

**Intervención en estrés traumático  
y el mal uso de sustancias**

Guía para una práctica integradora



hogrefe

Manual  
moderno®

CAPÍTULOS MUESTRA



## EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

### AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.  
Carrera 12-A No. 79-03/05  
Bogotá, DC

Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V.  
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100  
Ciudad de México.



**eMPro**

Asociación de Protección  
de los Derechos de Autor  
y de Gestión Colectiva

# Intervención en estrés traumático y el mal uso de sustancias

## Guía para una práctica integradora<sup>®</sup>

**Denise Hien**  
**Lisa Caren Litt**

Traducción:  
**Mtro. César Eduardo Ortega Elorza**  
Facultad de Psicología, UNAM

Editor responsable:

**Dr. Omar Chávez Victorino**  
Editorial el Manual Moderno



 **hogrefe**

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.  
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

 **Manual  
Moderno<sup>®</sup>**

Editorial El Manual Moderno S.A de C.V.  
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 Ciudad de México

Nos interesa su opinión  
comuníquese con nosotros:



Hogrefe México, S.A. de C.V.,  
Av. Sonora No. 206, Col. Hipódromo,  
Alcaldía Cuauhtémoc, 06100, Ciudad de México



+52 (55) 5265 - 1100



info@hogrefe.mx  
quejas@hogrefe.mx

¡Síguenos!



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

Para mayor información en:

- Catálogo de producto
  - Novedades
  - Pruebas psicológicas en línea y más
- [www.manualmoderno.com](http://www.manualmoderno.com)

*Título original de la obra:*

### **Treating Traumatic Stress and Substance Misuse.**

#### **A guide to integrative practice**

Copyright © 2024 The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc.

ISBN: 9781462555079

370 Seventh Avenue, Suite 1200, New York, NY 10001

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

### **Intervención en estrés traumático y el mal uso de sustancias.**

#### **Guía para una práctica integradora**

D.R. © 2026 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Impreso 978-607-448-975-0

Miembro de la Cámara Nacional

de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopador, etcétera— sin permiso por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form —electronic, mechanical, photocopying— without the prior permission in writing from the Publisher.



es marca registrada de

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

#### **Biblioteca Nacional de México (BNM). Catalogación en la publicación**

**Autores:** Hien, Denise., autor | Litt Lisa Caren., autor| Ortega Elorza, César Eduardo, traductor

**Título:** Intervención en estrés traumático y el mal uso de sustancias. Guía para una práctica integradora| Hien, Denise., autor| Litt Lisa Caren, autor,| Ortega Elorza, César Eduardo, traductor

**Descripción:** 1a edición. | Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno, 2026. | Incluye

**Identificadores:** ISBN 978-607-448-975-0

**BNM** 997658746308686

**Temas:** Psicología– Estrés traumático. | Análisis Uso de Sustancias.

**Clasificación CDD23:** 616.891425

Directora editorial:  
**Mtra. Sandra Núñez Valle**

Editora de desarrollo:  
**LCC Tania Uriza Gómez**

Gerente de producción:  
**Ing. Víctor Canto**

Diseño de portada:  
**DP Cynthia Karina Oropeza Heredia**

# Contenido

Acerca de los autores	ix
Prefacio	xi
Agradecimientos	xv

## PARTE I. CONCEPTUALIZACIÓN INTEGRADORA

<b>1. Casos ilustrativos</b>	3
Ejemplos de casos de evaluación e intervención integradoras	4
<b>2. Necesidad de una atención integradora</b>	13
Perspectivas del TEPT y el TEPT complejo	13
Perspectivas de los trastornos por consumo de sustancias y el mal uso de sustancias	16
Interrelación entre estrés traumático y mal uso de sustancias	20
Traumatización y microagresiones relacionadas con las diferencias individuales y la diversidad	29
Resumen	30

## PARTE II. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

<b>3. Evaluación y formulación</b>	33
Evaluación como intervención	33
Conocer el estado actual de los consultantes	37
Cómo abordar la entrevista clínica inicial	38
Formulación de una impresión diagnóstica	50
Uso de medidas estandarizadas	53
Planificación de la intervención	61
Resumen	66

<b>4. Decisiones terapéuticas</b>	67
¿Cuándo es apropiado un modelo secuencial para el estrés traumático y el mal uso de sustancias?	68
Clasificación de las intervenciones para el estrés traumático	73
Clasificación de las intervenciones para el estrés traumático y el trastorno por uso de sustancias	75
Enfoque del modelo de etapas para el TEPT + TCS	76
Ritmo y adaptación de la intervención	79
Integración de las intervenciones basadas en evidencia con los enfoques de intervención psicodinámica	81
¿Qué es una intervención exitosa?	85
Resumen	86
<b>5. Panorama de la intervención, parte 1</b>	87
Flexibilidad en la aplicación de la intervención	88
Intervenciones centradas en el trauma/el pasado	89
Intervenciones centradas en el presente y no enfocadas en el trauma	99
Resumen	103
<b>6. Panorama de la intervención, parte 2</b>	105
Regulación y estabilización emocionales	105
Modelos de intervención para el mal uso de sustancias	112
Modelos útiles para el estrés traumático y el mal uso de sustancias	115
Modelos integrales para el TEPT y el mal uso de sustancias	118
Resumen	125
<b>7. Intervenciones farmacológicas y nuevas direcciones</b>	127
¿Cuándo sugerir una consulta de farmacoterapia?	128
Abordar la ambivalencia de la farmacoterapia	130
Intervenciones farmacológicas útiles para TEPT y TCS	132
Otras sustancias psicoactivas para tratar el TEPT	142
Resumen	152
<b>PARTE III. CONSIDERACIONES CLÍNICAS</b>	
<b>8. Enfoques y desafíos en el compromiso terapéutico</b>	157
Grado de comodidad	158
¿Aceptar o no aceptar?	164
Avanzar	165
Dinámica en la relación terapéutica	166
El marco terapéutico	170
“Desvincularse” o dar por terminada la intervención	173
Resumen	177

<b>9. Preocupaciones relacionales y contratransferenciales</b>	179
Actitudes divergentes en el trabajo con el estrés traumático o el consumo de sustancias	180
Principios básicos y desafíos para el clínico	181
Considerar los patrones relacionales y contratransferenciales	186
Paradigmas relacionales vinculados con la sexualidad y la violencia de género y el mal uso de sustancias	189
Resumen	204
<b>10. Colaborar con un equipo</b>	207
Un enfoque de equipo	208
Construir el equipo	209
Cuándo considerar el apoyo adicional o un nivel superior de atención	211
Modalidades de intervención complementaria	214
Reducir el grado de atención	225
Educación continua y supervisión	227
Cuándo cambiar de profesional	228
<b>11. Participación familiar y crianza de los hijos</b>	231
¿Es apropiada la participación familiar?	231
Preparación para la participación familiar	239
Ayudar a la familia a apoyar al consultante	243
Ayudar a las familias de consultantes adolescentes	247
Participación terapéutica en torno de la crianza de los hijos	249
Intervenciones terapéuticas para las familias y la crianza	254
Una nota final	260
Referencias	261
Índice	281



hogrefe

Manual  
Moderno®

CAPÍTULOS MUESTRA

# Acerca de los autores

**Denise Hien, ABPP**, es vicerrectora de investigación; directora y coordinadora de la cátedra Helen E. Chaney en estudios de alcoholismo en el *Center of Alcohol and Substance Use Studies*; y profesora distinguida en la *Graduate School of Applied and Professional Psychology* en Rutgers, *State University of New Jersey*.

Líder en el campo desde la década de 1990, la doctora Hien ha contribuido a la base empírica de evidencia sobre la intervención en personas con trastornos psiquiátricos relacionados con traumas y adicciones a través de su investigación en entornos de intervención comunitarios sobre el consumo de sustancias. Está certificada por la junta en psicología clínica y forma parte de numerosos consejos asesores científicos nacionales. Ha recibido múltiples distinciones, entre ellas el inaugural *Mary Jean Kreek Award for Underserved Populations* del *College on Problems of Drug Dependence* en 2023.

**Lisa Caren Litt**, es una reconocida experta en la intervención integrada del estrés traumático y el mal uso de sustancias y está adscrita a la Facultad Clínica del Departamento de Psicología de la *New School for Social Research*, donde supervisa la especialización en salud mental y el asesoramiento sobre mal uso de sustancias. La doctora Litt es profesora adjunta en la *Icahn School of Medicine at Mount Sinai*; la *Adelphi University*; y el *Teachers College* de la *Columbia University*. Es miembro y ex presidenta del Comité Ejecutivo de la División de Adicciones de la *New York State Psychological Association Division on Addictions* y copresidenta de la *Board of Directors of Moderation Management*. Ha sido consultora, capacitadora y supervisora de estudios de intervención conductual para el trastorno de estrés postraumático y el mal uso de sustancias, y atiende una práctica de psicología clínica en la ciudad de Nueva York.



hogrefe

Manual  
Moderno®

CAPÍTULOS MUESTRA

# Prefacio

Muchos clínicos consideran estar bien informados acerca de la forma de intervenir en el estrés traumático o el mal uso de sustancias, pero a menudo no en ambos, o carecen de experiencia para abordar estos aspectos como procesos clínicos duales. De igual manera, muchos profesionales tienen conocimientos de intervenciones exploratorias y psicodinámicas o de modalidades cognitivo-conductuales y basadas en habilidades, pero no de cómo y cuándo integrar estos métodos, en particular al tratar el estrés traumático y el mal uso de sustancias. Incluso los clínicos experimentados pueden encontrar dificultades para atender un caso más complejo de lo que parecía al principio, a medida que emergen con el tiempo traumas o mal uso de sustancias pasados.

Al exponer un análisis clínico de los desafíos que supone trabajar con esta población, este libro busca contribuir a superar la brecha de experiencia que padecen muchos profesionales. Este volumen está dirigido tanto a clínicos con experiencia como a médicos en formación que desean ampliar su experiencia práctica en la intervención integrada del estrés traumático concurrente y el mal uso de sustancias.

Al final del libro, los lectores comprenderán mejor las trayectorias de evolución del estrés traumático y el mal uso de sustancias, así como la manera en que su gravedad influye en las decisiones clínicas tomadas a lo largo de la intervención. Se analizan muchos de los dilemas técnicos que implica atender a individuos con las secuelas del trauma y el mal uso de sustancias y la forma de intervenir en las personas desde la consulta inicial hasta algunos de los numerosos puntos de decisión que pueden enfrentarse durante la intervención. El objetivo es proporcionar a los clínicos el conocimiento necesario para abordar con mayor confianza algunos de los elementos multifacéticos de la intervención al trabajar con consultantes que padecen traumas y mal uso de sustancias. Dado que la diversidad, la equidad, la inclusión y la pertenencia se intersecan con el trauma y el consumo de sustancias de innumerables maneras, también se integran las perspectivas relevantes sobre el trauma racial y la discriminación.

Se proporciona una lista de diversos recursos relacionados con el estrés traumático y el mal uso de sustancias en el sitio web de la editorial. Allí también está disponible un Cuestionario para pacientes nuevos, un ejercicio de Espacio de respiración SOBER y un guion de Conexión a tierra, que se mencionan en los capítulos 3 y 6.

En cuanto al género, se han incorporado en este libro referencias a él/lo/suyo, ella/suya/suyo y ellos/ellas/suyos al describir a los individuos. En lugar de adoptar las convenciones gramaticales tradicionales, aquí se honran diversas identidades individuales; por lo tanto, los ejemplos alternan estos usos pronominales.

Los lectores también notarán que se emplean términos como “uso indebido de sustancias” y “uso problemático de sustancias” en lugar del término más familiar “abuso de sustancias”. Este último término ha dominado el campo durante muchos años, en parte debido a las designaciones diagnósticas en versiones anteriores del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), que creó dos categorías de problemas para el uso de sustancias: abuso de sustancias y dependencia de sustancias. Como se revisa más adelante, este enfoque limitó la capacidad clínica para conceptualizar los problemas de los consultantes en su consumo de sustancias para estas presentaciones más extremas. El campo ha evolucionado para reconocer que los problemas relacionados con el uso de sustancias se representan mejor a lo largo de un continuo. Los términos “mal uso de sustancias” y “uso problemático de sustancias” representan mejor este espectro. Estos términos se utilizan de modo indistinto a lo largo del texto. Se conservan aún los términos “trastorno por uso de sustancias” y “trastorno por uso de alcohol”, que son designaciones del DSM-5-TR (5ta edición, revisión del texto; American Psychiatric Association, 2022), para preocupaciones mayores y gravedad al final del espectro.

No se usa el término “adicto” sino un lenguaje centrado en la persona y no estigmatizante. Para algunos individuos tal término ha proporcionado una etiqueta útil para su experiencia, pero ha llevado a otros a sentirse devaluados y reducidos a un conjunto de preconcepciones generalizadas. En la práctica, las palabras “adicto” y “adicción” han carecido de una definición clara, pero aun así han buscado dicotomizar la experiencia individual: se es o no un adicto. Esto no se adapta a la gama de comportamientos de consumo de sustancias descritos en este libro y ha propiciado que muchas personas demoren la búsqueda de ayuda por no sentirse cómodas con el término. *Buscar ayuda por el consumo de sustancias ¿significa ser un adicto?* En realidad, ya existen muchas barreras para recibir atención; añadir un lenguaje que promueva la vergüenza y la marginación (Broyles, *et al.*, 2014) sólo estigmatiza aún más el proceso de acercamiento. En el capítulo 2 también se describen algunos principios centrales de la reducción de daños, uno de los cuales es la *desestigmatización* de aquellos que consumen sustancias (Tatarsky y Kellogg, 2012; Tatarsky, 2002).

En este libro también se emplea de modo intencional un lenguaje específico relacionado con el trauma y sus efectos. El “trauma” se refiere a los sucesos a los que se expone un individuo, en combinación con el efecto que tienen en la capacidad de una persona para afrontarlos. El término “estrés traumático” se usa como un término

general para la presentación clínica de los consultantes que experimentaron trauma, presentaciones como el trastorno de estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés postraumático complejo. Estos traumas se derivan de la exposición a experiencias traumáticas interpersonales, como negligencia y maltrato infantil, abuso físico y sexual infantil, violación, incesto, violencia interpersonal, violencia doméstica y de pareja, y revictimización, así como episodios traumáticos que no son en particular relacionales, como la exposición al combate, desastres naturales, accidentes y lesiones. En los capítulos 3 y 4 se elaboran conceptos diagnósticos vinculados con trastornos específicos por traumas.

Además, en este libro se describen las diferencias entre la intervención para el estrés traumático y el cuidado informado sobre el trauma. El enfoque del cuidado informado sobre el trauma busca crear un entorno seguro para los consultantes y aumentar la conciencia entre los proveedores y el personal del efecto del trauma sobre el comportamiento del individuo. Con esta conciencia pueden responder de manera más efectiva a los comportamientos relacionados con el trauma de las personas. La *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA, 2014a) ha proporcionado liderazgo en la definición y promoción de la necesidad de cuidado informado sobre el trauma cuando el consumo de sustancias es parte del cuadro clínico, al aplicar un modelo basado en fortalezas que promueve el empoderamiento del consultante (Bath, 2008; SAMHSA, 2014a) y permitir una flexibilidad en los pasos que una organización toma para proporcionar intervenciones para el estrés traumático. Este concepto se ha implementado de forma amplia en instituciones y organizaciones que suministran atención al mal uso de sustancias en Estados Unidos.

A lo largo de varias décadas se ha realizado trabajo conjunto para comprender mejor a esta población concurrente desde una perspectiva epidemiológica y clínica. La investigación ha ayudado a demostrar la viabilidad de abordar el estrés traumático en personas que consumen sustancias. Dicha investigación también ha demostrado la eficacia de distintos enfoques terapéuticos, incluidas las intervenciones conductuales/psicoterapéuticas y las farmacológicas. Los profesionales clínicos se han capacitado en estudios nacionales multicéntricos y han contribuido a difundir intervenciones integradas para el trauma y el mal uso de sustancias. Una función de los directores clínicos, profesores, mentores, escritores y profesionales clínicos es formar a profesionales y estudiantes en diversas disciplinas de la salud mental. Con base en la investigación en este campo y en la experiencia en la integración de enfoques terapéuticos relacionados con el estrés traumático y el mal uso de sustancias, los siguientes capítulos ayudarán a determinar cuándo elegir entre diversas técnicas e intervenciones basadas en la evidencia y guiarán las decisiones prácticas sobre la forma de atender a estos complejos individuos.

\*N. del E.: en esta obra observará que hemos utilizado los términos morfología de conducta, expresiones conductuales y síntomas psicológicos como sinónimos, ya que hacen referencia a formas de comportamiento (hacer, decir, sentir, pensar) que integran los constructos psicológicos de interés (ansiedad, depresión, estrés, etc.).

## Recursos digitales



A continuación encontrará un código QR que, al escanearlo con su celular, le dará acceso a recursos digitales de consulta que sirven de apoyo a lo revisado en el libro.



hogrefe

Manual moderno  
CAPÍTULOS MUESTRA

# Agradecimientos

Los consultantes exigen nuestra solidaridad. Lo que muchos de ellos han soportado es inconcebible y al mismo tiempo demasiado real. Su evolución en las intervenciones refleja una enorme valentía y esfuerzo para abordar y articular su pasado traumático y encontrar una salida sin abusar de las sustancias, o bien para hacerlo de forma más segura. Cuando hemos intervenido en este proceso hemos sido afortunados de ver a las personas liberarse de parte de la carga del pasado y emerger con nuevas perspectivas, fortalezas y direcciones.

Este libro está dedicado a nuestros consultantes y a los numerosos estudiantes, profesionales clínicos e investigadores con quienes hemos trabajado a lo largo de los años y que también se han esforzado por desarrollar y ofrecer una atención integral y eficaz. Reconocemos el enorme número de profesionales clínicos que se han sentido perdidos al abordar los enormes desafíos que supone la coexistencia del consumo problemático de sustancias y el estrés traumático. En este libro hemos resumido el aprendizaje de varias décadas de trabajo clínico, investigación, docencia y formación para ayudarlos a sentirse preparados para participar en una intervención compasiva y atenta.

Hemos tenido el placer de colaborar en este campo durante casi 30 años, tanto en la investigación de intervenciones como en los programas de intervención comunitaria, en entornos académicos y en la práctica privada. Una amiga y colega a quien queremos expresar especialmente nuestro agradecimiento es la doctora Lisa R. Cohen, que nos ha acompañado en este camino y compartido sus ideas durante el desarrollo de la estructura de este libro. Gracias Lisa por tu sabiduría clínica, tu empatía con tus consultantes y tu humildad ante los desafíos.

También tuvimos la suerte de recorrer el camino con tantos otros colegas en nuestras trayectorias profesionales, incluidos los estudiantes que se han convertido en colegas y amigos, como Alex Bauer, Aimee Campbell, Teresa López-Castro, Gloria Miele, Lesia Ruglass, Tanya Saraiya y el resto del equipo del Proyecto Armonía: Su-

die Back, Kathleen Brady, Kath Mills, Antonio Morgan-López, Sonya Norman, Lissette Saavedra, Debra Kaysen, Therese Killeen, Ismene Petrakis, Tracy Simpson y todos los investigadores y aprendices del *National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network Women and Trauma Study* y el *Consortium on Addictions, Stress and Trauma* (CAST) en todo el mundo.

Hemos tenido la suerte de estar conectados con una gran comunidad de colegas y amigos cuya experiencia, compañerismo y amistad han aportado información clínica y comunitaria a la investigación y la han sustentado. Merecen un reconocimiento Francine Conway, Naomi Davidson, Erik Fertuck, Frances Levin, Shelly Greenfield, Lisa Najavits, Bob Melara, Ned Nunes, Shireen Rizvi, Peggy Swarbrick, Kate Szymanski, Susan Tross y Peg Wright. Asimismo, estamos en deuda con nuestra familia de médicos y estudiantes del *Women's Health Project* y el *Men's Center for Healing and Recovery*, quienes contribuyeron a la importante aplicación de nuestra investigación a la práctica clínica. Un agradecimiento especial también lo merecen nuestros colegas del *Addiction Institute of Mount Sinai* por su apoyo.

Ofrecemos una expresión especial de gratitud a aquellos colegas y mentores cuya dedicación a esta población ha sido una inspiración y cuya sabiduría es el núcleo de este libro. Agradecemos a los psicólogos del comité ejecutivo de la división de adicciones de la *New York State Psychological Association* por su compromiso constante para priorizar la reducción de daños en el proceso psicológico y por reconocer el papel central del trauma en la vida de nuestros consultantes.

Asimismo, debemos agradecer a nuestros estudiantes por valorar el aprendizaje del trabajo con el consumo problemático de sustancias como psicólogos y por continuar su apoyo a la investigación sobre prácticas basadas en la evidencia relacionadas con los trastornos por consumo de sustancias y el estrés traumático. ¡Sigamos así!

Agradecemos profundamente a Colette Haward sus valiosos comentarios sobre el componente psicofarmacológico de este libro y a Chantel Ebhrahimi por todo su esfuerzo para darle su forma final. A Jim Nageotte, editor principal de The Guilford Press, le debemos su visión para este libro y su firme convicción de que nuestras contribuciones fueron valiosas y oportunas para una guía clínica como ésta.

*De Denise:* A mi familia por su amor y aceptación incondicional (Curtis, Jackson, Luc y Marcus). A Lisa por su sabiduría clínica, su excelente escritura y su amistad. Y, por último, a mis padres inmigrantes, Nguyen Chi y Monica Hien, cuya resiliencia ante los numerosos desafíos de la vida siempre me infundió esperanza de que, a pesar del trauma y la pérdida temprana, las consecuencias de la guerra y el abandono del país y la familia, uno puede aún prosperar gracias al poder de las relaciones y la conexión.

*De Lisa:* Agradezco sinceramente a mi esposo, Michael, y a mis hijos, Noah, Daniel y Gabriel, por su extraordinaria paciencia durante la escritura de este libro. Gracias por su apoyo durante este proceso, su disposición a compartir todo el tiempo que pasaron escondidos tras la puerta de mi oficina y su amable sentido del humor cuando fue necesario. Agradezco a mi extensa familia, amigos, compañeros y estudiantes que me escucharon atentamente durante todo el proceso por sus comentarios y aliento. A Denise le agradezco eternamente poder llamarla colega, colaboradora y amiga.

# CAPÍTULO 2

## Necesidad de una atención integradora

En este capítulo presentamos el fundamento para la atención integradora de las personas que viven con trastornos relacionados con el trauma y el mal uso de sustancias. Se revisan las presentaciones clínicas y las consideraciones vinculadas con el estrés traumático, junto con importantes perspectivas diagnósticas sobre el TEPT y el TEPT complejo (TEPT-C). También se revisan las relaciones entre el trauma y el mal uso de sustancias que influyen en las decisiones sobre la intervención terapéutica. Se utilizan los casos de la Sra. A y el Sr. B para destacar la forma en que el enfoque de la intervención desde una perspectiva integradora es crucial para la atención clínica, así como la manera en que las diferencias individuales deben priorizarse en la conceptualización de los casos y la planificación de la intervención.

### PERSPECTIVAS DEL TEPT Y EL TEPT COMPLEJO

Entre las personas expuestas a episodios traumáticos, un número significativo experimenta angustia en el periodo agudo posterior al trauma, si bien su morfología conductual se resuelve pronto. Sólo alrededor del 20% desarrolla TEPT. Otros pueden desarrollar trastornos del estado de ánimo o diversos trastornos de ansiedad, sin TEPT. El tipo y la cronicidad del trauma y la edad de exposición a sucesos traumáticos juegan un papel importante en términos de vulnerabilidad individual, explicación del problema psicológico y pronóstico. El trauma interpersonal, en especial el maltrato y el abuso infantil, supone un mayor riesgo de desarrollar TEPT y el denominado TEPT complejo y otros trastornos de salud mental respecto de los accidentes y los desastres naturales (Brewin, *et al.*, 2017). Cuanto más temprano sea el inicio y más larga la duración del trauma, más probable es que los individuos presenten signos más graves de TEPT, así

como otras dificultades, como el mal uso de sustancias, la depresión, la disociación, las quejas somáticas y las dificultades para controlar la ira y el comportamiento impulsivo.

## Trastorno de estrés postraumático

La morfología conductual del TEPT surge como reacción a la exposición a un trauma que sobrepasa la capacidad de afrontamiento. Los signos distintivos del estrés postraumático suelen incluir la reexperimentación de aspectos de los episodios traumáticos, la evitación de recordatorios de las experiencias traumáticas, internos y externos, la hipervigilancia y la hiperactivación fisiológica. El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta edición, revisión del texto [DSM-5-TR]; American Psychiatric Association, 2022) ha adoptado una perspectiva más amplia del TEPT al incluir el efecto de los sucesos traumáticos en los pensamientos y las emociones. Se remite a los lectores al DSM-5-TR para consultar los criterios diagnósticos específicos que incluyen la identificación de al menos un episodio vital traumático y la evaluación de cuatro grupos de síntomas adjuntos. El trauma de la magnitud de los sucesos vitales definidos por el DSM-5-TR no es poco frecuente; alrededor del 70% de los adultos de todo el mundo experimenta al menos un episodio de este tipo a lo largo de su vida (Kessler, *et al.*, 2017).

## Trastorno de estrés postraumático complejo

En términos formales, el TEPT complejo se reconoce como diagnóstico en la undécima edición de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2022), aunque no en el DSM-5-TR. La CIE-11 ha formalizado una distinción conceptual que se ha propuesto desde hace mucho tiempo, según la cual los individuos expuestos a sucesos traumáticos de forma *crónica o prolongada* muestran una presentación distinta en comparación con la de quienes se expusieron sólo a un incidente traumático o un conjunto específico de experiencias traumáticas. De manera típica, el TEPT se ha relacionado con esta clase de experiencias. Por otro lado, los episodios vinculados con traumas complejos incluyen exposiciones traumáticas prolongadas, como abuso sexual, físico o emocional en la infancia; tortura; situaciones de reclusión en prisioneros de guerra; o bien ser víctima de tráfico sexual o violencia de pareja (Brewin, *et al.*, 2017).

Herman (1992) acuñó por primera vez el término "TEPT complejo" y presupuso que se desarrollaba tras la experiencia de una exposición traumática interpersonal grave, como la ya mencionada. Los factores estresantes agudos relacionados con el trauma complejo son repetitivos o prolongados, a menudo implican daño o abandono de los cuidadores u otros adultos responsables, y muchas veces ocurren en etapas vulnerables del desarrollo de la víctima, como la primera infancia o la adolescencia.

Los problemas centrales de desregulación afectiva e inestabilidad emocional, deterioro del autodesarrollo, disociación estructural y periodos de amnesia, desregulación somática y patrones de apego desorganizados se observan con frecuencia entre los sobrevivientes de trauma complejo. La confianza básica en las relaciones se compromete con frecuencia, lo que propicia una conexión interpersonal problemática. Algunos individuos evitan las relaciones o se sienten incapaces de acercarse y permanecer cerca de los demás, muchas veces porque manejar los conflictos y participar en una comunicación auténtica les produce miedo o ansiedad. Otros pueden, en realidad, ridiculizar o menospreciar las relaciones debido a decepciones anteriores. El TEPT complejo refleja estas experiencias, entre otros desafíos. Los sobrevivientes con TEPT complejo albergan muchas veces sentimientos de culpa, vergüenza o falta de autoestima, junto con distorsiones más extremas de la perspectiva, entre ellas creencias distorsionadas de sí mismos y de aquellos que perpetraron el daño. El TEPT complejo puede incluir la reexperimentación intrusiva del trauma, como en el TEPT, pero acompañada de otras interrupciones significativas del funcionamiento.

El TEPT complejo, según la CIE-11, comprende los grupos de signos centrales del TEPT (reexperiencia, evitación, sensación de amenaza), así como tres dominios problemáticos en las "alteraciones de la autoorganización": a) desregulación afectiva, b) autoconcepto negativo y c) dificultades interpersonales (Maercker, *et al.*, 2013). La morfología conductual del TEPT complejo representa un espectro más amplio de problemas que reconoce no sólo el papel de los estresores traumáticos en la generación de terror y miedo, sino también las consecuencias que la exposición a los estresores traumáticos de forma sostenida, repetida o múltiple tiene sobre la autoorganización, especialmente cuando ocurren durante la infancia.

Cloitre *et al.* (2013) describen los problemas del dominio de las "alteraciones de la autoorganización" como desregulación emocional, evidenciada por una mayor reactividad emocional, arrebatos violentos, comportamiento imprudente o autodestructivo, o una tendencia a experimentar estados disociativos prolongados bajo estrés. Además, son posibles apagamiento emocional e incapacidad para experimentar placer o emociones positivas. Las alteraciones del yo se caracterizan por un autoconcepto negativo, marcado por creencias persistentes sobre uno mismo como disminuido, derrotado o inútil. Éstos pueden acompañarse de sentimientos profundos y generalizados de vergüenza o culpa relacionados, por ejemplo, con la incapacidad de superar circunstancias adversas o evitar el sufrimiento ajeno. Las alteraciones interpersonales se definen por dificultades persistentes para mantener relaciones. Estas dificultades pueden presentarse de diversas maneras, pero se ejemplifican por dificultades para sentir empatía por los demás. Las personas pueden de manera consistente evitar, ridiculizar o mostrar poco interés en las relaciones, en términos específicos, y en la interacción social en general. Los individuos pueden experimentar en ocasiones relaciones cercanas o intensas, pero con dificultades para mantener el compromiso emocional.

El DSM-5-TR declinó reconocer el TEPT complejo como un diagnóstico separado, pero incorporó algunos de los signos observados en el TEPT mediante la adición

del grupo de expresiones centrados en patrones de pensamiento y estados de ánimo vinculados con la vergüenza y la culpa. Ahora existe también un subtipo que incluye a quienes sufren experiencias o morfologías conductuales disociativas significativas, representadas por signos de desrealización y despersonalización.

Diversos y crecientes estudios indican que es más probable que las personas con TEPT complejo sufrieran un trauma prolongado que aquéllas con TEPT, lo que representa el sustento conceptual de esta distinción (Brewin, *et al.*, 2017). Si bien el TEPT complejo como entidad distinta del TEPT es todavía controvertido en la actualidad, se incluye aquí debido a la utilidad de su formulación al analizar la relación entre la respuesta al estrés traumático y el mal uso de sustancias, puesto que los individuos que afrontan ambas situaciones comparten muchas características subyacentes de la exposición crónica al trauma y el consumo problemático de sustancias. El beneficio clínico práctico de esta distinción radica en que facilita una caracterización más precisa de los perfiles psicológicos propios de los subgrupos de sobrevivientes de trauma y, sobre todo, contribuye a diseñar planes terapéuticos más personalizados y eficientes.

El debate diagnóstico adicional se ha centrado en la superposición de las morfologías conductuales del trastorno límite de la personalidad (TLP) y el TEPT complejo. Con frecuencia, las personas con TLP evitan con desesperación el abandono, real o imaginario; establecen relaciones interpersonales intensas y a menudo inestables; muestran impulsividad e ira intensa, alteración de la identidad y un sentido inestable de sí mismos, sentimientos crónicos de vacío, ideación similar a la paranoia relacionada con el estrés y dificultad para gestionar emociones y angustia intensas; y disociación.

El TLP no se ha vinculado de manera específica con causas traumáticas, aunque existe una correlación significativa. Casi dos tercios de los individuos diagnosticados con TLP se han expuesto a maltrato infantil prolongado, abuso o violencia de pareja entre sus cuidadores (Herman, *et al.*, 1989). La superposición de las morfologías conductuales y la gran correlación han llevado a muchas personas a considerar si el denominado TLP en muchos consultantes se explicaría mejor como TEPT complejo, sin el profundo estigma negativo que acompaña al TLP.

## PERSPECTIVAS DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y EL MAL USO DE SUSTANCIAS

Ahora tenemos una conciencia mucho mayor de que el *consumo* problemático de sustancias debe considerarse *en un continuo*. Los cambios en la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) mejoraron nuestra capacidad para conceptualizar el mal uso de sustancias de esta manera y diagnosticar los trastornos por consumo de sustancias (TCS) a lo largo de un espectro. Los enfoques diagnósticos previos ofrecían dos opciones categóricas: una persona cumplía los criterios de “mal uso de sustancias” o de “dependencia de sustancias.” El DSM-5 y con posterioridad el DSM-5-TR describieron

el consumo problemático de sustancias y la capacidad de diagnosticar un TCS a lo largo de un continuo. La explicación psicológica de un TCS se basa en el número de déficits identificados vinculados con la dificultad para controlar el consumo, el efecto en el funcionamiento social, el consumo de sustancias de forma riesgosa y la evidencia de tolerancia fisiológica o abstinencia, y la clasificación del TCS en un continuo de leve a grave. Este enfoque reconoce que incluso un TCS “leve” exige atención clínica.

## El enfoque de la “abstinencia sola”

Muchos clínicos han considerado durante mucho tiempo que los enfoques basados tan sólo en la abstinencia son la única manera de abordar el consumo problemático de sustancias. En respuesta a las *teorías morales* en el contexto de la adicción, en el cual el mal uso de sustancias se tomaba como un signo de debilidad moral y falta de fuerza de voluntad, la abstinencia se consideraba la respuesta justa a una vida de disolución infundida por el alcohol. A menudo se refería a las personas a la atención eclesiástica para abandonar un comportamiento considerado pecaminoso. Esta creencia fue fundamental para el movimiento de la Prohibición en Estados Unidos. La abstinencia cobró mayor fuerza varias décadas después, cuando el alcoholismo se consideró una enfermedad física (Silkworth, 1937) y emergió el *modelo de enfermedad* de la adicción (Jellinek, 1960) que la identificó como una enfermedad física crónica. Si bien se atenúa el estigma *moral* relacionado con el consumo de sustancias al enfatizar que la adicción era una *enfermedad* tratable, el modelo de la enfermedad sustentaba la idea de que las personas nunca podrían curarse de su problema de consumo de sustancias y que la única respuesta adecuada era la abstinencia continuada de todas las sustancias. Desde esta perspectiva, no era posible nunca volver a un grado moderado de consumo. La recuperación se convirtió en un proceso que debía proseguirse toda la vida.

Al surgir, Alcohólicos Anónimos adoptó estos principios, que se han mantenido como componentes fundamentales de los grupos de 12 pasos. El único requisito para ser miembro de los grupos de 12 pasos es el deseo de *abandonar* el consumo de alcohol. Muchos programas que aparecieron para tratar la adicción incorporaron el modelo de la enfermedad y la premisa de los 12 pasos en sus enfoques terapéuticos, y se perpetuó la abstinencia como el único objetivo aceptable del tratamiento. El enfoque de los 12 pasos ha sido útil para muchas personas. Sin embargo, desde una perspectiva de salud pública, los intentos de reducir o eliminar el mal uso de sustancias mediante enfoques terapéuticos centrados en la abstinencia o moralistas, junto con los esfuerzos por criminalizar el consumo de drogas, han fracasado con frecuencia.

## El enfoque de la reducción de daños

En contraste con los modelos basados tan sólo en la abstinencia, los enfoques de reducción de daños evolucionaron para proporcionar una nueva forma de mitigar las

consecuencias nocivas del consumo de sustancias, sin exigir la abstinencia. La reducción de daños se ha definido como “un conjunto de enfoques compasivos y pragmáticos para disminuir el daño vinculado con conductas de alto riesgo y mejorar la calidad de vida” (Collins, *et al.*, 2012, p. 5), y ha llenado un vacío en la forma de abordar el consumo de sustancias. La reducción de daños ha enfatizado las consecuencias del mal uso de sustancias, en lugar de condenarlas.

En realidad, importantes organizaciones nacionales como la NIAAA (2021) han apoyado ya puntos de vista revisados acerca de la “recuperación” que no presuponen la abstinencia: “La recuperación es un proceso a través del cual un individuo busca tanto la remisión del trastorno por consumo de alcohol (TCA) como la cesación del consumo excesivo de alcohol.

Una persona puede considerarse ‘recuperada’ si logra y mantiene a lo largo del tiempo la remisión del TCA y la cesación del consumo excesivo de alcohol”.

Las iniciativas de reducción de daños en salud pública también han demostrado el valor de este concepto. Un ejemplo notable de política pública se relacionó con el aumento de las infecciones por VIH/sida, en el que el consumo de drogas intravenosas representó un riesgo particular para la salud pública debido al uso compartido de agujas. Al ofrecer servicios de reducción de daños, como atención médica y jeringas limpias, y reducir las barreras para el tratamiento con metadona, los programas en el Reino Unido demostraron la eficacia de un enfoque de reducción de daños tanto para los individuos como para la sociedad; mientras que las tasas de VIH/sida se elevaban entre los consumidores de drogas intravenosas en todo el mundo, el Reino Unido pudo limitar en grado considerable la transmisión de enfermedades secundarias al uso de drogas intravenosas.

Las iniciativas de salud pública más recientes para la reducción de daños en los consumidores de opioides incluyen la distribución de agujas y artículos limpios para ayudar a las personas a inyectarse de forma más segura, así como iniciativas para desarrollar centros de consumo seguro. En países donde existen centros de consumo seguro (p. ej., Canadá, Australia y algunas partes de Europa), los individuos pueden consumir o inyectarse sustancias con suministros estériles y con especialistas y proveedores de atención adictiva en el lugar para ofrecer atención inmediata de reversión, en caso de sobredosis de opioides. Con el acceso a estos centros, menos personas consumen sustancias en espacios públicos, se reduce la transmisión de enfermedades a medida que las personas aprenden prácticas de inyección más seguras, se reduce la mortalidad por sobredosis y se desechan menos jeringas en espacios públicos. El personal de los centros de consumo seguro también puede derivar a consultantes a centros de intervención. EUA ha enfrentado la oposición a la adopción de estos centros, pero su eficacia para la reducción de daños en otros lugares está bien documentada (Finke y Chan, 2022).

Nosotros abogamos por un enfoque de reducción de daños para la evaluación e intervención del mal uso de sustancias que reconozca la gravedad y proporcione la flexibilidad necesaria para que la intervención se adapte a las necesidades y deseos

del consultante. Ha sido útil para que los profesionales clínicos respondan al consumo problemático sin insistir en la abstinencia, aun cuando muchos consultantes pueden elegir la abstinencia como el mejor objetivo a través de un enfoque de reducción de daños.

Un principio central del proceso psicológico de reducción de daños (Tatarsky y Kellogg, 2012; Tatarsky, 2002) incluye *no considerar la abstinencia como una condición necesaria para la intervención*. Es preciso considerar una alternativa a una postura única sobre la forma de abordar la sustancia, es decir, un enfoque de reducción de daños que permita individualizar el tiempo, así como los objetivos y la planificación de la intervención.

## Comprender la complejidad del consumo problemático de sustancias

El surgimiento del *modelo biopsicosocial* también amplió la perspectiva sobre el consumo problemático de sustancias. El modelo moral y el de la enfermedad ofrecían una limitada perspectiva sobre el desarrollo del mal uso de sustancias. Si bien la contribución de la genética y la fisiología del cuerpo y el cerebro es aún esencial para comprender el consumo problemático de sustancias, es sólo una parte de la compleja interacción entre vulnerabilidades biológicas, psicológicas y socioambientales. El modelo biopsicosocial se centra en la matriz única de los factores contribuyentes que ayuda a formular cómo el consumo de sustancias desempeñó un papel tan importante para un individuo y la forma en que se mantuvo en el tiempo. Los componentes psicológicos comprenden un espectro tan amplio como el propio proceso psicológico, dado que incorporan la atención al desarrollo, la personalidad, la emoción, la cognición y los factores relacionales y ecológicos del individuo, lo que refleja la complejidad de su pasado y presente (DiClemente, 2018). El trauma, en particular el sufrido en la primera infancia, y el maltrato prolongado se intersecan con estos elementos y pueden alterar el desarrollo. Los recursos y las respuestas de los allegados a las personas a medida que crecen producen un entorno de resiliencia o déficit, y determinan si las sustancias se convierten o no en un recurso adaptativo aparente.

Diversos estudiosos psicoanalíticos han propuesto una comprensión de la forma en que las sustancias pueden convertirse en un medio atractivo de *automedicación* (Khantzian, 1985), en respuesta a déficits de la regulación afectiva. Khantzian (1997) observó cómo las sustancias se utilizan a menudo para gestionar conflictos interpersonales, problemas de identidad y autoestima, y autocuidado. Wurmser (1974) describió la intolerancia como la presencia de estados afectivos desagradables y como factor contribuyente del impulso de consumir sustancias; Krystal y Krystal (1988) señalaron también el modo en que una persona puede aliviar su angustia emocional al sustituir sustancias por su propia incapacidad para calmarse a sí mismo o la imposibilidad de recibir consuelo de los demás. Las sustancias se consideraban un medio para tolerar y modular las emociones incómodas, a menudo al elegir específicamente una

sustancia para satisfacer una necesidad emocional determinada (p. ej., una sustancia depresora como el alcohol o los opioides para mitigar un estado de agitación y angustia, un estimulante para contrarrestar sentimientos de tristeza o entumecimiento). Infortunadamente, con el tiempo, lo que al principio parece un consumo de sustancias "adaptativo" se vuelve con frecuencia problemático. Estas perspectivas sustentan el modelo de automedicación para comprender la relación entre el mal uso de sustancias y el trauma, que se describe a continuación.

## INTERRELACIÓN ENTRE ESTRÉS TRAUMÁTICO Y MAL USO DE SUSTANCIAS

En la actualidad, la elevada tasa de coexistencia entre el TEPT y el TCS es indiscutible. Se calcula que las tasas de exposición a traumas entre adultos con TCS alcanzan el 95% (p. ej., Dansky, *et al.*, 1995; Hien, *et al.*, 2021; McCauley, *et al.*, 2012; Norman, *et al.*, 2019). Entre las personas con TCS, la prevalencia del TEPT a lo largo de la vida es de 26 a 52%, mientras que la incidencia actual de TEPT es de 15 a 42% (Dragan y Lis-Turlejska, 2007; Driessen, *et al.*, 2008; Hien, *et al.*, 2021; Norman, *et al.*, 2019; McCauley, *et al.*, 2012; Reynolds, *et al.*, 2011; Schäfer, *et al.*, 2010). Entre los individuos con TEPT, la prevalencia del TCS coexistente, incluido el TCA, se calcula en 36 a 52%, sustancialmente más alta respecto de la población general (Mills, *et al.*, 2006; Pietrzak, *et al.*, 2011).

La mayoría de los consultantes, a menudo más del 70% (Hien, *et al.*, 2009) en entornos de intervención por mal uso de sustancias, informa al menos una exposición, o varias, a traumas a lo largo de su vida. Por lo tanto, muchos de los problemas psicológicos que enfrentan los clínicos que tratan a consultantes, en particular a mujeres, en programas comunitarios de mal uso de sustancias, son de larga data y el resultado de traumas físicos o sexuales crónicos y repetitivos de inicio temprano, incluidos violencia familiar, incesto o negligencia infantil grave. En virtud de la gravedad y la naturaleza repetitiva de las experiencias traumáticas, que preceden con mayor frecuencia al inicio del mal uso de sustancias, adoptar una postura que incorpore una perspectiva de trauma complejo o TEPT complejo es importante en las fases de evaluación y planificación de intervención.

### Vías entre el trauma y el mal uso de sustancias

Ayudar a articular las maneras en que el trauma y el mal uso de sustancias se interconectaron durante la historia de vida de un consultante es una parte crucial y su objetivo es desentrañar y remodelar una narrativa de recuperación a lo largo de la intervención. Para muchos consultantes, la presentación temprana de la historia o narrativa en la intervención se lleva a cabo a menudo con poca claridad o diferenciación de episodios y expresiones relacionados con el trauma y el consumo de sustancias; las narrativas tienden a ser confusas y experienciales. La intervención puede ayudar a

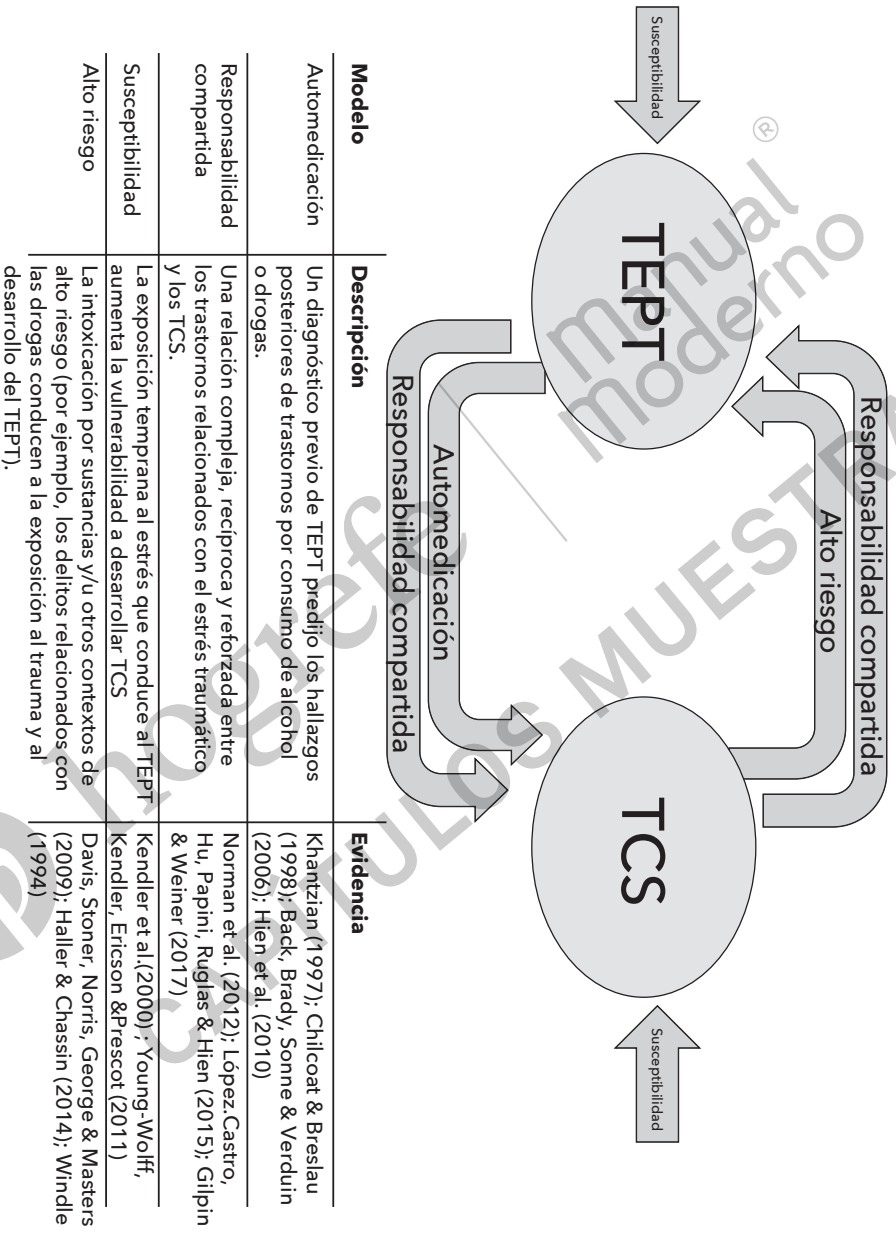
los consultantes a articular y rastrear la manera en que los signos de estrés traumático se vinculan con las decisiones en torno del mal uso de sustancias. Muchas veces, los consultantes ni siquiera reconocen que su estado puede relacionarse con el trauma (p. ej., momentos disociativos, desregulación emocional, hiperactivación).

Es útil considerar las múltiples vías de aparición y mantenimiento del trastorno al abordar la intervención y desarrollar un plan terapéutico significativo. Comprender estos marcos puede ayudar al profesional clínico y al consultante a reconocer las conexiones entre morfología conductual, afecciones y experiencias en apariencia inconexas. Tres modelos predominantes de vías causales y relaciones temporales (**figura 2-1**) cuentan con un considerable respaldo empírico: *responsabilidad compartida*, *automedicación* y *alto riesgo*.

El *modelo de vulnerabilidad compartida (o de responsabilidad compartida)* (Hien, *et al.*, 2021; Haller y Chassin, 2014) aborda las complejas bases del desarrollo de cada alteración, que a menudo se desarrollan a lo largo de muchos años, y en algunos consultantes desde la primera infancia. Los estudios longitudinales con grandes conjuntos de datos han demostrado que la exposición infantil a episodios vitales traumáticos (distintos de la exposición al trauma en la edad adulta) incrementa la probabilidad de desarrollar trastornos de salud mental y física en la edad adulta, con correlaciones singulares y múltiples, como el alcohol y los TCS (Dube, *et al.*, 2002; Young-Wolff, *et al.*, 2011). Estos hallazgos sustentan un modelo según el cual la exposición temprana al estrés que conduce al TEPT acentúa la vulnerabilidad a desarrollar TCS (Kendler, *et al.*, 2000). Una relación compleja, recíproca y reforzada entre la exposición al estrés traumático y los TCS (Norman, *et al.*, 2012; López-Castro, *et al.*, 2015) sugiere múltiples factores de vulnerabilidad, como factores genéticos, neurobiológicos, antecedentes infantiles y familiares, entre otros. Identificar estos factores con los consultantes en el transcurso de la intervención contribuye a comprender mejor algunos de los factores que propician su consumo y el mal uso de sustancias.

En relación con esto, el *modelo de automedicación* (Khantzian, 1997), como se detalló con anterioridad, también adopta una perspectiva evolutiva y conecta el consumo de sustancias con el control de los signos emocionales y de salud mental subyacentes relacionados con el trauma. En apoyo de esta teoría clínica se ha identificado una relación directa entre el TEPT y el desarrollo posterior de TCS (p. ej., Chilcoat y Breslau, 1998). En varios estudios de gran escala (p. ej., Back, *et al.*, 2006; Hien, *et al.*, 2010), una explicación psicológica previa del TEPT anticipó la aparición posterior de problemas de consumo de alcohol o drogas de moderados a graves, así como el consumo de sustancias para afrontar otros trastornos de salud mental, como la ansiedad o la depresión.

Además, las publicaciones sobre el *modelo de alto riesgo* se han referido al modo en que el consumo de sustancias pudo llevar a los consultantes a contextos peligrosos o comportamientos que produjeron algún tipo de violencia o trauma (Haller y Chassin, 2014). La decisión de consumir sustancias y cualquier trauma vinculado que suceda en ese contexto muchas veces se acompaña de vergüenza y culpa ("si no hubiera estado



**Figura 2-1.** Intersecciones entre el estrés traumático y el consumo de sustancias. Tomado de Hien, et al. (2021). Copyright © 2021. Reimpreso con autorización de Elsevier.

borracho, nada de esto habría pasado”), lo cual se convierte en un aspecto importante de la intervención.

Cada uno de estos modelos ofrece una perspectiva diferente sobre las formas en que el trauma, la morfología de la conducta relacionada y el consumo de sustancias pueden vincularse con un consultante determinado. Como en los historiales de la Sra. A y el Sr. B, en las formulaciones de los casos están presentes elementos de cada modelo. Al igual que en ambas historias, y en muchas otras similares, estas relaciones pueden cambiar a lo largo de la vida de una persona, e incluso durante la intervención, sobre todo porque el consumo problemático de sustancias, ya sea continuo o progresivo, pone a la persona en riesgo de sufrir mayor traumatización, y porque el TEPT persistente y otros signos de salud mental favorecen el consumo continuo de sustancias. Existe evidencia de un efecto dosis-respuesta a lo largo del tiempo, que se traduce en grados adicionales de trauma y exposición al estrés, lo que conduce a un TEPT más grave y otras formas de psicopatología.

La Sra. A se presentó a intervención por un trastorno por consumo de alcohol primario. La relación entre el consumo excesivo de alcohol y la reacción a la agresión sexual se identificó de inmediato, lo que sustentaba la idea de que el grado actual de consumo de alcohol se debía a la automedicación. La Sra. A se sentía impelida a consumir sustancias para mitigar las expresiones de estrés traumático y aparentar “normalidad”, para lo cual salía y se divertía. Si bien el consumo resultó efectivo de manera temporal, se descontroló en poco tiempo durante los episodios de embriaguez. Además, algunas sustancias (p. ej., la cocaína) pueden intensificar la morfología conductual del TEPT, en particular la hiperactivación (Khoury, *et al.*, 2010), y acentuar la angustia en lugar de mitigarla.

Dado que la Sra. A se encontraba con frecuencia en situaciones en las que su intoxicación la exponía a un mayor riesgo de sufrir traumas adicionales (en ocasiones, su grado de intoxicación la hacía perder el conocimiento y sus pertenencias o despertarse en lugares desconocidos), el modelo de alto riesgo también era una explicación posible. La Sra. A tuvo la suerte de no sufrir otros traumas, pero los consultantes se revictimizan muchas veces en situaciones como las de la Sra. A, lo que agrava el TEPT y conduce a un mayor consumo de sustancias y a sentimientos adicionales de autorrecriminación.

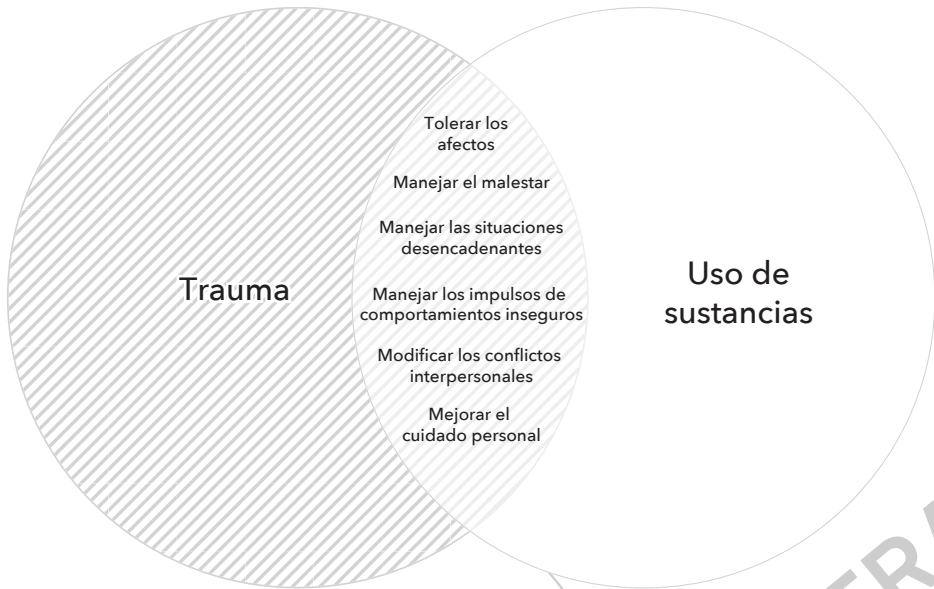
Para el Sr. B, el efecto de la negligencia temprana y el abuso sexual infantil al iniciarse en el consumo de sustancias, y su creciente mal uso de éstas, respalda un modelo de automedicación, así como modelos de vulnerabilidad o responsabilidad compartidas, y más adelante de alto riesgo. Estas experiencias tempranas alteraron su desarrollo personal y profesional. Después de graduarse, el Sr. B trabajó en una tienda minorista y su consumo de alcohol interfirió con su capacidad para desempeñarse en su trabajo. Con frecuencia llegaba a trabajar con resaca y era objeto de reprimendas por llegar tarde o no ser más extrovertido con los clientes; al final fue despedido. El consumo de alcohol

del Sr. B continuó en ascenso a lo largo de sus 20 años hasta el punto de beber demasiado casi a diario. Intentó reducir su consumo después de una serie de “noches muy malas” que incluyeron algunas situaciones aterradoras en las que perdió el conocimiento y se despertó en lugares desconocidos. Señaló que deseaba beber con moderación, pero le resultaba difícil, especialmente si estaban presentes amigos que también bebían. “Se sentía en una disyuntiva: beber o no tener una vida social”. Esto representó para el Sr. B riesgo de sufrir más daños.

### *Necesidades superpuestas*

En términos históricos, la atención de la salud mental y la intervención de los trastornos por consumo de sustancias se proporcionaban en compartimentos separados (silos), con poca integración terapéutica. Esta división se aplicó a las necesidades de intervención relacionadas con el estrés traumático y el TEPT, así como con muchas otras situaciones de salud mental. Los consultantes con TEPT que se integraban a programas de salud mental, con mal uso de sustancias coexistente, se remitían muchas veces a centros de tratamiento por mal uso de sustancias. Se les indicaba que debían “desintoxicarse primero”, antes de enfocarse en el TEPT. Además, los médicos de las instituciones que atendían el mal uso de sustancias carecían a menudo de la experiencia para resolver el estrés traumático. Como resultado, los consultantes abandonaban con frecuencia la intervención; se les pedía que interrumpieran el consumo de sustancias, sin la atención adecuada para el TEPT. Un esfuerzo por avanzar hacia un enfoque de “ninguna puerta equivocada”, en el que los consultantes pueden encontrar la intervención requerida donde sea que se presenten para ella, ha comenzado a infiltrarse en las comunidades terapéuticas. Más programas que tratan el mal uso de sustancias son al menos capaces de proporcionar un entorno informado sobre el trauma que reconoce el efecto del trauma y atiende las consecuencias del trauma en el comportamiento del consumo de sustancias.

Sin embargo, existen diversas áreas de necesidad clínica que se superponen en la atención del estrés traumático y el mal uso de sustancias (en la **figura 2-2** se muestran algunos ejemplos). En conjunto, estas expresiones y afecciones refuerzan el fundamento de un enfoque terapéutico integrado. Por ejemplo, una característica central identificada entre los supervivientes de trauma, sobre todo aquéllos con TEPT complejo, es la dificultad para gestionar la angustia. En particular, quienes sufrieron maltrato infantil tienen dificultades para identificar sus estados emocionales, tolerar los afectos negativos y gestionar las emociones desreguladas. Éstos son algunos de los factores que llevan a muchos individuos a automedicarse con alcohol, u otras sustancias, o a incurrir en otras conductas desadaptativas utilizadas para tranquilizarse. Ayudar a los consultantes a gestionar mejor estas situaciones para poder regularse de forma descendente sin el consumo de sustancias puede reducir el TEPT y mejorar la recuperación del mal uso de sustancias.



**Figura 2-2.** Necesidades superpuestas relacionadas con el estrés traumático y el consumo de sustancias.

La Sra. A advirtió cuán difícil le resultaba siempre soportar la incomodidad y lo tentada que estaba de cortar lazos con quienes le causaban malestar emocional. Tampoco le era fácil precisar cómo se sentía ni ir más allá de describir sus sentimientos como “estar disgustada”. La Sra. A se esforzaba por distanciarse de la incomodidad. Sus amigos le comentaron lo bien que aparentaba felicidad, incluso cuando carecía de ella; aprendió a ocultar sus sentimientos. Cultivó una especie de bravuconería distante ante las experiencias difíciles. Esto fue evidente en su reacción a la violación. La Sra. A no le contó a nadie lo sucedido y de inmediato volvió a su rutina diaria. Después del viaje reanudó sus estudios.

Durante la intervención, la Sra. A reveló material doloroso y deprimente, con una emoción y risa incongruentes. Empezó a reconocer que buscaba disimular cualquier vulnerabilidad respecto de los demás. Reflexionó acerca de cómo, literalmente, se sentaba en el borde de la silla durante la sesión, en lugar de permitirse hundirse y participar plenamente en la intervención. Mostró su constante incomodidad al abrirse en la intervención a lo largo de los años, ya que siempre se sentía insegura.

El clínico intentó ayudar a la Sra. A para reconocer, identificar y tolerar sus sentimientos. A medida que desarrollaba un vocabulario más amplio para su

experiencia emocional y mostraba menos necesidad de desconectarse de sus sentimientos, la Sra. A también expresó una mayor comodidad consigo misma y con lo que deseaba para sí.

Identificar y gestionar situaciones inseguras o de alto riesgo son otra área importante de necesidad superpuesta. Para quienes desarrollan un consumo problemático de sustancias, abordar esto es un objetivo terapéutico principal. La mayoría de las intervenciones cognitivo-conductuales para el mal uso de sustancias (como se describe en el capítulo 6) reconoce la dificultad que enfrentan los consultantes para identificar situaciones que favorecen el riesgo de consumir, y la forma de evitar o gestionar mejor esas situaciones inseguras. Para los consultantes que no han aprendido a controlar sus impulsos es difícil gestionar las situaciones que activan en los consultantes el deseo de beber o consumir drogas. Algunas veces, el TEPT supone desafíos similares, ya que los consultantes deben afrontar los impulsos de participar en comportamientos inseguros o consumir sustancias, y con frecuencia no saben cómo evitar o gestionar situaciones de riesgo o contextos que desencadenan sus propias respuestas de estrés traumático (p. ej., recuerdos intrusivos, evitación, culpabilización, hiperactivación).

Con frecuencia, tanto el consumo de sustancias como la exposición a traumas se relacionan con dificultades interpersonales. Controlar en particular los conflictos interpersonales es muy estresante y se vincula con dificultades en la regulación afectiva, así como con otros déficits de la comunicación y la asertividad. Parte de la gestión de situaciones de alto riesgo implica controlar las dinámicas interpersonales, incluidas las formas de rechazar sustancias de forma eficaz o afirmar sus necesidades. De igual manera, la capacidad de las personas para cuidar de sí mismas se altera muchas veces por el trauma y el mal uso de sustancias, y es un componente importante de la intervención. Incluso antes de la agresión sexual, la Sra. A experimentaba ansiedad en situaciones sociales y ya consumía alcohol para sentirse más relajada, especialmente cuando conocía a parejas potenciales, y para mitigar parte del conflicto interno por sentirse mujer *queer*. Tras la agresión sexual, su dependencia del alcohol en estas situaciones se intensificó.

## Naturaleza y gravedad de la exposición al trauma

El alcance, el tipo y la gravedad del deterioro de la salud mental difieren entre un consultante y otro, según sean la naturaleza de la exposición al trauma y el efecto de las experiencias traumáticas. Muchas personas expuestas al trauma que acuden con el profesional clínico tienen antecedentes de maltrato infantil de larga data tal vez no explorados. El *Kaiser Permanente Mortality and Morbidity Study* de los *Centers for Disease Control and Prevention* reveló la omnipresencia y los efectos negativos en la salud mental y la salud de muchos tipos de adversidades en la primera infancia (Fellitti, *et al.*, 1998) que, además de la experiencia de abuso y negligencia, también incluyeron

el mal uso de sustancias por parte de los padres, las enfermedades mentales, la separación/divorcio de los padres y la prisión de un padre. Algunos factores de riesgo clave que son importantes para formular un enfoque terapéutico incluyen la gravedad y la imprevisibilidad de los episodios traumáticos y la posible exposición previa a traumas infantiles, trastornos psiquiátricos preexistentes o apoyo social/familiar. Las victimizaciones acumuladas o repetidas también son frecuentes en las historias de los consultantes y tienen muchas más probabilidades de ocasionar TEPT o mal uso de sustancias o TCS (Fellitti, *et al.*, 1998). La intervención está indicada con claridad cuando las morfologías de conducta relacionadas con el trauma dificultan un funcionamiento normal de una persona. Esto es en particular cierto en el caso de las secuelas psiquiátricas graves de la exposición a un trauma, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (p. ej., miedo intenso, evitación persistente de estímulos relacionados con el trauma que interfieren con las actividades diarias, aislamiento social e inmovilidad, hiperactivación), la depresión mayor (p. ej., desesperanza, pensamientos/sentimientos suicidas) y el duelo crónico, entre otras afecciones.

Las reacciones a un suceso traumático influyen directamente en la probabilidad de desarrollar TEPT (Irish, *et al.*, 2011) y también pueden revelar la forma en que el consumo y el mal uso de sustancias se convierten en estrategias de afrontamiento para el consultante. Las reacciones afectivas, la disociación y las evaluaciones cognitivas de un episodio traumático son tres reacciones peritraumáticas y postraumáticas comunes que elevan la probabilidad de desarrollar TEPT y, por lo tanto, es importante explorarlas. Evaluar las respuestas emocionales inmediatas al trauma, el grado de disociación y la forma en que el consultante evalúa el suceso traumático pueden ser vías importantes para descubrir o ayudar a la persona a conocerse a sí misma durante el proceso terapéutico.

## Comorbilidad relacionada con el trauma

Es probable que los consultantes con TEPT y TCS diagnosticables (véase el capítulo 3 para obtener más detalles sobre la forma de abordar la evaluación y la explicación psicológica del TEPT y TCS en la práctica clínica) satisfagan los criterios diagnósticos para otras afecciones coexistentes, en especial depresión (es decir, alteración del sueño y aislamiento social) y otros trastornos de ansiedad (esto es, crisis de pánico y evitación) (p. ej., Gielen, *et al.*, 2012; McGovern *et al.*, 2015; Ruglass, *et al.*, 2017). Según los hallazgos del *National Comorbidity Study* (Kessler, *et al.*, 1995), cerca del 80% de las personas con TEPT cumple los criterios para al menos otra explicación psiquiátrica, y el 17% tiene otra explicación del problema psicológico, el 18% posee dos explicaciones adicionales y el 44% tres o más. Las correlaciones más comunes con el TEPT son los trastornos por consumo de sustancias (28% TCA, 27% TCS), los trastornos afectivos (49% depresión mayor, 23% distimia y 6% manía) y otros trastornos de ansiedad (desde el 15% con ansiedad generalizada hasta el 28% con fobias sociales y el 29% con

fobias simples). De acuerdo con un estudio epidemiológico nacional, el 46.4% de las personas con TEPT a lo largo de la vida también satisfacía los criterios para el TCS (Pietrzak, *et al.*, 2011).

Tres patrones de correlación durante la vida vinculados con el TEPT (Galatzer-Levy, *et al.*, 2013) orientan a los profesionales clínicos en las conversaciones iniciales con los consultantes sobre sus historias de vida y consumo de sustancias: a) gran correlación: trastornos del estado de ánimo y ansiedad; b) elevada correlación: trastornos del estado de ánimo, ansiedad y trastornos por consumo de sustancias; y c) baja correlación: TEPT puro. Cabe destacar que cada uno de los dos patrones de gran correlación ha mostrado una gravedad significativamente mayor en cuanto a los signos de TEPT, ideación suicida y violencia doméstica, en comparación con el grupo con TEPT puro.

Aunque las tasas generales de correlación no parecen diferir entre hombres y mujeres con TEPT, los *tipos* de trastornos vinculados sí lo hacen. Las mujeres en particular tienen más probabilidades que los hombres de desarrollar TEPT como explicación principal del problema psicológico con otras afecciones correlacionadas, y es más probable que su patrón típico de consumo de alcohol sea el episódico en lugar del excesivo, al menos inicialmente (Peirce, *et al.*, 2008). En general, las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de cumplir los criterios de un trastorno depresivo, mientras que entre los individuos con TEPT, mujeres y hombres muestran trastornos depresivos concurrentes en proporciones iguales (Brady, 1997; Kessler, *et al.*, 1995). De acuerdo con las cifras epidemiológicas nacionales, los hombres con TEPT tienen mayor probabilidad de catalogarse con trastorno de personalidad antisocial, en tanto que las mujeres con TEPT poseen mayor probabilidad de considerarse con trastorno de pánico y TLP (Keane y Kaloupek, 1997; Kessler, *et al.*, 1995).

La relación entre el TEPT y otros trastornos vinculados suele ser bastante compleja, al igual que la evolución de múltiples trastornos. Mientras que algunas personas con TEPT tenían problemas psicológicos preexistentes antes de la exposición al trauma, otras desarrollaron trastornos adicionales secundarios a los sucesos traumáticos o la aparición del TEPT y sus expresiones, a menudo debilitantes. Otros individuos también desarrollaron de modo simultáneo TEPT y trastornos psiquiátricos relacionados como respuesta a la exposición al trauma.

Una perspectiva más reciente sobre los consultantes que satisfacen los criterios para múltiples trastornos correlacionados es la de reconocerlos mejor porque presentan una compleja gama de problemas relacionados con el trauma, en lugar de conceptualizar cada conjunto de expresiones como trastornos separados y discretos (van der Kolk, *et al.*, 1996). Ahora se reconoce que la exposición a traumas tempranos, graves y crónicos se vincula con adaptaciones al trauma impulsadas por el desarrollo. Un cúmulo creciente de publicaciones sobre la exposición a traumas infantiles y las alteraciones posteriores en el funcionamiento del eje HPA (hipotálamo-hipofisis-suprarrenal) sustenta aún más la noción de que el trauma temprano "reside en el cuerpo", con consecuencias psicológicas de larga duración, y *efectos neurobiológicos* en los procesos de desarrollo.

En relación con estos efectos neurofuncionales y psicológicos subyacentes del trauma complejo, los trastornos de la personalidad a menudo están presentes en personas con TEPT y TCS, en particular el trastorno de personalidad antisocial (TPA) y el TLP. Se ha observado que el TLP comparte una superposición significativa con el TEPT complejo. Existen tasas elevadas de trauma en la vida temprana (p. ej., abuso sexual infantil, abuso físico y presenciar violencia) entre las personas con TLP, y aproximadamente la mitad de los individuos con TLP también presenta TEPT (p. ej., Scheiderer, *et al.*, 2015).

Además, en el contexto del consumo problemático de sustancias, las características del trastorno de la personalidad pueden acentuarse. El consumo agudo y crónico de alcohol o drogas puede influir y exacerbar las expresiones del TPA (p. ej., conducta ilegal, mentiras repetidas, impulsividad, despreocupación temeraria por la seguridad, peleas o agresiones repetidas). La impulsividad, una característica tanto del TPS como del TLP, puede exacerbarse por la intoxicación.

## TRAUMATIZACIÓN Y MICROAGRESIONES RELACIONADAS CON LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y LA DIVERSIDAD

Además de otros sucesos traumáticos que los consultantes pudieron experimentar, se registran tasas elevadas de trauma racial que deben considerarse al abordar y respetar las historias de vida y experiencias de los consultantes, cualesquiera que sean sus ingresos y estado socioeconómico. También deben reconocerse las desigualdades raciales en la exposición a microagresiones y traumas raciales, además de la importancia de atender las múltiples identidades de los consultantes. Las orientaciones raciales, étnicas, sexuales o de género pueden desempeñar un papel directo en el "índice de trauma" de los consultantes (es decir, su trauma primario) o sus historias relacionadas con el trauma. Para la Sra. A, por ejemplo, su atracción sexual por hombres y mujeres, y su experiencia de seguridad en las relaciones, se modificaron tras ser víctima de agresión sexual por un hombre. Luego de la agresión, la Sra. A tenía miedo y evitaba a los hombres. El Sr. B, durante su intervención de un año, sufrió una recaída en el alcoholismo después de un episodio traumático de carácter racial en el que se lo acusó falsamente de robar mientras compraba en una tienda. Ésta no era la primera vez que lo atacaban debido a su supuesta pertenencia a un determinado grupo racial.

Para muchos consultantes, las identidades multiculturales se han concretado en torno de sus traumas principales. Por ejemplo, entre las personas pertenecientes a minorías étnicas o raciales que también podrían provenir de barrios de bajos ingresos, la exposición a la violencia comunitaria, los desafíos de la inmigración, el racismo, la discriminación y otros factores estresantes proporcionan un contexto distintivo para el trauma acumulativo en un plano multisistémico. En realidad, el Sr. B percibía que la disponibilidad para su vecino era consecuencia de las desigualdades raciales que difi-

cultaban que su madre encontrara atención de salud mental adecuada y la negligencia que le siguió cuando se volvió depresiva, retraída y desatenta.

Considerar la discriminación racial en la vida de los consultantes puede proporcionar una contextualización clave para comprender mejor las relaciones entre sus factores de estrés traumático y el consumo de sustancias. Se ha identificado que la discriminación racial puede ser similar a un suceso traumático del DSM-5-TR, en el cual el racismo y la discriminación amenazan la seguridad (real o percibida) que afecta el sentido de integridad (p. ej., Carter, 2007; Carter y Sant-Barket, 2015). Se ha propuesto el término "estrés traumático racial" como una forma de referirse a episodios basados en racismo y discriminación racial, que pueden ejercer un efecto negativo en la salud mental e incluso provocar TEPT, según sean su frecuencia, intensidad y gravedad (Polanco-Roman, *et al.*, 2016; Chávez-Dueñas, *et al.*, 2019).

## RESUMEN

En este capítulo se describieron diversos modelos para considerar las relaciones entre la exposición al estrés traumático y el consumo (problemático) de sustancias, tal y como se presentan desde el punto de vista de la clínica y la morfología de la conducta en la consulta. Se presentaron hallazgos de investigación que indican la prevalencia de esta correlación, con énfasis en la base científica que sustenta la importancia de una postura terapéutica flexible y abierta. También puede ser útil suministrar psicoeducación al consultante acerca de la forma en que estas alteraciones pueden interrelacionarse a lo largo de la intervención y, en realidad, de la vida entera. En el capítulo 3 se propone que la evaluación sea una parte crítica, temprana y continua del proceso terapéutico para los consultantes. También se analizará el modo en que pueden realizarse la evaluación y la formulación de casos para facilitar la comprensión de las personas en relación con el origen y la presentación de la morfología de su conducta en la búsqueda de bienestar y recuperación.