

A propósito de un caso de trimorbilidad: la necesidad del abordaje interdisciplinar

Rosa Sierra Serrano, Teresa Orengo Caus y Ana Belén Muñoz Llácer

Unidad de Conductas Adictivas El Grao Valencia, Departamento Clínico-Malvarrosa

Recibido: 08/08/2012 · Aceptado: 26/10/2012

INTRODUCCIÓN

La complejidad de los pacientes afectados de patología dual, ha obligado al replanteamiento de la necesidad del abordaje interdisciplinar, tras comprobar que la fragmentación en el trabajo es fuente de ineficiencia e ineficacia.

La interdisciplinariedad implica abordajes de modo integral y fomenta el desarrollo progresivo del trabajo en equipo, es decir, los esfuerzos terapéuticos se dirigen hacia conseguir un objetivo común.

El buen funcionamiento del equipo requiere de participación y responsabilidad compartida, así como esfuerzo para aunar la filosofía de la intervención terapéutica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años que acude a UCA por primera vez en octubre de 2006 con historia de más de 10 años de consumo de opiáceos

(heroína) y cocaína, derivada a petición propia por su médico de Atención Primaria.

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

Es la tercera de cuatro hermanos. La madre es ama de casa, el padre jubilado; desde hace dos años convive con los padres. El resto de los hermanos vive autónomamente. Separada, madre de dos hijas. Su hija mayor, de 8 años, convive con el padre en Guadalajara, habiendo perdido la paciente la custodia. De la hija menor, de 3 años, comparte la custodia con el padre de la misma, y convive en el domicilio familiar a semanas alternas. Las relaciones de la paciente con su familia son tensas, tanto con los padres como con los hermanos, con una comunicación gravemente deteriorada. Ambiente familiar de alta expresividad emocional, con la ambivalencia ya conocida en estas relaciones entre la sobreprotección y el hipercriticismo.

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



SITUACIÓN LABORAL, FORMATIVA Y ECONÓMICA

Estudios hasta 3º ESO y posterior abandono. Ha realizado trabajos diversos de poca especialización, que no ha conseguido mantener. Actualmente cobra una pensión no contributiva.

SITUACIÓN JUDICIAL

Pasó 4 meses en la cárcel por un delito de estafa (2005). En el momento en que llega a la consulta, y tras el último juicio en el que se unificaron más de 30 causas por el mismo delito, paga mensualmente una cantidad en concepto de multa y otra en concepto de indemnización. Tiene que acudir al Juzgado a firmar entre los días 1-15 de cada mes.

HISTORIA TOXICOLÓGICA

Inicio de consumo de tabaco y cannabis a los 15 años. A los 16 años fumaba 20 cigarrillos/día, consumía THC a diario, e inició el consumo de anfetaminas que mantuvo hasta los 21 años. Comienza a consumir heroína (fumada) y cocaína (esnifada) con 19 años. Cuando llega a la UCA el consumo de cocaína se mantiene en patrón atracón aproximadamente 2 veces por semana, y el de heroína diario (chinos). Fuma 5-6 porros diarios, y niega consumo de alcohol.

ANTECEDENTES SOMÁTICOS

No RAMc. No enfermedades somáticas de interés. No antecedentes quirúrgicos de interés.

Serologías: NEGATIVAS para VIH, VHC y VHB.

EVOLUCIÓN

La paciente llega a la UCA con demanda inicial de desintoxicación-deshabitación, y es incluida en el Programa de mantenimiento con metadona. Inicia tratamiento tanto psicológico como farmacológico. Evoluciona rápidamente respecto al manejo de la adicción, a pesar de que la adherencia a la Unidad es escasa. Sin embargo empieza a evidenciarse en abstinencia sintomatología ansioso-depresiva importante, y graves dificultades en sus relaciones sociales y el manejo del entorno. A pesar de mantenerse abstinentes, la paciente presenta carencias básicas en las habilidades para el manejo del malestar emocional, gran inestabilidad afectiva, deficitario control de los impulsos, escasa tolerancia a la frustración, y alteraciones en la cognición social de las que se derivan una percepción paranoide de su entorno, con vivencia continua de daño y agresión. Periódicamente se presentan gestos autolíticos de diversa gravedad, siempre en relación con estresores de la vida cotidiana que la llevan a desbordamientos emocionales que generan gran disrupción. Incontinencia emocional muy marcada, irritabilidad, disforia, pensamiento de tinte paranoide. Múltiples asistencias a Urgencias por episodios de auto y heteroagresividad, agitación psicomotriz, incontinencia emocional y tentativas autolíticas. Las dificultades en el funcionamiento diario son cada vez mayores en todos los ámbitos, tanto familiar como social, laboral, etc. Este patrón de funcionamiento, extremadamente desadaptativo, lleva a un progresivo desgaste personal y familiar. Todo ello, confirmado con los instrumentos de evaluación pertinentes, nos lleva a un nuevo diagnóstico, añadido al



de Dependencia: Trastorno Límite de Personalidad.

Se incluye a la paciente en el programa STEPPS (Programa para el Tratamiento en grupo del Trastorno Límite de la Personalidad) que se realiza en esta UCA con pacientes afectados de patología dual. Se inicia entonces un proceso de coordinación entre los diversos recursos asistenciales. Se remite a la paciente a su Unidad de Salud Mental de referencia, donde inicia tratamiento con psiquiatría; por otra parte, dada la gravedad del deterioro social, se la remite a un Centro de Día especializado en drogodependencias (Centro de Día Hedra). Los padres inician asistencia al grupo de familiares de esta UCA, con fines psicoeducativos.

En los siguientes seis meses la paciente mejora paulatinamente en todos los ámbitos. Se consigue finalmente buena adherencia a los recursos, se mantiene abstinentemente y disminuye la disfunción tanto en el ámbito emocional como comportamental e interpersonal. Sin embargo, la paciente comienza a relatar (puesto que la mejoría generalizada la hace más consciente) dificultades para mantener la atención, y percepción de "estar siempre en marcha"; tras reevaluación, en la que se incluye a la familia, se añade el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

El nuevo diagnóstico implicó un reajuste del tratamiento tanto psicológico como farmacológico. Muy rápidamente la paciente y el entorno perciben que la mejoría en el mantenimiento de la atención permite un mayor aprovechamiento de los recursos terapéuticos.

Actualmente la paciente consigue mantenerse abstinentemente; han disminuido en intensidad

y frecuencia las crisis emocionales, sin que haya necesitado acudir a puertas de Urgencias en los últimos dos años; desaparecen las conductas autolesivas y las conductas autolíticas. Mejora su relación con el entorno y los otros, así como su autoimagen, consecuencia de los grandes avances en el manejo de las habilidades para la regulación de las emociones y las conductas. Ha sido dada de alta del Centro de día, y ha iniciado inserción en recursos normalizados (cursos, gimnasio, etc.).

JUICIO DIAGNÓSTICO

- Dependencia de opiáceos en terapéutica con agonistas.
- Dependencia de cocaína en remisión total sostenida.
- Dependencia de cannabis.
- TDAH, tipo combinado.
- Trastorno Límite de la Personalidad.

DISCUSIÓN

La filosofía de la que partimos se asienta en tres pilares básicos: planificación por objetivos, trabajo en equipo y coordinación interservicios. Especialmente en pacientes como la que exponemos, afectada de trimorbilidad (Trastorno de personalidad, Dependencia y TDAH) se hace imprescindible un tratamiento combinado y multimodal (lo que implica una atención desde la perspectiva biopsicosocial) y una estrecha coordinación inter y entre servicios (UCA, USM, Centro de día, médico de Atención Primaria). Esta coordinación ha evitado el agotamiento de los recursos y ha facilitado el empoderamiento y la asunción de



responsabilidades en la gestión del estrés y del malestar emocional por parte de la paciente, minimizando el riesgo de dependencia patológica de la red asistencial.

Las intervenciones terapéuticas no coordinadas y/o fuera de la planificación por objetivos generan intervenciones en crisis siempre urgentes lo que desgasta a los profesionales y se establecen relaciones de dependencia no deseables con los equipos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2003). *Practice Guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors*. Arlington, VA (US): American Psychiatric Association (APA).
- Barrachina, J. y Pérez, V. (2004). Semiología clínica. El problema de la comorbilidad. En: Szerman N, Peris MD (editores). *Trastorno borderline de personalidad*. Madrid: Entheos.
- Ferrer, M.; Andión, O.; Matalí, J.; Valero, S.; Navarro, J.A.; Ramos-Quiroga, J.A.; Torrubia, R. and Casas, M. (2010). Comorbid Attention-deficit/Hiperactivity disorder in Borderline patients defines an impulsive subtype of Borderline personality disorder [Accepted for publication]. *J Pers Disord*, 24(6):812-22.
- First, M.B.; Gibbon, M.; Spitzer, R.L.; Williams, J.B. and Benjamin, L. (1997). *The structured clinical interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Arlington, VA (US): American Psychiatric Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY (US): Guilford.
- Linehan, M. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: development of new treatments versus evaluation of existing treatments. *Clin Psychol Sci Pract*, 7:113-9.
- Loranger, A.W.; Sartorius, N.; Andreoli, A.; Berger, P.; Buchheim, P.; Channabasavanna, S.M. et al. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 51(3):215-24.
- Pfohl, B.; Blum, N.; St John, D.; McCormick, B.; Allen, J. and Black, D.W. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): a self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *J Pers Disord*, 23(3):281-93.
- Philipsen, A.; Limberger, M.F.; Lieb, K.; Feige, B.; Kleindienst, N.; Ebner-Priemer, U. et al. (2008). Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*, 192(2):118-23.