

<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.04.4>

Caso clínico

1

EL VALOR DE LOS LÍMITES POR EXCESO Y POR DEFECTO EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

THE INFLUENCE OF UPPER OR LOWER LIMITS IN THE RELATIONSHIP IN PATIENT'S COMPLIANCE

María Nieves Gómez Llano¹ y Juan A López-Rodríguez²

¹Especialista Psicología Clínica Psicóloga y Forense. Doctoranda y DEA Universidad Autónoma de Madrid. CEO-Fundadora Sevein-Psique.

²Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CS General Ricardos. Investigador REDISSEC Unidad Apoyo a la Investigación GAAP. Profesor Asociado Universidad Rey Juan Carlos.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de junio de 2016

Aceptado el 19 de octubre de 2016

Palabras clave: Adherencia Terapéutica, Comportamiento Disfuncional, Trabajo Multidisciplinar, Adicción, Politoxicomania, Patología dual

Key words: Patient's compliance, substance related disorders, polyconsumption, multidisciplinary team, relationship limitations, dual diagnosis

RESUMEN

El caso que presentamos es el de una mujer de 38 años con trastorno grave por uso de múltiples sustancias de larga data, cuyas sustancias principales son cocaína, cannabis y benzodiacepinas y periodos previos de dependencias a drogas por vía inyectada. Muestra claramente una interferencia en el tratamiento derivado de las características de su patología dual. Exponemos las dificultades con las que los profesionales en los centros de Atención a drogodependencias (CAID), nos encontramos a la hora de poner límites a este tipo de pacientes y la escasa adherencia terapéutica a cualquier tipo de tratamiento, tanto en el ámbito médico como psicológico. Además, mostramos la importancia de la falta de apoyos interrelacionales, familiares, mostrando la disfuncionalidad que provoca en este tipo de pacientes; dando lugar a un gran descontrol en sus comportamientos. También exponemos la importancia de la multidisciplinariedad, es decir, de trabajar en equipo profesionales de ámbitos diferenciales, pero imprescindibles en el abordaje de la problemática que nos ocupa.

ABSTRACT

This is the case of a 38-year old female with long standing severe substance-related disorders. Problematic drugs were cocaine, marijuana and sedatives. She also injected heroine in previous situations. Her dual diagnosis clearly influenced her treatment. Here we present the difficulties faced in the treatment of this patients in a substance misuse specialized clinic when posing limits to this type of patients, whether it was from the medical staff or the psychology staff. Patients' compliance was influenced at any of this decisions. Moreover, we explained in this case how the lack of family relationships and the use of a multidisciplinary team in this type of settings could also work and finally help reaching achievable goals for this type of patients.

ANAMNESIS

Mujer de 38 años consumidora habitual de cocaína, heroína y benzodiacepinas de más de 24 años de evolución que acude a un Centro de Atención Integral de Drogodependientes tras derivación por parte de otro recurso similar. Habiendo sido paciente en

nuestro centro en un periodo anterior.

Antecedentes Personales Médicos: Tratamiento Activo: Clorhidrato de Metadona 40mg diario, Darunavir 300mg dos comprimidos diarios, Ritonavir 100mg cada 24 horas, Emtricitabina/Tenofobir cada 24 horas, Mirtazapina Bucodispersable 30mg al acostarse, Clorazepato Dipotásico 50mg al acostarse. **Antecedentes Médicos:** VIH positivo diagnosticado en 1996. En seguimiento irregular;

Correspondencia:
nieves@sevein-psique.com

VHC positivo Genotipo 3; Meningitis tuberculosa; *Antecedentes Quirúrgicos*: no describe. *Antecedentes ginecológicos*: -SIL bajo grado (CIN-I). VPH 53, 56, 59, 62, 66, 70; Embarazo Ectópico 2003.

Antecedentes Personales Psiquiátricos: En ningún momento de su historia personal tiene contacto con servicios de Salud Mental Ambulatorios. Su primera vinculación con los servicios sanitarios es cuando acude por primera al Centro de Drogodependencias en 1997 solicitando su inclusión en tratamiento sustitutivo con opiáceos, encontrándose en ese momento en situación de calle, abandona el tratamiento a los tres meses. Vuelve en 1998 donde permanece otros tres meses causando baja por abandono de tratamiento. Su tercer contacto lo realiza dos años más tarde en 2001, de nuevo con un tratamiento de duración no mayor a seis meses (**Tabla 1**). Durante los dos años que duró el tratamiento como parte de este equipo ocurrieron 2 ingresos hospitalarios psiquiátricos dos de ellos registrados con informe aportado como intentos autolíticos.

Psicobiografía: Se encuentra enclavada en una familia con un total de 13 hermanos, de los cuales 3 han fallecido por causa relacionada con drogodependencias. Sus padres fallecieron cuando ella contaba solamente con 15 años. No se muestra accesible a dar datos, pero ha referido que sufrió abusos sexuales por parte de algunos familiares siendo niña y al inicio de su adolescencia. Refiere que a los 8 años de edad fue dada en adopción debido a grave disfunción familiar. Actualmente no tiene domicilio estable y ha estado viviendo en situación de calle durante años. Se traslada a vivir con un hermano, viviendo en casas contiguas el resto de sus hermanos. No tiene ningún apoyo familiar y refiere tener pareja, pero asiduamente se muestra inestable en este campo. No realiza actividad laboral. Es pensionista

Antecedentes Familiares: Médicos: Padre fallecido por Cáncer Óseo. Madre fallecida de Infarto agudo de miocardio. Psiquiátricos: Hermana en tratamiento psiquiátrico que no sabe precisar. Sobrina en tratamiento por clínica psicótica.

EXPLORACIÓN

Física: Buen estado general. Neurológico: Consciente, orientada en las tres esferas. Alerta. lenguaje reactivo. Pares normales. Tono, fuerza, reflejos sensibilidades conservadas. Coordinación, Equilibrio y Marcha normales. Cabeza: No puntos dolorosos. Pupilas normorreactivas e isocóricas. No signos conjuntivales de anemia ni ictericia. Cuello: Móvil, no doloroso, sin rigidez. No bocio ni adenopatías palpables. Auscultación Cardíaco-Pulmonar normal. Extremidades: Múltiples cicatrices de cortes lineales en ambas muñecas. Neurovascular distal normal.

Psicopatológica: No se muestra colaboradora en las interacciones con sus profesionales de referencia, lo primero y necesario a la hora de introducirnos en su historia personal es generar adherencia terapéutica, así como salvar suspicacias, que le generan gran malestar. Se encuentra consciente y orientada globalmente. No muestra inquietud psicomotriz. No ansiedad referida ni manifiesta. Contacto suspicaz. Rasgos de personalidad paranoides. Reactividad emocional, llanto contenido durante la entrevista. Discurso fluido, espontáneo, sin latencia de respuesta, coherente, sin alteraciones en la forma ni en el contenido del pensamiento, centrado en malestar por problemática familiar con vivencias paranoides. Muestra ideas autorreferenciales. Hipotimia congruente con su situación actual, apatía, anhedonia parcial. No alteración de los ritmos biológicos. Ha realizado varios intentos autolíticos. Dependiendo del momento muestra auto/heteroagresividad. Juicio de realidad conservado.

Tabla 1. Historia de Consumo

SUSTANCIA	EDAD INICIO	VÍA PRINCIPAL	TIEMPO CONSUMO	MÁXIMO PER. ABST
Cocaína	12 años	IV → Inhala	25 años	2,5 años
Heroína	12 años	IV → Inhala	25 años	2,5 años
Benzodiacepinas	30 años	Oral	7 años	Sin abstinencia
Alcohol	12 años	Oral	25 años	Sin abstinencia
Cannabis	12 años	Inhalada	25 años	Sin abstinencia
Tabaco	10 años	Inhalada	27 años	Sin abstinencia

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Médicas: LABORATORIO: Hemograma normal; Bioquímica con patrón de Alcoholismo crónico; Subpoblaciones linfocitarias oscilantes. Carga Viral < 50copias. IMAGEN: TAC Cráneo con lesiones de microvasculatura. Aumento del tamaño de cisterna. Sin Lesiones ocupantes de espacio.

Psicológicas: En los momentos de pseudoestabilidad se le pasan pruebas psicológicas para corroborar los trastornos detectados en entrevista clínica, así se encuentra un Trastorno de la Personalidad no especificado¹ y se detecta un Deterioro Cognitivo Leve² con una puntuación de 27.

DIAGNÓSTICO

La poca vinculación con los Centro de Salud Mental hace que la paciente no sea diagnosticada ni evolucionada propiamente en un ambiente y entorno fuera de los ingresos hospitalarios. Los mayores tiempos en los que ha permanecido aceptablemente estable ha sido en los CAID y ha sido ahí donde se han hecho las aproximaciones diagnósticas.

- EJE I: Dependencia a opiáceos en tratamiento con agonistas (304.00), Dependencia a cocaína (304.50); Dependencia a cannabis (305.20); Abuso de benzodiazepinas (305.40) y Trastorno psicótico inducido por cocaína: con ideas delirantes (292.11)
- EJE II: Trastorno no especificado de la personalidad (301.9)
- EJE III: VIH positivo; -VHC positivo; -Condilomas (VPH positivo)
- EJE IV: Problemas relativos a su grupo primario de apoyo.; Problemas laborales; Problemas de vivienda; Problemas económicos; Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen.
- EJE V: EEAG 40%

TRATAMIENTO

Médico: Desde el inicio se acuerda que tome la única medicación que estaba siguiendo en el momento de su llegada (Tratamiento Antirretroviral y Metadona) de forma supervisada en todo momento en el Centro con toma presencial: Metadona 40 mg (1-0-0); Ranitidina 150 mg (1-0-0); Cloracepato Dipotásico 50mg (0-0-1); Darunavir 300 mg (2-0-0); Ritonavir 100 mg (1-0-0); Emtricitabina/Tenofovir (1-0-0). La terapia antipsicótica será explicada en la Evolución

Psicológico: La paciente se muestra poco receptiva a las indicaciones se manifiesta recelosa ante cualquier pauta o información que pueda dar y

que se pueda anotar. El tratamiento se centró en trabajar la adherencia terapéutica, así como la motivación para que mantuviera una asiduidad a las citas e intentar adquirir información que permitiera elaborar los informes pertinentes, para enviarla a un recurso residencial cerrado donde poder controlar adecuadamente toda su patología. Se utilizó la reestructuración cognitiva, así como la entrevista motivacional dentro del área de intervención; así como los instrumentos de valoración psicológica^{1,2}.

EVOLUCIÓN

Durante los dos años que dura el tratamiento con nosotros la paciente rechaza toda intervención terapéutica de antemano, tanto farmacológica como conductual. Inicialmente sólo acudió a citas con el médico de donde sabía que podía obtener beneficios primarios de tipo medicamentoso que reforzaran sus problemas con las benzodiazepinas al que intentaba chantajear. El elevado nivel intelectual de la paciente y su experiencia en otros centros la hacen conocedora de las familias de tratamiento de medicamentos y rechaza inicialmente cualquier modalidad antipsicótica conociendo cada uno de los principios activos y marcas.

La unión terapéutica se establece hacia el sexto mes de tratamiento, cuando se determinan los límites y la paciente integra esos límites en su estructura psíquica de forma que se hace sintónica con el resto del Centro en las visitas diarias, lo que inicialmente era imposible y permite acordar en todo momento el proceso terapéutico con ella. En un intento inicial, se aborda desde el área médica la aproximación a sus rasgos paranoides que la paciente autodetecta y otros autorreferenciales y se ofrece un tratamiento inicial con Olanzapina 5mg en toma nocturna. Durante un mes la paciente mantiene el tratamiento de forma supervisada con objetivización de la mejoría conductual. Sin embargo, describe ligero incremento de peso que rápidamente la hace abandonar el tratamiento, con el consiguiente deterioro funcional. En este primer episodio la paciente refiere disminución de los consumos sin embargo la alianza terapéutica todavía no permitía el control mediante urinoanálisis porque los rechazaba.

El segundo intento terapéutico viene después del primero de sus ingresos hospitalarios por nuevo intento autolítico. Ahí la paciente es dada de alta con aripiprazol 10mg y resto de tratamiento igual. Para conseguir controlar acordamos la toma en forma de suspensión añadido conjuntamente al Clorhidrato de Metadona (Previa comprobación bioquímica y confirmación con el Colegio de Farmacéuticos de Madrid). En ese momento inicia un pequeño periodo de estabilización en el cual accede a acudir a una cita con psicóloga para tratar de determinar

4

las necesidades psíquicas que pudiese tener. La primera cita con la psicóloga constituye un hito nuevo para la paciente, parcialmente estabilizada, que hace que se vuelva a manifestar su patología paranoide y se muestre muy esquiva y recelosa en cuanto a la información proporcionada en las diversas entrevistas que mantiene con ella. De nuevo en esta fase pseudoestable refiere disminución de los consumos no cuantificados aportando un único urinoanálisis negativo a cocaína, opiáceos y positivo a benzodiazepinas y cannabis. Es en esta época cuando la paciente refiere que con la introducción de Aripiprazol nota una disminución de los efectos euforizantes de las sustancias.

Llevaba ya un año de tratamiento con escasas mejorías conductuales, casi todas asociadas a la estabilización farmacológica. A los 2-3 meses de tratamiento con aripiprazol la paciente reconoce la estabilidad y decide acordar descenso de la medicación en contra de criterio médico. Se inicia descenso progresivo de aripiprazol en solución conjunta. A partir de ahí se inicia deterioro en las actividades que venía realizando (actividades físicas en el centro, relaciones con iguales, citas sociales...) y desencadena en el segundo de los ingresos hospitalarios.

En la parte final de la intervención de los dos años, el área médica y psicológica se coordinan para llevar un eje común pero la paciente se muestra muy inestable y no acude a citas como fuera de desear, aumenta su suspicacia pidiendo cambio de profesionales para luego volver a tener cita con ellos. Acude a urgencias hospitalarias en varias ocasiones a lo largo de su tratamiento. En el último momento la paciente acude al centro con ideas autorreferenciales constantes, sobre su familia (que ha establecido un circuito de cámaras para controlarla), y sobre los profesionales del centro, centrado en la psicóloga (de quien dice no querer ayudarla ni favorecer su ingreso en recurso residencial); paralelamente recupera altas dosis de consumo de cocaína fumadas y rechaza toda la medicación que se le ofrece. En una de las últimas visitas la paciente se muestra ya irascible a su llegada al centro y se decide estabilizar en consulta con la psicóloga con quién inmediatamente inicia conducta heteroagresiva marcada que suscitan la necesidad de intervención del Servicio de Seguridad del centro así como la Policía Nacional. Se establece sanción disciplinaria con dispensación ambulatoria de metadona y cambio de centro, dándose por finalizado el tratamiento en este centro.

DISCUSIÓN

Se trata en su conjunto de un caso de alta complejidad tanto diagnóstica como terapéutica.

El diagnóstico es el primer punto en el que se producen discrepancias, tanto entre las observadas en los ingresos hospitalarios como en las realizadas en los centros de atención integral a drogodependencias; sobre todo en lo que se refiere a la causalidad pues se plantea que el diagnóstico principal está desencadenado por el de sustancias³.

Estamos hablando de una paciente que, a pesar de su patología, es manipuladora e inteligente a la hora de cumplir pautas médicas y terapéuticas. Independientemente de lo expuesto ella tiene una escasa conciencia de su enfermedad, que le lleva a abandonar de forma intermitente múltiples tratamientos a pesar de las mejorías en sus diversos procesos terapéuticos. El hecho de la disminución de los efectos euforizantes de las sustancias consumidas simultáneo al tratamiento con Aripiprazol disminuyó los consumos⁴ y facilitó el inicio de la terapia psicológica.

El principal eje de la intervención multidisciplinar ha sido el generar límites balanceados en la paciente que aceptó en algunos momentos repercutiendo positiva y directamente sobre su mejoría, pero no alcanzando ni manteniendo los objetivos terapéuticos deseables.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM IV. Barcelona: Mason; 1999.
2. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T et al. Revalidación y normalización del Mini Examen Cognoscitivo (primera versión al castellano del Mini Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clínica*. 1999; 112: 767-774.
3. Rodríguez-Jiménez R; Bagnéy A; Peñas, JM; Gómez N; Aragües M. Modelos Etiopatogénicos de la Patología Dual. In G. Haro, G; Bobes, J; Casas, M; Didia, J; Rubio (Ed.), *Tratado sobre Patología Dual. Reintegrando la Salud Mental* (1st ed., p. 187). Barcelona: MRA ediciones; 2010.
4. Caccia S. Pharmacokinetics and metabolism update for some recent antipsychotics. *Expert Opin on Drug metabolism & toxicology*. 2011; 7: 829-46. doi:10.1517/17425255.2011.575061