasta que en el Bachillerato se le hace imposible seguir estudiando. Incluso, uno de sus acosadores, abusa físicamente de ella. Desde entonces permanece en casa, al principio manteniendo contacto con alguna persona por Internet, hasta que abandona esta práctica y se centra en los juegos y los programas de televisión. Los padres reaccionan buscando ayuda psicológica, pero ésta no surte gran efecto.

Comienza el actual proceso terapéutico en el que se pone de evidencia la existencia de un temor marcado, y que se percibe como insuperable, a



estar con otros, a relacionarse, a hablar, a que se le pregunte y a que se le mire. Más allá de haber vivido una situación traumática destaca que no le gusta la gente, que todo el mundo va a lo suyo, que tiene pánico a estar con otras personas, no porque pueda pasarle algo en una situación concreta (quedarse atrapada, que haya mucha gente, que se produzca una estampida...) sino por temor a no saber qué decir ante una pregunta, ponerse colorada, que se le vaya la mirada, quedar mal ante los demás, hacer el ridículo, que se piense que es estúpida o, como decía a menudo, miedo a parecer “una pardilla”.

Cuando se encuentra en situaciones sociales (siempre con alguien, generalmente el novio) está en un estado de marcada de activación autonómica; en otros momentos, experimenta vivencias intensas de despersonalización o siente el impulso de salir corriendo literalmente. Sufre especialmente en cualquier contexto en el que haya jóvenes (le infunden mayor temor), niños (resultan imprevisibles), personas desconocidas (de cualquier edad) o familiares con los que no tiene trato y que le pueden preguntar por sus circunstancias y su vida. Fuera de las situaciones sociales no ha evidenciado ataques de ansiedad.

El ámbito familiar no fue inicialmente muy colaborador, desconocían el problema e ignoraban muchas señales de sufrimiento y peticiones indirectas de ayuda. Estimaban que los problemas de María eran cabezonerías, mal carácter o caprichos. Había mucha hostilidad en el trato, abundancia de críticas e incluso agresividad, sobre todo, de tipo verbal. La hermana de María también se caracteriza por tener dificultades en las relaciones interpersonales y es definida como huraña, intransigente y malhumorada.

Las sesiones terapéuticas se llevan a cabo en un gabinete privado de Psicología clínica, se realizan habitualmente una vez por semana con una duración de una hora e incluyen a los padres (la hermana rehusó participar).

#### 4. Evaluación y resultados

Se le aplicó el PAI dentro de una batería completa de pruebas, obteniendo el perfil que se puede ver en la figura.



Perfil del caso 4 en el PAI

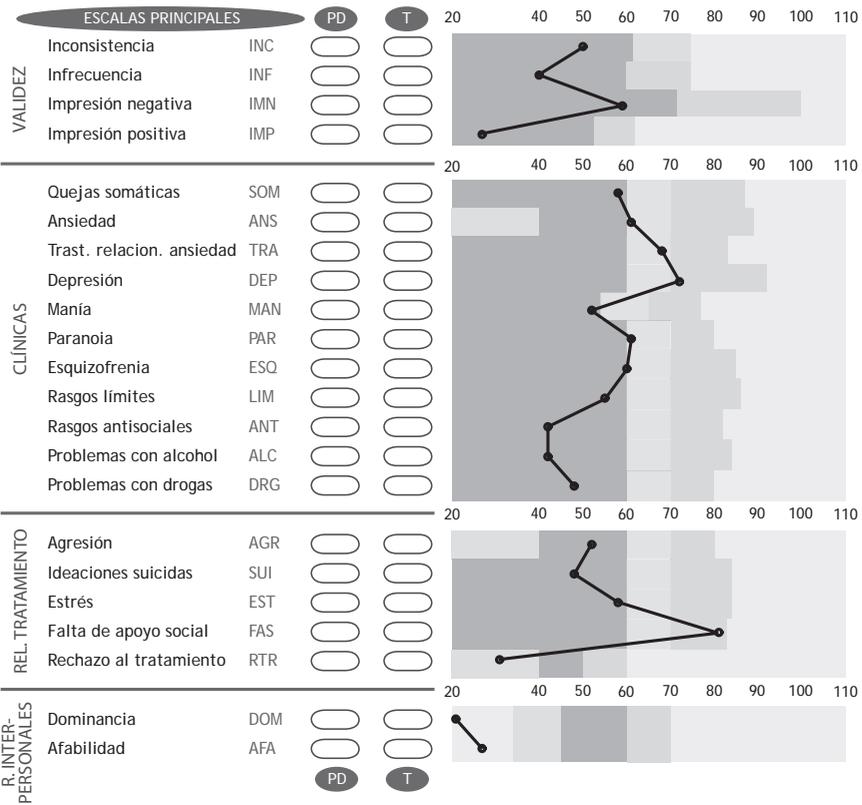
**PERFIL**

Nombre:

Edad:  Sexo:  Fecha de aplicación:

Baremo:

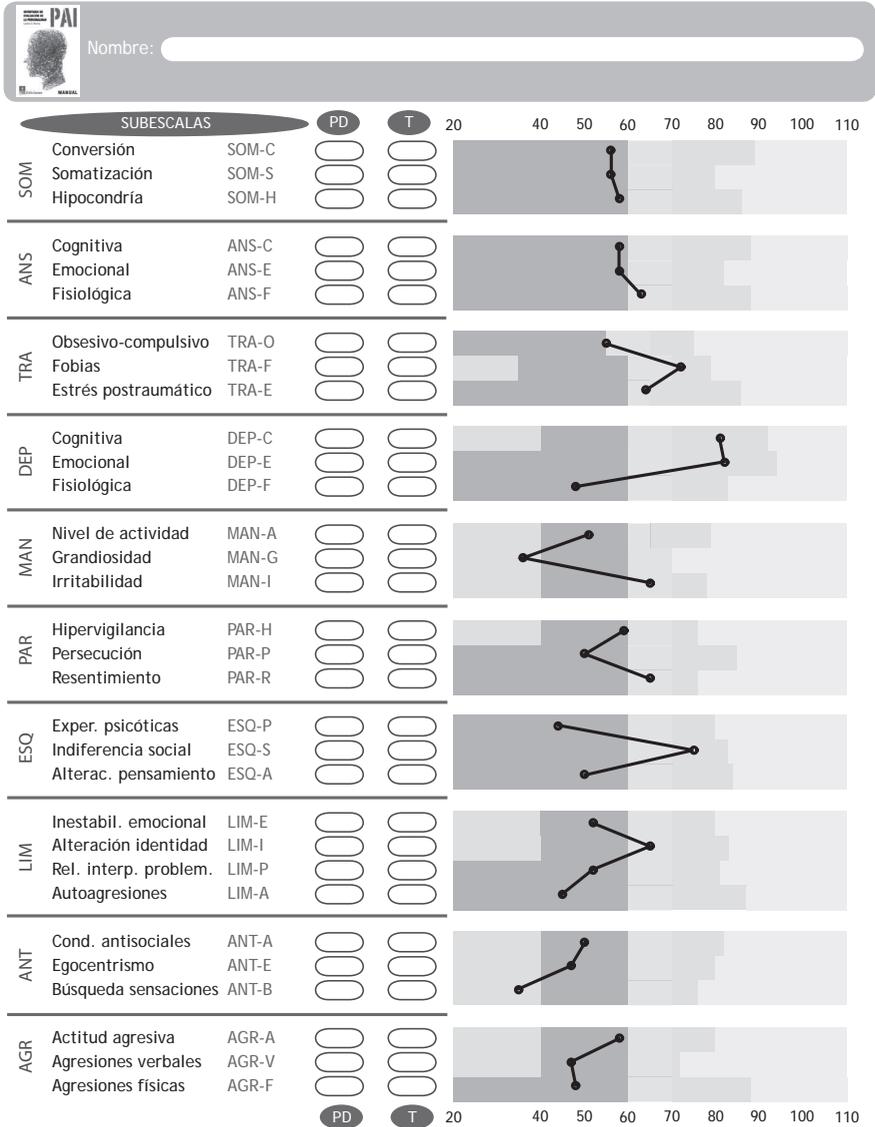
Responsable de la aplicación:



PD = Puntuación directa  
 T = Puntuación típica T (Media=50; Dt = 10)



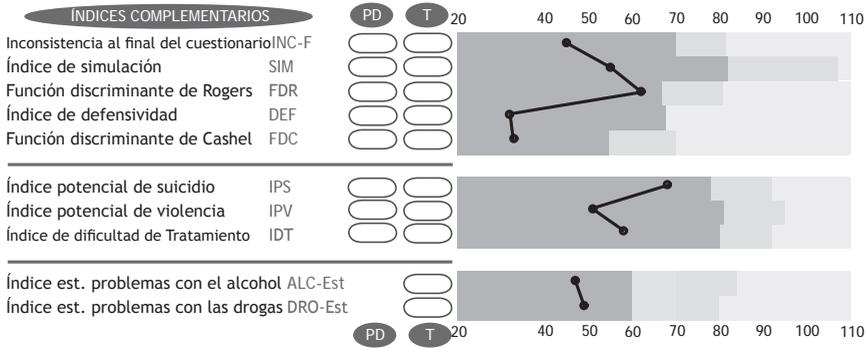
Perfil del caso 4 en el PAI (continuación)





Perfil del caso 4 en el PAI (continuación)

Nombre:



ÍTEMS CRÍTICOS

**POTENCIAL DE AUTOLESIÓN:** 206. No me interesa la vida. (BV)

**ESTRESORES TRAUMÁTICOS:** 34. Sigo reviviendo algo horrible que me ocurrió. (BV) 194. He tenido algunas experiencias terribles que hacen que me sienta culpable. (LV) 234. Sigo teniendo pesadillas sobre el pasado. (LV) 274. Tuve una experiencia muy mala que me ha hecho perder el interés por algunas cosas con las que antes disfrutaba. (BV)

**FALTA DE INTEGRIDAD:** 311. Cuando hago una promesa no siento la necesidad de cumplirla. (LV)

PD = Puntuación directa  
 T = Puntuación típica T (Media=50; Dt = 10)



En el perfil del PAI se aprecian de forma evidente puntuaciones elevadas en la escala Depresión (DEP), en la subescala Indiferencia social (ESQ-S) y, entre las variables relativas al tratamiento, la escala que indica Falta de apoyo social (FAS). Todo ello coincide con la pérdida de confianza, los sentimientos de culpa y la insatisfacción vital que experimenta María. Cuando se analizan las subescalas clínicas, sobresalen el componente fóbico (TRA-F) y el de Estrés postraumático (TRA-E), tal y como se ha constatado en su historia.

En relación con el estado de ánimo, son especialmente pronunciadas las puntuaciones en dos de las subescalas de Depresión, lo que es claramente compatible con los sentimientos de incompetencia e inadecuación de esta paciente (DEP-C) y la presencia de pérdida en la capacidad de disfrute (anhedonia) junto con los profundos sentimientos de tristeza (DEP-E).

Por otro lado, presenta puntuaciones a considerar en la subescala Resentimiento (PAR-R), quizá comprensible dado el contexto familiar en el que ha crecido esta persona y las experiencias traumáticas que ha experimentado.

La baja puntuación en la subescala Grandiosidad (MAN-G) aporta información sobre su baja autoestima y la puntuación baja en Búsqueda de sensaciones (ANT-B) refleja su tendencia a la evitación de experiencias.

Por último, y en relación con la profundidad de la afectación psicológica y una posible vulnerabilidad de partida en sus características temperamentales o de personalidad, es importante señalar el perfil tipo resultante, que es compatible con el perfil del trastorno de personalidad evitativo: elevación en la subescala Fobias (TRA-F) y muy bajas puntuaciones en las escalas Dominancia (DOM), Afabilidad (AFA) y Búsqueda de sensaciones (ANT-B).

## 5. Posible diagnóstico

El diagnóstico que parece más evidente en este caso es el de **F40.1 Fobia social [300.23]**, generalizada, destacando también la compatibilidad de una estructura anómala de su identidad calificable de **F60.6 Trastorno de personalidad por evitación [301.82]**.



## 6. Metas terapéuticas

Objetivos del tratamiento:

- 1) Desarrollar técnicas para el manejo de la ansiedad fisiológica.
- 2) Instaurar un programa de habilidades sociales.
- 3) Mejorar el estilo comunicativo entre los padres y María.
- 4) Reconstruir la autoimagen alterada facilitando la comprensión del problema y la implicación en el cambio.
- 5) Mejorar la implicación de María en casa; fomentar un mayor desempeño de responsabilidades y tareas; mejorar la organización de su vida.
- 6) Identificar las respuestas inadecuadas, los pensamientos automáticos y las distorsiones y mejorar la capacidad de entender y resolver aspectos de la vida cotidiana.
- 7) Ejercicios de exposición a situaciones sociales: en el contexto de la familia de su novio; ensayos de conducta y exposición en la consulta con personas de la edad de María; exposición en situaciones cotidianas en la calle yendo acompañada pero tomando ella la iniciativa (bares, cine, cafeterías); exposición yendo sola por calles, desde algo transitadas a un grado medio de viandantes; exposición a un contexto académico cuando vuelve a estudiar, retirando progresivamente la presencia de su novio.

## 7. Probable evolución y pronóstico

Hasta el momento del desarrollo del proceso de tratamiento, se observa una mejoría evidente. María es más capaz de hablar de sus problemas, de identificar los aspectos que favorecen su ansiedad física y su tendencia a la evitación. El mayor logro es que ha vuelto a estudiar para lograr el acceso a la universidad para mayores de 25 años. Esto ha supuesto un nivel de ansiedad muy marcado con una gran cantidad de imágenes intrusivas, pero con una buena respuesta general por su parte y un progreso paulatino (recuérdese el componente postraumático destacado por el PAI). Actualmente es capaz de permanecer sola en el aula (sin la presencia de



su pareja). Para esta forma de exposición *in vivo* fue preciso que el médico le prescribiese paroxetina 20 mg y pregabalina 75 mg.

El trabajo sobre la familia resulta un aspecto muy relevante. Ha mejorado el nivel de conocimiento e implicación por parte de su familia, emplean las críticas de una manera más constructiva y han comprendido las dificultades de María y el alcance de la situación de acoso que vivió años atrás y que impactó sobremanera en su estado emocional.

Estimamos que, además de los progresos realizados por la paciente gracias a la técnica de exposición, el trabajo sobre la comunicación en la familia continuará provocando una disminución de las puntuaciones observadas en el PAI que guardan relación con la desconfianza, el resentimiento y la hostilidad. Este aspecto es relevante, ya que las elevaciones en las subescalas de Paranoia (Hipervigilancia, PAR-H, y Resentimiento, PAR-R) se consideran asociadas al estilo familiar más que a un componente psicótico (ya que no aparece elevada la subescala Persecución, PAR-P). Tiene que ver con un estilo familiar antagonista, de desconfianza, de poco interés y agrado en general hacia los demás, que es muy marcado en María. De hecho, puede verificarse la puntuación extremadamente baja que manifiesta esta paciente en Afabilidad.

El pronóstico general en este caso es bueno, aunque el progreso hasta el momento ha sido lento, probablemente por el efecto aditivo entre el tiempo de consolidación de la evitación y la estructura de personalidad que lo facilita.

## Caso 5. No me preocupa serlo... sino que piensen que lo soy

---

### 1. Datos del paciente

Damián contacta con el Servicio Asistencial de Drogodependencias para tratamiento. Tiene 19 años, ha nacido en un núcleo rural y es el menor de dos hermanos; el mayor tiene 26 años, vive con la familia, no trabaja y la madre se hace cargo de sus gastos. En la casa familiar viven la madre, el padre, los dos hermanos y los abuelos, que son figuras muy respetadas y valoradas por el paciente.

La familia tiene un nivel socioeconómico medio, el padre ingresa dinero con su trabajo y poseen propiedades agrarias. El nivel cultural de Damián es medio-bajo; tiene estudios secundarios. En el momento de iniciar el tratamiento no estudia. Sus aficiones son la música electrónica, los videojuegos, los coches, los tatuajes... Sus relaciones sociales son escasas, con algún chico consumidor de drogas o con otros problemas de adaptación social. No hizo el servicio militar. No ha tenido problemas judiciales, pero tiene dos sanciones administrativas por tenencia de drogas que se resuelven durante el tratamiento.

Después de terminar con dificultades los estudios secundarios, Damián pasa un año sin estudiar. Durante ese tiempo está bastante inactivo y se pasa la mayor parte del tiempo en su habitación, ajeno a la familia, escuchando música electrónica y con juegos de ordenador en solitario; su familia califica este comportamiento de poco adecuado y decide que se matricule, a los 18 años, en una escuela taller de jardinería. A los cuatro meses interrumpe la formación de manera forzada, ya que agrede a un compañero de clase. Tiene pensamientos autorreferenciales sobre la posibilidad de que los demás crean que es homosexual, que le miren y hagan comentarios sobre ello. Es tratado en el centro de salud mental de su zona por un psiquiatra que le diagnostica un brote psicótico tóxico y le prescribe neurolépticos.

Sus relaciones afectivas y sexuales han sido escasas. Durante la adolescencia no refiere un objeto claro de deseo. Sobre los 20 años tiene dos experiencias con profesionales del sexo, que no refiere con agrado y a las que accede bajo efectos de alcohol. Su hermano mayor es cliente habitual de estos servicios. Posteriormente, tiene tres parejas femeninas, ninguna de las cuales es consumidora de drogas. Habla de ellas en la entrevista pero las relaciones son breves y sólo la primera chica le acompaña en alguna ocasión



a consulta. Damián se siente en todas sus relaciones muy presionado a “cumplir” en la esfera sexual y realiza conductas de riesgo de enfermedades de transmisión sexual por su baja percepción del riesgo y su ansiedad en la ejecución. Mientras duran sus relaciones, son frecuentes sus dudas y quejas sobre su nivel de apetencia, su rendimiento y su satisfacción sexual.

El hermano de Damián tiene una hija pequeña fruto de una relación con una prostituta colombiana. La familia no acepta la relación, pero al nacer la pequeña tanto la madre de Damián como el resto de la familia se hacen cargo de los cuidados del bebé. Durante el primer año de vida del bebé, el hermano vive con su pareja y la hija de ambos aunque la familia les ayuda económica e instrumentalmente; después se separan y el hermano regresa a la casa familiar con su hija pequeña.

La madre de Damián es paciente de una unidad de salud mental (USM) desde hace 15 años y Damián dice que *“siempre ha sido muy nerviosa...”*. Cuando acuden a la consulta, está siendo tratada en una USM por un cuadro de larga evolución con ansiedad, insomnio y afectación del ánimo; sigue medicada y tiene citas con su psicóloga.

Hace dos años aparece un nuevo elemento clínico en relación con la impulsividad de Damián: es el juego sin control en máquinas tragaperras. Trabaja en la cadena de clasificación de una planta de reciclaje de residuos, donde es frecuente encontrar objetos de valor, entre ellos monedas antigua y monedas en curso, que se reparten entre el equipo de compañeros. Con el dinero encontrado durante algunas jornadas, para de camino a su domicilio en cafeterías de la carretera a jugar con las máquinas tragaperras, sin que esté asociado siempre al consumo de alcohol u otras sustancias. Durante la entrevista, pregunta si para tratar sus problemas con el juego necesita una atención especializada en un recurso asistencial diferente. Se le explica que el abordaje de su problemática en nuestro servicio es global y que también se incluirá el juego como síntoma y conducta problema. No es capaz de precisar el momento de aparición del problema, pero sí dice que *“de vez en cuando..., siempre lo he hecho... juego alguna moneda... hasta que se acaban... me excita y me relaja”*.

## 2. Motivo de consulta

Acude a la primera consulta con su padre, quien tiene muy poca conciencia del problema. El motivo de consulta es un cuadro relacionado



con el policonsumo de drogas y la presencia de sintomatología residual de un episodio psicótico tóxico sufrido hace un año. Damián lleva cerca de un año en tratamiento en el centro de salud mental de la zona, con citas con su psiquiatra y medicado con antipsicóticos. La sintomatología mental no remite y tampoco lo hace el consumo de drogas. El psiquiatra orienta a los padres hacia nuestro servicio para una intervención desde el ámbito específico de los trastornos adictivos.

El motivo de consulta de Damián es un claro ejemplo de *patología dual*, donde el consumo de tóxicos, en este caso cocaína y derivados del delta-9-tetrahydrocannabinol -THC-, acelera la aparición del primer episodio psicótico y el consumo posterior entorpece la recuperación completa del mismo.

La demanda de tratamiento de Damián nos lleva a valorar conjuntamente el uso de sustancias-droga, la sintomatología psiquiátrica que presenta y la secuencia o temporización en su presentación, a fin de explicar la relación entre el trastorno mental y el trastorno por consumo de sustancias (Becoña, Cortés y cols., 2008)<sup>(3)</sup>. Las hipótesis más defendidas sobre esta relación son:

- Existe un trastorno mental primario y preexistente que determina la aparición de un abuso de drogas (hipótesis de la automedicación).
- Existe un trastorno por consumo de sustancias preexistente que determina la aparición de un trastorno mental.
- Los trastornos se presentan de manera primaria e independiente en su origen.
- Existe un factor etiológico único que puede explicar la génesis de ambos trastornos.

Damián es una persona vulnerable por sus antecedentes personales y por sucesos vividos en la infancia y adolescencia (tal y como se describirá más detalladamente en el apartado de historial del problema). El uso continuado de derivados del THC (un psicodisléptico o perturbador del SNC) desde los 13 años, junto con el uso de cocaína desde los 16 (la cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central) facilitaría, en un

---

(3) Becoña, E., Cortés, M. T. y cols. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. PNsD, Socidrogalcohol.



momento de elevado estrés (exigencias objetivas y subjetivas en la escuela taller), la aparición del brote psicótico. La edad de aparición de ambos trastornos condiciona de manera negativa la autonomía y el crecimiento personal de Damián, obligándole a necesitar de los cuidados de sus padres en un momento evolutivo en el que tendría que primar la búsqueda de su propia vida al margen del núcleo familiar. Esta doble condición, presente desde el inicio de la adolescencia, explica sus dificultades actuales para las relaciones sociales, la búsqueda de pareja y, en general, la esfera del placer sexual.

La demanda inicial de tratamiento, “que deje de drogarse”, producida más por los padres que por el propio interesado, se fue reconvirtiendo en un plan de intervención integral y orientado a largo plazo a fin de que el paciente reduzca sus consumos a la vez que fortalece sus habilidades sociales, su autoestima, sus *hobbies* y aficiones... en definitiva su autonomía personal, para que finalmente le sea posible (habilidades y recursos) y le valga la pena (motivación) abstenerse de manera continuada de los consumos de drogas mediante una vida equilibrada y satisfactoria.

### 3. Historial del problema

En las primeras citas se procede a ampliar la recogida de datos con la atención puesta en la doble problemática: la relacionada con el consumo de drogas y la relacionada con la otra sintomatología mental. A continuación se ofrecen datos clínicos sobre las dos áreas recogidos en las entrevistas realizadas con el paciente y su familia en diferentes momentos del proceso de tratamiento (el padre y la madre lo acompañan regularmente a las citas), para finalmente ofrecer una visión integrada a través del análisis funcional de la conducta.

En relación con el **consumo de drogas**, se analiza la topografía y la funcionalidad que será lo que permita establecer la hipótesis explicativa del problema. La historia toxicológica de Damián comienza a los 13 años, iniciándose en el consumo de alcohol, tabaco y derivados del THC. A los 16 años el consumo de derivados del THC se hace diario y comienza a experimentar con anfetaminas, drogas de síntesis (*speed*, MDMA...) y cocaína. De los 16 a los 19 años, edad en que consulta con nuestro servicio, el consumo de derivados del THC se hace diario (4-5 *canutos*/día); desde los 18 años el consumo de cocaína es semanal (3-4 días/semana). Con 15 años prueba alucinógenos (LSD) y no repite estos consumos. A los 19



años, según el paciente una semana antes de la primera consulta, toma benzodiacepinas no prescritas (recetadas a su madre, paciente de una USM) y también probó heroína fumada. No hizo consumos intravenosos.

Entre los 16 y los 19 años presenta un cuadro de policonsumo, de patrón no opiáceo, usando simultáneamente alcohol+THC+cocaína tres o cuatro veces a la semana y THC a diario. Relaciona el uso de drogas con su necesidad, en palabras del paciente, de *“olvidarme de las cosas que me vienen a la cabeza”*, sobre todo de ciertas imágenes de su infancia y adolescencia y el temor de *“que los demás puedan pensar que soy gay... sin serlo”*.

En relación con el resto de la problemática relacionada con su **salud mental**, presenta desde la adolescencia un bajo control de impulsos en varias esferas, lo que complica la evolución del caso. Tiene episodios de abuso de alcohol, que en algunas fases del tratamiento se “controlarán” con interdictores y también con episodios de juego. Se abstrae en exceso en juegos con la consola del ordenador (*“le da igual que sea la hora de comer...”*, dice la madre como síntesis) y en escuchar música electrónica a volumen muy alto; durante el día puede pasar 4 ó 5 horas encerrado en la habitación.

Se pueden incluir los tatuajes y el uso de dilatadores en las orejas, además de varios *piercings* en el labio y las cejas, para ilustrar sus intentos de construir su identidad personal. Se tatúa desde los 19 años en diferentes zonas del cuerpo, tatuajes grandes, en color... Cuando ingresó en el centro de tratamiento tuvo que quitarse los dilatadores y *piercings* y actualmente sólo lleva uno en la ceja y uno en el labio.

Le gustan los coches y la velocidad. Ha tenido varios accidentes de tráfico importantes, en parte por su falta de responsabilidad, en parte por sus consumos de droga y en parte también por otras interferencias cognitivas consecuentes a su patología dual. En la actualidad siguen presentes estas interferencias, tiene distracciones y un nivel de atención bajo y fluctuante. En los últimos años, después de su tratamiento, parece más responsable y le preocupa tener accidentes y despistes en general, cosa que antes no sucedía.

La sintomatología mental que culmina en el brote psicótico es posterior al consumo de drogas, pudiendo ser el consumo el precipitante y facilitador de dicho episodio. No obstante, el inicio en el consumo de estupefacientes



se relaciona claramente con el alivio de recuerdos y emociones negativas (hipótesis de la automedicación).

Sin que sea capaz de precisar cuándo aparecen por primera vez los pensamientos con contenidos sobre su posible homosexualidad y los temores de que la gente se dé cuenta, dice que se siente mal porque en ocasiones cree que *“los demás pueden adivinar lo que me gusta”*. Damián aclara que *“no me preocupa ser homosexual, sino que los demás lo piensen sin que lo sea”*.

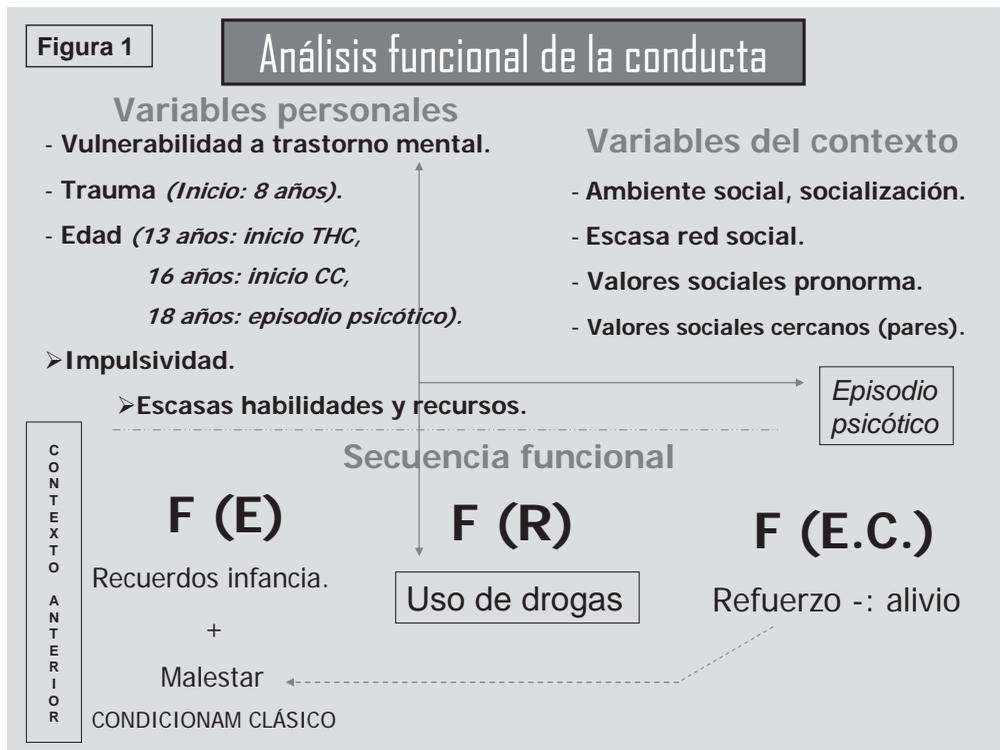
Cuando comienza en la escuela taller, las exigencias son muy altas en relación al año que ha pasado en la casa familiar al terminar la educación secundaria, sin obligaciones ni horarios y sin apenas contacto con gente. La escuela taller supone, sin ninguna transición, un cúmulo de exigencias y presiones para Damián: tendrá que madrugar, pasar siete horas al día prestando atención en clase y relacionarse con los compañeros y profesores. El estrés es elevado y además carece de habilidades para relacionarse, se siente perdido en las clases, le cuesta seguir las enseñanzas y atender, su cabeza está centrada en sus temores. A los cuatro meses tiene un conflicto en el aula con un compañero y le agrade *“porque me miraba desde atrás...”*, *“es que creía que yo era gay...”*.

Las ideas referenciales sobre su posible homosexualidad le generan una angustia muy intensa ante la que utiliza la única estrategia de afrontamiento que conoce y maneja, que es el consumo de drogas: *“si no consumo algo... estoy peor”*. Su sentimiento es muy real y se manifiesta en una gran tensión en el rostro, en la voz y en su expresión corporal. El paciente desconoce la explicación del episodio psicótico. Algunas veces, bajo efectos de las drogas, se repiten ideas similares y duda de su orientación sexual y de su rendimiento sexual con las mujeres.

A continuación se utiliza el **análisis funcional de la conducta** (figura 1) para describir la problemática del paciente e integrar los datos recogidos en la historia clínica. Las variables disposicionales personales y sociales nos ayudan a entender la aparición del cuadro problema y también nos orientan de cara a la evolución y pronóstico; además, desde el trabajo del psicólogo clínico aportan datos clave para el diseño de la intervención psicoterapéutica, como se verá más adelante. La secuencia funcional nos explica la aparición de un cuadro problema, la relación funcional entre situaciones previas personales y contextuales, a veces encubiertas y automáticas (función estimular previa), la manera de manejar esas



situaciones a través de diversas conductas o comportamientos, en este caso es el consumo de drogas (función de respuesta), y sus consecuencias (función de estimulación consecuente) en forma de refuerzo negativo de alivio de la tensión y malestar.



El contexto anterior se configura por el resultado de las variables disposicionales personales y sociales en un momento vital determinado, que en este caso sería el comienzo de su formación en la escuela taller. La exigencia y el estrés que le ocasiona es el tercer factor explicativo que determina la aparición del episodio psicótico tóxico; para Damián las exigencias objetivas y subjetivas sobrepasan sus capacidades y competencias: las exigencias horarias, de atención, memoria, estudio... y, sobre todo, la exigencia social, ya que obligatoriamente tiene que convivir con otros 14 alumnos y con el profesorado. La matrícula y asistencia a la escuela taller es una obligación que los padres imponen al paciente.



Damián tiene una elevada vulnerabilidad personal, que viene condicionada por sus antecedentes familiares y por situaciones que han marcado muy intensamente su infancia y su adolescencia. Estas situaciones, por sí mismas, podrían estar en el origen de su doble problemática.

Tanto al comienzo del tratamiento (cuando estaba presente todavía la sintomatología psicótica y una menor inhibición), como en el último período de tiempo (cuando es más consciente de sus dificultades y está más motivado hacia el tratamiento), el paciente recuerda y verbaliza en las entrevistas episodios de la esfera de la sexualidad que están en la base de los recuerdos angustiosos y de los “flashes” e imágenes que le acompañan, de sus dudas sobre su identidad sexual, de sus dificultades sexuales actuales (tendente a la inhibición) y de sus dificultades en las relaciones interpersonales. En concreto recuerda los siguiente eventos y hechos:

- Su hermano (con 15 años), siendo en ese momento siete años mayor que él, se reúne en casa con amigos para ver películas pornográficas, a modo de juegos sexuales de experimentación. El paciente refiere estar presente en esas situaciones desde los 8 años y ver películas y revistas pornográficas.
- El grupo de amigos se masturba durante las películas, ocasiones en las que el paciente sufre abusos por parte de su hermano, que le obliga a colaborar en su satisfacción sexual. Con esa edad carece de referencias para integrar la experiencia, que además se repite a lo largo de unos siete u ocho años.
- El paciente recuerda sobre todo los contenidos homosexuales.
- Damián recuerda su primera eyaculación a los 13 años, con material pornográfico de contenido homosexual.
- Los años más importante para su identidad personal y sexual están marcados por estas experiencias que se asocian a una intensa carga emocional y con relaciones no consentidas, de chicos con chicos.
- Accede al consumo de drogas muy temprano, con 13 años; en las reuniones de su hermano con sus amigos prueba los derivados del THC. Los efectos psicodislépticos del THC contribuyen a añadirle una nebulosa a las escenas que presencia y de las que participa.



Tanto las experiencias vividas como el inicio temprano en el consumo de sustancias, llevan al paciente a retraerse de los contactos sociales normales de su edad; el uso de drogas le pone en contacto con chicos algo mayores sin que encuentre un grupo de referencia válido. Tiene un déficit importante de competencia social, es agradable y confiado pero no se maneja con facilidad en entornos sociales. Su proceso de socialización ha sido muy escaso y con serias interferencias para el aprendizaje.

El consumo temprano de THC y otras drogas interfiere en el desarrollo normal del cerebro, posiblemente tanto en su anatomía como en su funcionalidad, aumentando la vulnerabilidad. Las últimas investigaciones en neuroimagen del *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) ponen de manifiesto que los derivados del THC pueden tener efectos irreversibles en el sistema nervioso si se consume antes de los 19 ó 21 años, ya que algunas zonas del cerebro no maduran hasta esa edad. Estas investigaciones sustentan la evidencia de que el consumo temprano y frecuente de cannabis es un predictor de riesgo para el consumo de otras sustancias y puede complicar las patologías mentales cuando existe predisposición a ellas. El inicio temprano se asocia con la aparición de trastornos mentales en la edad adulta, como la ansiedad, la depresión y la psicosis, con un mayor consumo de otras drogas en el futuro y con más dificultad para dejar de consumir.

La adolescencia de Damián está marcada por sus constantes intentos de mantener alejadas las imágenes traumáticas, más que por aprender de las nuevas experiencias y disfrutar. Establece contactos con pares también “solitarios”. Está al margen de los flirteos y relaciones afectivas propios de su edad y, en la esfera de los deseos y la sexualidad, no se atreve a desear, no identifica el objeto de su deseo y vive de manera culpabilizadora la sexualidad consigo mismo y algunas de las fantasías que le acompañan. Refiere sexo consigo mismo con fantasías homosexuales al final de su adolescencia, aunque en escasas ocasiones; aclara el paciente que “*solo si estaba muy colocado*”. Se explora la posible recurrencia de estas fantasías e imágenes sin que aparezca nuevo material de terapia, aunque posiblemente se deba a la fuerza de la negación y a las resistencias del paciente.

En relación a los antecedentes personales y familiares, después de su alta terapéutica, Damián cuenta en una cita en la consulta que ha hablado con su madre de su temor a que el hermano abuse de la pequeña y que se lo justificó contándole los abusos que le infligió a él. Dice que la madre

LA VISUALIZACIÓN  
DE ESTAS PÁGINAS  
NO ESTÁ DISPONIBLE.

Si desea obtener más información  
sobre esta obra o cómo adquirirla consulte:

[www.teaediciones.com](http://www.teaediciones.com)





Los pensamientos y recuerdos recurrentes de experiencias traumáticas, desde el modelo interconductual, serían respondientes cognitivos que causan malestar y desazón al paciente. El manejo inadecuado de estas emociones, junto a los consumos primeros de drogas, le ofrecen una experiencia muy agradable ya que a través de la intoxicación alivia sus emociones y recuerdos. La intensidad del alivio condiciona de manera rápida la dependencia en forma de refuerzo negativo. Pero la estrategia solo funciona en el corto plazo y confunde y no consigue eliminar o manejar de manera eficaz los pensamientos. Además, sus competencias y fortalezas personales son escasas y el estrés que desencadena su participación en la escuela taller, junto con los efectos sobre su cerebro de las drogas que consume, precipitan el episodio psicótico.

#### 4. Evaluación y resultados

El PAI se aplica a las cuatro semanas de su ingreso en modalidad residencial, lo que nos asegura la abstinencia del paciente y la consiguiente reducción del impacto del consumo de sustancias sobre sus capacidades cognitivas. El análisis de las escalas de validez muestra una puntuación elevada en Inconsistencia (INC) que sugiere cierta confusión y dificultades cognitivas, esto hará que se interpreten con cierta cautela los resultados en la prueba. Su puntuación en Infrecuencia (INF) se encuentra dentro de los rangos normales, lo que matiza los indicios de respuesta aleatoria, ya que parece que, al menos, respondió a estos ítems prestándoles atención; su puntuación en Impresión negativa (IMN) no sugiere distorsión en las escalas clínicas y su puntuación en Impresión positiva (IMP) confirma la veracidad de las respuestas. El carácter aislado de la elevación en el índice complementario de Función discriminante de Cashel (FDC) hace que no se considere verosímil la sospecha de un patrón de disimulación o impresión positiva.

Tomando en su conjunto los datos de las escalas de validez, los posteriores resultados del cuestionario se tomarán como válidos, con la necesidad de contrastarlos con los datos de otras pruebas, los de la historia clínica y los de las entrevistas con el paciente y su familia.



Perfil del caso 5 en el PAI

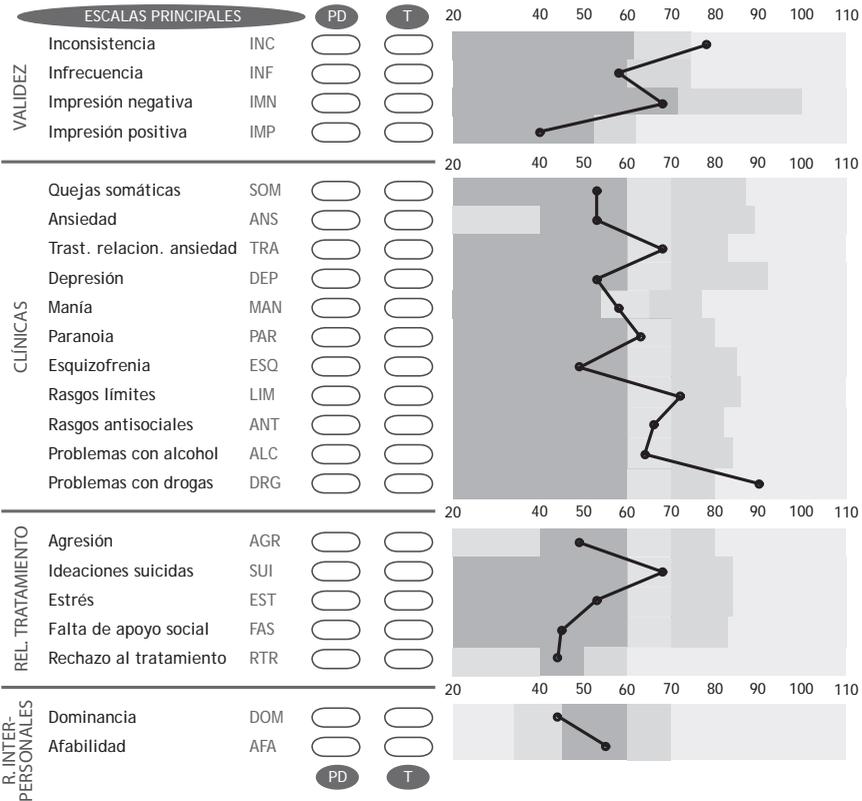
**PERFIL**

Nombre:

Edad:  Sexo:  Fecha de aplicación:

Baremo:

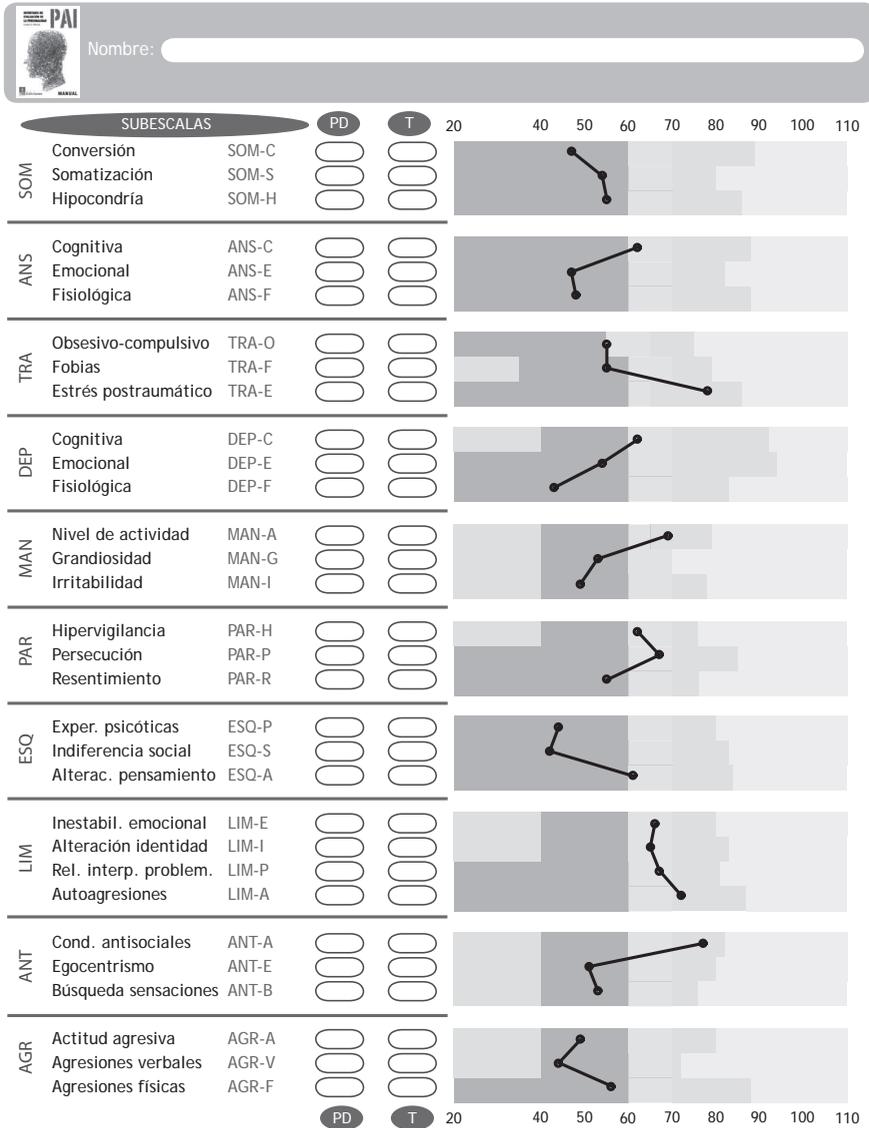
Responsable de la aplicación:



PD = Puntuación directa  
 T = Puntuación típica T (Media=50; Dt = 10)

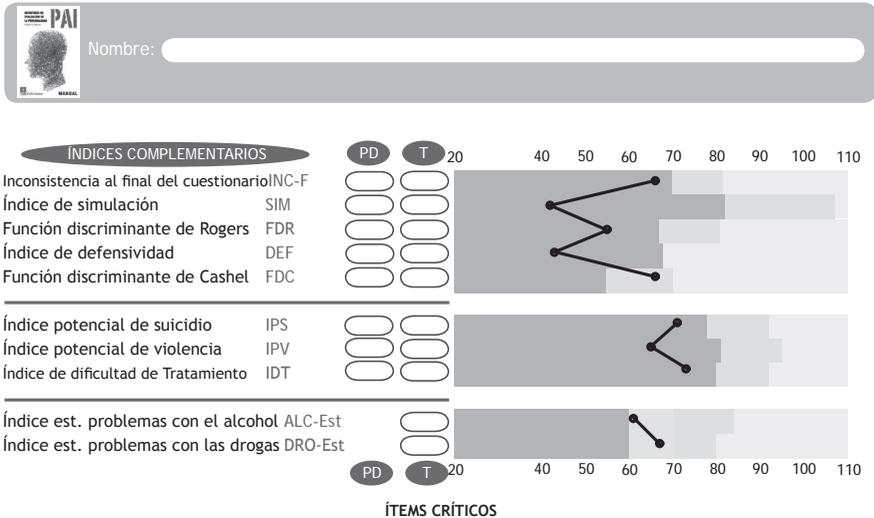


Perfil del caso 5 en el PAI (continuación)





## Perfil del caso 5 en el PAI (continuación)



**POTENCIAL AGRESIVO:** 21. La gente tiene miedo de mi temperamento. (LV) 61. A veces exploto y pierdo completamente el control sobre mí. (LV)

**ABUSO DE SUSTANCIAS (ACTUAL Y PASADO):** 23. He probado casi todos los tipos de drogas. (CV) 334. Nunca he tenido problemas por haber bebido. (F)

**ESTRESORES TRAUMÁTICOS:** 34. Sigo reviviendo algo horrible que me ocurrió. (BV) 194. He tenido algunas experiencias terribles que hacen que me sienta culpable. (CV) 234. Sigo teniendo pesadillas sobre el pasado. (BV) 274. Tuve una experiencia muy mala que me ha hecho perder el interés por algunas cosas con las que antes disfrutaba. (BV)

**PATRÓN DE RESPUESTA VERDADERA:** 142. Nunca consumo drogas ilegales. (F)

PD = Puntuación directa

T = Puntuación típica T (Media=50; Dt = 10)



La escala clínica Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) muestra una puntuación elevada, indicando que hay que revisar las subescalas que la componen. En este caso, la elevación aparece en la subescala Estrés postraumático (TRA-E), lo que sugiere experiencias pasadas de algún evento traumático perturbador que en la actualidad continúa siendo una fuente de malestar y que sigue produciendo episodios de ansiedad recurrentes. Esta puntuación alta en TRA-E sugiere que es posible que el trauma sea un factor dominante en la vida de Damián y que se perciba a sí mismo como sería o irreparablemente dañado. Integrado en su historial clínico, puede ocurrir que ante el trauma y su reactivación, el paciente elige el uso de drogas para mitigar el malestar.

Dentro de la escala clínica Manía (MAN), destaca la puntuación en la subescala Nivel de actividad (MAN-A), que sugiere un cierto comportamiento desorganizado e ineficaz para gestionar los compromisos y las obligaciones, tanto en comportamientos abiertos como encubiertos (productividad cognitiva). La puntuación en el rango normal en Grandiosidad (MAN-G) puede sugerir que la autoestima puede encontrarse preservada en cierto grado, aspecto que será interesante tener en cuenta en la intervención.

La puntuación en la escala Paranoia (PAR) sugiere una cierta tendencia a la hipervigilancia y la búsqueda de posibles daños potenciales en su entorno. En concreto, su puntuación en la subescala Hipervigilancia (PAR-H) sugiere una predisposición a desconfiar de otras personas, a la vigilancia, a la hipersensibilidad y al temor constante a que otros puedan intentar hacerle daño. Esta puntuación indica, además, que el paciente puede tener dificultades en los ámbitos social y laboral. Su puntuación en la subescala Persecución (PAR-P) sugiere cierta desconfianza en relación a conspiraciones e intrigas. Este hecho puede estar asociado con su puntuación en la subescala Ansiedad cognitiva (ANS-C) que apunta a cierta preocupación, hipervigilancia y expectativa de daño. No obstante, parece que este patrón perceptivo puede no impedir el trabajo con profesionales ni sus relaciones en su entorno cercano de confianza (de acuerdo a sus puntuaciones en Rechazo al tratamiento, Falta de apoyo social o el Índice de dificultad del tratamiento)

La puntuación en la subescala Alteración del pensamiento de Esquizofrenia (ESQ-A) sugiere cierta tendencia a problemas de concentración y dificultades para la toma de decisiones. Hay que tener en cuenta que esta escala puede estar afectada por efectos de la medicación y las consecuencias del uso de drogas.



La puntuación alta en la escala clínica Rasgos límites, LIM, y en sus subescalas componentes (LIM-E, LIM-I, LIM-P, LIM-A) sugiere la presencia de un escaso control de los impulsos y la ira, una falta de satisfacción en las relaciones interpersonales, dificultad para sostener relaciones cercanas, confusión sobre la identidad y el autoconcepto y un manejo inadecuado de las relaciones interpersonales y la impulsividad. La elevación conjunta de las cuatro subescalas de LIM sugiere la presencia de algún trastorno de la personalidad. La puntuación más elevada es en Autoagresiones (LIM-A), lo que refleja una tendencia a actuar de forma impulsiva sin prestar mucha atención a las consecuencias de sus actos (uso de drogas, accidentes, imprudencia sexual...).

Destaca también la puntuación en la subescala clínica Conductas antisociales (ANT-A) que confirma las dificultades que tiene el paciente con las autoridades y las convenciones sociales, un patrón que comienza en la adolescencia.

Como es lógico, aparece una puntuación alta en la escala clínica Problemas con las drogas (DRG). Se establece, por tanto, contrastando con la historia clínica, el diagnóstico de dependencia de drogas.

Finalmente, cabe reseñar su puntuación moderadamente baja en Dominancia (DOM), que puede sugerir que la confianza que tiene Damián en sus interacciones sociales es entre moderada y baja, siendo una persona algo retraída, modesta y cohibida en sus relaciones sociales.

Es interesante mencionar, que a pesar de la angustia con que vive Damián, de la reactualización de las vivencias traumáticas y de sus ineficaces mecanismos de afrontamiento, su estado anímico parece relativamente poco afectado, a juzgar por su puntuaciones dentro de los rangos normales en Ansiedad (ANS) y Depresión (DEP).

## 5. Posible diagnóstico

La aplicación del PAI aporta una importante confirmación a la hipótesis diagnóstica de trastorno por estrés postraumático como primer diagnóstico, sobre el que se genera una dependencia de drogas (a modo de alivio y minimización de su impacto) que termina en un brote psicótico tóxico cuyos contenidos giran alrededor de lo sucedido en su infancia y adolescencia y dudas sobre su orientación sexual. Además,



lo vivido desde la infancia y las experiencias posteriores con sustancias conforman una estructura de personalidad del espectro impulsivo: un estilo de personalidad de inestabilidad emocional, sin llegar al trastorno de personalidad límite.

Las experiencias pasadas de eventos traumáticos perturbadores continúan en la actualidad, siendo una fuente de malestar. El paciente continúa viviendo episodios recurrentes de ansiedad, lo que es característico del trastorno por estrés postraumático.

Los rasgos psicológicos más destacables de Damián son:

- Hipervigilancia y búsqueda de posibles daños potenciales en su entorno.
- Predisposición a desconfiar de otras personas, vigilancia, hipersensibilidad, temor constante a que otros puedan intentar hacerle daño
- Problemas de concentración y dificultades para la toma de decisiones.
- Comportamiento en cierta medida desorganizado e ineficacia para gestionar compromisos y obligaciones, tanto en comportamientos abiertos como encubiertos (productividad cognitiva).

Se confirma, además, el diagnóstico en el área de consumo de drogas, dependencia de drogas, y también el posible trastorno de la personalidad. La aplicación del IPDE, entrevista semiestructurada de diagnóstico del Eje II, confirma el trastorno de personalidad límite, cuyos rasgos más destacados son los siguientes:

- Pobre control de los impulsos, ira y falta de satisfacción en las relaciones interpersonales; dificultad para sostener relaciones cercanas, confusión sobre la identidad y el autoconcepto y manejo inadecuado de las relaciones interpersonales y la impulsividad.
- Propensión a sentir emociones negativas y a alternar entre varios afectos negativos (irritabilidad, depresión, ira) y tendencia a actuar de forma impulsiva sin prestar mucha atención a las consecuencias de sus actos (uso de drogas, accidentes, imprudencia sexual...).
- Dificultades para mantener su identidad, para trazar metas y objetivos vitales.



- Falta de confianza y pesimismo en sus relaciones actuales y futuras.
- Baja empatía y cierta muestra de comportamientos arriesgados y antisociales (uso de drogas, conducción...).
- Dificultades con las autoridades y las convenciones sociales, un patrón que comienza en la adolescencia.

En resumen:

EJE I: Trastorno por estrés postraumático.  
Trastorno de adicción a psicoestimulantes.  
Trastorno de adicción a derivados del THC.

EJE II. Trastorno límite de la personalidad.

## 6. Metas terapéuticas

El primer objetivo con el paciente es establecer un diagnóstico categorial y funcional que ayude al diseño de un plan de intervención individualizado. Para discriminar correctamente el orden de aparición de ambos trastornos y establecer un psicodiagnóstico correcto, es importante que el paciente se mantenga abstinentes al menos entre 4 y 6 semanas, a fin de que los efectos de las sustancias-droga no interfieran en la valoración. Cuando Damián contacta con nuestra unidad, su conciencia del problema es muy baja y la evaluación de aspectos psicológicos orienta hacia una intervención psicoterapéutica previa para que distancie, en primer lugar, y posteriormente cesen, sus consumos. El motivo principal de su ingreso en nuestra comunidad terapéutica fue afianzar su abstinencia y afinar la valoración diagnóstica sin consumos ni episodios de juego (duración del tratamiento: 6 meses; mayor probabilidad de abstinencia en un entorno de mayor control).

Con posterioridad al diagnóstico y la evaluación, y precisamente en función de estos datos, se establecen los siguientes objetivos o metas terapéuticas:

1. Ofrecer un marco de terapia acogedor y encuadrar la intervención en el largo plazo.
2. Ayudar a la consecución de la abstinencia de sustancias; en un primer momento desde el paradigma de reducción de daños (consumos de menos riesgo).



3. Ayudar a que consiga una adecuada conciencia de su doble problemática.
4. Ayudar al mejor manejo personal de la angustia y la ansiedad ante el hecho traumático desde la mejora de sus recursos y capacidades personales.

## 7. Probable evolución y pronóstico

Las escalas del PAI relacionadas con el tratamiento ofrecen información sobre la actitud del paciente ante su problema y ante la necesidad de intervención profesional. En el momento de la aplicación del instrumento, Damián tiene una actitud favorable hacia el tratamiento y reconoce la necesidad de efectuar cambios, acepta también su implicación y responsabilidad en dichos cambios.

A efectos de pronosticar la actitud ante el tratamiento, la alta puntuación en la subescala Ideaciones suicidas (SUI) sugiere cierta incapacidad para ayudarse a sí mismo. No obstante, al valorar de manera global todas las escalas, subescalas e índices, en especial Rechazo al tratamiento y el Índice de dificultades en el tratamiento (puntuaciones normales en ambas), se puede concluir que Damián está en un momento favorable. La ausencia de elevaciones en la escala Falta de apoyo social (FAS) refleja una buena percepción de apoyo social, especialmente por parte de su familia, lo que también favorece el pronóstico actual.

La puntuación en la subescala de Estrés (EST) no destaca, posiblemente porque en el momento de aplicación del PAI Damián está en una comunidad terapéutica, con estructura de contención suficiente y en abstinencia, se siente más protegido y alejado de los sucesos traumáticos.

Durante el tratamiento, en los momentos en los que el paciente siente que *“mi cabeza vuelve a estar mal”*, se sube él mismo los antipsicóticos, de acuerdo a las indicaciones previas del psiquiatra, contactando con él a posteriori para mantenerlo informado. Estas crisis van siendo menos frecuentes con el tiempo. Se hace una valoración positiva de ese comportamiento preventivo de automedicación, posiblemente alternativo al uso de drogas.

Dos años y medio después de esta evaluación y tras completar la estancia de 6 meses en la comunidad terapéutica (donde se le aplicó el



PAI), Damián mantiene su abstinencia relativa al consumo de drogas. Durante su estancia en la comunidad terapéutica y posteriormente tuvo una evolución satisfactoria, remitiendo el cuadro psicótico, manteniendo la abstinencia y mejorando en diversas áreas como su competencia social, su relación familiar y la ampliación de su campo de intereses y aficiones. Mantiene ciertos episodios de juego pero no son frecuentes. A la salida de su estancia en la comunidad terapéutica regresó a su trabajo (había solicitado una excedencia para la estancia en terapia) y refiere sentirse mejor trabajando, normaliza sus horarios diarios, interactúa con la gente y está menos tiempo en casa. El área sexual no muestra cambios.

Desde su alta del centro sigue con tratamiento ambulatorio. A corto o medio plazo parece difícil su separación del núcleo familiar y su autonomía, por lo que se planifican objetivos acordes con su situación actual:

- Mantenimiento de un seguimiento médico y psicoterapéutico prolongado (Becoña, Cortés y cols. 2008)<sup>(4)</sup>.
- Abstinencia de sustancias ilegales (cocaína y THC).
- Abstinencia completa del alcohol.
- Autocontrol de la impulsividad en relación al juego.
- Normalización de sus relaciones sociales mediante actividades deportivas o de ocio.
- Mantener lazos afectivos y reales con su familia.

---

(4) Pedrero Pérez E. J. y Segura López I. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico. *Trastornos Adictivos*, 5 (3), 229-40.

LA VISUALIZACIÓN  
DE ESTAS PÁGINAS  
NO ESTÁ DISPONIBLE.

Si desea obtener más información  
sobre esta obra o cómo adquirirla consulte:

[www.teaediciones.com](http://www.teaediciones.com)

