

Acerca de un caso clínico de patología dual, de psicosis y consumo de sustancias

Autores

Lía Redes

Médica psiquiatra. Asistente de Clínica Psiquiátrica, Hospital Vilardebó, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

María Soledad Brescia

Médica psiquiatra. Asistente de Clínica Psiquiátrica, Hospital Vilardebó, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Margarita Wschebor

Médica psiquiatra. Prof. Adjta. de Clínica Psiquiátrica, Hospital Vilardebó, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Maximiliano Gutiérrez

Médico. Residente de Psiquiatría, Hospital Vilardebó, Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia:
lia.redes@gmail.com

Introducción

Definimos a los pacientes portadores de patología dual como aquellos que presentan tanto un trastorno por uso de sustancias como otro trastorno psiquiátrico mayor.¹

El diagnóstico de esta comorbilidad no es sencillo, ya que la presencia de abuso de sustancias hace que el diagnóstico de ambos trastornos sea más complicado. La importancia de su identificación radica en que los pacientes que la padecen presentan mayor morbilidad, menor probabilidad de buenos resultados con el tratamiento inicial, mayores tasas de recaídas, hospitalizaciones, suicidio y menor adhesión al tratamiento.¹ En su curso puede haber períodos en los que predomine uno u otro trastorno, siendo en ocasiones impredecible su patocronia.²

Son diversos los mecanismos planteados para explicar la presencia de estos dos trastornos:

1. La psicopatología como factor de riesgo para los trastornos adictivos y/o como modificador de la evolución de este último.
2. Asociación genética entre determinados trastornos psiquiátricos y los trastornos por uso de sustancias.
3. Aparición de síntomas psiquiátricos en la evolución de la intoxicación crónica con una sustancia de abuso.
4. Surgimiento de los trastornos como una consecuencia de uso de sustancias y su persistencia con la abstinencia.
5. Presentación de ambos trastornos de forma simultánea, sin relación.
6. El uso de sustancias como forma de automedicación.¹

En cuanto a la prevalencia de los pacientes con trastorno por uso de sustancias, aproximadamente un 50 % tiene al menos otro trastorno psiquiátrico (más frecuentemente un trastorno del estado de ánimo o trastorno de ansiedad) y casi el 30 % de los pacientes con trastornos psiquiátricos tiene el antecedente de abuso de sustancias.¹

Específicamente, la presencia de comorbilidad entre un trastorno por dependencia o abuso de sustancias y un trastorno psicótico supera el 60 %.³ Se plantea que la mitad de los pacientes con esquizofrenia abusa de drogas o alcohol.⁴

A nivel nacional, se llevó adelante un estudio en la sala de emergencia del Hospital Vilardebó en el año 2008, con el objetivo de detectar un consumo reciente de marihuana y cocaína en pacientes con síntomas psicóticos. Se realizó un test en orina para detección de estos tóxicos a aquellos pacientes que ingresaron a la sala de observación con diagnóstico de trastorno psicótico según la CIE-10. Fueron excluidos los pacientes con trastornos del humor. El 72,6 % de la población estudiada tuvo como diagnóstico esquizofrenia y el 18,2 %, diagnóstico de trastornos psicóticos agudos y transitorios. La prevalencia de consumo reciente fue de 17,9 %.⁵

En un estudio realizado en un Centro de Rehabilitación en Montevideo, 42 % de los varones y 15 % de las mujeres con diagnóstico de esquizofrenia presentaban antecedente de consumo abusivo de sustancias psicoactivas ilegales.⁶

En lo concerniente a su tratamiento, hasta el momento no existen en Uruguay dispositivos especializados para su abordaje. Existen servicios de atención generales para trastor-

nos psiquiátricos y recursos específicos para pacientes con psicosis o abuso de sustancias. Esto en principio facilitarían la accesibilidad de los pacientes a los servicios de asistencia, pero dificulta la realización de un tratamiento integral: el tratamiento de ambas patologías realizado en paralelo o en forma secuencial resulta menos eficaz, fundamentalmente en los casos más graves.⁷

En el caso de Uruguay la mayoría de las instituciones especializadas en trastornos por abuso de sustancias no ingresa a sus programas personas con diagnóstico de psicosis e incluso en algunos casos no acepta pacientes que requieran tratamientos con psicofármacos. En los centros de rehabilitación para pacientes

con trastornos psicóticos, la existencia de abuso de sustancias actual aplaza o excluye el ingreso.

¿Cuáles son hoy las estrategias posibles en Uruguay para lograr una asistencia integral de las personas con patología dual?

Como aporte en este sentido, es de interés comunicar el siguiente caso clínico en el cual se pone en evidencia la complejidad diagnóstica en la patología dual y cómo la articulación de diferentes miradas e intervenciones (psicológica, psiquiátrica y social) brinda herramientas muy valiosas para la resolución de dificultades diagnósticas y terapéuticas en la atención de personas con psicosis y consumo de sustancias.

Historia clínica

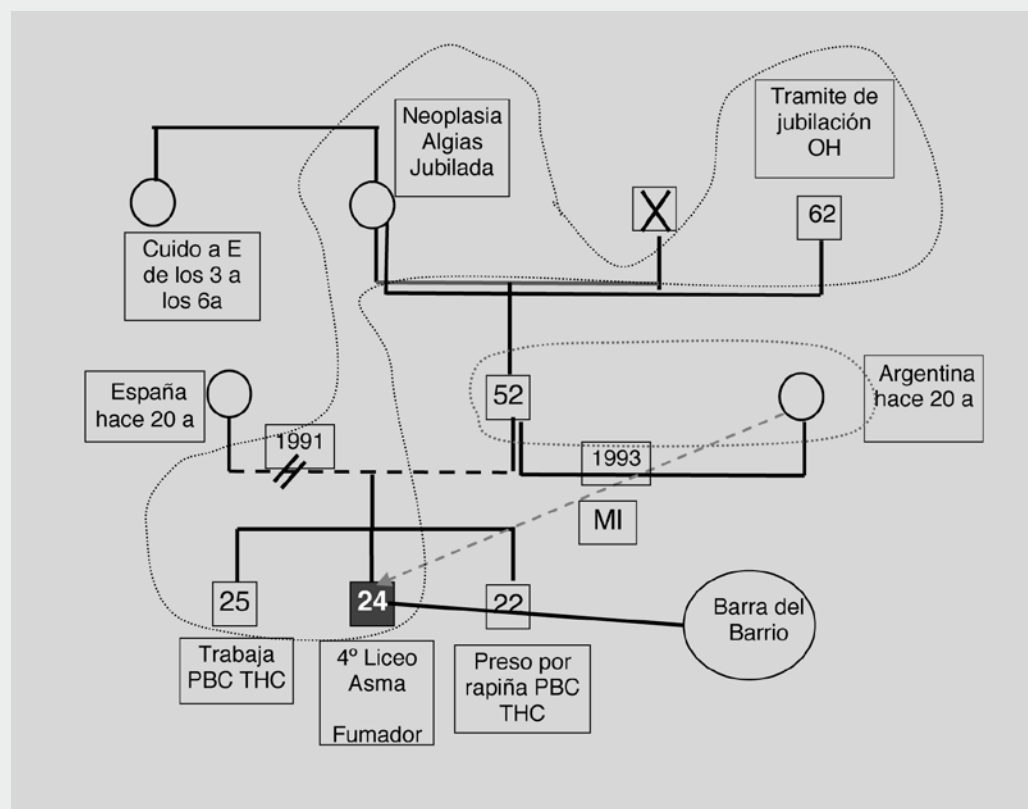


Gráfico 1

		Tratamiento																																
Residencia		Argentina						Uruguay abuelos paternos						Uruguay						Uruguay abuelos paternos						Uruguay								
Convive con								Repatriado																										
Eventos vitales																																		
Ocupación																																		
THC																																		
OH																																		
cocaína																																		
alucinógenos*																																		
Año		2011												2012						2013														
Mes		4;	5;	6;	7;	8;	9;	10;	11;	12;	1;	2;	3;	4;	5;	6;	7;	8;	9;	10;	11;	12;	13;	14;	15;	16;	17;	18;	19;	20;	21;	22;	23;	24;
Edad		22												23						24														
Asistencia en		1° Hospital 150 días						poli-clinica						2° Hospital 108 días						Policlinica Seg. Fac. psicología Centro adicciones E** 4d; E** 9d; E** 11d						3° Hospital 146 días								
Olanzapina		20mg						20mg						20 mg						20 mg						20 mg								
Risperidona																										20 mg								
Haloretard																										100 mg								
Quetiapina																										150mg								
Clonacepan		4mg						4mg						2 mg						4 mg						6 mg								
Biperideno																				4 mg						6 mg								
Tiapridal																										300mg								
flunitrazepam																										10 mg								
Zolpidem																										50 mg								
Sertralina																										50 mg								
Motivo Hospitalización		Ingreso judicial Agudo (EPA)						Episodio Psicótico						Ingreso judicial (EPM) Heteroagresividad (HA)						Excitación						IAE								
Diagnóstico al egreso		Trastorno psicótico inducido por múltiples sustancias F19.5												F19.5 o 2° EPA						Esquizofrenia						F60 F19								

		Biografía																																									
Residencia		Uruguay Montevideo						Argentina BsAs						Uruguay Montevideo						Argentina BsAs Córdoba																							
Convive con		Madre, padre y hermanos						abuelos paternos y hermanos						tia abuela Padre madrasta						Hogar estatal para menores						Abuelos paternos						varios cambios hostal, amigo, amigos											
Eventos vitales		Separación padres												Emigra						Maltrato de padre y madre (MI) abandona hogar paterno, denuncia MI						Abuela solicita tenencia						Emigra						busqueda espiritual					
Ocupación								Curs a primaria hasta 4°						recursa 3° y 4°						Cursa secundaria, completa hasta 4° abandona en 5°						capoeira						trabajos informales 10 s. max. duración capoeira											
Consumo sustancias																										THC continuo						OH ocasional cocaína ocasional						OH continuo cocaína continuo alucinógenos*					
Año		1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010																			
Edad			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22																			

* Alucinógenos ayahuasca , salvia divinorum, LCD entre otros

Ficha patronímica. Enzo tiene actualmente 24 años, vive en Montevideo con sus abuelos paternos. Soltero, sin hijos. Sin pareja. No trabaja desde hace dos años. No estudia. Cursó primaria completa y secundaria hasta 4.º año con buen rendimiento académico. Realizó trabajos esporádicos no formales, como mozo, peón de obra, recepcionista en un hostel, dictó clases de capoeira, repartió folletos.

Antecedentes familiares psiquiátricos. Dos hermanos con trastorno por consumo de pasta base de cocaína (PBC) y cannabis (THC), uno de ellos privado de libertad por rapiña.

Antecedentes personales médicos. Asmático, fumador, hipotiroidismo.

Antecedentes personales psiquiátricos. A los 16 años inicia un consumo diario de marihuana y alcohol. A los 19 años, consumo esporádico de cocaína.

Notas del gráfico

- Primera internación:

A los 22 años en Argentina presenta su primera internación psiquiátrica durante 5 meses (abril de 2011) por orden judicial, cursando un episodio psicótico agudo en contexto de consumo de múltiples sustancias (alucinógenos: ayahuasca, *Salvia divinorum*, LSD, entre otros). Luego es repatriado vía consulado.

- Segunda internación:

En febrero de 2012 presenta su segunda internación psiquiátrica. Es enviado nuevamente por juez por un episodio de excitación psicomotriz, heteroagresividad física hacia su abuelo en contexto de ideación delirante de daño y perjuicio, místico religiosa: «Me hacen magia negra, como no me quieren en su casa. Yo les respondí rompiendo cosas materiales que parece ser lo que más les importa», a mecanismo interpretativo e intuitivo y alucinatorio: «voces que vienen de afuera, demasiadas personas, me dicen que me van a violar», «toda la gente me hablaba por telepatía y después no, la telepatía no existe». Lenguaje desorganizado. Humor irritable

y hostil. Marcada reticencia. Alteración de conductas basales.

Al ingreso, la detección para metabolitos de tóxicos en orina es (+) para THC y (-) para cocaína.

Entre octubre y diciembre, reiteradas consultas en servicio de emergencia por trastornos conductuales con un intento de autoeliminación, conductas heteroagresivas y abandono de tratamiento. Recibió diferentes planes farmacológicos, que luego no cumplió.

- Tercera internación:

Ingresa en diciembre de 2012. Presenta ideas delirantes: «Escucho que todos me quieren violar». Neologismos: «Todos conocen el circunciclo: el ciclo de la vida». También ideas de muerte y elementos de automatismo mental: «Todo a través de la telepatía». Comando alucinatorio.

Se plantean como diagnósticos: trastorno por consumo de polisustancias en abstinencia superior a seis meses y esquizofrenia descompensada.

Al inicio se restituye el tratamiento farmacológico anterior. En la evolución agrava la sintomatología delirante y agrega ideas de muerte y autoeliminación.

En sala se realizan cambios farmacológicos: se cambia de antipsicótico atípico, indicándose risperidona 6 mg/día y un ISRS.

Discusión de la evolución clínica

En los últimos dos años, Enzo ha presentado tres internaciones psiquiátricas; la primera en Argentina (abril de 2011) con un diagnóstico al alta de episodio psicótico secundario a consumo de sustancias. Luego, dos internaciones en Hospital Vilardebó (febrero de 2012 y diciembre de 2012), la primera de ellas por orden judicial. En ambas ingresa con sintomatología delirante y trastornos conductuales.

El primer planteo diagnóstico fue, como se dijo, el de un trastorno psicótico inducido por sustancias. En la evolución, luego de un período de abstinencia de más de seis meses,

la persistencia de sintomatología negativa y la reagudización con síntomas delirantes consolidan el diagnóstico de esquizofrenia.

Análisis de las estrategias de intervención y la evolución

Luego de la primera internación en Argentina, después de ser repatriado se controla ambulatoriamente en policlínica periférica de psiquiatría en Uruguay. Cumple irregularmente con los controles y el tratamiento farmacológico. Mantiene un consumo frecuente de marihuana y alcohol, y esporádico de cocaína.

Entre esta internación y la siguiente se destaca un pobre funcionamiento global, no logrando concretar ningún proyecto ni a corto ni a mediano plazo.

En la segunda internación (febrero de 2012), con el tratamiento instituido, mejora la irritabilidad y la hostilidad, remiten las ideas delirantes y no reitera trastornos de conducta.

Establece un buen vínculo con el equipo médico. Se realizan entrevistas psiquiátricas diarias, con un abordaje social y familiar, de las que surge una grave conflictiva familiar, que en inicio impide el retorno a su hogar: estilo vincular violento, con historia de maltrato desde la niñez, mantenido en la adolescencia; abuelos añosos con problemas de salud, alcoholismo del abuelo, abuela con patología orgánica y dificultad para sostener las decisiones tomadas. Ambos hermanos con trastornos por consumo de sustancias. Ausencia de otras figuras de referencia.

En esta instancia se diseña un proyecto terapéutico en el cual se plantean como objetivos jerarquizar la abstinencia, para mantener la remisión sintomática, posibilitando una evaluación diagnóstica y promover un mejor funcionamiento ocupacional, familiar y social.

Como recursos se integra el acompañamiento a la familia por parte de estudiantes de psicología, con supervisión docente,* quienes realizan un seguimiento semanal domiciliario, con el objetivo de apoyar la continuidad del tratamiento y promover el proceso de apropiación

de alternativas viables para elaborar y llevar adelante un proyecto de vida. Se contacta con el centro público especializado en adicciones Portal Amarillo y se solicita la evaluación de la posibilidad de ingreso del paciente en el programa de rehabilitación ambulatoria. Se coordinan las entrevistas de evaluación durante el período de hospitalización, siendo aceptado su ingreso.⁸

En junio se otorga el alta hospitalaria.

En la evolución del seguimiento ambulatorio, concurre regularmente al centro de rehabilitación Portal Amarillo durante tres meses hasta que es dado de alta.

Se mantiene en abstinencia, cumpliendo con los controles periódicos en policlínica de psiquiatría, inicialmente con un residente en la policlínica de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina en el Hospital Vilardebó y posteriormente en la policlínica de referencia de la zona. Durante este período cumple el tratamiento farmacológico. Entretanto continúa el seguimiento semanal a domicilio por parte de estudiantes de psicología por cinco meses.

Se destaca un pobre funcionamiento global entre las internaciones, no logrando concretar ningún proyecto ni a corto ni a mediano plazo.

En octubre, coincidiendo con el cese de concurrencia a rehabilitación, comienza a discontinuar las consultas en la policlínica de su zona. Por conflictos en su casa, pasa algunas noches durmiendo en refugios.

En el período de octubre a diciembre de 2012, realiza dos consultas en emergencia de Hospital Vilardebó, permaneciendo por corta estadía en sala de observación (gráfico 1).

A instancias de los estudiantes de psicología que continúan el seguimiento domiciliario, consulta nuevamente en el hospital y en diciembre de 2012 presenta su tercera hospitalización por un nuevo episodio psicótico con ideas delirantes e ideas de muerte, estando en abstinencia.

Comienza entonces una segunda etapa de abordaje terapéutico con el diagnóstico de esquizofrenia ya establecido.

Durante la nueva internación, se inicia el proceso de psicoeducación hacia la familia y

*Proyecto de Seguimiento post-alta a pacientes del Hospital Vilardebó de Facultad de Psicología de la Udelar, supervisora Prof. Adj. Mercedes Couso.

el paciente, centrado en la inclusión de otra patología —la esquizofrenia—, además de la del trastorno por consumo de sustancias ya conocido. Esto resulta de particular dificultad en el caso de Enzo, ya que sostiene haber superado el problema que requería tratamiento farmacológico (el uso de sustancias), lo que jerarquiza la necesidad de supervisión.

En esta internación, presenta una mejoría en la sintomatología productiva, manteniendo los síntomas negativos.

Persiste la grave conflictiva familiar que impide el retorno al hogar.

Frente a este diagnóstico clínico y familiar, se plantea el ingreso a un centro de medio camino que permita la continuidad del tratamiento clínico y farmacológico y el desarrollo de un programa de rehabilitación adecuado a su problemática.

En marzo de 2013 se entrevista con la unidad de Egreso Asistido del Hospital Vilardebó y el equipo de Benito Menni (Centro de medio camino). De esta evaluación se decide su ingreso, que se concreta en abril. Ha tenido una buena inserción, manteniendo claramente el predominio de sintomatología deficitaria.

Conclusiones

En la ausencia de una estructura especializada que realizara el abordaje integral para esta patología, se diseñó un proyecto terapéutico con los recursos existentes, funcionando como red de sostén e intervención, articulando decisiones y acciones.

En una primera etapa, durante la segunda internación, se elaboró un proyecto terapéutico que permitió el desarrollo de estrategias de seguimiento en simultáneo y coordinadamente: asistencia post-alta por un equipo de farmacodependencias (Portal Amarillo), seguimiento domiciliario por parte de estudiantes de psicología y controles con residente de psiquiatría en policlínica de la Facultad de Medicina. Esto posibilitó la abstinencia y consolidó una alianza terapéutica entre el sistema de atención, el paciente y su familia.

A los tres meses post-alta, disminuye el número y tipo de recursos asistenciales que intervienen: finaliza el tratamiento en el centro especializado en adicciones una vez alcanzado el objetivo de abstinencia durante al menos seis meses.

Se mantiene estabilizado clínicamente y pasa a asistirse en la policlínica periférica, persistiendo un marcado apragmatismo.

Luego discontinúa el tratamiento y presenta una reagudización que requiere rehospitalización en la cual se confirma el diagnóstico de esquizofrenia. Comienza entonces una segunda etapa de abordaje terapéutico con el diagnóstico ya establecido y con evidencia de buena respuesta ante el tratamiento. Esta etapa incluye un seguimiento clínico frecuente, un tratamiento farmacológico continuo y un programa de rehabilitación y acompañamiento que funcionan en forma articulada.

En esta etapa, el dispositivo en red, en función de las necesidades identificadas y de los recursos disponibles, incluyó el alta a un hogar de medio camino con el fin de favorecer la continuidad del tratamiento y el desarrollo de un proceso de rehabilitación que incluyera actividades fuera del centro.

Lo expuesto nos invita a reflexionar. Aun en ausencia de un sistema especializado que trate esta patología, fue posible un abordaje integral en el marco académico-asistencial universitario, dado que se logró realizar un trabajo en red con los dispositivos existentes. Esto nos permitió optimizar los recursos disponibles, captar precozmente la descompensación y reinstalar y adecuar el abordaje, lo que conllevó una mejor evolución.

Agradecimientos

A nuestra docente, Prof. Agda. Dra. Sandra Romano, por motivarnos, instruirnos e impulsarnos en la instrumentación de un proyecto terapéutico que permitió el abordaje interdisciplinario de una situación clínica compleja como la patología dual.

A todos aquellos que intervinieron en la realización e implementación de este proyecto con gran dedicación y empeño: residente y posgrados de psiquiatría, Gastón Ricci, Paola Pereira, Ignacio de Mattos y Julián Lans; interno de facultad de psicología, Martín Mazzella, estudiantes de psicología Gervasio Núñez y Malvina Prado y su supervisora Prof. Adj. Mercedes Couso y nuestra Lic. Asistente Social, Lydia Giorgieff.

Referencias bibliográficas

1. **Tziporah Cohen S, Jacobson A.** Diagnóstico doble: abuso de sustancias y enfermedad psiquiátrica. En: Jacobson J, Jacobson, A. Secretos de la Psiquiatría. 2.^a ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2002, pp. 136-141.
2. **Haro G (coord.).** Programa Jofré. Disponible en: <http://www.grupotxp.org/filesupload/congreso/38_programa_jofre_de_intercambio_para_la_formacion_e_investigacion_en_psiquiatria_ponencia_congreso_adj_1_normal.pdf>. (Consulta: mayo de 2013.)
3. **Yaría J.** Introducción. En: Yaría J. Psicosis y drogodependencia. Buenos Aires: Gabas; 2008, pp. 27-9.
4. **Gregg L, Barrowclough C, Haddock G.** Reasons for increased substance use in psychosis. Clin Psychol Rev 2007; 27 (4):494-510.
5. **Fielitz P, Suárez H, Escobal M y cols.** Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos psicóticos ingresados en sala de emergencia psiquiátrica. Hospital Vilardebó. Montevideo, Uruguay. Rev Chil Neuro-psiquiat 2010; 48(2)106-113.
6. SIRS South America Meeting, University of São Paulo, agosto 2011. Romano S, Araújo A, Moller A y cols. Rehabilitación en esquizofrenia: estudio descriptivo en un grupo de 210 pacientes. Facultad de Medicina-Udelar, Uruguay. Equipo Centro Diurno Sayago-ASSE. Poster.
7. **Timko C, Moos R.** Symptom severity, amount of treatment, and one-year outcomes among dual diagnosis patients. Adm Policy Ment Health 2002; 30(1):35-54.
8. Jornadas de la Clínica Psiquiátrica, XXII, Montevideo, noviembre 2012. De Mattos I, Lans J, Redes L y cols. Complejidad diagnóstica en la patología dual. Articulación de miradas. Póster.