

A propósito de un caso de patología dual. Trastorno bipolar tipo I. Dependencia a cocaína y alcohol

Juan Pablo Saavedra Genovese*, Rafael Almenar Almenar* y
Maricarmen Arichabala Veintimilla*

* MIR Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Clínico Universitario de Valencia

Recibido: 08/02/2013 · Aceptado: 19/02/2013

INTRODUCCIÓN

Se denomina "patología dual" a la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Estos pacientes "duales" o con comorbilidad psiquiátrica suponen un número de casos frecuente y presentan mayor gravedad desde las perspectivas clínica y social que los sujetos que sólo presentan un tipo de patología (trastorno adictivo o enfermedad psiquiátrica aislada). Concretamente, entre los diferentes diagnósticos psiquiátricos, diversos estudios y publicaciones constatan la elevada prevalencia de trastornos de personalidad entre los drogodependientes. Artículos revisados concluyen que los trastornos de personalidad más frecuentes entre consumidores de sustancias son, en primer lugar, los trastornos que pertenecen al cluster B, con-

cretamente el límite y el antisocial; en segundo lugar, los del cluster C, trastorno por evitación, pasivo-agresivo y obsesivo-compulsivo; y, en tercer lugar, el cluster A, destacando el esquizoide. La explicación de la asociación entre consumo de sustancias y trastornos de personalidad presenta algunas dificultades, ya que en muchas ocasiones se desconoce si la personalidad es la que determina el inicio en el consumo de drogas, si es el consumo de drogas el que lleva a un patrón de personalidad desadaptativo, si el consumo de drogas lo que hace es modular una serie de rasgos previos, o si son independientes los patrones de personalidad y el consumo de drogas.

Por otra parte, el conocido como trastorno bipolar, integrado en la patología derivada de las alteraciones afectivas, también encuentra fuerte asociación con el consumo abusivo de

— Correspondencia a: _____
Dr. Rafael Almenar
UCA El Grao
C/ Padre Porta, nº 10 (CC.EE. El Grao)
46024 Valencia
E-mail: area4_uca@gva.es



tóxicos. De hecho, de dos estudios llevados a cabo en Estados Unidos en grandes grupos de población, el *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) y el *National Comorbidity Survey* (NCS), se deduce que el trastorno bipolar es la patología psiquiátrica que con mayor frecuencia se asocia a las drogodependencias. El riesgo de que un individuo con un trastorno bipolar tenga a su vez una drogodependencia es más de 6 veces mayor que el de la población general (odds ratio de 6,6 en el ECA y 6,8 en el NCS), y esta probabilidad todavía es mayor en los bipolares-I (p. ej. pacientes que han sido hospitalizados por un episodio maníaco), en los que la probabilidad se dispara hasta ser casi 8 veces mayor (odds ratio 7,9 en el ECA).

Otra de las comorbilidades frecuentes es la que existe entre los trastornos del humor y los de la personalidad. Así, la mayor parte de los estudios indican un porcentaje de trastornos de personalidad en los pacientes con trastornos del ánimo muy superior al esperado por azar. Los trastornos de personalidad que más frecuentemente se han reportado como comórbidos son el límite, el de evitación y el de dependencia; no obstante, algunos estudios también han encontrado que los trastornos pasivo-agresivo, narcisista, histérico y paranoide pueden presentar una alta asociación con pacientes diagnosticados de patología maníaca y/o depresiva. Estudios recientes indican que la prevalencia a lo largo de la vida de trastornos de la personalidad en pacientes bipolares oscila entre el 29-48%. La mayoría han encontrado preponderancia de los clusters B y/o C.

Finalmente, englobando los 3 aspectos referidos (trastorno afectivo, trastorno de la personalidad y consumo de sustancias), tam-

bién la bibliografía nos reporta una estrecha relación entre sí.

En general, debido a los graves desajustes funcionales presentes en los pacientes con patología asociada, como es el caso que se presenta, el abordaje terapéutico debe ser lo más precoz, intenso y multidisciplinar posible, ya que la coexistencia de diferentes patologías dificulta en gran medida la adherencia al tratamiento y sus resultados. No obstante, precisamente esta dificultad añadida supone una satisfacción extra en las situaciones en las que la terapia resulta exitosa.

Entre los diferentes centros de tratamiento de pacientes duales se encuentran las UCAs (Unidades de Conductas Adictivas), conformadas por un equipo que integran médicos, psicólogos, personal de enfermería y trabajador social, todos ellos con un alto nivel de formación tanto en materia de adicciones como en patología psiquiátrica. El abordaje terapéutico que se lleva a cabo en estos centros se basa en el siguiente protocolo:

El primer contacto con el paciente se inicia con la apertura de la historia clínica y la recogida de datos. En esta primera fase el paciente y su familia clarifican dudas acerca del tipo de tratamiento que se dispensa en la unidad y se acuerdan los primeros pactos. Al finalizar la visita se emite un diagnóstico de presunción (médico, toxicológico y psiquiátrico) y se elabora un plan terapéutico individualizado. Generalmente, al ingreso existe una confusión de síntomas por la interrelación compleja entre la enfermedad mental y el consumo de sustancias que dificultan la precisión de los diagnósticos. El diagnóstico de confirmación se establece cuando el paciente lleva al menos



4 semanas abstinentes y se puede diferenciar entre patología psiquiátrica inducida por sustancias, patología psiquiátrica primaria y patología adictiva primaria. Una vez establecido el plan terapéutico, se inicia el tratamiento fraccionándolo en 3 fases, siendo la primera la conocida como fase de desintoxicación —con el objetivo de lograr la abstinencia a las sustancias que generan la adicción—, la segunda la fase de deshabituación —por la que se intenta reafirmar la conducta de no consumir—, y la tercera de rehabilitación —reinserción sociofamiliar y laboral—.

Una exhaustiva revisión bibliográfica ha llegado a la conclusión de que el manejo de los pacientes comórbidos debe incluir una combinación de psicoterapia y farmacoterapia, de tal manera que, en síntesis, el tratamiento farmacológico debe ir dirigido a los síntomas más relacionados con la patología puramente psiquiátrica y las medidas psicológico-conductuales deben centrarse en las conductas relacionadas con el abuso de sustancias. Así, queda limitado el uso de medicamentos con fines de control de consumo de tóxicos exclusivamente en casos seleccionados.

La intervención psicológica con drogodependientes que presentan un trastorno de personalidad pasa por superar numerosos retos, entre los cuales encontramos: las dificultades en el establecimiento de la relación terapéutica, abordar la egosintonía para implicar al paciente en el tratamiento, la evolución del trastorno de personalidad en ausencia de consumos puntuales o recaídas, el trabajo en equipo, la adecuación de los programas de prevención de recaídas a las particularidades que se derivan de esta concomitancia, el empleo

de estrategias terapéuticas específicas para un determinado paciente en un momento concreto de su evolución y, principalmente, el reto vinculado con la dificultad que encontramos cuando se quieren modificar rasgos de la personalidad. La superación de estos retos está conduciendo a resultados satisfactorios en el tratamiento de drogodependientes con trastornos de personalidad.

En el manejo terapéutico integral de la mayoría de las patologías de curso crónico no hay que olvidar la inclusión de algún tipo de abordaje familiar paralelo, que se hace imprescindible debido al deterioro psicológico que experimentan las personas cercanas a los sujetos víctimas de patología dual. A estas personas en muchas ocasiones se les tiene que señalar y ayudar a modificar el trato que dispensan al enfermo y que resulta una mezcla de miedo, descalificación, sobreprotección y rechazo. La terapia paralela ejercida sobre los familiares no sólo logra aliviar en ellos su angustia, sino que también ejerce un refuerzo positivo en el tratamiento del paciente.

El caso actual pretende ejemplificar la complejidad en el manejo de pacientes con patología dual, así como también expone el abordaje integral e interdisciplinario con el principal objetivo de conseguir los resultados deseados en el paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 35 años de edad diagnosticado de trastorno bipolar tipo I y trastorno de la personalidad, que acude por primera vez a la Unidad de Conductas Adictivas en diciembre de 2009 por dependencia a cocaína



inhalada, dependencia de alcohol y dependencia de marihuana.

SITUACIÓN FAMILIAR

El paciente es hijo único, se encuentra soltero y los padres están vivos y se han implicado en la problemática del paciente. En un principio era la madre quien lo acompañaba a las consultas y posteriormente es el padre quien acude a la terapia de apoyo de la UCA destinada a las familias. El paciente vive actualmente solo en un piso cercano al domicilio de los padres.

SITUACIÓN LABORAL, FORMATIVA Y ECONÓMICA

Estudios hasta 1^{er} año de secundaria.

Último empleo en cadena de montaje durante 5 años y desde hace 4 años pasa a ser pensionista por carecer de habilidades para mantener unas actividades sociales mínimas que posibilitan una inserción laboral.

Cuenta mancomunada. No lleva dinero consigo.

HISTORIA JUDICIAL

Implicado en un único episodio de robo en una tienda aldeaña al sitio donde habitaba junto a sus padres y otro episodio de violencia en la vía pública. Al día de hoy ambas causas se encuentran abiertas y pendientes de dictamen judicial.

HISTORIA TOXICOLÓGICA

El paciente inicia a los 15 años el consumo de 30 a 40 cigarrillos de tabaco diarios, 2 a 3 porros casi todos los días y alcoholes destilados y fermentados con patrón de consumo de

forma lúdica los fines de semana. A los 17 años prueba anfetaminas y alucinógenos.

Con 18 años el patrón de consumo de THC pasa a ser diario y en cantidades crecientes excediendo los 20 cigarrillos al día, con esta edad comienza el consumo de cocaína inhalada llegando a consumir más de 1 gramo diario, duplicando dicha cantidad al año tras interrupción de relación afectiva. A partir de los 23 años y hasta los 31 el consumo de cocaína se vuelve esporádico.

ANTECEDENTES SOMÁTICOS

No reacciones medicamentosas conocidas. Como antecedentes quirúrgicos destacan apendicetomía, rinoplastia y hemorroidectomía.

Tras derivación al Servicio de Psiquiatría por parte del equipo de la UCA, a la cual acude el paciente, es diagnosticado de Trastorno Bipolar continuando en seguimiento por el mismo equipo de psiquiatras, a pesar de múltiples inasistencias a consulta al inicio del seguimiento.

ABORDAJE TERAPÉUTICO ACTUAL

Tratamiento psiquiátrico.

Tratamiento farmacológico actual: Gabapentina, Oxcarbazepina, Mianserina, Venlafaxina, Amisulprida, Zuclopentixol.

Tratamiento psicológico actual: en la UCA acude al grupo de terapia para pacientes con depresión y trastornos de control de impulsos.

EVOLUCIÓN

En el momento actual el paciente se encuentra abstinentes a cocaína y alcohol desde hace meses. Continúa consumiendo esporádicamente marihuana, aunque se plantea dejarla por completo. Acude a las terapias



de prevención de recaídas mientras que su padre asiste a las terapias de apoyo destinadas a las familias. Tanto el paciente como el padre comentan encontrarse muy contentos con el proceso de recuperación y los cambios que se han producido hasta el momento. El paciente se encuentra más comunicativo, la relación con los padres es más estrecha y sincera. El paciente analiza mejor las alternativas que se le van planteando, ha disminuido considerablemente el nivel de agresividad e impulsividad, tiene en mente ayudar de manera sistemática a su padre en el trabajo. En un futuro cercano está evaluando la posibilidad de viajar al extranjero y trabajar junto a su padre. Reconoce que este hecho puede representar un gran avance en el proceso de su recuperación.

JUICIO DIAGNÓSTICO

- I. Dependencia de cocaína con remisión completa mantenida.
- II. Dependencia de alcohol con remisión completa mantenida.
- III. Abuso de marihuana.
- IV. Trastorno Bipolar Tipo I.
- V. Trastorno de la Personalidad.

DISCUSIÓN

Con este caso clínico hemos querido mostrar un claro ejemplo de que los pacientes con trastorno bipolar con frecuencia presentan en algún momento de sus vidas comorbilidad con un trastorno por uso de sustancias, soliendo dificultar y retrasar el adecuado diagnóstico del propio trastorno bipolar. Además, el uso-abuso-dependencia de tóxicos implica un peor curso y complica el manejo psicofarmacológico y psicoterapéutico de los pacientes.

Es importante en este caso la necesidad de que el entorno aprenda estrategias de protección y límites ante las conductas disruptivas del paciente, tanto por el bien de la familia como del propio enfermo ya que pueden suponer desencadenantes para motivación hacia el cambio.

Otro punto importante a detallar es la coordinación entre diferentes servicios y el trabajo en equipo; ejerciendo un tratamiento combinado y multimodal necesario en este tipo de situaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bolinches, F. et al. (2002). Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual. *Trastornos Adictivos*, 4(4):216-222.
- Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, Vol. 14, Supl. I Págs 195-219.
- Kelly, T.; Daley, D. y Douaihy, A. (2012). Tratamiento de Abuso de Sustancias. Los pacientes con trastornos psiquiátricos comórbidos. *Addict Behav*, 37(1): 11-24.
- López Duran, A. y Becoña Iglesias, E. (2006). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. *Psicothema*, 18(3): 578-583.
- López Duran, A. y Becoña Iglesias, E. (2006). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones*, 18(2):161-196.
- Martínez González, J.M. (2010). Intervención psicológica en pacientes con comorbilidad del consumo de cocaína y alcohol y trastornos de personalidad. *Trastornos Adictivos*, 12(4):140-143.



- Palacios, L. (2007). Psicoterapia de los trastornos de personalidad en adictos. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(3):408-424.
- Pani, P.P.; Maremmani, I.; Trogu, E.; Gessa, G.L.; Ruiz, P. y Akiskal, H.S. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included? *J Affect Disord*. May; 122(3):185-97.
- Pedrero Pérez, E. J. et al. (2003). Prevalencia y severidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5(3):241-55.
- Pérez de Heredia, J. L. et al. (2001). Abuso y dependencia de sustancias en el trastorno bipolar. *Trastornos Adictivos*, 3(Monográfico 2):19-24.
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Sánchez Moreno, J.; Martínez-Arán, A. y Vieta, E. (2005). Comorbilidad en el trastorno bipolar. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 32(2):77-88.
- Sandoval, L. y Villamil, V. (1999). La comorbilidad de los trastornos depresivos y de los trastornos de la personalidad. *Salud ment*, 22(3):34-40.
- Sierra Serrano, R.; Orengo Caus, T. y Muñoz Llácer, A. (2012) A propósito de un caso de trimorbilidad: la necesidad del abordaje interdisciplinar. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(4):461-464.
- Skinstad, A.H. y Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 45-64.
- Torrens Mèlich, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4):315-320.
- Usieto, E.; Pernia, M.C. y Pascual, C. (2006). Intervención integral de los trastornos psicóticos con trastorno por uso de sustancias comórbido desde una unidad de patología dual. *Rehabilitación psicosocial*, 3(1):26-32.
- http://www.psiquiatria.com/articulos/patologia_dual/51158/