

Estudio de caso clínico: diagnóstico dual

M^a Paloma Pando Fernández*, M^a Josefa García Escudero**,
Rosario Melero Cañadas*, Lidia Isabel García*** e Isabel Montoya Crous**

*Residente de Psicología Clínica del Hospital General de Ciudad Real

**Psicóloga Clínica de la Unidad de Conductas Adictivas de Ciudad Real

***Psicóloga Clínica del Hospital General de Ciudad Real.

Resumen

El objetivo concreto de nuestro estudio era observar la evolución de los hábitos tóxicos de una paciente con patología dual y, el patrón de consumo en función de su patología mental (trastorno ciclotímico) y de estresores psicosociales. Así mismo esclarecimos los estadios en los que se encontraba y el proceso de cambio que estaba utilizando. También evaluamos su personalidad y su nivel de funcionamiento actual. Todo ello, con el objetivo principal de comprender mejor la comorbilidad entre los trastornos bipolares y los trastornos relacionados con sustancias.

La paciente estudiada estaba en seguimiento en la UCA (Unidad de Conductas Adictivas) de Ciudad Real. Para dicho estudio utilizamos las entrevistas, cuestionarios, analíticas y pruebas complementarias y, controles toxicológicos.

En nuestros resultados obtuvimos que la paciente alternaba periodos de abstinencia y consumo en lo referente al Alcohol y al Cannabis. Encontrándose abstinentes de alcohol desde hace un año aproximadamente y, consumiendo cannabis actualmente. A los 35 años inició un abuso esporádico de cocaína y así se mantenía.

La paciente observamos que consumía en estados hipomaniacos o en situaciones de estrés, y se mantenía abstinentes en estados depresivos o eutímicos.

La paciente se encontraba entre los estadios de preparación para la acción y la acción y, utilizaba la autoliberación.

El perfil de personalidad que mostraba era: pasivo-agresivo o histriónico.

Su nivel de funcionamiento actual se encontraba en un nivel medio-alto.

Dada la evolución de la paciente observada en este estudio podemos concluir que este caso podría explicarse a partir de la Hipótesis de la Automedicación. La elevada prevalencia de casos de Patología Dual (P.D.) nos demuestra su relevancia clínica sanitaria. Los pacientes que sufren dicha patología necesitan un abordaje terapéutico de forma conjunta.

No obstante, debido a las limitaciones que presenta un estudio de caso único, no podemos generalizar las conclusiones obtenidas, aunque sí podemos considerarlas respecto a sus implicaciones.

— Correspondencia a: _____
M^a Paloma Pando Fernández
mariapalomapando@yahoo.es



Palabras Clave

Diagnóstico dual, personalidad, fase de cambio, proceso de cambio, automedicación, tratamiento.

Abstract

The objective of our study was to observe the evolution of the toxic habits in a patient with dual pathology and the patron of consumption according to her mental pathology (cyclothymic disorder) and psycho-social stress. We also wanted to clarify the stages in which she was and the process of change she was using. Furthermore, we evaluated her personality and her level of current work. Everything was done to understand better the connection between bipolar disorders and the disorders related to substances. However, due to the limitations that this unusual case study presents, we can not generalize the conclusions we reached although we can considerate them regarding to its implications.

The patient was selected by chance and according to the UAB (Unit of Addictive Behaviors) of Ciudad Real. For this study, we used interviews, questionnaires, analysis and complementary and toxicology tests.

In our results we observed that the patient went through abstinence periods as well as drug abuse periods, taking alcohol and cannabis. She has been abstained from alcohol for a year, approximately around the period of study, and she is taking cannabis currently. Being 35 years old, she started a sporadic cocaine abuse, and continued it.

We observed that she was on drugs during hippomaniac stages or stress situations, and she did not take drugs when she went through depressing states or “state of standard mood”.

The patient was between the stages of preparation for the action and the action and, she used self-liberation.

The patient's personality was passive-aggressive or pretentious.

Her level of current functionality was in an intermediate-high level.

According to the evolution of the patient under observation, we can conclude that this case could be explained by means of the hypothesis of self-medication.

The high prevalence of cases of dual pathology proves to us its medical clinical relevance. The patients who suffer mentioned pathology need an altogether therapeutic approach.

Key Words

Dual diagnosis, personality, phase of change, process of change, self-medication, treatment.



I. 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 un prevalencia 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 suscita 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) (P.D) 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) (Goldberg JF. et al. 1999), 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 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 (Usieto, EG; et al. 2006).

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 (Casas, M. 2008). Según dicha hipótesis, al intentar paliar con drogas (autotratamiento) los trastornos provocados por su enfermedad desarrollarían conductas de dependencia (Casas, M. 2007).

Nos planteamos si el trastorno por uso de sustancias que presenta la paciente es secundario al trastorno ciclotímico 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 de 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.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro diseño es un estudio de un caso clínico de una paciente de años de evolución que acude a la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de Ciudad Real. Dicha paciente, mujer de 33 años de edad, acude por primera vez a la UCA en el 2004 derivada por la psiquiatra con el siguiente diagnóstico: "Trastorno

ciclotímico en 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 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 2005. 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 la UCA 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 en 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:



A. Consumo de tóxicos

2004-Actualidad: UCA: Tratamiento por Consumo de Tóxicos.

2006: Reinicia Tratamiento en UCA (no acude desde junio del 2005).

2006: Pide ingreso en CERES: Centro específico de alcohol para desintoxicación que posteriormente anula.

2006: Asiste a Terapia de Grupos en Proyecto Hombre de forma ambulatoria.

2007: Ingresa en una Comunidad Terapéutica (1 mes, en régimen interno). Posteriormente continúa en régimen ambulatorio y es expulsada finalmente por realizar consumo de cannabis.

2008: Vuelve a pedir ingreso en Comunidad Terapéutica ya que continúa consumiendo cannabis, alcohol y cocaína. Posteriormente anula la petición del centro.

1. Tratamiento Farmacológico para Consumo de Alcohol: Cianamida cálcica (Colme).
2. Tratamiento Psicológico para el Consumo de Alcohol: Programa de Abstinencia Total.
3. Tratamiento Psicológico para el Consumo de tóxicos: Prevención de Recaídas; Relajación Progresiva; Motivación al Cambio.

B. Trastorno ciclotímico

Hasta 2006: Psiquiatra de la Diputación Provincial por Trastorno Ciclotímico.

A partir del 2006: Tratamiento por Trastorno Ciclotímico en la USM.

Tratamiento Psicológico y Tratamiento Farmacológico (Amisulpirida 200mg; Escitalopram 20mg; Clonazepam 2mg; Acido Valproico 500mg).

Para el análisis descriptivo de nuestros datos, hemos realizado unos gráficos de barras y tablas de percentiles.

3. 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 abstinentemente de alcohol desde hace un año aproximadamente. El tratamiento por dicho consumo de tóxicos lo inició en la UCA (2004) 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 abstinentemente en estado depresivo y eufórico. 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 Modelo de Integración de los Estadios y Procesos de Cambio de Prochaska, Diclemente y Norcross 1992. Presentaba rasgos pasivo-agresivo e histriónicos de la personalidad en el Informe sobre carácter y temperamento de Clonniger (TCI-R) y una puntuación en la Escala de Evaluación de la Actividad global (EEAG) de 65 (nivel medio-alto). Las siguientes gráficas apoyan tales resultados:



Figura 1. Evolución de controles toxicológicos

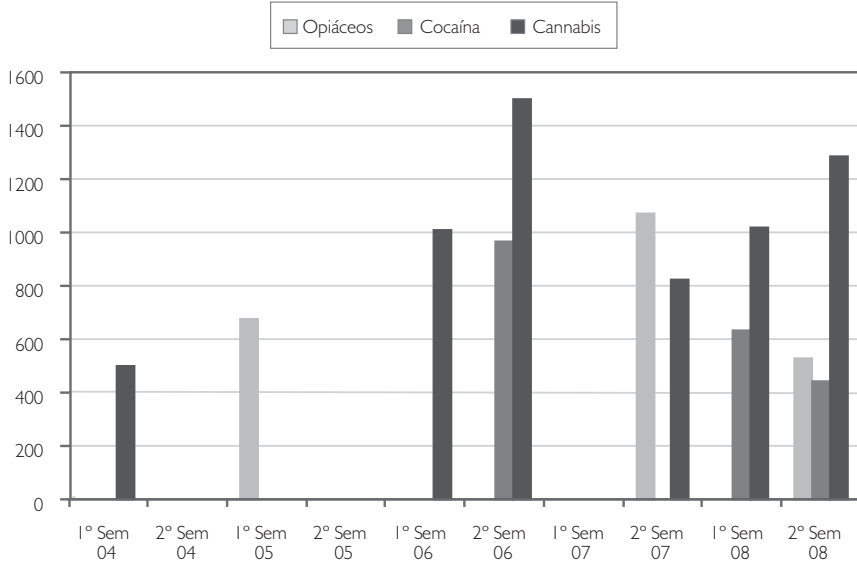


Figura 2. Hábitos tóxicos

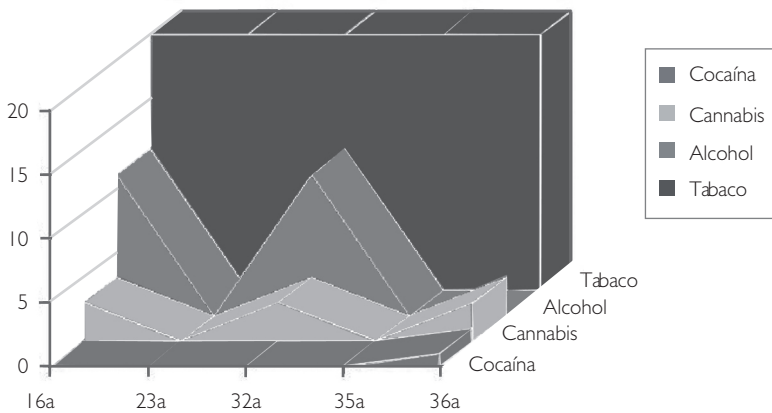




Figura 3. Patrón de consumo

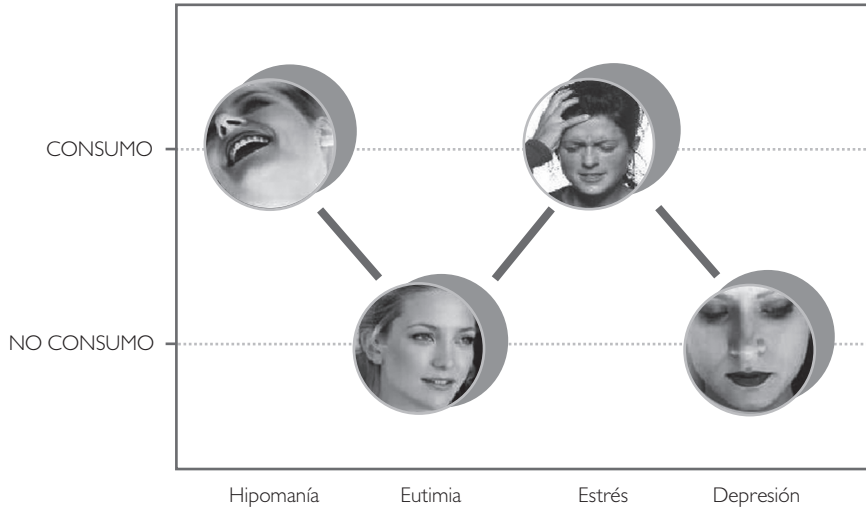
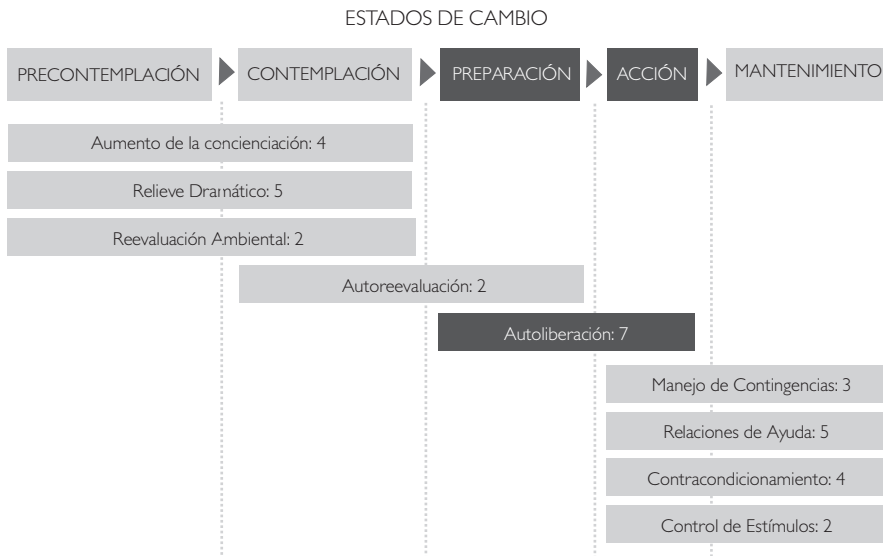


Figura 4. Integración de los estadios y procesos de Prochaska, Diclemente y Norcross 1992





4. DISCUSIÓN

Este caso podría explicarse a partir de la hipótesis de la automedicación (Casas M y cols. 2008) o 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 en 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 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 puntua-



ción 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.

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.

6. BIBLIOGRAFÍA

Bender R., Griffin M., Gallop R., Weiss R. 2007. Evaluación de las consecuencias negativas en los pacientes consumidores de sustancias y trastorno bipolar: Propiedades psicométricas del Inventario Breve de Problemas (SIP). *American Journal on Addictions*. 16 (6):503-509.

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.

Casas M. 2007. Hipótesis de la automedicación en drogodependencias. *Psiquiatría com.* 11 (4).

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.

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.

Díaz E.M.; Bobes T.; AL-Havalí S. et al. 2008. Descripción de la patología dual de pacientes en tratamiento ambulatorio. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.

Fernández JA. 2006. Comentario a: Cómo mejorar el cumplimiento terapéutico en la patología dual y en pacientes drogodependientes. *Rehabilitación Psicosocial*. 3(1).



Goldberg JF; Garno JL; Callahan AM.; Kearns DL.; Kerner B.; Ackerman SH. 2008. Overdiagnosis of bipolar disorder among substance use disorder inpatients with mood instability. *The Journal of Clinic Psychiatry*. 69 (11): 1751-7.

Goldberg JF; Garno JL; Leon AC.; Kocsis JH.; Portera L. 1999. A history of substance abuse complicates remission from acute mania in bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 60: 733-40.

Healey C.; Peters S.; Kinderman P; McCracken C.; Morriss 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.

Horsfall J.; Cleary M.; Hunt GE.; Walter G. 2009. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harvard review of psychiatry*. 17 (1): 24-34.

Koldobsky, N. 2008. Patología dual. *Revista Persona*. 8 (2): 15-29.

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

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

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.

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

Torrens M.; Fonseca F. 2004. Trastornos del estado de ánimo en patología dual. *Monografías de Psiquiatría*. (4).

Weiss RD.; Griffin ML.; Kolodziej ME.; Greenfield SF.; Najavits LM.; Daley DC. et al. 2007. A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counselling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *The American Journal of Psychiatry*. 164: 100-7.

Zeber JE.; Copeland LA.; McCarthy JF.; Baver MS.; Kilbourne AM. 2009. Perceived access to general medical and psychiatric care among veterans with bipolar disorder. *American Journal of public Health*. 99(4):720-7.