

<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.02.6>

Caso clínico

1

JUGANDO A LA RULETA RUSA (UN CASO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y ADICCIÓN A ALCOHOL Y COCAÍNA)

PLAYING RUSSIAN ROULETTE (A CASE ABOUT BORDERLINE PERSONALITY DISORDER AND ALCOHOL AND COCAINE DEPENDENCE)

Este caso clínico ha sido premiado en el “Concurso de Casos Clínicos 2014” de la Sociedad Española de Patología Dual

Pilar San Juan Sanz

CAD de Villaverde. Instituto de Adicciones. Madrid

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de noviembre de 2014

Aceptado el 17 de noviembre de 2014

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, dependencia alcohol, dependencia a cocaína, tratamiento, actitud terapéutica

Key words: Borderline personality disorder, alcohol dependence, cocaine dependence, treatment, therapeutic approach.

RESUMEN

Mujer de 42 años con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, trastorno de la conducta alimentaria, dependencia de alcohol y dependencia de cocaína.

A lo largo de los años de tratamiento la paciente dibuja con gran abundancia de síntomas, actitudes y conductas el cuadro psicopatológico típico del Trastorno de Personalidad Límite, haciendo gala de una gran emocionalidad y un sinnúmero de comportamientos autoagresivos y peligrosos; boicoteándose a sí misma en todos los aspectos de su tratamiento. Durante este tiempo ha recibido tratamiento farmacológico diverso, sin lograr ni abstinencia prolongada a tóxicos ni mejoras considerables en su psicopatología. Asimismo se ha realizado tratamiento psicoterapéutico con ella y con la familia, intentando reducir la conflictiva familiar. La línea de actuación básica del equipo terapéutico ha sido, y sigue siendo, el establecimiento de una alianza terapéutica que proporcione a la paciente un marco estable donde encontrar ayuda siempre que la ha precisado, donde abordar su pensamiento dicotómico, donde se intenta mejorar el control sobre sus emociones y el control de los impulsos así como ayudarle a conectar las acciones y los sentimientos, haciendo especial hincapié en las conductas autodestructivas.

ABSTRACT

42 year old woman with a diagnosis of borderline personality disorder, eating disorder, alcohol dependence and cocaine dependence.

Throughout the years of treatment, the patient's abundance of symptoms, attitudes, and behaviors have drawn the typical psycho-pathological picture of the Borderline Personality Disorder. The patient has displayed great emotionality as well as a large number of self-damaging and dangerous behaviors, boycotting herself in all aspects of her treatment. During this time she has received different drug treatments without achieving neither a long-lasting abstinence from substances nor a significant improvement in her psychopathology. Psychotherapy with her and with her family has also been conducted, trying to reduce family conflictive. The basic line of action of the whole therapeutic team has been, and continues to be, the establishment of a therapeutic alliance to provide the patient with a stable framework to get help whenever she needs it, in which we try to address the dichotomous thinking, to improve control on her emotions and impulses, and to connect her actions and her feelings, making particular emphasis on self-destructive behaviors.

Correspondencia:
sanjuansp@madrid.es

Antecedentes personales

Mujer soltera de 42 años, mayor de tres hermanos, vive con los padres. Estudió hasta 1º de económicas, tiene reconocida una Incapacidad Laboral Permanente por la que cobra una pensión. Piso propio en Palma de Mallorca.

Sanitarios:

Varios episodios de neumonía

Fractura de cúbito y radio izquierdos

Quemadura en miembros inferiores que requirió injerto cutáneo

Hipercolesterolemia familiar

Varios episodios de candidiasis vaginal

Varios episodios de hipopotasemia por hiperémesis

Intervenida de catarata de ojo izquierdo

Anemia ferropénica

No alergias medicamentosas conocidas

Psiquiátricos:

Primer contacto con salud mental a los 19 años, precisa internamiento por intento autolítico por venoclisis.

Inmediatamente después, se diagnostica Trastorno de Conducta Alimentaria de tipo restrictivo pero con episodios bulímicos con conductas purgativas posteriores.

Acumula más de 20 ingresos psiquiátricos por autoagresiones e intentos autolíticos (sobreingesta medicamentosa, venoclisis, precipitación a las vías del metro).

Se diagnostica trastorno límite de la personalidad (TLP), por lo que realiza seguimiento ambulatorio psiquiátrico en centro de salud mental.

Historia de consumo:

Tabaquismo de inicio en la adolescencia

Alcohol: inicia consumo con 20 años, máximo periodo de abstinencia de 4 años, numerosas intoxicaciones patológicas. En tratamiento con Colme administrado por la madre que, en ocasiones, logra camuflar y cambiar por agua.

Cocaína: inicia consumo a los 22 años, por vía intranasal, hasta tres gramos diarios. Ha cambiado a vía intravenosa en relación a consumo conjunto con su pareja actual. Lo ha mantenido en épocas en las que se ha encontrado abstinente a alcohol.

Antecedentes familiares

Padre: ictus en 2005 con paraparesia residual

Un primo de la madre se suicidó. Resto sin interés.

Exploración

Consciente y orientada, adecuada y colaboradora, muy delgada, arreglada y bien vestida. Cierta enlentecimiento psicomotriz, discurso lento, empobrecido. Sin alteraciones del contenido del pensamiento ni de la sensopercepción. Ánimo depresivo, desesperanza, anhedonia, embotamiento afectivo. Gran impulsividad, intolerancia a la frustración. Ansiedad, intenso craving por cocaína. Se define a sí misma como dependiente emocional, sobre todo de sus sucesivas parejas, consumidores, enfermos psiquiátricos, a los que suele costear todos los gastos. Actitud ambivalente con respecto al consumo, y al tratamiento. Muy mala relación con los padres.

Diagnóstico

Dependencia a Alcohol

Dependencia a Cocaína

Trastorno límite de la personalidad

Trastorno de la conducta alimentaria

Evolución y tratamiento

La paciente se ha mostrado ambivalente frente al consumo y frente al tratamiento a lo largo de los años. Se ha mostrado demandante, forzando ingresos en recursos residenciales, solicitando altas adelantadas en varios de ellos, estableciendo relaciones con otros pacientes ingresados, lo que provocaba la expulsión del recurso. Ha pasado por unidades hospitalarias públicas y privadas, así como por diferentes pisos de apoyo al tratamiento. Ha solicitado la participación de la familia en el tratamiento y por momentos también se la ha negado. Durante el seguimiento ambulatorio ha sido incluida en varios grupos terapéuticos que ha abandonado. Por temporadas ha faltado a citas, mientras que en otros momentos del tratamiento ha acudido puntualmente a todas ellas. Ha pasado períodos fuera de casa, en paradero desconocido, relacionándose con consumidores sin hogar, viviendo en lugares de compra-venta de droga, ha participado en cundas y ha sido agredida física y sexualmente. Ha discontinuado tratamiento psiquiátrico y en ocasiones también se ha mantenido abstinente a todas las drogas de abuso y al alcohol. Fue candidata a estudio clínico multicéntrico sobre vacuna de cocaína, siendo descartada su participación por consumo reiterado de heroína durante la primera fase del estudio. Ha mantenido relaciones sexuales de riesgo con consumidores seropositivos, y ha compartido material de inyección. A día de hoy es seronegativa para VIH, VHC y VHB. Así pues, ha

puesto en numerosas ocasiones en peligro su salud e incluso su vida, más allá de las autoagresiones, como si de un reto de ruleta rusa se tratara.

A lo largo de estos años de tratamiento, además de los interdictores del alcohol, la paciente ha recibido tratamientos farmacológicos diversos, generalmente en cócteles de tres o más fármacos. ISRSs (fluoxetina a dosis elevadas, paroxetina), antimicrobianos (topiramato, gabapentina, pregabalina), ansiolíticos (diversas benzodiazepinas), asociaciones de otros antidepresivos (mirtazapina, trazodona, agomelatina) y neurolépticos atípicos (quetiapina, aripiprazol) han conformado su medicación de base. Además ha recibido suplementos vitamínicos, batidos hiperprotéicos, laxantes, inhibidores de la bomba de protones, procinéticos, hierro, etc. Ocasionalmente antibióticos y otros antiinfecciosos para el tratamiento de episodios intercurrentes.

Salvo en los periodos de tiempo en los que se ha encontrado desaparecida, sorprende un relativamente buen cumplimiento del tratamiento farmacológico, así como una aceptable adherencia al tratamiento.

En consulta la paciente se ha mostrado por momentos retadora, sumisa, manipuladora, colaboradora, ambivalente, exigente, demandante, victimista, arrepentida, chantajista, se ha levantado y abandonado la consulta antes de terminar la cita, ha solicitado atención urgente en diversas ocasiones, y, en general, la línea de comportamiento frente a los miembros del equipo terapéutico ha resultado de lo más sorprendente y emocional, describiendo con gran riqueza el cuadro psicopatológico propio de su diagnóstico de base.

El abordaje terapéutico ha mantenido a lo largo de esta montaña rusa emocional una única línea de actuación basal, mientras se adaptaba circunstancialmente a las variadas situaciones que la paciente ha ido presentando: el establecimiento de una alianza terapéutica cooperativa, de modo que la paciente siempre pudiera encontrar un marco terapéutico estable donde se ha intentado abordar su pensamiento dicotómico, aumentar el control sobre sus emociones, mejorar el control de los impulsos y ayudarle a conectar sus acciones y sus sentimientos, haciendo especial hincapié en las conductas autodestructivas.

Lejos de caer en la desesperanza, a pesar de los pobres resultados obtenidos, se está intentando abordar el tratamiento estableciendo objetivos a muy corto plazo, realistas y fáciles de comprobar; reconduciendo situaciones peligrosas y agresivas. También se ha iniciado intervención familiar con la familia sola para asesoramiento sobre la imposición de límites y otras estrategias, y así reducir el nivel de conflicto en domicilio familiar.

Discusión

Los datos sobre el tratamiento farmacológico del TLP son controvertidos y escasos, dado que la condición de TLP suele ser precisamente un criterio de exclusión para los estudios farmacoterapéuticos¹.

No existe ningún fármaco con indicación aprobada para el TLP, de modo que se utiliza la medicación de forma sintomatológica. Existen varias revisiones que han encontrado eficaz la utilización de anticonvulsivantes específicos, antipsicóticos atípicos y suplementos de ácido graso omega-3. Parece haber una mayor evidencia para los fármacos que ofrecen un control significativo de la agresividad impulsiva respecto a los síntomas afectivos u otros síntomas interpersonales.

Las nuevas investigaciones se centran en el papel potencial de los neuropéptidos y los medicamentos con mayor especificidad sobre los receptores serotoninérgicos 2A².

Sobre el tratamiento psicológico del TLP existe una reciente revisión cochrane que incluye alguna de las terapias más novedosas y específicas para TLP, como la terapia dialéctica conductual o la terapia basada en la mentalización, ambas con aparentes buenos resultados, y otros tipos de tratamiento más clásicos. Sin embargo, ningún estudio arroja resultados sólidos, y existen numerosos cuestionamientos con respecto a la calidad de alguno de ellos³. La revisión sí concluye que la psicoterapia, sea cual sea la modalidad, y, tanto en terapias integrales, como en intervenciones psicoterapéuticas aisladas, mejora el pronóstico y la evolución de estos pacientes.

Así pues, la evidencia científica no arroja resultados consistentes y robustos sobre la mayor idoneidad de un tratamiento farmacológico frente a otro, ni sobre el tipo más adecuado de intervención psicoterapéutica⁴. Esto, unido a la complejidad intrínseca del trastorno psiquiátrico en sí mismo, junto a la comorbilidad por uso de sustancias, configura un cuadro psicopatológico exigente y estimulante para el clínico que trabaje con estos pacientes.

El difícil manejo terapéutico de estos pacientes debe seguir unas recomendaciones básicas, recogidas en la mayoría de las guías clínicas: Iniciar tratamiento lo antes posible; priorizar tratamientos integrales y coordinados; conseguir y mantener la alianza terapéutica; promover la participación de los familiares; favorecer la autonomía y autorresponsabilidad del paciente dentro de su proceso terapéutico e identificar los factores que precipitan o exacerban las crisis y abordar intervenciones precoces para prevenir recaídas; realizando una evaluación psicopatológica periódica del paciente.

A todas estas recomendaciones cabría añadir una enorme dosis de paciencia y entusiasmo por parte del clínico para afrontar un proceso terapéutico largo y complejo, aunque realmente fascinante.

Conflicto de intereses

La autora declara que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Stoffers J, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2010; 16: CD005653.

doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>.

2. Ripoll LH. Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. Dialogues Clin Neurosci. 2013; 15; 213-224.

PMID- 24174895

3. Stoffers JM1, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 15; CD005652.

doi: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>.

4. Kienast T, Stoffers J, Bermpohl F, Lieb K: Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. Dtsch Arztebl Int. 2014; 111: 280-286.

doi: <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>.