



<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.03.4>

## Caso clínico

1

# BEBO LO NORMAL I DRINK IN NORMAL QUANTITIES

Este caso clínico ha sido premiado en el “Concurso de Casos Clínico 2015” de la Sociedad de Patología Dual: Premio al mejor enfoque terapéutico.

**María del Pilar Alvites Ahumada<sup>a</sup>, Cristina Galán Sanchez<sup>b</sup>**

<sup>a</sup> MIR Psiquiatría Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Toledo

<sup>b</sup> Psiquiatra Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial de Toledo

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 12 de enero de 2016

Aceptado el 09 de febrero de 2016

*Palabras clave:* Trastornos por uso de alcohol, Sexo femenino, Trastorno Límite de Personalidad.

*Key words:* Alcohol use disorders, Female sex, Borderline Personality Disorder.

### RESUMEN

En lo que respecta a los trastornos por uso del alcohol, es bien sabido que existen diferencias entre ambos sexos, por lo que es necesario actuar de forma específica en mujeres con dependencia alcohólica. Presentamos el caso clínico de una paciente que resultó ser un reto terapéutico, al tener como comorbilidad un Trastorno Límite de Personalidad, además de contar con un factor agravante, el hecho de desempeñarse laboralmente en una Unidad de Agudos de Psiquiatría.

### ABSTRACT

With regard to alcohol use disorders, it is well known that there are differences between both sexes, so it is necessary to treat specifically on women with alcohol dependence. We report the case of a woman who became a therapeutic challenge, having as a comorbidity a Borderline Personality Disorder, in addition she had an aggravating factor, the fact to work in an Acute Psychiatric Unit.

### ANAMNESIS

Mujer de 54 años de edad, que acude a Urgencias de nuestro hospital, para ingreso psiquiátrico tras intento autolítico medicamentoso. Derivada del hospital de zona, dado que al ser personal sanitario del mismo, se decide ingreso en otra UHB para preservar su privacidad.

### ANTECEDENTES PERSONALES

#### Médico-quirúrgicos

No ha tenido reacciones alérgicas conocidas. Cáncer de mama intervenido en 2008, en remisión y sin tratamiento en actualidad. Taquicardia paroxística supraventricular en 2011. En ecocardiograma se descarta patología estructural.

### Psiquiátricos

En seguimiento en USM de zona, coincidiendo con la separación matrimonial, tras infidelidad por parte de su pareja. Desde entonces ha seguido tratamiento con dosis bajas de fluoxetina (ISRS).

Un ingreso en nuestra Unidad de Hospitalización Breve (UHB) en el año 2007.

#### Historia toxicológica

Inicia consumo de tabaco a la edad de 20 años, de alcohol a la edad de 30 años con un patrón de consumo prácticamente diario en los últimos 3-4 años y agravado desde hace tres meses, llegando a 1,5 litros de vino, siempre sola y en el domicilio. Niega consumo de otras sustancias.

No refieren antecedentes familiares psiquiátricos ni en drogodependencias.

*Correspondencia:*

alvitesmd@gmail.com

### Situación basal

Divorciada desde hace 8 años. Mantiene relación sentimental desde hace unos 6 meses. Tiene dos hijos adultos (un varón y una mujer), que viven con su padre en Madrid. Auxiliar de enfermería en UHB psiquiátrica de localidad de residencia. Vive sola. Son siete hermanos en la familia de origen, con estrecha y armónica relación. Buen apoyo familiar. Personalidad premórbida: extrovertida, carácter fuerte, rasgos de inestabilidad emocional, impulsividad y baja tolerancia a la frustración.

### Enfermedad actual

Solicitó la alta voluntaria de nuestra UHB, hace una semana, tras ingreso de varios días por sobreingesta medicamentosa voluntaria y consumo perjudicial de alcohol.

La paciente tras discusión con su hija, en el contexto de dinámica paterno-filial patológica de carácter crónico, protagoniza un episodio de intoxicación medicamentosa grave, sin previsión de rescate (había comentado a la familia que se marchaba con una amiga de fin de semana). Son las compañeras del trabajo, al ver que no se había presentado a su turno laboral, las que movilizan a la familia y ésta al servicio de emergencias sanitarias, que acude al domicilio.

Tras el alta médica se había acordado con la paciente que se trasladaría a vivir con una de sus hermanas, pero el mismo día del alta decidió marcharse a su apartamento, incumpliendo el acuerdo.

Ha estado supervisada, en la medida de lo posible, por sus hermanos que le visitaban a diario y reforzaban la realización de actividades de ocio acompañada por ellos.

La paciente refiere haberse encontrado muy decaída tras el alta, sin ganas de salir del domicilio, ni de realizar ninguna actividad.

Niega consumo de alcohol durante los días posteriores al alta, sin embargo no ha tomado el tratamiento con Namelfeno, pautado en el ingreso, con el objetivo de aminorar el deseo de consumo si se presentara, a pesar de minimizar la cantidad de ingesta alcohólica diaria y sus repercusiones.

De nuevo, a los pocos días, de forma planificada decide ingerir una cantidad elevada de psicofármacos (unos 20 comprimidos de Lorazepam de 1 mg y un envase de 28 comprimidos de Trazodona de 100 mg) que mezcla con alcohol, dejando una carta de despedida a sus familiares.

A la llegada al servicio de urgencias la paciente no hace crítica del gesto autolítico. Relata circunstancias familiares estresantes que no se ve capaz de afrontar, generándole un malestar emocional insoportable. Admite intencionalidad autolítica y deseos de volver a intentarlo.

### EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Consciente y orientada auto y alopsíquicamente. Se muestra abordable, superficialmente colaboradora. Defensiva al explorar el tema del consumo, mostrándose en un principio negadora y más adelante minimizadora. Afecto deprimido y labilidad emocional. Discurso espontáneo, fluido. Pensamiento centrado en eventos actuales. No hace crítica de lo ocurrido. Continúa verbalizando ideas de muerte con plan estructurado. No presenta alteraciones en la esfera psicótica. Presenta conciencia parcial de enfermedad, con bajo nivel de introspección en cuanto a las repercusiones que el alcohol tiene en su vida personal, laboral y familiar. Pobre control de impulsos. Rasgos disfuncionales de personalidad. Memoria conservada. Resto sin hallazgos.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Hemograma, bioquímica completa y coagulación, con resultados dentro de límites normales. Sistemático de orina normal. Drogas de abuso en orina: positivo a Benzodicepinas.

### DIAGNÓSTICO

Reacción adaptativa ansiosa.

Trastorno límite de personalidad.

Trastorno por consumo de alcohol.

### TRATAMIENTO AL ALTA

Venlafaxina retard 150 mg (1-0-0).

Oxcarbazepina 300 mg (1-0-1).

Clonazepam 2 mg ½ comprimido al acostarse.

### EVOLUCIÓN

Adecuada y colaboradora en todo momento, acatando normas y límites de la Unidad.

Realiza crítica completa del intento a las primeras horas de ingreso, con arrepentimiento por lo que supone ha sido un sufrimiento para la familia y amigos. Verbaliza dificultades interpersonales crónicas maternas filiales que han repercutido de manera negativa en su estado de ánimo así como situación económica complicada en los últimos meses. Reconoce rasgos de impulsividad caracterial, sentimientos de vacío y soledad recurrentes. Usa jerga médica, aprendida en los años de profesión en salud mental, que apoya su posición en papel de terapeuta. Marcada resistencia a asumir el rol de enferma.

Reconoce ingesta de alcohol en solitario (hasta 10 UBE de vino al día) desde hace 5 meses, de

manera más pronunciada, pero negando patrón de dependencia. Niega repercusiones del consumo a ningún nivel, excepto el afectivo.

Apoyo familiar percibido por familia de origen. Amplia red social de apoyo.

Ha tolerado de forma adecuada el ajuste de tratamiento propuesto, con el compromiso de riguroso seguimiento. Impresiona genuinamente de deseos de abstinencia.

Verbaliza proyectos de futuro realistas, niega ideas autolíticas en el momento del alta hospitalaria, haciendo crítica completa del intento. No trastorno franco del estado de ánimo, ni semiología en otras esferas.

Se plantea introducción de interdictor, pero finalmente se decide esperar a seguimiento en Unidad de Conductas Adictivas (UCA) dado la ambivalencia en la prescripción.

Se ha incidido durante el ingreso en reforzar la motivación y en planificar la abstinencia de cara al alta, buscando los apoyos necesarios.

### **Evolución a nivel ambulatorio**

Está en seguimiento en UCA desde hace unos 3 meses, con pauta de interdictor en el último mes, administrado por uno de sus hermanas, manteniendo la abstinencia desde entonces.

### **DISCUSIÓN**

En los trastornos por uso de alcohol, es reconocido que existen entre sexos diferencias epidemiológicas, etiológicas, biológicas, clínicas y de comorbilidad psiquiátrica<sup>1</sup>, por lo que queda claro que es necesario actuar de forma específica en mujeres con problemas de dependencia alcohólica en el ámbito preventivo y terapéutico<sup>2</sup>.

Un factor a tener en cuenta es la percepción social negativa de este trastorno en las féminas<sup>3</sup>, por lo que ocultan su consumo y pasa desapercibida durante más tiempo, con el factor agravante en nuestro caso en particular, del desempeño laboral, que ha dificultado su detección y retrasado el tratamiento si cabe aún más.

Señalar que la presencia de una patología comórbida anterior al desarrollo del consumo, como es el trastorno de inestabilidad emocional, ha contribuido al abuso como forma de automedicación en presencia de factores estresantes<sup>4</sup>. Por tanto dado la relevancia de la personalidad en cuanto al pronóstico de las conductas adictivas, precisa de una intervención conjunta y paralela desde diferentes enfoques posibles, para conseguir una mayor estabilidad afectiva que redunde en mejor control y prevención de conductas adictivas.

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ríos Muñoz MP, Ávila Escribano JJ. Alcoholismo en la mujer. Conductas Adictivas. 2002; 2:5.
2. Citges M. Trastornos por uso de alcohol en poblaciones especiales: adolescentes, mujeres, ancianos. Curso especialización en alcoholismo. Coordinador: Rubio G, Santo Domingo J. Madrid: FAC; 2001, Cap.15.
3. Ferrando Bundío L. Salud mental y género en la práctica clínica. Madrid: Ars Médica; 2007.
4. Bobes García J, Casas Brugué M, Gutierrez Fraile M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Ars Medica; 2003.