



<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.03.2>

Caso clínico

1

LOS LÍMITES DEL LÍMITE. CUANDO AJUSTAR EXPECTATIVAS ES EL MEJOR PRONÓSTICO

THE BORDERLINE'S BORDERS. WHEN ADJUSTING THE EXPECTATIONS IS THE BEST PROGNOSIS

Este caso clínico ha sido premiado en el "Concurso de Casos Clínicos 2015" de la Sociedad Española de Patología Dual: Premio al mejor enfoque evolutivo.

Silvia Villa Lorenzo, Ana Joven Nieto, Julia Johansson Martínez

Recurso convivencial de apoyo a la Reinserción para pacientes drogodependientes con Patología Dual del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, gestionado por RAIS Fundación.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de enero de 2016

Aceptado el 09 de febrero de 2016

Palabras clave: Trastorno Límite de Personalidad (TLP); Trastorno por uso de sustancias (TUS); Patología Dual; Tratamiento interdisciplinar; Coordinación; Ajuste de expectativas.

Key words: Borderline Personality Disorder (BLP); Substance Use Disorder (SUD); Dual Diagnosis; Interdisciplinary treatment; Coordination; Expectation adjustment.

RESUMEN

La intervención interdisciplinar y una constante coordinación entre profesionales de las redes de salud mental y drogodependencias son elementos fundamentales para el abordaje de la Patología Dual. Esto permite elaborar tratamientos coherentes y pronósticos ajustados a la realidad de los pacientes, mejorando así su calidad de vida. En este Caso Clínico, de una paciente con Trastorno Límite de Personalidad (TLP) y Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), tratamos de resaltar la importancia de ambos aspectos.

ABSTRACT

An interdisciplinary treatment and a constant coordination between professionals of Mental Health networks and Drug Treatment services are essential components approaching Dual Diagnosis. This allows drawing up a consistent treatment plan and an adjusted prognosis with patients, improving their quality of life. In this Clinical Case of a patient with Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder, the authors aim to highlight the importance of both aspects.

ANAMNESIS

Motivo de consulta

Mujer de 45 años que ingresa en el Recurso convivencial de apoyo a la Reinserción para pacientes drogodependientes con Patología Dual del Instituto de Adicciones de Madrid Salud, gestionado por RAIS Fundación. Es derivada por su Centro de Atención a Drogodependencias (CAD), tras 18 meses ingresada de forma privada, en una Comunidad Terapéutica en

los que ha mantenido la abstinencia y ha tenido un ingreso por cuadro ansioso depresivo. Incapacitada desde los 33 años. La tutora legal es su madre. 65% de discapacidad. Larga trayectoria en recursos, pisos, hospitalizaciones.

Al ingreso refiere que su motivación es revertir su incapacidad y ganar en autonomía.

Antecedentes

Médicos: No alergias medicamentosas conocidas. No factores de riesgo cardiovascular. Antecedentes de crisis convulsivas en contexto de intoxicación por

Correspondencia:
jjohansson@raisfundacion.org

Valproato. Hepatitis B en el pasado. Antecedentes de infección vaginal por Chlamydia. Intervenciones quirúrgicas: amigdalectomía. Cuatro interrupciones voluntarias de embarazo.

Psiquiátricos: Debut de Trastorno de Conducta Alimentaria a los 11 años tipo Bulimia Purgativa. Primer contacto con psiquiatría a los 25 años por cuadro depresivo y abuso de alcohol. En distintos informes se recogen más de 15 ingresos psiquiátricos por alteraciones de conducta en contexto de consumo de tóxicos, episodios depresivos y descompensaciones psicóticas. Ha tenido 4 episodios psicóticos: el primero con 29 años en contexto de consumo de cocaína presentando cuadro de autorreferencialidad, precisó ingreso. El 2º episodio psicótico fue en abstinencia, inicialmente síntomas depresivos y siendo diagnosticada de Psicosis Puerperal, recibió Terapia Electro Convulsiva (TEC). El 3º episodio psicótico (ideación delirante paranoide) fue en contexto de desintoxicación de heroína sin tratamiento farmacológico, recibió TEC. El 4º episodio psicótico fue en 2013 durante estancia en Comunidad Terapéutica donde se le introdujo por primera vez eutimizante (Ác.Valproico). Ha recibido Diagnóstico de Trastorno Esquizo-Afectivo y Trastorno Límite de Personalidad.

Familiares: Tío materno diagnosticado de Esquizofrenia (sospechas de muerte por suicidio). Hermana con primer episodio psicótico a los 50 años, que coincide con la muerte del padre. Tía paterna con consumo perjudicial de alcohol.

De consumo: Comienza a consumir alcohol con 12 años en contexto social. Uso abusivo a los 19, cumple criterios de dependencia. Máximo período de abstinencia 1,5 años (al ingreso). Cocaína empieza a consumir para contrarrestar los efectos del alcohol a los 19. Inicio del abuso a los 21. Máximo período de abstinencia 1,5 años. El consumo de Heroína comienza a los 34 años, último consumo hace 1,5 años.

Datos biográficos

Es la 3ª de cinco hermanos, padre fallecido hace 2 años, del que recibió maltrato en la infancia. Relación desestabilizadora con la madre (cómplice, sobreprotectora, abandonica). Episodio de violación a los 18 años. Soltera con una hija de 13 años al cuidado de los abuelos paternos. Estudió hasta 3º de psicología. Trabajó durante 8 años como auxiliar administrativa y como encargada en tiendas. Debido a las continuas bajas laborales, le conceden a los 29 años la incapacidad laboral absoluta.

Su madre y su hermano pequeño, son los presentes en el tratamiento. La dinámica familiar que anula a la paciente con sobreprotección en momentos de estabilidad y abandona en momentos de descompensación, ejerce gran peso en la evolución

del tratamiento. Una dinámica familiar de apego no seguro y mensajes ambivalentes sobre su capacidad de autonomía, con conflictos internos no resueltos, mucho peso de la enfermedad mental, la adicción y los "secretos familiares".

EXPLORACIÓN AL INICIO

Tranquila, colaboradora y abordable. Aspecto externo cuidado. No alteración de psicomotricidad. No alteración esfera afectiva en primer plano. Cierta embotamiento afectivo. Lenguaje fluido y coherente, sin alteración en forma/curso/contenido del pensamiento. No alteraciones sensorio-perceptivas. No auto/heteroagresividad. Biorritmos conservados. No ideación autolítica en el momento actual. Conciencia plena de enfermedad. Juicio de realidad conservado.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TAC Craneal (16/7/2015): estudio sin alteraciones significativas.

Estudio Neuropsicológico (29/7/2015): No revela déficits cognitivos.

DIAGNÓSTICO

Trastorno Límite de Personalidad y Trastorno por Uso de Sustancias (Síndrome de Dependencia al Alcohol y Dependencia a la Cocaína).

TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN

El trabajo que se ha realizado con la paciente dentro del dispositivo residencial, complementariamente y en coordinación constante con el equipo terapéutico de su CAD, se ha enfocado desde una perspectiva interdisciplinar, siendo atendido por psiquiatra, psicóloga, educadores, enfermera, y terapeuta ocupacional. La intervención ha sido a nivel individual, grupal y en el contexto convivencial, lo que ha permitido trabajar su autonomía y a la vez la aceptación de sus límites desde las diferentes áreas. Como herramienta metodológica se ha utilizado la entrevista motivacional¹, aplicando herramientas de los tratamientos considerados efectivos para personas con TLP y Patología Dual, como es la Mentalización² y la Terapia Dialectico Conductual³.

A nivel farmacológico se sustituyó la Risperidona por Aripiprazol ya que presentaba extrapiramidismo secundario, experimentando importante mejoría a nivel cognitivo. Durante su última hospitalización se pautó Aripiprazol de acción prolongada inyectable para garantizar adecuados niveles plasmáticos. Se ha sustituido la Fluoxetina por Venlafaxina, por interferir la primera en el metabolismo del Aripiprazol.

La intervención se ha dirigido hacia el reconocimiento

de capacidades y limitaciones. Para mejorar la autoestima se han identificado y cambiado automensajes para lograr un autoconcepto más ajustado. Se ha trabajado la tolerancia a la soledad junto a la capacidad de realizar actividades de su interés: talleres ocupacionales y ocio. Se ha entrenado en la identificación de emociones y relaciones de dependencia. Se ha realizado psicoeducación mejorando su conocimiento de la enfermedad, reconocimiento de pródromos y situaciones de riesgo. En la terapia individual ha podido elaborar sucesos vitales traumáticos como el maltrato físico de su padre y la violación sufrida a los 18 años.

El vínculo terapéutico establecido y la buena y constante coordinación entre las diferentes redes de tratamiento (Adicciones y Salud Mental), han favorecido la confianza de la paciente con los profesionales mejorando su adherencia⁴. También ha permitido tener una misma línea de intervención con la paciente, algo especialmente importante teniendo en cuenta la dinámica familiar.

El trabajo terapéutico se enmarcó dentro de una herramienta para gestión de casos, El Itinerario Individualizado de Reinserción, en el que se consensuan objetivos de las áreas a trabajar con la paciente y se van evaluando por ambas partes en cuatro momentos del tratamiento (Figura 1). Como se observa en la Figura 1, se cumple un ciclo de mejora-empeoramiento-mejora que analizamos a continuación.

Con este trabajo, la paciente toma conciencia de un ciclo que se repite en su vida: Refiere comenzar con sentimientos de soledad al no tener una red

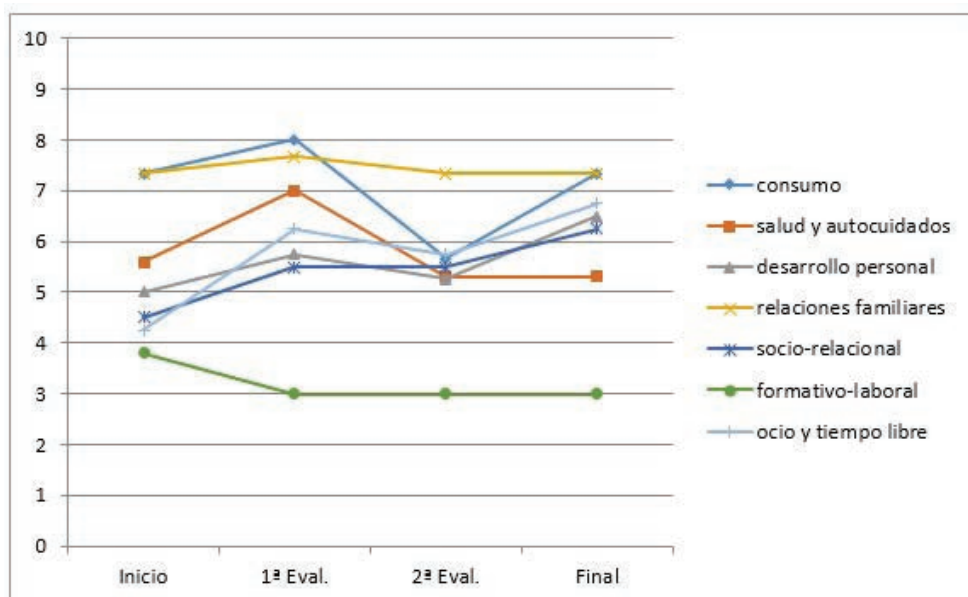
normalizada ni pareja, con lo que comienza a obsesionarse con el aspecto físico. Esto le lleva a un exceso de ejercicio físico e iniciar conductas de vómito autoprovocado, aparecen deseos de consumo de cocaína con finalidad anorexígena. Tras el consumo, vuelve a la etapa de ambivalencia frente al cambio y comienza progresivamente a desestabilizarse a nivel psicopatológico (conducta desorganizada con necesidad de dirección para la actividad, dificultad de concentración, inestabilidad emocional, fuertes sentimientos de culpa y gran miedo a padecer un brote psicótico), lo que desemboca en la necesidad de un ingreso psiquiátrico.

A lo largo de los 12 meses de tratamiento ha presentado dos consumos y dos descompensaciones, que han precisado hospitalización. Los consumos han seguido el patrón previamente descrito. Durante los periodos intercrisis, mantiene un buen funcionamiento psicosocial con buena adaptación, es autónoma en su ocio, dirige bien su interés vocacional y es proactiva. Esto choca con el gran nivel de desorganización que alcanza en crisis, lo que dificulta elaborar un pronóstico ajustado si no se tiene una visión longitudinal.

DISCUSIÓN

En pacientes con TLP y TUS convergen sintomatologías de diversa índole⁵; cuando la gravedad de la patología es considerable, pronosticar una estabilidad mantenida puede ser poco realista. En esta paciente, ir tomando conciencia del ciclo que sigue su sintomatología, ajustando expectativas sobre el grado de autonomía al que puede optar y

Figura 1



los apoyos que va a necesitar, ha permitido redirigir el tratamiento hacia el alta en nuestro dispositivo, continuando con su tratamiento en su CAD y logrando que ella acepte continuar en recursos de la Red de Salud Mental ajustados a sus posibilidades, al mismo tiempo que se favorece su autonomía en aspectos, que debido a la dinámica familiar, y a los beneficios secundarios de la enfermedad, estaban siendo mermados.

4

En el momento actual sigue en una fase avanzada de tratamiento en su CAD y está residiendo en una Miniresidencia, estabilizada a nivel psico-patológico y continuando con su formación y su ocio de manera autónoma.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller WS, Rollnick S. La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós; 1999.
2. Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for Borderline Personality Disorder: a practical guide. Nueva York: Oxford University Press; 2006
3. Linehan, M. Manual de tratamiento de los trastornos límites de la personalidad. Barcelona: Paidós; 2003.
4. Caballol JM, coord. Construyendo relaciones. Madrid: Asociación Realidades y Fundación Rais; 2007.
5. Martínez Gonzalez JM, Trujillo Mendoza HM. Tratamiento del drogodependiente con trastornos de la personalidad. Madrid: Biblioteca Nueva; 2003.