



XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO DUAL

Mercedes Rico Morales, Belén De las Heras López-Cordón, Irene Delgado Rodríguez.

merchericoo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El interés de nuestro estudio se basa en la motivación por intentar comprender mejor la patología dual. Desde hace tiempo sabemos que entre los pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar (TB) el consumo de sustancias tiene una prevalencia de entre tres y nueve veces mayor que en el resto de la población, pero es ahora que se ha conceptualizado como tal la Patología Dual (PD) cuando podemos entender esta comorbilidad como un ente único y no como dos patologías aisladas que coinciden en espacio y tiempo en un mismo paciente (Casas, M. et al. 2008).

Dado el interés que suscite esta patología entre los clínicos en general y en nuestro equipo en particular, vamos a analizar la evolución de un caso clínico de patología dual de nuestra unidad y ver si podría ser susceptible de explicarse por la Hipótesis de la Automedicación.

Teniendo en cuenta la comorbilidad del Trastorno Bipolar (TB) asociado al Trastorno por uso de sustancias (TUS) (PD) y las pocas publicaciones existentes sobre la misma, el presente estudio representa sólo un intento por avanzar en la comprensión de dicha patología. Reconocemos que hay que seguir profundizando de modo que lo expuesto en el presente estudio se debe actualizar en futuras revisiones.

Las tasas de comorbilidad se incrementan notablemente si se tienen en consideración los casos más benignos y leves de TB o del Trastorno Ciclotímico que cursan, en muchas ocasiones, de forma subclínica o con síntomas subumbrales (Merikangas KR. et al. 2007).

Los pacientes que sufren esta patología dual presentan una peor evolución clínica, tienden a una mayor cronicidad de los dos trastornos comórbidos (Kranzler HR, et al. 1996)., tienen síntomas más difíciles de tratar, presentan con mayor frecuencia ciclos rápidos y hospitalizaciones. Por otro lado, también presentan un riesgo aumentado de suicidio a lo largo de su vida en comparación con los pacientes con TB sin abuso o dependencia de sustancias (39,5 frente a 23,8% respectivamente) (Dalton Ej. et al. 2003).

Todos estos factores resaltan la importancia de una adecuada y completa evaluación diagnóstica de esta patología dual y de llevar a cabo un tratamiento individualizado teniendo en cuenta todos

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO DUAL

los trastornos comórbidos, sus interrelaciones y sus implicaciones pronósticas (Krishnan KRR.2005) con el objetivo final de conseguir un tratamiento en estos pacientes que proporcione la mayor efectividad terapéutica posible (Casas M; et al. 2008).

El modelo integrado con abordaje de ambas patologías, simultáneos y realizados por el mismo equipo terapéutico, permite soslayar los inconvenientes encontrados en modelos anteriores. Dicho abordaje resulta compatible con los denominados programas "libres de drogas" y de "reducción del daño" en función de los casos.

Se observa que en pacientes con TB una combinación de psicoterapia y farmacoterapia puede permitir a los pacientes conseguir una más rápida mejora de su sintomatología. (Colom F.;2004).

Es importante, por supuesto, advertir a los pacientes con TB del riesgo de desarrollar TUS y enfatizar la importancia de la detección y el tratamiento precoz (Casas M.; et al. 2008).

Motivar al paciente para cambiar su uso de sustancia requiere una comprensión de su previa experiencia personal del uso de la sustancia, tanto en relación a las diferentes fases de su trastorno bipolar como de sus necesidades personales más extensas (Healey C.; et al. 2009).

Actualmente es imposible leer un artículo científico donde se aborden aspectos etiopatogénicos de las drogodependencias sin que los autores hagan referencia a la Hipótesis de la automedicación como una posible explicación causal, del origen del trastorno adictivo en determinados pacientes.

Según dicha hipótesis, al intentar paliar con drogas (autotratamiento) los trastornos provocados por su enfermedad desarrollarían conductas de dependencia.

Nos planteamos si el trastorno por uso de sustancias que presenta la paciente es secundario al trastorno cíclico y si podría, por tanto, explicarse por la hipótesis de la automedicación.

También nos interesa saber en qué estados de su trastorno mental la paciente realiza el consumo de sustancias o se mantiene abstinente, y qué le ocurre en situaciones de estrés. Así como si actualmente la paciente presenta craving de alcohol, cocaína y cannabis, el estadio del cambio en que se encuentra y qué proceso de cambio está poniendo en marcha, los rasgos de personalidad de la paciente y su nivel de funcionamiento actual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro diseño es un estudio de un caso clínico de una paciente de años de evolución que acude al Centro de Tratamiento de Drogodependencias de Sevilla. Dicha paciente, mujer de 33 años de edad, derivada por la psiquiatra con el siguiente diagnóstico: "Trastorno cíclico de una personalidad dependiente con dependencia a tóxicos (alcohol, cannabis y tabaco). "

Presentaba deterioro de pareja y conflictos familiares. La paciente tiene como antecedentes psiquiátricos una ciclotimia en tratamiento con seguimiento desde la USM de su lugar de

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO DUAL

residencia. Actualmente presenta una situación judicial motivada por la custodia de su hijo (la cual la tiene el padre hasta mejoría de su adicción) a raíz de la separación con su expareja en el 2010. Como antecedentes familiares relevantes uno de sus hermanos es consumidor ocasional de cocaína y cannabis. En la exploración psicopatológica destaca el estado de ánimo alternante entre síntomas depresivos y síntomas hipomaniacos. Alteraciones de conducta. Insomnio ocasional. Conciencia de enfermedad, pero escasa responsabilidad en la toma de medicación y en su propio tratamiento.

El estudio se ha realizado en el Centro de Tratamiento de Drogodependencias de Sevilla y para ello hemos utilizado la entrevista semiestructurada y libre de forma individual y con el acompañante. Las entrevistas tienen una duración de 30-45 minutos y una frecuencia de una vez al mes aproximadamente. También hemos utilizado los siguientes cuestionarios con su correspondiente finalidad: CAGE; CBA; CDB; CCQ-General; Inventario de Procesos de Cambio de Prochaska, Diclemente y Norcross 1992; TCI-R; EEAG.

Por protocolo de la UCA se pide al inicio del tratamiento: Analítica y pruebas complementarias. Estas pruebas se hacen anualmente y los resultados en nuestra paciente siempre han dado negativo. También se realizan controles toxicológicos de orina cada vez que acude la paciente al centro.

El abordaje terapéutico durante el seguimiento de la paciente ha sido el siguiente:

Consumo de tóxicos

2012-Actualidad: Centro de Tratamiento de Drogodependencias: Tratamiento por consumo de tóxicos.

2013: Reinicia tratamiento en nuestro centro (no acude desde Junio 2010). . Asiste a terapia de grupo en Proyecto Hombre de forma ambulatoria.

2014: Ingresa en una Comunidad Terapéutica durante un mes. Posteriormente continúa en régimen ambulatorio y es expulsada finalmente por realizar consumo de cannabis.

2015: Vuelve a pedir ingreso en Comunidad Terapéutica ya que continúa consumiendo cannabis, alcohol y cocaína. Posteriormente anula la petición en el centro.

Se le puso tratamiento farmacológico para el consumo de alcohol, Cianamida cálcica, tratamiento psicológico para lo mismo con el Programa de Abstinencia Total y finalmente tratamiento psicológico para el consumo de tóxicos con prevención de recaídas, relajación progresiva y motivación al cambio.

Trastorno Ciclotímico

Hasta 2013: Ha estado en seguimiento por su psiquiatra de referencia por Trastorno Ciclotímico.

A partir de 2013: tratamiento por Trastorno Ciclotímico en la USM.

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO DUAL

Tratamiento Psicológico y Tratamiento Farmacológico con Amisulpirida 200 mg, Escitalopram 20 mg, Clonazepam 2 mg y Ácido Valproico 500 mg.

RESULTADOS

En los resultados obtenidos observamos que la paciente dada su evolución en los controles toxicológicos, presentaba, en el momento del estudio, dependencia a cannabis y tabaco y abuso de cocaína. Se encontraba abstinenta de alcohol desde hace un año aproximadamente. El tratamiento por dicho consumo de tóxicos lo inició en el Centro de Tratamiento de Drogodependencias cuando ya estaba en tratamiento por Trastorno Ciclotímico. La paciente a lo largo de su evolución ha alternado periodos de abstinencia y consumo en cuanto al cannabis y alcohol. Realizaba consumo de tóxicos en estado hipomaniaco y en situaciones de estrés, y se mantenía abstinenta en estado depresivo y eutímico. Presentaba poco deseo de beber (puntuación total: 24 sobre 99 en el cuestionario sobre el deseo de beber, CDB), poco craving de cocaína (puntuación total: 105 sobre 325 en el cuestionario de Craving de cocaína, CCQ-General) y poco craving de cannabis (puntuación total: 90 sobre 315). Parecía encontrarse entre los estados de preparación para la acción y acción utilizando la autoliberación como proceso de cambio en el Modelos de Integración de los Estadios y Procesos de Cambio de Porchaska, Diclemente y Norcross 1992. Presentaba rasgos pasivo-agresivo e histriónicos de la personalidad en el Informe sobre carácter y temperamento de Cloninger (TCI-R) y una puntuación en la Escala de Evaluación de la Actividad global (EEAG) de 65 (nivel medio-alto).

DISCUSIÓN

Este caso podría explicarse a partir de la hipótesis de la automedicación desde la hipótesis del uso de sustancias como mecanismo de afrontamiento para el manejo de síntomas prodrómicos de la hipomanía o estresores psicosociales.

No obstante, debido a las limitaciones que presenta un estudio de caso único, no podemos generalizar las conclusiones, aunque si podemos generar, hipótesis de trabajo que podrían contrastarse en estudios posteriores. Así pues, hemos encontrado coincidencias en el incremento de consumo de las fases hipomaniacas y la reducción de éste en las fases depresivas al realizar una comparación con el estudio de Healey C. et al. 2008. En el consumo observado en fases de eutimia existe discrepancia (nuestra paciente se mantiene abstinenta, mientras que los pacientes estudiados por Healey C. et al. 2008 aumentan su consumo). Estos resultados podrían indicar que la paciente realiza el consumo de sustancias (cannabis y alcohol) en estados hipomaniacos o en situaciones de estrés buscando la sensación de relajación que le puede producir el consumo de dichas sustancias al considerarse ambas depresoras del sistema nervioso central. Sin embargo, en los estados depresivos y eutímicos mantiene la abstinencia ya que no necesita

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO DUAL

buscar dicha sensación placentera.

Así pues, partiendo de esta posible explicación a este caso en particular, podríamos tener en cuenta lo dicho por Casas M. et al.2008, al enfatizar la importancia de advertir y prevenir a los pacientes con TB del riesgo de desarrollar TUS. Idea que es además reforzada si consideramos las altas tasas de comorbilidad entre ambos trastornos.

Nuestra paciente presenta poco craving de cocaína (105/315) y cannabis (90/315) ya que los datos obtenidos en los cuestionarios nos dan una puntuación total de 105 y 90 sobre 315 respectivamente. Estos resultados podrían explicarse porque como se ha indicado anteriormente la paciente sólo realiza un consumo esporádico de cocaína y es por ello que al no tener una dependencia, solo realizar un abuso, no tiene mucho craving. En el caso del cannabis, la paciente sigue consumiendo actualmente cannabis y al consumir su deseo de cannabis es menor. También presenta poco deseo de beber (PT: 24 sobre 99) lo que se explica porque lleva un año aproximadamente de abstinencia.

La paciente se encuentra entre los estadios de Preparación para la acción y Acción. Por lo tanto ya se ha planteado el modificar su conducta adictiva, además de haber hecho un intento de abandono de al menos 24 horas de duración en el último año. En estos estadios es utilizado por los adictos el proceso de Compromiso de cambio o Autoliberación. Existiendo una creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva.

La paciente tiene puntuaciones intermedias en "Evitación del riesgo" por lo que ante distintas circunstancias puede mostrar características de un perfil "PASIVO-AGRESIVO" o "HISTRIÓNICO".

En la escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), la paciente tiene una puntuación de 65 (medio-alto). Nuestra paciente se encuentra entre el intervalo de 70-61 con algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar, pero en general funciona bastante bien y tiene algunas relaciones interpersonales significativas.

En nuestra paciente el seguimiento viene dado por un tratamiento paralelo: el trastorno ciclotímico es tratado en la USM de su centro de pertenencia y el TUS en la UCA.

Así pues dicho todo esto, la interrelación entre un Trastorno mental y un Trastorno por consumo de sustancias va más allá del simple diagnóstico. Durante la evolución, la descompensación de un trastorno determina frecuentemente la desestabilización del otro lo que determina que la aparición de psicopatología en los trastornos duales sea un problema recurrente. La anticipación es la estrategia más adecuada para evitar tal recurrencia. Ello explica que en nuestra paciente las recaídas sean constantes, alternando periodos de abstinencia y consumo en los diferentes tóxicos. También es característico de esta patología la mala adherencia al tratamiento y la peor respuesta al tratamiento, como observamos también en nuestra paciente a lo largo de su evolución.

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: DIAGNÓSTICO DUAL

Además el hecho de que los centros de tratamiento no están diseñados ni preparados para manejar simultáneamente dichos cuadros (abordaje integral del paciente), puede explicar las enormes dificultades y los constantes retrasos que sufren estos pacientes en recibir una ayuda adecuada, con el consiguiente agravamiento del pronóstico y deterioro de la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Casas M.;Franco M.D.; Goikolea J.M.; Jiménez-Arriero M.A.; Martínez-Raga J.;Roncero C.; Szerman N. 2008. Trastorno Bipolar asociado al uso de sustancias adictivas (patología dual).Revisión sistemática de la evidencia científica y consenso entre profesionales y expertos, Actas españolas de psiquiatría, 36(6): 350-361.

Merikangas KR.; Akiskal HS.; Angst J.;Greenberg PE.;Hirschfeld RMA.;Petukhova M. et al. 2007. Lifetime and 12 month prevalence of bipolar spectrum disorder in the national comorbidity survey replication. Archives of General Psychiatry. 67: 543-52.

Kranzler HR.;del Boca FK.;Rounsaville BJ. 1996. Comorbid psychiatric diagnosis predict 3 years outcomes in alcoholics: a posttreatment natural history study. Journal of Study on Alcohol. 57:619-26.

Dalton EJ.;Cate-Carter TD.;Mundo E.; Parikh SV.; Kennedy JL. 2003. Suicide risk in bipolar patients: the role of co-morbid substance use disorders. Bipolar Disorders. 5:58-61.

Krishnan KRR. 2005. Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. Psychosomatic Medicine. 67:1-8.

Colom F.; Vieta E.2004. A perspective on the use of psychoeducation ,cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for bipolar patients. Bipolar Disorders. 6; 480-6.

Healey C.;Peters S.;Kinderman P.;McCracken C.;Morris R. 2009. Reasons for substance use in dual diagnosis bipolar disorder and substance use disorders: a qualitative study. Journal of Affective Disorders. 113(1-2): 118-26.