



FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Análisis de un caso de patología dual: depresión y consumo de alcohol

Estudiante: Gisela Alejandra Kowalewsky

Legajo: 35.224

Directora: PosDoctora. Elena Scherb

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Especialista en Psicología Clínica con mención en Psicoterapias Efectivas Transteórica y Transdiagnóstica.

2025

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

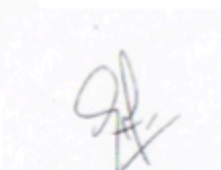
Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI []

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: C.A.B.A., mayo 2025.

Firma y aclaración del autor: Gisela A. Kowalewsky



Análisis de un caso de patología dual: depresión y consumo de alcohol

Gisela A. Kowalewsky

giselakowalewsky0@gmail.com

gisela.kowalewsky@uflouniversidad.edu.ar

Lic. Psicología

Resumen

Se presenta el análisis de un caso de una paciente de 49 años con patología dual: trastorno de depresión mayor y trastorno por consumo de alcohol. Se encuentra inspirado en un caso atendido y con datos modificados a fin de garantizar la confidencialidad. Se desarrolló desde la consideración de la perspectiva de Psicoterapias basadas en evidencias con intervenciones principalmente cognitivas conductuales.

Palabras clave: depresión, alcohol, psicoterapia basada en evidencias, cognitivo conductual.

Introducción

El caso se denominará “Sandra” como finalización de la Especialización en Psicología Clínica con Mención Transteórica y Transdiagnóstica. Los datos del presente caso han sido modificados a los fines de resguardar la confidencialidad ya que se encuentra inspirado en un caso atendido pero que mantiene características comunes a los cuadros a analizar: depresión y consumo de alcohol.

Acerca del presente caso, el mismo se encuentra enmarcado según el DSM 5 la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) como Trastorno de Depresión Mayor (F33) y con comorbilidad con Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (F10.99).

Se espera contribuir con reflexiones teóricas acerca de la coexistencia de ambos trastornos señalados y a la consideración de las patologías duales.

Siguiendo a Torrens Mèlich (2008), la denominación de “patología dual” hace referencia a “la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico” (p. 315).

Se abordará desde la práctica profesional de Psicoterapia basada en evidencias, con intervenciones principalmente cognitivas conductuales. De acuerdo a la Asociación Americana de Psicología (2006, [APA], como se citó en Muela Aparicio y Sansinenea Mendez, 2020) define las Prácticas basadas en evidencias (PBE) como “la integración de la mejor investigación disponible con la experiencia clínica en el contexto de las características del paciente, su cultura y preferencias” (p.16).

Asimismo, se tiene en consideración las dimensiones biopsicosociales del ser humano. Siguiendo a Osorio Guzmán (2024) la consideración de la combinación de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, ha demostrado ser esencial para la comprensión y abordaje de los desafíos de la salud y el bienestar de las personas.

La relevancia del análisis es la comorbilidad del trastorno depresivo y trastornos relacionados al alcohol y su alta prevalencia. Según Kuria et al. (2012), es alta la prevalencia (63,8%) de depresión en las personas dependientes del alcohol. Asimismo, señalan que el consumo dependiente de alcohol se encuentra relacionado con la depresión mayor.

De acuerdo a Nathan et al. (2010), el abuso de alcohol puede empeorar condiciones previas como la depresión u ocasionar nuevos problemas como la ansiedad y pérdida de memoria. Sostienen también que muchas personas con problemas de consumo de alcohol tienen también otros problemas de salud al mismo tiempo: depresiones graves y ansiedad.

Siguiendo al DSM-5, los trastornos depresivos “son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo” (p. 155) y se encuentra incluido el trastorno de depresión

mayor. Como rasgo común, señala la presencia de un ánimo triste, sensación de vacío o irritabilidad, con cambios somáticos y cognitivos que afectan “significativamente a la capacidad funcional del individuo” (p. 155). Es de destacar que “la cronicidad de los síntomas depresivos aumenta sustancialmente la probabilidad de que existan trastornos subyacentes de personalidad, ansiedad y consumo de sustancias, y disminuye la probabilidad de que se siga el tratamiento hasta la remisión completa”. (p.165)

Con respecto a los trastornos relacionados con sustancias, continuando con el DSM-5, engloban 10 clases diferentes de drogas y una de ellas es el alcohol. Considera que la característica fundamental del trastorno relacionado al consumo de sustancias es que se encuentran asociados síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos.

En relación a las diferentes sustancias y la depresión, el DSM-5 señala que “las drogas más sedativas (los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y el alcohol) pueden causar trastornos depresivos importantes y clínicamente significativos durante la intoxicación, mientras que durante los síndromes de abstinencia de estas sustancias se suelen observar alteraciones ansiosas”. (p.488)

Método

Contextualización del Caso y Método

Como se indicó anteriormente, el presente caso se encuentra inspirado en un caso atendido años atrás, se presentan datos modificados para garantizar la confidencialidad y con características que son propias a los cuadros de depresión y consumo de alcohol.

La atención de la paciente “Sandra” se realizó por medio de la cobertura de su obra social, luego de una entrevista de Admisión con un profesional responsable de dicha área. Las sesiones fueron online. La cantidad de sesiones que su cobertura de la obra social le contemplaba eran 24. La paciente ya se encontraba hacía años con tratamiento psiquiátrico

por cuadro de depresión y presentaba recaída en el consumo de alcohol. En la atención con la obra social, no se pudo realizar una evaluación psicológica con pruebas específicas que midieran la severidad de los síntomas depresivos y de adicción.

Como se ha adelantado, el modelo teórico que se considerará es el cognitivo conductual. La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado con el cual se puede tratar distintas alteraciones psiquiátricas, incluida la depresión. Se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta están determinados mayoritariamente por el modo que tiene un individuo en estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976, como se citó en Beck et al., 2010).

Siguiendo a Beck et al. (2010), “las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones” (p.13). Se buscará que el paciente aprenda a resolver situaciones problemáticas que estima de gran dificultad para superar y que sea mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos (Beck et al., 2010).

Continuando con Beck et al. (2010), la terapia cognitiva considera una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales. Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes con cuadro de depresión tanto para modificar la conducta, como también para considerar las cogniciones asociadas a conductas específicas.

El método consiste en experiencias de aprendizaje específicas y dirigidas a enseñar al paciente: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias (Beck et al., 2010).

Para profundizar y en base a este caso, se agrega los aportes de Overholser (2003, como se citó en Carrasco. 2017), la terapia cognitivo conductual para la depresión “provee un marco general que puede incorporar diferentes estrategias de tratamiento” (p.183) y propone un modelo en tres etapas: la primera consiste en la evaluación y el involucramiento en la terapia; la segunda etapa, incluye módulos de terapia; y, la tercera corresponde a la prevención de recaídas.

Con respecto al abordaje de la patología dual, de acuerdo a Beck (2012, como se citó en Gonzalez Sepúlveda, 2018) se avala la aplicación del modelo cognitivo conductual, aunque aclara que no se menciona el concepto de patología dual como tal, sí se considera que el abordaje ante los pacientes con abuso de drogas con cuadro de depresión se puede tratar de manera similar al de la depresión en general. Refiere que los pensamientos automáticos y creencias depresógenas de cada uno de ellos se expresan de manera similar.

La Cliente

Sandra tenía 49 años al momento de la primera entrevista. Padres fallecidos. Hija única. Convivía con su pareja de 48 años de edad. Comentó tener 2 hijas: Ana y Florencia, de 26 y 23 años respectivamente. Ellas se fueron a vivir al interior del país. Refirió tener un primo de 52 años del cual comentaba que le tenía “pánico”. Sandra informó tener nivel secundario de educación.

Con respecto al área familiar, “Sandra” manifestó que la relación con sus hijas era “buena”. Fueron a vivir al interior porque deseaban tener un “ritmo y calidad de vida mejor que en la ciudad”. Sobre su pareja, explicó que estuvo de acuerdo con que iniciara tratamiento psicológico y que él no consumía alcohol aunque sabía de la problemática de ella.

Sandra fue dos veces internada: la primera vez hacía 14 años y la segunda hacía 8 años. En ambos casos, indicó que fue por “depresión y consumo de alcohol, aunque a veces

hice lío con las pastillas que me dio la psiquiatra”. Explicó que, para la primera internación, se “quería morir”. Para la segunda internación, refirió creer que “no estaba tan mal como la vez anterior” y que la diferencia fue que no consumía tanto alcohol y que “sentía que quería estar mejor”.

Al momento del inicio de la atención, continuaba con tratamiento psiquiátrico por depresión. La medicación consistía en benzodiacepina, antidepresivo y antipsicótico. Si bien se pudo hablar con la médica psiquiatra, refirió que -dentro de su cuadro y al conocerla de años- se encontraba “estable” considerando estar cursando un cuadro de “depresión”. Según la médica psiquiatra, “Sandra” no tenía otra afección médica. Se le recomendó consulta con endocrinología y ginecología por su edad y posible etapa de menopausia.

Sandra expresó haber realizado terapia psicológica en otros momentos, pero que no los había sostenido en el tiempo, manifestando como término promedio “no superar las 4 ó 5 primeras sesiones”.

Sobre su motivo de consulta respondió su “miedo a volver a decaer” y “deseo de prevenirlo”. Comentó que hacía dos meses aproximadamente empezó a sentirse “desanimada”, con dificultad para dormir, con “muchos pensamientos de preocupación” por los reclamos del primo relacionados a una herencia de sus abuelos y que volvió a “tomar un vaso de vino o cerveza diario para poder dormirse y no pensar”. Refirió que este consumo había comenzado dos meses atrás aproximadamente. Comentó que esta cantidad de alcohol “era mínima en relación a lo que consumía hace años atrás”. Expresó que esta vez pedía “ayuda porque se está viendo decaer” y no quería “caer en lo mismo”. Manifestaba sentirse “abrumada por tantas cosas a resolver”, sobre todo cuestiones legales con el primo del cual, señalaba en reiteradas oportunidades que le tenía “pánico”. Al preguntarle si deseaba comentar acerca de ese “pánico” que sentía hacia su primo, comentó que le tenía miedo

porque “siempre me maltrató, me grita, es muy fuerte”. Se le consultó si desearía abordar este tema en las sesiones y respondió que sí.

Sobre el área laboral, “Sandra” trabajaba hacía alrededor de 20 años en una empresa privada en el área de “beneficios y responsabilidad social empresarial”. Manifestaba que le agradaba su trabajo porque es un espacio laboral asociado a la solidaridad, al pensar en el bien del otro, en la colaboración. Expresó que su preocupación era perder el trabajo debido a sus momentos de depresión que tuvo a lo largo del tiempo. No obstante, reconocía que no había tenido mayores inconvenientes y que al regresar luego de los dos períodos de internación, “no tuvo problemas” y que actualmente asistía diariamente “con esfuerzo” a trabajar.

En lo que respecta al área social, expresó tener tres amigas y algunas conocidas. Comentó que todas estaban preocupadas por ella dado que desde hacía unos meses se había distanciado: “sólo voy a trabajar, vuelvo y quiero irme a dormir para no pensar”.

Asimismo, “Sandra” había abandonado hacía tres meses aproximadamente su hábito de ir al teatro con una de sus amigas. Reconocía que el teatro le “apasionaba”, pero ya “no tengo ganas”.

En las dos primeras sesiones se identificaron como temas principales a trabajar:

- El consumo de un vaso de alcohol para “ir a dormir por la noche”.
- La relación con su primo.

Concepto orientador con apoyo de investigación y experiencia clínica

Los casos de personas con patología dual, según Torrens Mèlich (2008), “son frecuentes y presentan mayor gravedad tanto desde la perspectiva clínica como social que los

sujetos que sólo presentan un tipo de trastorno (adictivo u otra enfermedad psiquiátrica)” (p.315).

En este caso de patología dual y dado que en las primeras sesiones la paciente abandonó el consumo de un vaso de alcohol “para ir a dormir”, se estimó adecuado evaluar cuál es el cuadro que prevalecía al momento de la consulta. En este sentido y con respecto a los cuadros duales, González Méndez (2020) señala que “debe valorarse si prevalece la adicción o el trastorno mental, y tomar la decisión de internarla o de hacer uso de los recursos de una u otra red”. (p.83)

Se ha considerado para este caso que el cuadro que prevalecía era la depresión. El consumo de alcohol con frecuencia diaria “para ir a dormir”, lo modificó alrededor de la cuarta semana, dejando de consumir. No obstante, existieron eventos sociales en los cuales consumió una medida de vaso de otra sustancia alcohólica, “cerveza” y no asociada al irse a dormir.

La **hipótesis diagnóstica** siguiendo al DSM-5 es Trastorno de Depresión Mayor (F33) con comorbilidad con Trastorno relacionado con el alcohol no especificado (F10.99).

Se considera importante destacar que, según el DSM-5, “otros trastornos con los que el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia son los trastornos relacionados con sustancias (...)” (p. 168)

Tratamientos validados:

De acuerdo a (Division 12. American Psychological Association. Society of Clinical Psychologist [Div12], s.f.), los tratamientos basados en evidencia para la depresión, son los siguientes y se observa la presencia del modelo cognitivo conductual:

- Sistema de Análisis Cognitivo Conductual de Psicoterapia para la Depresión
- Terapia racional emotiva conductual para la depresión
- Terapia de reminiscencia/revisión de vida para la depresión
- Terapia de autocontrol y autogestión para la depresión
- Terapia auto-sistémica para la depresión
- Terapia psicodinámica de corta duración para la depresión
- Activación conductual para la depresión
- Psicoterapia interpersonal para la depresión
- Terapia de resolución de problemas para la depresión
- Terapia cognitiva para la depresión
- Terapia centrada en las emociones para la depresión
- Terapia de aceptación y compromiso para la depresión

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 2023) indica como tratamientos psicológicos eficaces a los siguientes y nuevamente se observa el modelo cognitivo conductual como un abordaje validado:

- Activación conductual
- Terapia cognitiva conductual
- Psicoterapia interpersonal
- Tratamiento para la resolución de problemas.

Evaluación de los problemas, objetivos, fortalezas e historia de la paciente

En la atención con la obra social, no se pudo realizar una evaluación psicológica con una batería de pruebas específicas que midieran la severidad de los síntomas..

Evaluación de las áreas - problema: en las primeras sesiones, se definieron:

- El consumo de alcohol “para ir a dormir a la noche”.
- La relación con su primo.

Objetivos iniciales:

- Abordar el consumo de alcohol “para ir a dormir a la noche”, el horario del dormir.
- Vínculo con el primo

- Interdisciplina con Psiquiatría
- Identificación de redes de apoyo (escaso)

Fortalezas:

- El deseo de “Sandra” por estar mejor: solicitó tratamiento y lo expresó específicamente.
- Mantenimiento del tratamiento psiquiátrico y psicológico,
- Sostenimiento del área laboral y el disfrute por parte de ”Sandra” de ese espacio.

Historia de la paciente: “Sandra” comenzó con consumo de alcohol en su adolescencia, alrededor de los 15 años. Refirió que en los embarazos “pudo controlarlo”. Comentó que empezó a considerar el consumo como un problema al año aproximadamente del nacimiento de su primera hija ya que considera que ahí tuvo como “registro interno” de su “deseo más fuerte de volver a consumir”. Tanto la pareja como las hijas, según la paciente, la “acompañaban”. La paciente no aceptó que participaran en algunas sesiones tanto las hijas como la pareja y aun con ella presente.

De sus padres, ambos fallecidos, comenta que solamente les “critica” que no la “defendían cuando el primo la agredía”. Sobre dichas agresiones, refiere que de pequeños “le pegaba” y luego siempre fueron maltratos verbales. Refirió que “se criaron bastante juntos”.

Formulación y Plan de tratamiento

El tratamiento planteado fue desde el modelo cognitivo conductual. En este sentido, se consideró la posibilidad de abordar la patología dual de forma similar a la depresión en general, considerando en este sentido los pensamientos automáticos y creencias depresógenas (Beck, 2012, como se citó en Gonzalez Sepúlveda, 2018).

Los objetivos planteados fueron:

- Abordar el consumo de alcohol “para ir a dormir”, el horario del dormir.
- Profundizar en el conocimiento del vínculo con su primo
- Continuar con interdisciplina con Psiquiatría
- Identificación de redes de apoyo (escaso)

Con respecto al dispositivo:

- Sesiones individuales
- Modalidad online por videollamada
- La paciente no aceptó concurrir a grupos externos que pudieran colaborar en la temática de consumo.
- Tampoco aceptó poder realizar sesiones con las hijas y la pareja.
- Continuidad de su atención con psiquiatría con una frecuencia de una vez por mes de acuerdo a lo indicado por su médica.

En relación al contrato terapéutico:

- Frecuencia de las sesiones individuales: una vez por semana
- Sesiones de 30/40 minutos según su obra social
- Modalidad no presencial – por videollamada
- Cantidad de sesiones correspondientes a su plan: 24

Curso del tratamiento

A continuación, se indican las fases de la terapia cognitivo conductual para la depresión, de acuerdo a Overholser (2003, como se citó en Carrasco, 2017): “La primera etapa consiste en la

evaluación y el involucramiento en la terapia; la segunda, incluye módulos de terapia activa; y, la tercera, prevención de recaídas.” (p. 183)

Primera fase: se considera importante señalar nuevamente que, debido a los servicios de prestación de la obra social y dificultades económicas de la paciente, no hubo realización de una evaluación psicológica con pruebas específicas que midieran la gravedad de los síntomas depresivos y de adicción.

Esta primera fase se extendió hasta la séptima sesión aproximadamente. Se observó su asistencia a las sesiones, su disposición a abordar los temas y, en definitiva, no abandonar la terapia como había ocurrido en tratamientos previos de psicología.

En relación al primer objetivo sobre el consumo de alcohol y el dormir a la noche, en estas primeras sesiones se conversó al respecto. En este sentido, “Sandra” explicó que el irse a dormir le permitía no pensar y alejarse de las preocupaciones y que “la mayoría de las veces era cerveza” aunque podría también ser un vaso de vino y que “el alcohol le permitía dormir más horas”. Con respecto al horario para dormir, comentó que era alrededor de las 19 horas y hasta el día siguiente. También reconocía que el consumo no resolvía sus problemas, sino que los empeoraba. En la cuarta sesión, refirió “sentirse mejor” y que hacía unos días ya había dejado la “copa de alcohol para dormir” y que por las noches había podido “dormir perfectamente”. A lo largo del tratamiento, su consumo de alcohol fue en 4 eventos sociales y “un vaso de cerveza y no para dormir”.

En lo que respecta al vínculo con su primo del cual refería sentir “pánico”, expresaba que “su carácter tan fuerte y gritos” la “abrumaba y no podía enfrentarlo para hablar”. La paciente refería querer resolver el tema legal de unas propiedades en el exterior del país y que habían pertenecido a sus abuelos fallecidos y, a la vez, sentir ese miedo hacia él.

Como logros de esta primera fase, que se estima fueron las siete primeras sesiones aproximadamente, “Sandra” sostuvo el tratamiento y asistía regularmente a las sesiones. Además, alrededor de la quinta sesión, dejó de beber “alcohol para ir a dormir”. Se comprendió que su uso era para “no pensar” y evadir la resolución del tema, como así también que no era una forma saludable de abordarlo. También pudo conocerse más en detalle la temática relacionada al vínculo con el primo.

Segunda fase: Se extiende aproximadamente desde la octava sesión y hasta la sesión número 22. Es de destacar que se solicitó al área de Coordinación - Admisión la posibilidad de extensión de sesiones y autorizaron 8 sesiones más.

Continuando con Overholser (2003, como se citó en Carrasco, 2017), esta segunda fase contempla módulos que deben aplicarse de manera individualizada y flexible. A continuación, se desarrollan dichos módulos.

Actividad reducida: hace referencia a estrategias de activación conductual que, en casos de depresión, pueden colaborar en estar más activos durante el día (Overholser, 2003, como se citó en Carrasco, 2017). En esta paciente no fue necesario hacer foco en el presente módulo, ya que mantenía su actividad laboral y que le agradaba. Sí se trabajó en relación al hábito del dormir en cuanto al horario y fue logrado modificando el horario hacia las 22 horas aproximadamente.

Funcionamiento social perturbado: se encuentra relacionado a las actividades sociales que frecuentemente se encuentran afectadas. Este módulo refiere al planteo de actividades placenteras, la frecuencia, el aumento del apoyo social, a la mejora de las destrezas sociales (Overholser, 2003, como se citó en Carrasco, 2017). En este caso, se identificó la actividad social que más disfrutaba y que era ir al teatro con las amigas. este aspecto se logró más al final del tratamiento. En cambio, sí retomó encuentros pero individuales con las amigas.

Manejo inefectivo de estresores recientes: este módulo consiste en ayudar al paciente a identificar estrategias efectivas e inefectivas para abordar sus problemas, incluye aprender a reducir formas de evasión, como puede ser el uso de alcohol (Overholser, 2003, como se citó en Carrasco, 2017). Aquí sí se hizo foco en el trabajo psicoterapéutico, dado que el consumo del vaso de alcohol diario que consideraba le ayudaba a dormir, lo utilizaba como forma de alejarse del problema que más la “abrumaba”, que era la resolución del tema legal de propiedades en el exterior con el primo. Este módulo sí hubo avance importante, dado que alrededor de la quinta sesión, este hábito fue modificado y no continuó con ese consumo.

Habilidades de resolución de problemas deficiente: hace referencia a mejorar las habilidades de resolución de problemas interpersonales. En cuanto al problema, debería plantearse en términos de objetivos concretos, específicos y realistas. Para ello, se recomienda subdividir el problema interpersonal en componentes que sean manejables (Overholser, 2003, como se citó en Carrasco, 2017). En este módulo también se hizo foco ya que la relación con el primo y resolución del tema legal, era la situación que más angustiaba a “Sandra”. En este sentido, hubo avance al lograr identificar el primer paso para resolver la situación, que fue la búsqueda de un/a abogado/a, explicarle la relación que tiene con su primo y solicitarle que mantuviera ella principalmente la comunicación con su primo. Una vez que se definió por una abogada que le recomendaron, el siguiente paso fue su decisión de querer comunicarle a su primo de esta intervención. Definió hacerlo por Whatsapp escrito y el primo le respondió que estaba de acuerdo. Estos dos primeros pasos fueron relevantes y “Sandra” manifestó sentir un “gran alivio” por haber “arrancado” y que ya comienza a resolverse con una abogada.

Sesgos cognitivos: Overholser (2003, como se citó en Carrasco, 2017) hace mención sobre este aspecto a que las emociones, especificando las que denomina “negativas”, brindan información de relevancia para el psicoterapeuta en cuanto a la forma en que las personas

brindan significados a los eventos de la vida. También destaca la importancia de colaborar con los consultantes a aprender a identificar y monitorear el diálogo interno, conjuntamente con la explicación de la relación entre pensamientos, emociones y conductas.

En este sentido, con “Sandra” se abordó lo relacionado al diálogo interno y la relación entre los pensamientos, emociones y comportamientos. Se hizo hincapié aquí en cómo el alcohol puede modificar dichos pensamientos, lo que siente y la conducta.

Perspectiva negativa de sí mismo: el presente módulo se encuentra vinculado con una limitada conceptualización del sí mismo. Propone colaborar con el paciente a identificar los problemas, estrategias de afrontamiento, revisar los objetivos y formas de evaluación. Aquí también se destaca como importante el apoyo a los consultantes para aumentar el uso de auto-reforzamiento de actos positivos (Overholser, 2003, como se citó en Carrasco, 2017).

Con la paciente se identificó su dificultad en afrontar la situación con el primo: su preocupación en comunicarse con él y que se resolviera la situación legal, dado que luego de que se resolviera la misma, no “deseaba mantener comunicación con él”. Así fue que se logró que “Sandra” decidiera buscar un profesional de abogacía, explicarle su interés en que mantuviera él la comunicación con el primo. También definió que quería ser ella misma la que le informara a su primo de la designación de la abogada y fue el Whatsapp escrito que no presentó inconveniente en la respuesta del primo. De esta manera, se pudo reforzar todos estos actos que le permitieron avanzar. Al respecto, “Sandra” tuvo expresiones: “estar más aliviada por haber podido encontrar una abogada y explicarle su temor y “no poder creer haber logrado enviarle un Whatsapp al primo”.

Tercera fase: Como se indicó anteriormente, se había autorizado la extensión de 8 sesiones. Por lo tanto, esta fase se extendió desde la sesión número 22 aproximadamente y hasta finalizar.

La presente fase hace referencia a la prevención de recaídas. Consiste en preparar al consultante para dificultades futuras, orientaciones para disminuir vulnerabilidades y reconocimiento de las fortalezas, estrategias de autocuidado relacionadas al estado de ánimo depresivo y auto-detección temprana de síntomas depresivos para actuar saludablemente y pedir ayuda (Overholser, 2003, como se citó en Carrasco, 2017).

En este período, se pudo abordar el reconocimiento de su afrontamiento y resolución de la situación que le preocupaba con su primo y sin recurrir al consumo de alcohol. Con respecto al estado de ánimo, se consideró también la relevancia del alcohol y cómo afecta en los pensamientos, emociones y comportamientos. Se recomendó que no consumiera alcohol. Se reconoció como positiva su rápida solicitud inicial de ayuda y mantenimiento del tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico (este último nunca lo había abandonado).

En lo que respecta a la alianza terapéutica, siguiendo a Bordin (1979, como se citó en Cifuentes-Muñoz, 2021), señala que es un aspecto trascendental de la relación psicoterapéutica. Explica que, dicha alianza terapéutica, es entendida como un factor común de cambio que es independiente del modelo teórico y consta de: 1) vínculo terapéutico en tanto colaboración positiva entre consultante y profesional, 2) el grado de acuerdo en los objetivos y 3) el grado de acuerdo en las tareas para cumplimiento de los objetivos.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto sobre la alianza terapéutica, puede señalarse para este caso, que “Sandra” ha colaborado positivamente y estuvo de acuerdo desde el inicio con los objetivos y tareas planteados. Es de destacar que no abandonó el tratamiento. En lo que respecta a los cambios realizados, la asistencia regular fue un logro, como también lo fueron dejar el consumo de alcohol y la contratación de un profesional de abogacía que implicaba dejar de evadir la resolución de la problemática con el primo.

Seguimiento terapéutico y el uso de información de retroalimentación

Dadas las características de la cobertura de su obra social, este aspecto no pudo cumplimentarse con posterioridad a la finalización de las sesiones. El monitoreo se realizó con el seguimiento propio de las sesiones, dichos de la paciente, consultas con psiquiatría y consultas a la Coordinación sobre el caso.

Resultados

Evaluación final del proceso y el resultado de la psicoterapia

De acuerdo a los objetivos planteados, en las primeras sesiones, se logró el cese del consumo de un vaso de alcohol “para ir a dormir a la noche” como regularizar el horario para ir a dormir.

Con respecto al otro objetivo relacionado al vínculo con el primo, la paciente pudo decidir tanto contratar y delegar entonces en una abogada los temas a resolver y, por sobre todo, decidió y logró comunicarse con su primo para informarle de este inicio para ya resolver los pendientes. Luego, ya este tema fue encauzándose y tuvo que tener breves comunicaciones con su primo que afrontó sin mayor dificultad.

Si bien se realizaron consultas con su médica psiquiatra para conocer si observaba algún modificación en particular o en la medicación, no hubo cambios al respecto.

Las redes de apoyo fueron escasas y la paciente no aceptó tener sesiones con alguna persona cercana. Por otra parte, de a poco, fue retomando los encuentros con las amigas, aunque individuales y quedó como proyecto al momento de finalizar con las sesiones, el volver a ir al teatro con ellas. A lo largo del tratamiento, continuó con su actividad laboral como lo venía realizando.

Se trabajaron aspectos de psicoeducación en tanto la relación del consumo de alcohol con el estado de ánimo, la relación entre pensamientos, emociones y comportamientos, diálogo interno, identificación y relevancia de los logros obtenidos.

Si bien por las características de la cobertura de la obra social y dificultades económicas de la paciente no se realizó evaluación inicial, intermedia ni final con técnicas que midieran el proceso y severidad de los síntomas, sí se fueron observando los avances de acuerdo a los objetivos planteados y mejora en el estado de ánimo.

Discusión

Se ha presentado el análisis de un caso de patología dual. El caso si bien fue inspirado en una paciente atendida años atrás, los datos fueron modificados resguardando la confidencialidad y considerando las características propias a los cuadros de depresión y consumo de alcohol.

La consideración de la terapia cognitiva conductual contribuyó positivamente en este caso tanto para el cumplimiento de los objetivos planteados como para proporcionar herramientas para la prevención de recaídas. Es destacar también el compromiso de la paciente avanzando con las pautas que se le proponían para llegar a los objetivos.

La mirada de las dimensiones bio-psico-sociales mencionadas también al inicio, fueron importantes: la paciente continuó con el tratamiento psiquiátrico y avanzó con controles ginecológicos y endocrinológicos para que pueda analizarse la posibilidad del período de la menopausia y relación con el estado de ánimo. Desde lo psicológico, es el detalle de todo el presente desarrollo. Desde lo social, también se logró abordar la relevancia de su empleo y continuidad y retomar de a poco los encuentros y más conversaciones con las amigas.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM 5*. Editorial Médica Panamericana.
- Beck A., Rush J., Shaw B. F. y Emery G. (2010). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.
- Carrasco, Á. (2017). Modelos Psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 51(2),181-189.
- Cifuentes-Muñoz, A. (2021). *¿Conoces cómo conoces? Hacia una epistemología de la psicoterapia*. Universidad Autónoma de Chile. <https://doi.org/10.32457/UA.98>
- Division 12. American Psychological Association. Society of Clinical Psychology (s.f.) *Objetivo del tratamiento: Depresión. Tratamientos psicológicos*.
- González Méndez, G. (2020). Patología dual. Definición, historia y recursos. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 81-96.
- Gonzalez Sepúlveda, M. (2018). Tratamiento de patología dual: Depresión y Trastorno por consumo de sustancias. *Psiquiatría y Salud Mental*. XXXV (3/4), 244-252.
- Kuria, M. W., Ndeti, D. M., Obot, I. S., Khasakhala, L. I., Bagaka, B. M., Mbugua, M. N., y Kamau, J. (2012). *Asociación entre la dependencia del alcohol y la depresión antes y después del tratamiento de la dependencia del alcohol*. Biblioteca Nacional de Medicina. PubMed Central. Psiquiatría ISRN. <https://doi.org/10.5402/2012/482802>
- Muela Aparicio A. y Sansinenea Méndez E. (2020). Tratamientos Psicológicos Personalizados: Orientaciones clínicas. *Papeles del Psicólogo/Psychologist Papers*. *Universidad del País Vasco*, 41(1), 16-26. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2915>

Nathan, P. E., Wallace, J., Zweben, J. y Horvath, T. (2010). American Psychological Association. *Trastornos del consumo de alcohol y su tratamiento*.

Organización Mundial de la Salud (31 de marzo 2023). *Depresión*.

Osorio Guzmán, M. (2024). Generalidades de la Psicología de la Salud: Un enfoque biopsicosocial. *Simbiosis: Revista de Educación y Psicología*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala Ciudad de México, 4(7), 73-86. <https://doi.org/10.59993/simbiosis.v4i7.39>

Torrens Mèlich, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Revista: Adicciones*, 20(4), 315-319.