



EN TIERRA DE NADIE. LOS SUPERVIVIENTES DEL BAKALAO

Morant Luján Y¹, Ibañez Soriano E¹, García Valls J.M², Mateu Hernández C³

1- Médico Residente Psiquiatría

2- Psiquiatra Adjunto

3- Residente Psicología Clínica

Hospital Arnau de Vilanova-Llíria, Valencia (España)

yolimorantlujan@gmail.com

RESUMEN

OBJETIVOS Exponer, con la descripción de un caso clínico, la necesidad de coordinar circuitos asistenciales de Salud Mental implicados en el tratamiento de personas con patología dual.

MATERIAL Y MÉTODOS Paciente de 49 años: 1. Dependencia a múltiples tóxicos durante más de 25 años. Consumo diario hasta 2005, cuando ingresa en Unidad de Conductas Adictivas, sin deshabitación completa. Persistía consumo diario de alcohol y consumo de cocaína de forma masiva una vez al mes. 2. Desde 2012 episodios depresivos e ideación autolítica, requiriendo diversos ingresos en Unidad de Hospitalización. Dichos episodios se reagudizaban con el consumo de drogas. 3. Deterioro cognitivo progresivo (Síndrome de Korsakoff) con afectación de la memoria a corto plazo. 4. Convive con la madre de 80 años. Poca contención familiar.

RESULTADOS Este paciente no se ajusta específicamente a ninguno de los dispositivos sanitarios: 1. En las UCA no es aceptado por presentar enfermedad mental concomitante 2. No está en seguimiento por Neurología debido a que el consumo de alcohol está activo 3. Salud Mental no lo acepta por ser consumidor de tóxicos. 4. El resto de servicios médicos alegan que su patología orgánica es secundaria al consumo de tóxicos, y por ello no mejora. Tras una coordinación de los servicios implicados se objetiva una mejoría de la clínica y del funcionamiento global del paciente. Actualmente está pendiente de ingreso en una Comunidad Terapéutica.

CONCLUSIONES Destacar la necesidad de coordinar los circuitos asistenciales de Salud Mental con otros implicados en el tratamiento de pacientes de patología dual.

EN TIERRA DE NADIE. LOS SUPERVIVIENTES DEL BAKALAO

Numerosos grupos de investigadores han desarrollado estudios para averiguar qué relación hay entre el consumo de tóxicos y la aparición de enfermedades mentales, conociéndose como DIAGNÓSTICO DUAL. Tras realizar una revisión de diversos artículos y trabajos al respecto, destacamos a continuación los cuatro puntos que se consieran más relevantes de esta dualidad que ponen de manifiesto la relación entre estas dos patologías y explican la forma en que una influye en la otra:

- Vulnerabilidad genética. Existe un estudio conocido llevado a cabo por el grupo de Caspi en 2005, que explica la relación entre el gen COMT y la aparición de esquizofrenia. Este gen tiene dos alelos: MET y VAL. En caso de que los pacientes presenten al menos uno de los alelos en la forma de VAL, per sé ya existe mayor prevalencia de síntomas psicóticos, y que aumentan de forma exponencial si existe consumo concomitante de cannabis. El estudio muestra la complejidad de las interacciones entre la genética, la exposición a drogas y la edad de uso de éstas con el riesgo de desarrollar una enfermedad mental
- La existencia de estrés o traumas en la edad temprana favorece el consumo de sustancias. Un ejemplo claro es el Trastorno por Estrés PostTraumático, bien consumen para paliar síntomas tales como la ansiedad, o bien por la modulación de los circuitos mentales en los que están implicados la vulnerabilidad al consumo.
- El neurotransmisor implicado en el consumo de drogas es la Dopamina. Es el mismo neurotransmisor implicado en patología psiquiátrica como la depresión (déficit de dopamina), esquizofrenia (síntomas negativos por disminución de dopamina en región prefrontal), etc. El Instituto Nacional de Abuso de Drogas Americano (NIDA), cuya directora es Nora Volkow, ha llevado a cabo ensayos con animales donde se ponen de manifiesto los circuitos cerebrales implicados tanto en los trastornos por abuso como en otras enfermedades mentales. Circuitos en los que el consumo de drogas produce un aumento de la dopamina. Ellos son, en primer lugar, el Nucleo Accumbens, relacionado con la sensación subjetiva de placer y euforia que aparece tras el consumo, y que además se trata de una relación proporcional: a mayor liberación de dopamina por las neuronas, mayor es la intensidad en que se percibe dicha euforia. En segundo lugar, las proyecciones mesolímbicas hasta la corteza frontal, implicadas en el refuerzo positivo y en el deseo de consumo de drogas, cada vez en mayor cantidad. En este caso se han visto que en pacientes con conductas adictivas existen menos receptores dopaminérgicos, implicados en la vulnerabilidad a consumir (al igual que la disminución de receptores está implicada en los síntomas negativos de la esquizofrenia). Por último la amígdala e hipocampo, regiones encargadas de la memoria y las emociones: algo que nos emociona es más probable que lo recordemos. En los estudios se observa que solamente con mostrar imágenes de personas consumiendo a cocainómanos, ya se produce un aumento de liberación de dopamina en estos circuitos, apareciendo pues el deseo de consumo. El aumento de dopamina está relacionado con el placer, entendido como aquello que nos motiva a realizar cambios en

EN TIERRA DE NADIE. LOS SUPERVIVIENTES DEL BAKALAO

nuestra conducta para conseguir algo. Esto ocurre en todos los humanos, tanto en consumidores como en no consumidores. En los pacientes consumidores, la estructura cerebral se encuentra modificada, disminuyendo con el tiempo la capacidad euforizante de la dopamina y atenuando la respuesta a la misma, teniendo que aumentar consecuentemente la cantidad consumida para obtener el mismo efecto. Debido a que son los cambios en los niveles de dopamina en estos circuitos los que modulan la motivación, y en estos pacientes la respuesta a la dopamina está disminuida, resulta complicado motivar a estos pacientes al cambio. No se trata de que no estén motivados, sino que su motivación se centra en llevar a cabo conductas cuyo fin es el consumo para sentir ese placer que les proporciona.

Aunque no se puede establecer una direccionalidad o causalidad exacta entre ambas patologías, parece evidente que las modificaciones estructurales y la neuromodulación en estos sistemas compartidos generados por el consumo facilitan la aparición de enfermedades mentales, y viceversa.

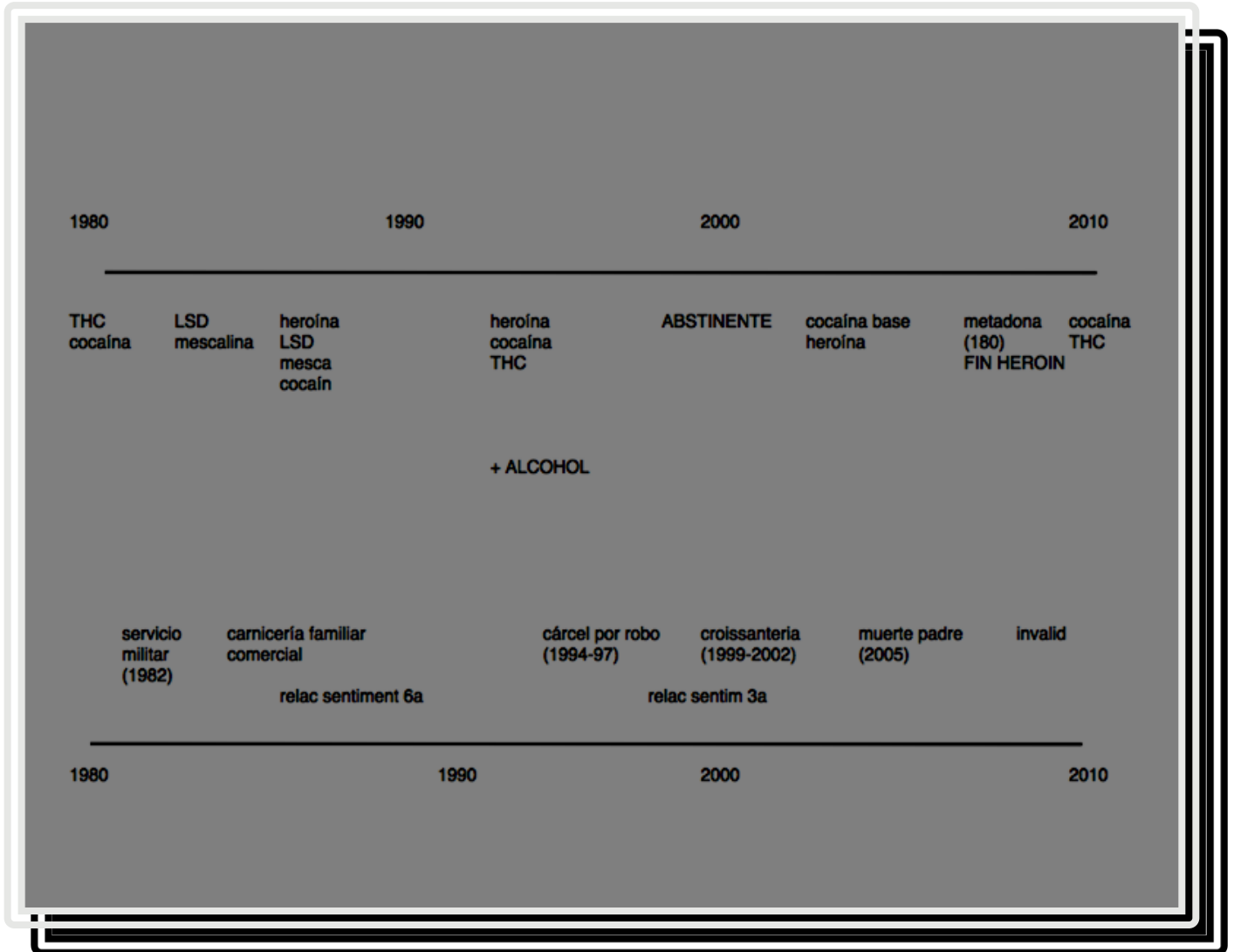
- Ambas patologías debutan en edades en que las estructuras cerebrales se están desarrollando (se está formando la memoria, el control de impulsos, aprendizaje, toma de decisiones). Cambios en las estructuras bien por el efecto de las drogas o bien por la residualidad de las enfermedades mentales hacen más vulnerables a estos pacientes a sufrir una doble patología.

A modo de ilustrar la revisión realizada, se presenta un caso clínico. Se trata de un paciente varón de 49 años sin contactos con Salud Mental hasta 2012. Como antecedentes personales importantes a destacar presenta una Hepatitis tipo C no tratada. Tiene una minusvalía del 65% y está en trámites para la incapacitación. Es soltero, vive con su madre, que tiene 80 años. Padre fallecido. A destacar como antecedentes familiares, tiene un hermano materno diagnosticado de esquizofrenia.

Inicio de la historia de consumo de tóxicos cuando el paciente tenía 17 años (década de los ochenta), coincidiendo con "la ruta del Bakalao" (ruta caracterizada por ir a varios espacios lúdicos desde viernes tarde hasta lunes por la mañana donde se consumían drogas). Inicio de consumo de drogas: cannabis y cocaína los fines de semana, y sustancias psicodislépticas (mescalina y LSD) a diario. Posteriormente, coincidiendo con actividad laboral estable, inicia consumo de heroína, cocaína y cannabis de forma diaria. A pesar de los efectos que estas drogas producen en los consumidores, en el caso de nuestro paciente había poca repercusión conductual en ese momento, consiguiendo un funcionamiento vital adecuado y normalizado. Posteriormente comete un acto delictivo. Pasa dos años en un centro penitenciario, donde el consumo de drogas continuó. Tras esta etapa de su vida, y una vez en libertad, abandona el consumo de drogas y mantiene la abstinencia durante tres años, pero sufre una recaída en el consumo de cocaína y heroína ambas vía pulmonar. En 2005 muere su padre, acontecimiento biográfico que le marcó. Es a partir de ese momento que contacta con Unidades de Conductas Adictivas y Unidades de Desintoxicación (podemos decir que estaba en fase contemplativa).

EN TIERRA DE NADIE. LOS SUPERVIVIENTES DEL BAKALAO

En 2012, el paciente consume cannabis (2-3cigarros/día), cocaína (1g/día) y alcohol (5UBEs) diariamente. Recapitulando, observamos que ha consumido diversas drogas durante 30 años con un funcionamiento laboral más o menos adecuado. Es el fallecimiento del padre lo que supone una discrepancia interna del paciente y el motor de cambio.



EN TIERRA DE NADIE. LOS SUPERVIVIENTES DEL BAKALAO



El paciente entra en contacto por primera vez con los servicios de Salud Mental a partir de un primer episodio en el que el paciente acudió a urgencias hospitalarias por ideación autolesiva con fobias de impulsión en el contexto de intoxicación por cocaína. Se mantuvo en observación y al día siguiente, tras remitir la clínica, se procedió a alta. No obstante al día siguiente volvió a consultar por clínica de las mismas características. Ante la reiteración del episodio y poca contención en el ámbito familiar, se decidió ingreso en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Durante el ingreso se realizaron una serie de pruebas

complementarias. Entre ellas destaca: RMN donde se aprecian unos surcos muy marcados para la edad del paciente, y un estudio neuropsicológico que ponía de manifiesto un deterioro cognitivo leve-moderado de origen subcortical donde destacaba una desorientación temporal junto a alteraciones de la memoria a corto y largo plazo. Se trata de un cuadro compatible con un Síndrome de Korsakoff . Si repasamos este síndrome, podríamos decir que los síntomas fundamentales son confusión mental y síndrome amnésico confabulatorio que revierte con la abstinencia etílica. Existe una marcada alteración de la memoria reciente y remota, del aprendizaje, de la organización visual y espacial, de la abstracción visual, del mantenimiento de las funciones cognitivas y del control de impulsos. En las pruebas de imagen se puede atrofia cortical (frontal) y engrandecimiento de ventrículos laterales. Continuando con la evolución del caso, el paciente presentó mejoría de la clínica afectiva y también del déficit amnésico de forma progresiva durante su estancia en sala, ya que se disminuyó el uso de benzodicepinas, el consumo de alcohol y se estableció una buena pauta de alimentación mejorando el estado nutricional. Tras el alta el paciente permaneció estable unos meses. No obstante, el cumplimiento errático de la medicación por olvidos frecuentes y la persistencia de consumo de alcohol con un consecuente aislamiento social para evitar el consumo (con tendencia a la clinofilia y a la procrastinación) desembocaron en una reaparición de ideas suicidas, por lo que se remitió para nuevo ingreso en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. De nuevo, a lo largo de su estancia mejora el ánimo y la memoria (gracias a la abstinencia). Se procede al alta hospitalaria, y en esta ocasión el paciente cumplimentó con las citas e inició una rutina en Talleres Ocupacionales, donde retomó su vida social reapareciendo los consumos puntuales.

En el contexto de uno de estos consumos, reaparece la ideación suicida y requiere de un tercer ingreso en sala. Como las veces anteriores, ante el reestablecimiento de tratamiento y la abstinencia a sustancias, mejora la clínica y el déficit cognitivo, dándole de alta con una mejoría esperable viendo la tónica del último año.

Nuestro paciente consultó con diferentes servicios médicos recibiendo diagnósticos y tratamientos de todos ellos de forma paralela. No obstante no se ajusta específicamente a ninguno de los dispositivos sanitarios:

EN TIERRA DE NADIE. LOS SUPERVIVIENTES DEL BAKALAO

- En las Unidades de Conductas Adictivas no es aceptado por presentar enfermedad mental concomitante
- No está en seguimiento por Neurología debido a que el consumo de alcohol está activo
- Salud Mental no lo acepta por ser consumidor de tóxicos.
- El resto de servicios médicos alegan que su patología orgánica es secundaria al consumo de tóxicos, y por ello no mejora.

Tras diversas reuniones de coordinación de los servicios de Salud Mental, UCA, Neurología, Servicios Sociales, Servicios Médicos, etc., se objetiva una mejoría de la clínica y del funcionamiento global del paciente. En este momento está en espera de la tramitación de una Comunidad Terapéutica.

Es importante observar que, aunque se trata de la clínica fluctúa entre episodios depresivos que se reagudizaban con el consumo de drogas, y episodios de mejora afectiva y cognitiva en los ingresos, en cada uno de ellos disminuye el tiempo requerido para la recuperación, con un mayor insight por parte del paciente.

Como conclusiones queremos señalar que existe una prevalencia creciente de estos casos en los últimos tiempos, que son de elevada gravedad clínica y social, y que presentan dificultades a la hora de establecer un diagnóstico y una terapia. Por ello la Patología Dual se ha convertido en un desafío para los profesionales sanitarios, siendo fundamental un abordaje integral de este tipo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- NIDA. Comorbid Drug Abuse and Mental Illness. A Research Update from the NIDA. Octubre 2007.
- NIDA. Comorbidity: Addiction and Other Mental Illnesses. Research Report Series. NIH publication number 10-5771, Diciembre 2008, revisión Septiembre 2010
- O'Brien Charles P, Dundon William D, Pettinati Helen M. Current Status of CO-Ocurring MOOD and Substance Use Disorders: A New Therapeutic Target. . Am J Psychiatry 2013, 170: 23-30
- Fertig J, Fernández F, Flores E et al. Monografía de patología orgánica en adicciones. Revista Adicciones, Volumen 18. Año 2006
- Brand M, Fujiwara E, Kalbe E et al. Cognitive estimation and affective judgments in alcoholic Korsakoff patients. Journal of clinical and experimental neuropsychology, vol. 25. 2003
- Méndez López M. Psicofármacos y espiritualidad: la investigación con sustancias psicodélicas y el surgimiento del Paradigma Transpersonal. Journal of Transpersonal Research, 2013, Vol. 5 (1), 36-57 ISSN: 1989-6077
- Vallejo J. Introducción a Psicopatología y a la Psiquiatría. 7 edición.
- Haro G, Bobes J, Casas M, Didia J, Rubio G. Tratado sobre Patología Dual. Reintegrando la Salud Mental.. MRA Médica, 2011