

CASO CLÍNICO 3

Patología dual

Pablo Vega Astudillo

SOCIDROGALCOHOL
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y los otros Tóxicos



Lundbeck



Presentación del caso

Paciente de 35 años de edad, que ha estado ingresado en la Unidad de Patología Dual (PD) derivado de nuestro Centro de Atención a Drogodependientes (CAD) y permanece en tratamiento ambulatorio en la actualidad.

Psicobiografía (I)

- Es el segundo de cuatro hermanos. La relación con el mayor, varón, es prácticamente inexistente; con las hermanas pequeñas hay una diferencia muy grande de edad y son de otro padre distinto.
- Hijo de padres separados a los 9 años del matrimonio. La separación fue provocada por problemas de celotipia del marido (la madre dormía con el hijo mayor por miedo a los ataques epilépticos de éste). El padre se volcaba con PI para provocar conflicto entre los hijos.
- Tras la separación, la madre se trasladó a Alicante con los hijos durante un año.
- El paciente refiere antecedentes de ingreso hospitalario de la madre por trastorno depresivo, que hicieron que la familia volviera a Madrid.



La prevalencia estimada de TP en la comunidad varía ampliamente según distintos estudios, desde un 5,9 hasta un 22,5%, y también varían las tasas de prevalencia de cada trastorno, considerándose en general que el cluster C es el más prevalente. Suelen tener considerables dificultades en su funcionamiento general y su salud, afectando su existencia el curso y pronóstico de otros trastornos psíquicos.

Psicobiografía (II)

Antecedentes familiares:

- Tres tíos maternos consumidores de drogas.
- Hermano mayor consumidor de drogas. Desde los 7 años pegamento, a los 11 cannabis, alcohol y rohipnol. A los 15 años cocaína, alcohol, heroína y benzodiazepinas. Antecedentes de trastorno depresivo e intentos autolíticos. Ha estado también en tratamiento en CAD y PD.
- Padre narcotraficante, con infarto en 2008. Ingresó en prisión en 2010. Falleció en 2012.
- Antecedentes familiares de conductas delictivas. Desde los 17 hasta los 25 años, aproximadamente, refiere estar traficando pero no consumiendo.



Un amplio estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos (n=43.093) en población general del que se siguen publicando resultados, el NESARC (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*), refrenda una vez más la importante asociación entre TP y trastornos por uso de sustancias (TUS), encontrando que entre los consumidores de alcohol el 28,6% tenía al menos un TP, así como el 47,7% de consumidores de otras sustancias, mientras que el 16,4% de sujetos con al menos un TP presentaban un trastorno por uso de alcohol comórbido, y el 6,5% un trastorno por uso de otras sustancias. Los trastornos relacionados con el alcohol mostraban más TP antisocial, histriónico y dependiente, igual que los trastornos por uso de otras sustancias. Las asociaciones entre TP obsesivo-compulsivo, histriónico, esquizoide y antisocial y trastornos específicos de uso de alguna sustancia fueron significativamente más fuertes en mujeres, mientras que en hombres lo fueron más entre TP dependiente y dependencia de sustancias, sesgo que pudiera estar influido precisamente por ser un estudio en población general.

Psicobiografía (III)

- Experiencia laboral breve en mecánica, construcción y restaurante del padre.
- Situación económica: perceptor de pensión de SS con un 70% de minusvalía (10/07/10), que está embargada por orden judicial. Le fue concedida por:
 - Trastorno mental sociopático.
 - Inmunodeficiencia con VIH+.
 - Hepatitis crónica.
 - Trastorno límite de la personalidad (TLP).
 - Trastorno mental por psicosis.



En España, un reciente estudio epidemiológico sobre patología dual en población clínica que demanda asistencia, promovido por la Sociedad Española de Patología Dual y pendiente de publicación, obtuvo una prevalencia de TP del 71%, utilizando como instrumento de medida la entrevista PDQ4+, con la que se apreció presencia destacada de los trastornos “depresivo” (25%), límite (25%) y paranoide (24%), seguidos por evitativo (23%), obsesivo-compulsivo (22%) y antisocial (20%).

Psicobiografía (IV)

- Situación judicial: múltiples detenciones y juicios, resueltos habilidosamente, no llegando el paciente a entrar en prisión hasta la fecha:
 - Año 2000: petición de 19 años por intento de homicidio.
 - Robos con fuerza: 5 meses y 16 días.
 - Año 2009: orden de alejamiento de su pareja por agresiones y amenazas.
 - Año 2010: tenencia de armas. 11 meses. Se encuentra en busca y captura.
 - Varias detenciones por tráfico de drogas.

Psicobiografía (V)

- Primera pareja en 1997 (18 años). Consumidora de cocaína, con la que tuvo una hija que ahora tiene 16 años. Falleció en 2000 (¿suicidio o asesinato?). Esta pareja mantuvo también una relación con el hermano mayor del paciente y quedó embarazada, sin saber quién de los dos hermanos es el padre.
- Segunda pareja once años mayor que el PI, tiene un hijo de 13 años con el que no tiene relación desde los 18 meses del niño.
- Tercera pareja, usuaria de nuestro centro. Tiene otro hijo de 5 años que no conoce. Pidió una orden de alejamiento antes de nacer el niño, por amenazas y malos tratos. Se encuentra en protección por violencia de género a causa del PI.

Historia de consumo

- **Inhalantes:** refiere iniciar el consumo con 8 años.
- **Alcohol:** inicia el consumo en 2003 (24 años) y se convierte en habitual en 2004.
- **Cocaína:** inicia el consumo en 2003, pasando a consumirla de forma habitual en 2004 inhalada y en 2009 intravenosa.
- **Heroína:** inicio en 2003, consumo habitual en 2004 inhalada y posteriormente inyectada.



Partiendo precisamente de los problemas metodológicos que aparecen ante la complejidad de la relación entre personalidad, TP y uso de sustancias, Grekin *et al.* efectuaron un meticuloso estudio en 3.720 estudiantes universitarios utilizando el *NEO Five Factor Inventory* (NEO-FFI), que valora cinco dimensiones de la personalidad: neuroticismo, extroversión, conformidad, autotrascendencia y apertura a la experiencia, y el *Tridimensional Personality Questionnaire short form* (TPQ-S), que valora otras tres dimensiones: búsqueda de novedades, evitación del daño y dependencia de la recompensa; se valoró igualmente la presencia de trastornos de conducta antes de los 15 años. Encontraron que la antisociabilidad y ciertos rasgos centrales de personalidad predicen muchos tipos de patología con las sustancias; concretamente, la búsqueda de novedades y los síntomas de trastornos de conducta se asociaron con síntomas de dependencia a alcohol, tabaco y otras drogas, mientras el neuroticismo los predijo más modestamente. Varios rasgos de personalidad se relacionaron específicamente con síntomas de dependencia a determinadas sustancias; así, extroversión y apertura a la experiencia predijeron sintomatología en relación con el alcohol, la baja autotrascendencia predijo síntomas de otras drogas, y la apertura a la experiencia y baja autotrascendencia, sintomatología sobre el tabaco. También la alta apertura a la experiencia fue factor de predicción de síntomas de dependencia al tabaco, y la extroversión y baja apertura a la experiencia, síntomas de dependencia al alcohol. Se apreció que la relación personalidad-TUS disminuyó sustancialmente cuando se añadieron los síntomas de trastornos conductuales a la ecuación, aunque la personalidad siguió prediciendo el uso de sustancias (de forma menos intensa) tras controlar los síntomas de trastornos conductuales y viceversa. Esto podría tener distintas explicaciones, pero en conjunto, estos hallazgos sugerirían que podría haber muchos caminos por los que la personalidad y los trastornos conductuales llevan a la dependencia de sustancias.

PREGUNTA 1

**Entre los trastornos de personalidad,
se considera más prevalente:**

- a) El cluster B
- b) El cluster C
- c) El cluster A
- d) La prevalencia de todos es similar

Tratamientos previos (I)

- 1999 (3 meses): ingreso en CT en Cuenca. Abandona el tratamiento.
- INICIA TRATAMIENTO EN CAD en diciembre de 1999.
- 2000 (6 meses): ingreso en CT Barajas. Expulsado por agresiones físicas a una compañera.
- 2000: Reto y CASI.
- 2001 (18 meses): piso de reinserción de Proyecto Hombre. Expulsado por consumo puntual de alcohol y amenazas a los terapeutas.
- Diciembre de 2002 (6 meses): ingreso en CT Barajas. Alta terapéutica.
- Abril de 2003 (2 meses): piso de reinserción de Punto Omega.

Tratamientos previos (II)

- Diciembre de 2008 (1 mes): comunidad terapéutica (CT). Alta voluntaria.
- Septiembre de 2009 (7 meses): CT. Alta terapéutica.
- Octubre de 2010 (6 meses): CT. Posteriormente, piso de reinserción con alta terapéutica.
- Enero de 2012 (6 meses): CT. Alta terapéutica.
- Diciembre de 2012 (3 meses): centro de patología dual.
- Abril de 2013: piso de apoyo al tratamiento con alta terapéutica.
- 2014: piso de reinserción.

Antecedentes médicos personales

- VIH positivo conocido desde 1994, estadio A1.
Última analítica: CDR: 546; CV:indetectable. No tratamiento.
- Hepatitis C crónica desde 2004 con carga viral de 1.165.286.
Pendiente de tratamiento.
- Múltiples fracturas y agresiones en la edad adolescente y adulta.
- Diabetes mellitus no insulino dependiente en tratamiento.

Antecedentes familiares psiquiátricos

- Padre politoxicómano. Fallecido de IAM.
- Madre con trastorno depresivo (posible TP) y abuso de benzodiazepinas.
- Hermanos: hermano mayor politoxicomano TLP (estuvo en PD), hermana en tratamiento por trastorno depresivo.
- Tres tíos maternos con antecedentes de politoxicomanía.

Antecedentes personales psiquiátricos (I)

- No tenemos constancia del inicio del seguimiento en salud mental, aunque en la historia clínica del hermano aparece en la infancia y la adolescencia.
- 1999: Ingreso en la clínica del Dr. Esquerdo por psicosis tóxica durante un mes, por intoxicación por THC. Sintomatología predominante: pseudoalucinaciones auditivas, ideación delirante de referencia y perjuicio y alucinaciones visuales.
- 2000: Intentos autolíticos. Seguimiento por parte de un psiquiatra privado.

Antecedentes personales psiquiátricos (II)

- Septiembre de 2010: ingreso en el hospital por intento autolítico por sobredosis de cocaína intravenosa.
- 2012: ingreso en el hospital por psicosis tóxica.
- 2013: ingreso por intoxicación yatrogénica por benzodiazepinas (según refiere el paciente).
- Vinculación irregular hasta el año 2013 con salud mental. A partir de entonces, lleva seguimiento regular.

Exploración psicopatológica (I)

- Antecedentes de episodios de descontrol de impulsos. Desde la infancia, peleas callejeras y numerosos episodios de conflicto. Conductas delictivas fuera del ámbito de la impulsividad, que relata con una llamativa frialdad afectiva.
- Refiere también antecedentes de tratamiento por trastorno adaptativo con sintomatología depresiva y ansiosa tras el fallecimiento de su primera pareja (en este contexto hizo un intento de suicidio en 2000).
- Conducta demandante, sin tolerancia a la espera.
- Refiere, a lo largo de todos los procesos, sintomatología depresiva por periodos breves y con resolución espontánea, no objetivados por los profesionales en sus diferentes ingresos. Utiliza esta sintomatología como demanda de atención, mostrando con frecuencia una actitud victimista y narcisista.



El cluster B es el que más se ha relacionado con el consumo de sustancias y en el que, con diferencia, más se ha estudiado, siendo casi anecdóticos los datos que se centran en los otros dos clusters, que sólo suelen aparecer mencionados en estudios generales sobre esta patología dual. Este sesgo quizá podría tener relación también con la escasez de estudios sobre el tema que nos ocupa realizados por investigadores y clínicos dedicados a los TP, partiendo la mayoría desde los dedicados al consumo de sustancias.

Exploración psicopatológica (II)

- Episodios de crisis de angustia que han precisado tratamiento farmacológico e intervención psicoterapéutica.
- Discurso obsesivo relacionado con la muerte de su mujer.
- Episodios de hetero-autoagresividad.
- Psicosis tóxica.
- Ideación autolítica no estructurada.
- Tendencia a la fabulación.

PREGUNTA 2

La relación causal entre trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias podría ser:

- a) Los trastornos de personalidad favorecen los trastornos por uso de sustancias
- b) Ambos tendrían una base etiológica común
- c) Las dos son ciertas
- d) Ninguna de las dos es cierta

Pruebas complementarias (I)

- Pruebas realizadas en CT (Marzo 2010)
 - Cuestionarios de personalidad: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II) y MMPI-II. Quedan invalidados por la elevación de todos los índices de corrección.
 - Test de Factor "G" de Cattell: CI 79
 - Técnicas proyectivas: H-T-P. Significativo rasgos de inmadurez, dependencia y agresividad manifiesta.
- Preocupación por si mismo y rumiación por el pasado, con una pobre orientación en la realidad.
 - Impulsividad y necesidad de gratificación inmediata muy primarias.
 - Evitación de enfrentamiento con la realidad recurriendo a la fantasía y la fabulación.
 - Establecimiento de vínculos afectivos patológicos.
 - Rasgos obsesivos.



Pruebas complementarias (II)

- Pruebas realizadas en CT (Abril 2012)
 - Cuestionario de personalidad SCID-II (DSM-IV): Cumple los criterios diagnósticos para el Trastorno Antisocial de Personalidad. Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II) invalidado por el paciente.
 - Inventario de Ansiedad de Beck: Normal.
 - Inventario de Depresión de Beck: Leve.
 - Cuestionario de Habilidades Sociales: Puntuación media-baja en la mayoría de apartados evaluados. Indica déficit de HHSS importantes, fundamentalmente en aquellos en los que se trata de defender sus derechos asertivamente y demandar ayuda.

PREGUNTA 3

La impulsividad destaca en:

- a) Los trastornos por uso de sustancias
- b) Los trastornos por uso de sustancias y todos los trastornos de personalidad
- c) Los trastornos por uso de sustancias y el cluster A
- d) Los trastornos por uso de sustancias y el cluster B

Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (TASP) (301.7) (I)

- **A.** Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:
 - Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
 - Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
 - Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
 - Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
 - Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
 - Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
 - Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (TASP) (301.7) (II)

- **B.** El sujeto tiene al menos 18 años.
- **C.** Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.
- **D.** El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Diagnósticos DSM-IV (I)

- **Eje I**
 - Dependencia de opiáceos en remisión (304.02).
 - Dependencia de cocaína, en remisión (304.23).
 - Dependencia de alcohol en remisión (303.93).
 - Dependencia de cannabis en remisión (304.30).
- **Eje II**
 - Trastorno antisocial de la personalidad (301.7).
 - Trastorno límite de la personalidad (301.83).
- **Eje III**
 - Hepatitis C crónica (070.54).
 - VIH (042).
 - DMNID.
- **Eje IV**
 - Problemas relativos a la infracción con el sistema legal y criminal.
 - Problemas relativos al ambiente social.



Tratamiento en la actualidad

- Duloxetina 60 mg (1-0-0)
- Mirtazapina 30 mg (0-0-1)
- Paliperidona 9 mg (1-0-0)
- Quetiapina 300 mg (1-1-1)
- Topiramato 200 mg (1-1-1)



Las guías de tratamiento para los TP recomiendan la psicoterapia cuando sea posible, asociada a farmacoterapia centrada en los síntomas cuando sea necesaria o útil; ello sería igualmente recomendable para los pacientes duales, aunque se requieran modificaciones de los programas tradicionales, y destacan algunos ingredientes esenciales para el tratamiento efectivo de estos pacientes:

- Siempre es necesaria y central una valoración del riesgo.
- Desde el principio se necesita una atención especial y profesional hacia ambos focos.
- Se recomienda un apoyo individual intensivo y por largo tiempo para establecer y mantener una alianza de trabajo que evite los abandonos tempranos y favorezca mejores resultados a largo plazo, con atención terapéutica directa a rasgos de personalidad desadaptativos, lo que mejoraría los síntomas y reduciría los riesgos de recaída. La psicoterapia solamente tendrá éxito si es en un programa a largo plazo que ofrezca estructura y seguridad, y si se combina con un programa de entrenamiento en resolución de problemas o de prevención de recaídas.
- Los terapeutas deben ser profesionales con alta cualificación y experiencia en psicoterapia, psicopatología, TP y adicciones, y deberían estar obligados a supervisión.
- Los problemas motivacionales, interpersonales y perceptivos deben considerarse centrales en el tratamiento de pacientes duales, utilizando especialmente terapias integradas centradas en la conducta con soporte empírico para su uso en trastornos específicos encontrados en consumidores de sustancias, especialmente los trastornos *borderline* y antisocial.
- Se recomienda de forma especial la participación en un programa apropiado postratamiento.

Situación actual

- En el último ingreso en el piso de reinserción (2012) no consigue adaptarse al recurso, llegando a realizar una ingesta masiva de benzodicepinas que requiere ingreso hospitalario.
- Tras la salida del piso de reinserción acude al domicilio materno. La madre solicita al profesional de referencia del CAD ingreso urgente para su hijo en un nuevo recurso de nuestra red.
- Se le devuelve porque no cumple criterios de dependencia para utilizar un recurso de drogodependencias, ya que lleva abstinente dos años y medio. Se le remite a la red de Salud Mental, donde realiza seguimiento con su psiquiatra de zona.
- Continúa en seguimiento en el CAD para facilitar la vinculación con Salud Mental, aunque la demanda real del PI es obtener beneficios judiciales a través de nuestros informes legales.

Conclusiones

- A lo largo de la vida del PI aparecen diferentes diagnósticos, como es el trastorno disocial, pero en nuestro caso, dada la gravedad de los comportamientos destructores y antisociales del paciente nos inclinamos por un diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad (TASP).
- El tratamiento eficaz del TASP parece ser el paso del tiempo. A partir de los 40 años de edad tienden a mejorar y a ser menos impulsivos y depravados. El tratamiento del consumo de sustancias constituye el objeto básico en la intervención, dado que la abstinencia atenúa la sintomatología de estos pacientes. En nuestro caso, los múltiples ingresos en recursos residenciales y asistenciales ha favorecido la clara mejoría en la psicopatología y evolución de nuestro paciente.