

<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.04.5>

Caso clínico

1

EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA DUAL EN RECURSOS PARA TRASTORNO MENTAL GRAVE. UN CASO CLÍNICO

THE TREATMENT OF DUAL DIAGNOSIS IN RESOURCES FOR SEVERE MENTAL DISORDER. A CASE REPORT

Francisco de Pedro Melgarejo

Instituto Psiquiátrico José Germain, Leganés.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de octubre de 2016
Aceptado el

Palabras clave: patología dual, rehabilitación psicosocial, adicciones, trastorno mental grave, deterioro cognitivo.

Key words: dual diagnosis, psychosocial rehabilitation, addictions, severe mental disorder, cognitive impairment

RESUMEN

Se presenta el caso de un varón de 26 años actualmente ingresado en una Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación, diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide y que presenta, además, dependencia de cannabis y abuso de cocaína y alcohol. En el presente trabajo se describe la historia clínica y biográfica del paciente, los resultados de la evaluación clínica, social y neuropsicológica realizada a su ingreso en la Unidad, así como su evolución en la misma. Se considera un caso de interés porque ilustra de forma clara como, a pesar de objetivarse una clara comorbilidad entre el trastorno mental grave y el policonsumo de sustancias, las limitaciones del recurso al que es asignado el caso (un dispositivo de rehabilitación en trastorno mental grave) en cuanto al tratamiento de las adicciones, dificultan la mejoría integrada del paciente. La escasa intervención a nivel motivacional en el también grave trastorno por uso de sustancias ha provocado, como veremos más adelante, frecuentes recaídas y un deterioro cognitivo alarmante.

ABSTRACT

This paper presents the case of a 26-year-old man currently admitted to a Hospital Unit of Treatment and Rehabilitation for Severe Mental Illness, diagnosed with paranoid schizophrenia and that presents, in addition, cannabis dependence and abuse of cocaine and alcohol. In this work, his clinical and biographical history are described, as well as the results of the clinical, social and neuropsychological assessment carried on at the beginning of the hospitalization, and his evolution so far. This case is considered of interest because it illustrates clearly how, despite a clear comorbidity was objectified between the serious mental disease and the substance abuse in this patient, the limitations of the resource to which is assigned the case (a device of rehabilitation for severe mental disorder) for the treatment of addictions, hindered the integrated improvement of the patient. Low intervention at a motivational level in the serious substance abuse disorder has caused, as discussed below, frequent relapses and an alarming cognitive impairment.

ANAMNESIS

B. tiene en el momento de realizar este trabajo 27 años. Su primer contacto con Salud Mental se produce en agosto de 2009, donde es diagnosticado de Esquizofrenia paranoide agravada por el consumo de cannabis y cocaína.

B. comienza a consumir tóxicos (cannabis) a los 14 años. En un principio consumía de forma esporádica y en compañía, llegando con posterioridad a consumir diariamente y solo. El consumo va en aumento en los años previos al contacto con Salud Mental. Es en 2009 cuando la familia empieza a notar un comportamiento extraño (según relatan, “daba portazos”, “se le veía raro”), y el paciente empieza a verbalizar ideas referenciales, presentando sintomatología depresiva y fuerte aislamiento, por lo que deciden consultar a su Médico de Atención

Correspondencia:

fco.de.pedro@gmail.com

2

Primaria, quien le deriva al Centro de Atención Integral al Drogodependiente (CAID).

Comienza a ir a dicho centro regularmente y, dada la persistencia de la clínica a pesar del abandono del consumo de tóxicos, el paciente es derivado al Centro de Salud Mental (CSM), donde empieza tratamiento farmacológico con Risperdal Consta 25 mg cada 15 días debido a su escasa conciencia de enfermedad.

Recibió tratamiento ambulatorio de rehabilitación en el Centro Ambulatorio de Rehabilitación y Tratamiento (CATR), donde se trabajaron las dificultades de inhibición, baja reactividad, empobrecimiento y desorganización. Más adelante, el paciente comienza a verbalizar deseos de trabajar y, ante la mejoría objetivada, se cursa la derivación al Centro de Reinserción Laboral (CRL).

Durante el periodo que acude al CRL se producen cuatro ingresos motivados por descompensaciones psicóticas. A su vez, se producen frecuentes recaídas en el consumo de alcohol, cocaína y cannabis.

Una vez abandonado este recurso en 2012, B. precisa en los meses posteriores sucesivos ingresos psiquiátricos y múltiples asistencias a urgencias por descompensaciones de su psicopatología de base, en muchas ocasiones en el contexto de consumo de sustancias.

Pese a los diferentes tratamientos realizados continuaba presentando sintomatología psicótica productiva (ideación paranoide y autorreferencial, desconfianza hacia el tratamiento y los profesionales sanitarios, risas inmotivadas...) y defectual, por lo que es derivado a la Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR), donde ingresa en marzo de 2014.

DATOS BIOGRÁFICOS

Pequeño de cuatro hermanos, el colegio y el instituto estuvieron caracterizados por el fracaso académico, el fútbol, las dificultades de relación interpersonal y por el consumo de tóxicos.

En un principio acude al colegio en Leganés, pero dado el bajo rendimiento académico que presentaba, los padres deciden mandarlo a un Colegio Interno en Sigüenza, donde estudia hasta los 18 años, sin llegar a aprobar el Bachiller. Nunca le ha gustado estudiar, motivo por el que finalmente abandona los estudios mientras está cursando la ESO para trabajar como peón de albañil. Mantiene este trabajo durante dos años.

En cuanto a su situación familiar, convivía con sus padres en el domicilio familiar. Sus hermanas están independizadas. Su madre ha fallecido a principios de 2015 tras un proceso de larga enfermedad

oncológica. Su padre es mayor y el entorno familiar es poco estimulante para el paciente.

B. tiene un déficit en la interacción social, refiere tener pocos amigos aunque mantiene contacto con algunos, de los cuales comenta que “no son buena influencia” ya que según explica, consumen tóxicos. Durante el ingreso ha tenido problemas interpersonales debido a ideación delirante autorreferencial.

EVALUACIÓN

1) Psicopatológica:

Exploración Psicopatológica al ingreso

Al ingreso en la Unidad B. está consciente, bien orientado en las tres esferas. Presenta buen aspecto físico. Abordable y colaborador. Tranquilo y eutímico. Embotamiento afectivo. Discurso parco y pobre en contenido, aunque coherente y estructurado. No se observan trastornos de la forma ni del contenido del pensamiento, aunque sí cierta actitud suspicaz y cautelosa. Niega sintomatología psicótica activa en el presente o en el pasado. No expresa ideación de muerte o autolítica estructurada. Ritmos de sueño y hábitos de alimentación alterados.

El paciente presenta mala tolerancia a la medicación, con efectos secundarios graves como sedación excesiva y disartria, sintomatología psicótica de difícil tratamiento y clínica defectual muy significativa que incluye dificultades cognitivas, tendencia al aislamiento social y el mencionado embotamiento afectivo. Presenta escasa conciencia de enfermedad y probable mal cumplimiento del tratamiento oral. La familia refiere también episodios de agresividad e impulsividad en el domicilio.

Diagnóstico diferencial

En este caso, se requiere realizar el diagnóstico diferencial con una Psicosis inducida por tóxicos. Para ello, es necesaria una evaluación clínica exhaustiva de cara a realizar un diagnóstico certero y poder trazar un plan individualizado de tratamiento.

Al valorar la historia toxicológica del paciente, se observa que el consumo de sustancias es anterior al inicio de la sintomatología psicótica. Cuando ésta empieza a aparecer, ambas se superponen hasta que B. es derivado al CAID, donde consigue mantenerse abstinente. El hecho de que las manifestaciones clínicas del trastorno mental persistan más allá de las cuatro primeras semanas de abstinencia, así como que estén presentes no sólo en las fases activas del abuso de sustancias¹, unido al cumplimiento de los criterios diagnósticos, nos permite establecer el diagnóstico de esquizofrenia paranoide y trastorno por abuso de sustancias comórbido.

Hábitos tóxicos

Consumidor de cannabis, cocaína y alcohol.

2) Evaluación psicosocial:

Para evaluar las diferentes facetas relativas al funcionamiento psicosocial se utilizaron las siguientes escalas:

- Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial (EVDP), donde el paciente obtiene una puntuación total de 90, lo que nos indica un

déficit grave en el desempeño psicosocial. En la **Tabla 1** se exponen los resultados pormenorizados.

- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), donde obtiene una puntuación de 40, correspondiente a una alteración importante de la verificación de la realidad y de la comunicación, así como alteraciones en diversos ámbitos como el escolar, el laboral, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo.

3

Tabla 1. Puntuaciones en la escala EVDP.

Dimensión	Eje	Área	Ítems	Punt. Ítems					Puntuación total en ejes				
				0	1	2	3	4					
I.- Competencia Personal	I.- Capacidad de cuidados	A) Autocuidados	a.1. Higiene personal				X		PT EJE I: 17				
			a.2. Vestido		X								
			a.3. Alimentación		X								
		B) Hábitos de vida	b.1. Hábitos de vida saludables					X					
			b.2. Hábitos de sueño					X					
			b.3. Consumo de sustancias tóxicas					X					
	II.- Afrontamiento	C) Afrontamiento personal y social	c.1. Autocontrol					X	PT EJE II: 22				
			c.2. Habilidades sociales					X					
			c.3. Solución de problemas					X					
		D) Capacidades cognitivas	d.1. Habilidades cognitivas básicas				X						
			d.2. Procesamiento de la información					X					
			d.3. Capacidad de aprendizaje				X						
	III.-Autonomía	E) Autonomía Básica	e.1. Manejo de dinero					X	PT EJE III: 12				
			e.2. Manejo de transportes			X							
			e.3. Manejo del entorno					X					
			e.4. Conocimientos educativos básicos	X									
		F) Autonomía Social	f.1. Capacidad de gestión					X					
			f.2. Manejo de recursos sociales				X						
	IV. Capacidad laboral	G) Capacidad laboral	g.1. Situación laboral			X			PT EJE IV: 8				
			g.2. Capacidad laboral				X						
g.3. Motivación laboral						X							
V. Aspectos clínicos		H) Relación con el tratamiento	h.1. Conciencia de enfermedad					X	PT EJE V: 15				
			h.2. Responsabilidad ante el tratamiento				X						
			h.3. Respuesta al tratamiento					X					
			h.4. Efectos secundarios					X					
			II.- Soportes sociales (red de apoyos)	VI. Soportes	I) Soportes y red de apoyos	i.1. Actividad principal						X	PT EJE VI: 17
						i.2. Soporte familiar					X		
i.3. Red de apoyo social								X					
i.4. Autonomía económica							X						
i.5. Soporte residencial						X							
i.6. Inserción en recursos sociales								X					

3) Neuropsicológica:

El paciente es derivado en 2010 por primera vez al CATR, donde se realiza una valoración de sus funciones cognitivas de cara a una futura orientación laboral. Los resultados mostraron un rendimiento a nivel global medio, sin hallarse deterioro cognitivo, por lo que no fue precisa la inclusión del paciente en el Grupo de Rehabilitación Neuropsicológica.

Más adelante, en 2015, una vez ingresado en la UHTR y ante la sospecha de fuerte deterioro cognitivo, se realiza una segunda evaluación neuropsicológica. En esta ocasión los resultados muestran un funcionamiento cognitivo muy deficitario en todas las funciones cognitivas estudiadas, que claramente se ha visto mermado desde la primera evaluación neuropsicológica que se realizó hace 5 años.

En esta ocasión y a diferencia de la primera evaluación, entre las recomendaciones se incluye un programa de estimulación, entrenamiento y rehabilitación cognitiva con ordenador para las áreas más afectadas.

En la **Tabla 2** se exponen los resultados detallados de cada una de las pruebas.

En ambas evaluaciones se aplicaron las siguientes pruebas:

- Escala de inteligencia para adultos de Weschler (WAIS III)
- Test de Colores y Palabras STROOP.
- Test de tarjetas de Wisconsin.
- Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC).
- Prueba de localización espacial de la Escala de Memoria de Weschler-III (WMS-III)
- Evocación Categorical Semántica de animales (ECSA).
- Figura Compleja de Rey.

JUICIO CLÍNICO

- Eje I: Esquizofrenia paranoide. Trastorno por abuso de sustancias.
- Eje II: Sin diagnóstico.
- Eje III: No existen.
- Eje IV: problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas relativos al ambiente social, problemas laborales.
- Eje V: EEAG= 40

TRATAMIENTO

La intervención se diseña en función del análisis funcional de la conducta incluido en el Plan

Individualizado de Rehabilitación del paciente. En la **Tabla 3** se especifican las principales necesidades de intervención encontradas, ligadas a los objetivos terapéuticos derivados de la formulación de su caso, y las acciones llevadas a cabo para su consecución.

En la actualidad, la pauta farmacológica es:

- Risperidona 1mg (1 comprimido en desayuno y comida).
- Risperidona 3mg (1 comprimido en cena).
- Clorazepato 50mg (cada 8 horas, en desayuno, comida y cena).
- Lorazepam 5mg (1 comprimido cada 8 horas).

Tabla 2. Comparación de resultados (en puntuaciones típicas) de las evaluaciones neuropsicológicas por pruebas.

		2010	2015
STROOP	A) Palabras	25	20
	B) Colores	32	22
	C) Palabra/Color	45	30
FIGURA REY	A) Exact. copia	55	50
	B) Tiempo copia	43	57
	C) Exact. memoria	37	31
	D) Tipo Construcción	43	57
TTAVEC	A) Recuerdo inmediato A1	40	20
	B) Recuerdo inmediato A5	40	20
	C) Recuerdo inmediato total	40	20
	D) Región primacia	30	80
	E) Región media	18	20
	F) Región recencia	30	40
	G) Estrategia semantica A	60	40
	H) Estrategia serial A	30	40
WCST	A) Porcentaje de errores	39	20
	B) Porcentaje de respuestas perseverativas	28	20
	C) Porcentaje errores perseverativos	33	20
	D) Porcentaje errores no perseverativos	45	37
	E) Porcentaje de respuestas nivel conceptual	18	21
	F) Nº categorías completas	32	27
	G) Intentos para completar 1ª categoría	32	40
	H) Fallos para mantener la actitud	18	40
	I) Aprender a aprender	50	18
WMS – III	Localización espacial	50	24

EVOLUCIÓN

B. lleva desde marzo de 2014 ingresado en la UHTR. Inicialmente no mostraba una alta motivación para el cambio y su conciencia de enfermedad era muy escasa. En los primeros meses de ingreso se objetiva que el paciente continuaba consumiendo tóxicos (cocaína y cannabis) lo que parece ser precipitante de graves alteraciones conductuales de carácter heteroagresivo que requieren ajustes en el tratamiento psicofarmacológico e incluso hospitalización en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB). Se establece un contrato conductual en el que las salidas y beneficios se condicionan al logro de la abstinencia. Tras el logro de la misma la reagudización de los síntomas se da de forma esporádica pero puede ser contenida sin recurrir a ingreso de estabilización.

En la actualidad, el paciente se muestra inhibido, con sintomatología negativa severa, aspectos que repercuten en una alteración de su expresión, su contacto interpersonal y su capacidad motriz. Por otra parte, se objetiva una importante mejoría en cuanto a la sintomatología positiva y una reducción prácticamente total de las alteraciones conductuales, así como el mantenimiento de la abstinencia a tóxicos. Estos avances han contribuido a una estabilización psicopatológica significativa.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El caso que presentamos trata de ilustrar cómo las necesidades de un paciente dual pueden sobrepasar los recursos de un dispositivo de rehabilitación concebido para el tratamiento del trastorno mental grave. Incluso en su modalidad hospitalaria, no se aplican de forma integrada intervenciones que incluyan tanto los componentes de salud mental como los del tratamiento de las adicciones, ni otras intervenciones igualmente necesarias enfocadas a aumentar el compromiso del paciente en el tratamiento, que atiendan diferentes grados de motivación y cumplimiento con el tratamiento y que se adecúen, en definitiva, a las distintas fases del tratamiento del paciente dual.

En el caso que nos ocupa, B. acudió primero al CAID, logrando cierta abstinencia. Al no ceder la sintomatología psicótica fue derivado a salud mental, donde rápidamente los profesionales se esforzaron por poner remedio a esta situación. Sin embargo, un buen cumplimiento de la toma del tratamiento farmacológico no tuvo efecto sobre los problemas de uso de sustancias de B. Los consumos de cocaína, cannabis y alcohol continuaron siendo frecuentes durante los años posteriores al primer contacto del paciente con salud mental, precipitando recaídas y obstaculizando una evolución favorable.

Tabla 3. Necesidades de intervención, objetivos y acciones requeridas para cumplirlos incluidos en el Plan Individualizado de rehabilitación del paciente.

NECESIDADES DE INTERVENCIÓN	OBJETIVOS	ACCIONES
Aumentar conciencia de enfermedad	- Conocimiento de sintomatología y adherencia al tratamiento	- Intervención individual - Grupo de educación para la salud.
Disminuir alteraciones conductuales	- Trabajar tolerancia a la frustración - Manejo del estrés - Dotar de habilidades de afrontamiento. - Mejorar manejo por parte de la familia	- Intervención individual - Grupo de afrontamiento - Grupo de familias
Aumento de actividad	- Mejorar el estado de ánimo - Mejorar comunicación - Aumentar las relaciones sociales	- Asistencia a talleres y grupos - Intervención individual y familiar - Grupo de habilidades sociales. - Fomentar salidas de ocio.
Disminuir sintomatología positiva	- Trabajar adherencia al tratamiento	- Intervención individual - Intervención farmacológica - Grupo de Educación para la Salud
Mejorar las relaciones familiares	- Mejorar comunicación familiar y expresión de emociones - Aumento de conciencia de enfermedad por parte de los padres	- Intervenciones familiares - Grupo de familias
Disminuir consumo	- Aumento de la conciencia de enfermedad y relación perjudicial enfermedad-drogas	- Grupo de educación para la salud
Actividad laboral	- Inserción laboral	- Derivación al CRL

6

A nuestro parecer, como reflejan los resultados de las evaluaciones neuropsicológicas aplicadas al paciente (con un intervalo de 5 años entre ellas), la falta de un recurso integrado donde la gravedad de ambos trastornos fuera atendida adecuadamente ha podido contribuir al número de recaídas y en consecuencia al brusco deterioro cognitivo observado al comparar ambas evaluaciones.

El éxito terapéutico en patología dual puede verse obstaculizado por el funcionamiento en paralelo de los sistemas de salud mental y los de tratamiento por uso de sustancias, entre los que existe no solo una separación estructural sino también funcional.

Muchos estudios apoyan la hipótesis de que estos pacientes requieren un modelo asistencial diferente al que actualmente se les está ofreciendo ya que, dadas sus características diferenciales, el abordaje de la patología dual requiere herramientas clínicas particulares, que rebasan la suma de los conocimientos y habilidades necesarios para atender la dependencia de sustancias o los trastornos mentales por separado, haciéndose patente la necesidad de recursos integrados para patología dual.

En definitiva, los pacientes con una intensa sintomatología psicopatológica y adictiva, precisan de un modelo en el que uno de los pilares fundamentales del tratamiento sea la integración de ambos componentes. Dada la alta prevalencia de la patología dual entre la población diagnosticada de trastorno mental grave² y, por consiguiente, en los dispositivos, tanto ambulatorios como hospitalarios, de rehabilitación psicosocial³, se hace cada vez más evidente la necesidad de incluir nuevos modelos, cuya principal característica sea la integridad, que aporten soluciones eficaces para los pacientes duales.

CONFLICTO DE INTERÉS

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ries RK. The dually diagnosed patient with psychotic symptoms. *Journal of Addictive Disease*. 1993; 12: 103-22.
2. Asociación Española de Patología Dual. Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la Comunidad de Madrid. Madrid: Asociación Española de Patología Dual; 2008.
3. Gisbert C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003.