

PATOLOGÍA DUAL: ESTUDIO DE CASO ÚNICO

Máster en Psicopatología, Salud y Neuropsicología

Curso 2015/16



Tutor: Pedro Salmerón Sánchez

Alumna: Maria Teresa López Clofent

ÍNDICE

1. Introducción	5
2. Campo teórico	6
2.1. Concepto de Patología Dual	6
2.2. Epidemiología	7
2.3. Aspectos neurobiológicos.....	9
2.4. Hipótesis etiológicas	11
2.5. Factores de riesgo y protección.....	13
2.6. Intervención y tratamiento.....	14
2.7. Dificultades y retos de futuro	21
3. Campo empírico	23
3.1. Anamnesis e Historia Clínica.....	23
3.2. Evaluación.....	27
3.3. Plan de tratamiento.....	28
3.4. Resultados	31
3.5. Direcciones de tratamiento futuro.....	32
4. Discusión y conclusiones	34
5. Bibliografía	37

“(...) Cuando llegas al punto de no retorno, en el que no hay nada que te importe más que la droga, sientes tal vacío y tal desesperanza en el interior, que la única forma de no sentirla es continuar consumiendo. Es a lo que los médicos llaman el refuerzo negativo. Y es en ese camino de bajada sin posibilidad de frenar donde vas perdiendo todo lo que te importaba: trabajo, amigos, pareja, sueños. Sobre todo, te pierdes a ti mismo como persona, y lo que queda cuando miras al espejo es un desecho de lo que un día fuiste, y una deformada imagen de lo que querías ser. Esa realidad, la realidad pura y dura de la adicción, resulta sórdida, amarga, solitaria, y a la postre: enloquecedora (...).”

1. INTRODUCCIÓN

La Patología Dual (PD) se podría definir como la coexistencia o comorbilidad en un mismo individuo de uno o varios trastornos por consumo de sustancias y uno o varios trastornos mentales (Torrens, 2008).

El fenómeno de la PD no es una entidad diagnóstica demasiado reconocida en la actualidad, de manera que su uso clínico queda relegado a la escisión en muchas ocasiones de ambas patologías, lo que redundará invariablemente en un abordaje de la situación poco eficaz.

Así pues, el pronóstico que puede aventurar a estos pacientes es, en efecto, un mal pronóstico. Además de las consecuencias específicas que provocan por separado las enfermedades mentales y las adicciones, los pacientes con esta comorbilidad se caracterizan por presentar un curso clínico más crónico y mayor morbimortalidad (Szerman, 2009), a lo que debe sumarse la problemática social que en muchas ocasiones afecta a este colectivo. Todos estos factores convergen en el clásico perfil de “paciente de puerta giratoria”, y a ello se añaden las consecuencias sociosanitarias derivadas como la sobresaturación del sistema.

Ante esta panorámica, conviene aunar esfuerzos por sistematizar una entidad diagnóstica infravalorada y estructurar un plan de tratamiento eficaz que aborde ambas patologías de manera global e íntegra.

El presente trabajo se centra en la descripción de un caso de PD al cual se accedió durante la estancia en prácticas en el área de Salud Mental (Unidad de Hospitalización Breve) del Hospital Provincial de Castellón. El objetivo del mismo es intentar comprender la problemática que se ha descrito en la literatura respecto al tema, de manera que se tenga una idea más clara del perfil de este tipo de pacientes a partir del estudio de un caso clínico.

La primera parte del trabajo se dedica a la revisión teórica del concepto de PD; para dar paso, en la segunda parte, a la exposición del caso clínico que ejemplifica el diagnóstico de patología dual.

El trabajo finaliza con una discusión en donde se comentan ciertos aspectos relacionados con el análisis del caso clínico y concluye con el repaso de los retos más importantes que aún quedan por resolver en el campo de la patología dual.

2. CAMPO TEÓRICO

2.1. Concepto de Patología Dual

La Patología Dual se puede definir como una enfermedad que designa “la existencia simultánea de un trastorno mental y de un trastorno por consumo de sustancias en una misma persona. Se puede considerar como la intersección entre los trastornos adictivos y los trastornos mentales” (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, 2014, p. 7).

En la terminología anglosajona es más usual el término “Diagnóstico Dual”, que en realidad hace referencia a dos diagnósticos independientes. En sentido general, se refiere a los pacientes con síntomas que se ajustan a los criterios de dos trastornos psiquiátricos diferentes (Sociedad Española de Patología Dual, 2009).

El concepto de “dualidad”, y a menudo el de “multiplicidad” de desórdenes reconocidos es muy heterogéneo y define todas las variaciones posibles de dependencia y de desórdenes psiquiátricos, así como sus combinaciones (Asociación DUAL, 2011).

Sea como fuere, resulta importante reconocer “la existencia de una interacción que trasciende la observación puntual y que vincula el curso de uno de los ejes diagnósticos al del otro eje.” De esta forma, el deterioro de la enfermedad psiquiátrica pone en riesgo la situación de protección frente al consumo; y a la inversa, el consumo provoca un deterioro psiquiátrico significativo de manera que la dependencia puede dar lugar a un progresivo empeoramiento de la estabilidad psicológica del paciente (Asociación DUAL, 2011).

El término “Diagnóstico Dual” o “Patología Dual” no constituye un término reconocido oficialmente en la nomenclatura del DSM o de la CIE. Existe una verdadera polémica en torno a esta cuestión nosológica y una falta de consenso entre profesionales que deriva en un abordaje de la situación comórbida en muchas ocasiones insuficiente o limitada.

Como apunta Carceller Maicas (2012), “es un cajón de sastre en el que se engloban multitud de combinaciones posibles entre trastornos por abuso de sustancias y trastornos mentales, y que ha generado un gran debate y controversia” (p. 94).

2.2. Epidemiología

A partir del estudio "Epidemiological Catchment Area" (ECA) se estudiaron 20.000 personas residentes en 5 grandes ciudades de EEUU de América, entre 1980 y 1985. El estudio ECA encontró una prevalencia de vida del 13,5% para el alcoholismo (trastorno por abuso o dependencia del alcohol), del 6,1% para el abuso o dependencia de otras drogas y un 22,5% para los demás trastornos psiquiátricos. Asociando los trastornos psiquiátricos y todos los trastornos por abuso de sustancias, la prevalencia de vida de trastornos mentales llegaría al 33% de la población de EEUU.

Entre los sujetos consumidores de sustancias, la prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos sería todavía más elevada que en la población general. Un 36,6% de las personas con alcoholismo y un 53,1% de las personas con otras drogodependencias presentaron además algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida, porcentajes superiores al 22,5% de la población general. Y también se detecta una mayor prevalencia de alcoholismo y de otras drogodependencias, entre los pacientes esquizofrénicos, antisociales, ansiosos y afectivos, comparados a la población general (Regier et al., 1990).

Por su parte, el "National Comorbidity Survey" (NCS) (Kessler et al., 1994) ha utilizado entrevistas psiquiátricas estructuradas en una muestra de más de 8000 personas no institucionalizadas, de 15 a 54 años de edad, encontrando una mayor prevalencia de vida para cualquier trastorno psiquiátrico, un 48% de la población de EEUU. También se ha detectado una prevalencia más elevada de trastornos psiquiátricos entre las personas que tienen un trastorno por abuso de sustancias que entre los que nunca lo han tenido. Además, propone que el inicio de la mayoría de dichos trastornos psiquiátricos habría sido previo al inicio del abuso de sustancias, excepto para los trastornos afectivos, como depresión, entre los hombres alcohólicos, cuyo inicio suele ser posterior al inicio del alcoholismo.

Ese mismo estudio observa que, entre las mujeres, el 72,4% de las que abusan del alcohol y el 86% de las dependientes del alcohol han presentado algún trastorno psiquiátrico o drogodependencia, a lo largo de su vida. Entre los hombres, la prevalencia de vida era de 56,8% para el abuso y 78,3% para la dependencia del alcohol (Kessler et al., 1994).

Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo fueron los más frecuentes entre las mujeres, mientras que las otras drogodependencias y el trastorno de personalidad antisocial fueron los trastornos comórbidos más frecuentes entre los hombres alcohólicos. Para ambos sexos la dependencia del alcohol aparece asociada a trastornos de ansiedad, del estado de

ánimo y trastorno de personalidad antisocial, con mayor frecuencia de lo que cabría esperar por simple azar (Kessler et al., 1994).

Se dispone de escasos datos sobre la prevalencia de Patología Dual en población española. En un estudio realizado por la Sociedad Española de Patología Dual (Arias et al., 2013b) se examinó la prevalencia de los distintos tipos de patología dual en las dos redes asistenciales implicadas en la Comunidad de Madrid y se analizó también las características de este grupo de pacientes en relación a aquellos con diagnósticos “puros” de trastorno por uso de sustancias (TUS) y aquellos con diagnóstico exclusivo de trastornos mentales (TM). De un total de 837 participantes (208 de la red de Salud Mental y 629 de la red de Drogodependencias), se hallaron 517 (61,8%) pacientes con patología dual (un 36,1% en la red de salud mental y un 70,3% en la red de drogas). Al compararlos con el grupo de sujetos con TUS sin patología dual (n=194), había entre los duales menos varones y peor situación laboral, siendo las drogas más consumidas el alcohol y cannabis. Al compararlos con el grupo de trastornos mentales sin uso de sustancias (n=126), se encuentran diferencias en todas las características sociodemográficas analizadas y los casos de patología dual son diagnosticados más frecuentemente como trastorno bipolar, agorafobia, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, mayor riesgo de suicidio y distintos trastornos de personalidad.

En lo que respecta a pacientes psiquiátricos hospitalizados, apenas existen estudios a nivel nacional sobre prevalencia de patología dual. Como ejemplo, se cita el estudio de Rodríguez-Jiménez et al. (2008); Los objetivos de este trabajo fueron determinar la presencia de patología dual en los pacientes ingresados consecutivamente durante un año en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España), comparar variables sociodemográficas y clínicas entre el grupo de patología dual (grupo PD) y el grupo de trastorno mental sin TUS concurrente (grupo TM), y estudiar el tipo de sustancias consumidas. Se trata de un estudio retrospectivo, basado en la revisión de las historias clínicas de los 257 pacientes ingresados en dicha UHP durante un año. Los resultados mostraron que el 24,9% de los pacientes ingresados presentó un TUS (excluyendo dependencia a la nicotina) concurrente a otro trastorno psiquiátrico. De manera significativa, los pacientes del grupo PD fueron predominantemente varones y más jóvenes. Además, tenían menor edad en el primer ingreso psiquiátrico y al inicio de recibir atención psiquiátrica, y presentaban más diagnósticos de esquizofrenia o psicosis esquizofreniforme que el grupo TM, éste último caracterizado por mayor frecuencia de diagnósticos afectivos. Las sustancias más frecuentemente consumidas en el grupo PD fueron alcohol (78,1%), cannabis (62,5%) y cocaína (51,6%).

En lo que respecta al género, se ha descrito que éste es un factor que influye en la prevalencia de las enfermedades psiquiátricas, su expresión sintomática, curso, pronóstico, demanda y respuesta al tratamiento (Gearon, Nidecker, Bellack & Bennette, 2003). Según una revisión que examinaba las diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual (Miquel et al., 2011), la distribución de los trastornos mentales del Eje I en pacientes duales, según el género, se mantiene similar a la de los trastornos mentales no duales en la población general. Existe mayor prevalencia en hombres de trastornos psicóticos y bipolares, y en mujeres mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y afectivos. El género femenino deja de ser factor de buen pronóstico en la psicosis dual. Por otra parte, el policonsumo es más frecuente en los varones.

2.3. Aspectos neurobiológicos

Circuito de recompensa

El circuito del placer o circuito de recompensa desempeña un papel clave en el desarrollo de la dependencia a sustancias, tanto en el inicio como en el mantenimiento y las recaídas. Se trata de un circuito cerebral existente no sólo en el ser humano sino compartido con la gran mayoría de los animales (Becoña et al., 2010). Es, por tanto, un sistema primitivo. De manera natural, este circuito es básico para la supervivencia del individuo y de la especie, ya que de él dependen actividades placenteras como la alimentación, la reproducción, etc. La activación del circuito de recompensa facilita el aprendizaje y el mantenimiento de las conductas de acercamiento y consumatorias, en principio, importantes y útiles para la adaptación y la supervivencia (Damasio, 1994; Verdejo & Bechara, 2009).

El objetivo último del sistema de recompensa es perpetuar o reforzar aquellas conductas que al sujeto le proporcionan placer. El consumo de sustancias, ya sea de manera directa o indirecta, supone un incremento del neurotransmisor básico de este circuito, la dopamina, por lo que el efecto hedónico aparece amplificado. Esta sensación placentera es la que hace que el sujeto tienda a volver a consumir (Tirapu, Landa & Lorea, 2004).

La investigación en modelos animales ha permitido aclarar que uno de los mecanismos que participa en las conductas adictivas es el sistema mesocorticolímbico, formado por estructuras del cerebro medio como el Área Tegmental Ventral (ATV) y la sustancia negra, y del cerebro anterior (amígdala, tálamo, hipocampo, corteza cingulada y corteza prefrontal) entre

otras áreas. Dicho sistema en su conjunto recibe el nombre de circuito del placer o de recompensa (Volkow, Fowler & Wang, 2004).

El circuito de recompensa se compone de dos grandes vías denominadas mesolímbica y mesocortical, en su conjunto denominadas mesocorticolímbica (Goldstein & Volkow, 2002). La vía mesolímbica, de tono dopaminérgico, conecta el ATV (cerebro medio) con el sistema límbico vía Nucleo Accumbens (NAc), amígdala e hipocampo, así como con la corteza prefrontal (cerebro anterior basal). El NAc recibe inervación dopaminérgica del ATV y glutamatérgica de amígdala, hipocampo y corteza prefrontal. La parte nuclear del circuito de recompensa es la que implica la comunicación entre el ATV y el NAc (o núcleo del placer) a través del haz prosencefálico medial de la vía mesolímbica. La estimulación del ATV supone la liberación de dopamina en el NAc, provocando euforia y placer, que es lo que hace que el sujeto quiera volver a consumir. La vía mesocortical conecta el ATV con la corteza cerebral, sobre todo con el lóbulo frontal (Bechara, 2005; Li & Sinha, 2008).

Neurotransmisores implicados: la dopamina

La dopamina se encarga de manera directa de establecer y regular las sinapsis que componen dicho circuito. En una situación normal, la llegada de un estímulo placentero supone la liberación de dopamina al espacio presináptico, estimulando los receptores postsinápticos. Dichos receptores pertenecen a dos grandes familias, los tipo D1 y los tipo D2. Una vez que ésta ha cumplido su objetivo, es reintroducida a la neurona de origen por la bomba de recaptación de dopamina (Koob & Blom, 1998).

El consumo agudo de sustancias supone un incremento de la liberación de dopamina y por tanto de su actividad, que conlleva una intensificación en la sensación de placer. No obstante, el consumo crónico ya no parece producir mayor liberación de dopamina, sino alteraciones a nivel de los receptores del neurotransmisor, con una reducción de los del subtipo D2 y un incremento de los del subtipo D1. Clínicamente esto se manifiesta en la tolerancia, es decir, en la necesidad de un mayor consumo de sustancia para lograr un mismo efecto. La disminución de la dopamina y los cambios neuroadaptativos consiguientes hacen que el sujeto potencie el consumo de la sustancia como manera de mantener constante el grado de estimulación (Bardo, 1998; Kelley, 2004; Dalley et al., 2007).

Sin embargo, la dopamina no es el único neurotransmisor implicado en el circuito de recompensa. Otros neurotransmisores están involucrados. Así, la serotonina actúa regulando este circuito a través de su acción sobre el hipotálamo; los opiáceos y el GABA lo hacen sobre el

ATV y el NAc. La noradrenalina, por su parte, procede del locus coeruleus liberándose en el hipocampo (Nestler, 2005).

Otra vía de perpetuación de la condición adictiva podría establecerse a través del efecto de las sustancias sobre los sistemas hormonales, en especial sobre el eje hipotálamo-hipófisisadrenal (HHA). La hiperactivación de dicho sistema en sujetos adictos facilitaría a su vez el mantenimiento de la adicción al deteriorar su estado físico e inmunológico (Sinhá, García, Paliwal, Kreek & Rounsaville, 2006).

Patología Dual: la estrecha relación entre las conductas adictivas y otros trastornos psicopatológicos

Es probable que esta estrecha relación entre conductas adictivas y otros trastornos psicopatológicos refleje factores y sustratos cerebrales comunes, basados en una probable diátesis genética, precipitante de ambas manifestaciones psicopatológicas. Una de las teorías más globales es que las sustancias y sus efectos psicotrópicos se utilizan para hacer frente al sufrimiento emocional, lo que se denomina “automedicación” (Khantzian, 1985). Asimismo, el efecto de las sustancias de abuso sobre el cerebro produce cambios neurobiológicos que incrementan la vulnerabilidad para desencadenar posiblemente trastornos mentales (Szerman, 2009).

Otra cuestión objeto de debate es la posible tendencia de los sujetos con baja actividad dopaminérgica en el córtex prefrontal, y por tanto con tendencia a la anhedonia, apatía, disforia y comorbilidad psiquiátrica diversa, a buscar drogas que produzcan una corrección a la euforia (Szerman, 2009).

En conclusión, la alta prevalencia de la patología dual refleja en parte la superposición de factores genéticos y neurobiológicos que podrían ser comunes a ambas patologías. Dentro de este contexto, los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos han sido directamente relacionados tanto en la adicción, como en la etiopatogenia de patologías psiquiátricas, como la depresión o la esquizofrenia.

2.4. Hipótesis etiológicas

Con el fin de obtener una mayor comprensión de la Patología Dual, se han analizado ampliamente las diversas formas con que pueden relacionarse los trastornos mentales y los trastornos por consumo de sustancias. Las principales posibilidades son (Becoña et al., 2008):

1. Un trastorno mental primario y preexistente determina la aparición de un abuso de drogas o alcohol (p.ej., preexistencia de trastornos de ansiedad en el alcoholismo, de trastornos por déficit de atención en cocainómanos o de sintomatología psicótica en heroínómanos). Una hipótesis que intentó explicar esta forma de relación es la denominada Hipótesis de la Automedicación (Khantzian, 1985), aunque no ha conseguido acumular un apoyo empírico consistente, encontrándose en muchos casos que el consumo de drogas incrementa la sintomatología adversa en lugar de reducirla (Arendt et al., 2007).

Dentro de esta categoría, cabe considerar que el consumo de sustancias puede constituir un mecanismo de afrontamiento, aunque éste pueda ser desadaptativo; y que los síntomas de un trastorno psiquiátrico pueden convertirse en factores de riesgo para el desarrollo de una dependencia de sustancias.

2. Un Trastorno por Consumo de Sustancias preexistente determina la aparición de un Trastorno Mental. En esta categoría se incluye:

- 2.1. La precipitación o desencadenamiento de un trastorno mental para el cual el individuo era previamente vulnerable. Por ejemplo, el inicio de un Trastorno de Angustia o de un Trastorno Depresivo Mayor desencadenado por el abuso de cocaína. Este tipo de comorbilidad es la que algunos autores consideran como verdadera o genuina (Nunes & Deliyannides, 1996).

- 2.2. La presentación de psicopatología no preexistente durante la intoxicación o abstinencia de sustancias. Esta opción, recogida por el DSM V como Trastornos Mentales inducidos por Sustancias, es incluida como una forma de diagnóstico dual por algunos autores como Zimberg (1999) bajo la denominación de Diagnóstico Dual tipo II. Sin embargo, los estudios epidemiológicos más importantes efectuados hasta la fecha parecen excluir esta alternativa, excluyendo en los estudios a quienes se encuentran en desintoxicación o con sintomatología atribuible a la droga.

3. Los trastornos se presentan de una manera primaria e independiente en su inicio. Posteriormente ambas entidades pueden influirse mutuamente, por ejemplo, potenciándose (modelos bidireccionales). Es posible que trastornos altamente prevalentes se presenten en un mismo individuo por azar. Sin embargo, esta opción podría ser aceptada sólo para la asociación de abuso de alcohol con trastornos de ansiedad (en particular en hombres) o, en el caso de abuso de drogas, con los trastornos del estado de ánimo, dado que para la mayoría del resto de las

asociaciones los estudios epidemiológicos han podido establecer que el riesgo de comorbilidad es superior.

4. Es posible que un factor etiológico subyacente determine la génesis de ambos trastornos (modelos de factor común). El concepto de espectro de trastornos se basa en esta posibilidad. Existiría una alteración (p.ej., genética) que compartirían varios miembros de una familia y que se podría expresar, clínicamente, como distintos trastornos. Se planteó inicialmente que la comorbilidad entre alcoholismo y trastornos depresivos podría corresponder a este tipo de relación. Estudios basados en epidemiología genética han mostrado que la asociación entre dichos cuadros no está determinada genéticamente (Schuckit, 1986). Es necesaria mayor investigación en este ámbito.

A pesar de ser la vía más estudiada, este enfoque basado en la fenomenología psiquiátrica (presentación de síntomas y signos criterio para el diagnóstico de trastornos) no es la única estudiada. Los estudios sobre factores ambientales sobre trayectorias en el desarrollo de comportamientos y conductas antisociales (Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002), los modelos de diátesis-estrés bioconductual (Verheul & Van den Brink, 2005), las aportaciones de la psicología evolucionista (Lende & Smith, 2002) o las recientes aportaciones neuropsicológicas (Yücel, Lubman, Solowij & Brewer, 2007) también deberán ser contempladas en el futuro como explicaciones etiológicas de la concurrencia de adicción y otros trastornos.

2.5. Factores de riesgo y protección

Como se ha vislumbrado en apartados anteriores, existe una vulnerabilidad biológica hacia la adicción. Junto a los factores neurobiológicos, cabe destacar que existen otra serie de factores de tipo ambiental, algunos protectores, otros de riesgo, que condicionan la dependencia interaccionando con los factores puramente genéticos.

Como factores de riesgo, se entienden aquellos agentes que potencialmente son susceptibles de generar un desequilibrio y que, en consecuencia, aproximan al paciente o lo sitúan en una posición de mayor vulnerabilidad frente a una posible recaída. Por su parte, los factores protectores serían todos aquellos elementos que promueven y garantizan la estabilidad a corto, medio y largo plazo de la situación clínica y psicosocial del paciente (Baquero et al., s.f.).

Las principales variables en las que se han encontrado relaciones significativas están relacionadas con aspectos individuales y relacionales (familia y redes sociales) (Peñafiel, 2009).

Entre los factores personales destacan como factores protectores el desarrollo de habilidades sociales y de afrontamiento (López & Rodríguez-Arias, 2010), la resiliencia (Martínez, Trujillo & Robles, 2006), la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de actividades terapéuticas (Roncero et al., 2013). Como factores de riesgo destacan la presencia de trastornos mentales, en especial trastornos psicóticos y trastorno límite de la personalidad (Madoz-Gúrpide, 2013) y la depresión (López & Rodríguez-Arias, 2010); rasgos de personalidad disfuncionales, como la impulsividad, dificultades para demorar la recompensa, necesidad de reforzamiento inmediato, baja percepción de riesgo, baja tolerancia a la frustración, el autoconcepto y la autoestima (Peñañiel, 2009); y el incumplimiento del tratamiento farmacológico así como de las actividades terapéuticas (Roncero et al., 2013).

Entre los factores familiares se encuentran como factores de riesgo la ausencia de apoyo familiar, que incluiría una baja disciplina y una baja supervisión; y un clima familiar hostil, entre otros (López & Rodríguez-Arias, 2010). La sobreprotección tampoco sería un factor deseable para la evolución del propio enfermo porque no permite que la persona asuma su propia responsabilidad (Feafes, 2014). Como factores protectores, destaca el apego familiar, un clima familiar de confianza y una adecuada comunicación, y la claridad en las normas (Martínez, Trujillo & Robles, 2006). También cabe destacar el efecto beneficioso de la participación de la familia en el proceso de recuperación (Martínez, 2010).

Entre los factores sociales se encuentran como factores de riesgo el no disponer de apoyo social, poseer amistades consumidoras, y la disponibilidad y accesibilidad a la droga (López & Rodríguez-Arias, 2010). Entre los factores protectores destacan la presencia de redes sociales y sistemas de apoyos dentro de la comunidad, un círculo de amistades no consumidoras y la dificultad para acceder a la droga (López & Rodríguez-Arias, 2010).

2.6. Intervención y tratamiento

Modelos de tratamiento

Con la toma de conciencia de la magnitud y especificidad de los problemas de los pacientes con patología dual se han intentado desarrollar programas terapéuticos ajustados a los mismos. Los modelos terapéuticos básicos que se han tenido en cuenta han sido los siguientes (Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones, 2008):

1. Tratamiento secuencial: en este modelo el paciente es tratado primero en uno de los sistemas o redes de tratamiento (Salud Mental o Drogodependencias) y posteriormente

por el otro. El orden de los tratamientos depende de distintas variables: preferencia del clínico, magnitud de los trastornos, primacía en el tiempo (con qué red se contacta en primer lugar) y/o en la causalidad, etc.

2. Tratamiento paralelo: el paciente es tratado simultáneamente de ambas patologías, pero por equipos técnicos independientes que a su vez dependen de centros de tratamiento distintos. Sin embargo, el grado de coordinación entre ambos tratamientos es variable y muchas veces insuficiente. Los problemas asociados a este tipo de intervención podrían variar desde el seguimiento irregular de la patología del paciente; los solapamientos, la duplicación o la interferencia de intervenciones al no haber coordinación entre los equipos; y en definitiva, la dificultad para controlar adecuadamente el impacto del otro trastorno al actuar de forma independiente.
3. Tratamiento integrado: combina elementos o recursos terapéuticos tanto de la red de Salud Mental como de la de Drogodependencias en un programa de tratamiento unificado para pacientes con trastornos duales. Idealmente, este tipo de tratamiento se daría desde un mismo equipo que integrara a profesionales formados en los dos campos, capaces de seguir al paciente en su evolución y abordar su doble trastorno.

En la actualidad, la mayor parte de los autores y profesionales defienden que el tratamiento de la patología dual debe ser integral. El tratamiento integrado para la patología dual es el más adecuado, ya que facilita la adherencia, disminuye el número de ingresos hospitalarios y reduce el consumo de drogas (Grado de recomendación C. Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones, 2008). Puesto que las dos áreas, psiquiátrica y adictiva, presentan formas de tratamiento similares, es posible efectuar un abordaje integral para el tratamiento de los trastornos duales. Estas similitudes se pueden agrupar, según indica la Asociación Dual (2011), en las siguientes:

- Servicio de urgencias para problemas agudos en ambos campos.
- Tratamiento agudo de desintoxicación en la adicción.
- Tratamiento agudo de hospitalización psiquiátrica.
- Existe en ambos tratamiento de rehabilitación en régimen de internamiento prolongado, clínicas u hospitales de día.
- Ambos campos incluyen pacientes que presentan un trastorno crónico con un riesgo potencial de recaídas.
- En ambos se utilizan psicoterapia, consejo y psico-educación, así como terapia farmacológica.

El modelo de tratamiento integral no es a corto plazo; es decir, hasta que se resuelva la situación aguda de consumo o estabilización de la clínica psiquiátrica. Debe ser un modelo a medio-largo plazo insertado en un proceso de Rehabilitación Psicosocial (Asociación Dual, 2011).

Tratamiento farmacológico

Los objetivos del tratamiento farmacológico en la patología dual son los de intervenir en los problemas mentales asociados al consumo de drogas y reducir hasta eliminar, si es posible, este consumo (Baquero et al., s.f.).

Los medicamentos antipsicóticos son el principal tratamiento farmacológico de los pacientes con esquizofrenia que sufren de patología dual. A este respecto, se recomienda que los objetivos del tratamiento en pacientes con esta patología asociada sean los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia sin patología asociada, pero añadiendo a éstos los objetivos relativos al problema del uso de sustancias, como por ejemplo, reducción del daño, abstinencia, prevención de recaídas y rehabilitación (Grado de recomendación C, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2003).

Los fármacos antipsicóticos se utilizan para el tratamiento de los episodios agudos, para la prevención de futuros episodios y para la mejoría de los síntomas entre episodios psicóticos o de crisis (Grado de recomendación A, Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

Introducidos en la práctica clínica desde los años cincuenta del pasado siglo, los fármacos antipsicóticos se han clasificado en dos grandes grupos atendiendo a sus características, efectos sobre los síntomas psicóticos y por sus perfiles de efectos adversos: antipsicóticos de primera generación o convencionales, y antipsicóticos de segunda generación o atípicos.

Los fármacos antipsicóticos de primera generación agrupan a un conjunto de especialidades farmacéuticas que se caracterizan por actuar frente a los síntomas psicóticos. Los actualmente autorizados en el Estado español son los siguientes: clorpromazina, clotiapina, haloperidol, levomepromazina, perfenazina, periciazina, pimozida, sulpirida, tioproperazina, trifluoperazina y zuclopentixol.

Son eficaces para reducir la mayor parte de los síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, delirios, conductas extrañas), y en menor medida los síntomas negativos (apatía, embotamiento afectivo, alogia, abulia), frente a los que son relativamente ineficaces.

Los pacientes que están recibiendo medicación antipsicótica de primera generación y en los que persisten los síntomas positivos o negativos, o quienes experimentan efectos adversos de malestar, deberían cambiar a medicación antipsicótica de segunda generación oral bajo la estrecha supervisión de un especialista (Grado de recomendación A, Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

En lo que respecta a los antipsicóticos de segunda generación o atípicos, actualmente están autorizados en el Estado español los siguientes antipsicóticos: clozapina, risperidona, olanzapina, paliperidona, sertindol, quetiapina, ziprasidona, amisulpride y aripiprazol.

En pacientes que inician tratamiento por primera vez, se recomienda la elección de medicación antipsicótica de segunda generación, puesto que está justificada por tener una mejor tolerancia y un menor riesgo de discinesia tardía (Grado de recomendación A, Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

Además de los fármacos antipsicóticos, otros medicamentos como los estabilizantes del estado de ánimo y otras medicaciones coadyuvantes (benzodiazepinas, anticonvulsivantes, antidepresivos), también resultan útiles en determinados subgrupos de pacientes. Si bien la Guía de Práctica Clínica (GPC) del APA (2004) recoge la utilización de otros medicamentos para potenciar la eficacia terapéutica de los antipsicóticos y para tratar los síntomas residuales, incluyendo los positivos, negativos y afectivos, la eficacia de estos tratamientos en pacientes con esquizofrenia es discutida en relación a las interacciones entre ambos grupos de fármacos y los posibles efectos adversos.

Se puede afirmar que la toma de decisiones sobre el uso de medicación antipsicótica parece condicionada por tres factores principales. En primer lugar, la similitud de los efectos terapéuticos de los dos grupos de antipsicóticos frente a los síntomas positivos, que son los que habitualmente conducen al inicio de un tratamiento farmacológico. En segundo lugar, los diferentes perfiles de efectos adversos que pueden producir a los que se atribuye la causa principal de la falta de adherencia al tratamiento. Y finalmente, las preferencias del paciente hacia un fármaco o presentación determinados. Todo ello confirma la necesidad de individualizar el tratamiento antipsicótico.

La Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009), recomienda sobre las intervenciones farmacológicas con un grado de evidencia A, que la medicación antipsicótica debería ser prescrita siempre que sea posible de una manera no coercitiva en combinación con intervenciones psicosociales que incluyan estrategias de promoción de la adherencia.

Intervenciones psicosociales

Conjuntamente a los tratamientos farmacológicos, se recomienda aplicar tratamientos psicosociales. La Asociación Psiquiátrica Americana (1997) sostiene que los tratamientos psicosociales son componentes esenciales de un programa integral de los trastornos por abuso de sustancias, lo que afirma con un grado de recomendación de máximo nivel (Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones, 2008).

Entre los tratamientos psicosociales que suelen incluirse en programas dirigidos a pacientes con Patología Dual se encuentran (Adaptado de Becoña & Cortés, 2010):

- Psicoterapia individual y grupal.
- Terapia familiar. Se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en incrementar el refuerzo positivo dentro de las relaciones familiares.
- Psico-educación. El objetivo de las terapias educativas son proporcionar a los pacientes información objetiva y útil sobre las drogas y las conductas adictivas, recursos asistenciales, conceptos básicos sobre las enfermedades mentales, su tratamiento, la Patología Dual y las consecuencias de la coexistencia de un trastorno mental con el consumo de sustancias, etc.
- Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento. El objetivo es que el sujeto adquiera o refuerce las habilidades de afrontamiento y autocontrol necesarias para enfrentarse a situaciones de alto riesgo de consumo. Algunas de las habilidades sociales que se trabajan son: el entrenamiento en habilidades para rechazar el consumo, entrenamiento en asertividad, rechazo de peticiones, etc.
- Resolución de problemas. Se enseña al paciente habilidades para manejar problemas en su vida diaria, siguiendo un método de planificación sistemático (D'Zurilla & Goldfried, 1971).
- Reestructuración cognitiva (terapia cognitiva). Se educa al paciente para que comprenda la relación causal entre cogniciones, afecto, conducta, *craving* y consumo de drogas; y se entrena en la modificación de cogniciones disfuncionales.
- Manejo de contingencias. Se basa en que el consumo de drogas es una conducta operante que es mantenida por sus consecuencias y por lo tanto puede ser modificada. Consiste en aplicar reforzadores o castigos de forma contingente a la presencia o ausencia de la conducta objetivo.
- Prevención de recaídas. Las principales técnicas cognitivo-conductuales que se incluyen en los programas de prevención de recaídas son (Marlatt & Donovan, 2005):

identificación de las situaciones de alto riesgo de consumo, autorregistro y análisis funcional del consumo de drogas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo, estrategias para el afrontamiento del *craving*, diferencia entre caída (consumos aislados) y recaída, detectar y afrontar los pensamientos asociados al consumo y entrenamiento en solución de problemas.

- Terapias ocupacionales y recreativas. Tienen la finalidad de ocupar el tiempo libre del usuario para que pueda distraerse, mejorando su estado de ánimo y favoreciendo la integración social.
- Programas de rehabilitación: se vincula al paciente a centros especiales de empleo, entrenamiento en habilidades de la vida diaria, aprovechamiento estructurado del tiempo libre, formación, Centros Específicos de Enfermos Mentales (CEEM), Centros de Reinserción Social (CRIS), y programas de viviendas tuteladas o asistidas.

Según la Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones (Becoña et al., 2008), las terapias de orientación cognitivo-conductual son eficaces en el tratamiento de las conductas adictivas (nivel de evidencia 1). En concreto, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento es efectivo en el tratamiento de conductas adictivas cuando va integrado en programas amplios y multidisciplinarios (nivel de evidencia 1); La prevención de la recaída debe utilizarse en los tratamientos de las conductas adictivas (grado de recomendación A); Las terapias basadas en el manejo de contingencias (en particular, el empleo de incentivos contingentes a analíticas negativas, a la asistencia a las sesiones o a la implicación en actividades alternativas) son estrategias eficaces cuando se combinan con fármacos agonistas como la metadona (nivel de evidencia 1); Las técnicas de manejo de contingencias son altamente recomendables, sobre todo cuando se utilizan dentro de programas de tratamiento más amplios (grado de recomendación B). Según la Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones (Becoña et al., 2008), las terapias cognitivo-conductuales son generalmente más efectivas que otras modalidades psicoterapéuticas y farmacológicas por separado (nivel de evidencia 1); y la combinación de terapia cognitivo-conductual con otras modalidades terapéuticas (psicoterapéuticas o farmacológicas) es más eficaz que la aplicación de cada uno de los componentes de forma aislada (nivel de evidencia 1).

Estadios de cambio, entrevista y terapia motivacional

Un aspecto muy importante a la hora de intervenir con pacientes duales, es establecer una buena alianza terapéutica que asegure la permanencia del paciente en el dispositivo de

intervención y aumente la intención de cambio por parte del mismo (Roncero et al., 2013). Tener en cuenta la motivación y en qué estadio del cambio se encuentra el paciente, tanto en el inicio como a lo largo del tratamiento, es fundamental para adaptar eficazmente la intervención y asegurar resultados más óptimos. En este sentido, muchos son los autores que hacen hincapié en la importancia de la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1991) y el Modelo Transteórico de Cambio (Prochaska & DiClemente, 1992).

Según el Modelo Transteórico de Cambio (Prochaska & DiClemente, 1992), existen cinco estadios a través de los que evolucionan los pacientes dependientes desde que se plantean un posible cambio en su conducta adictiva hasta que dejan definitivamente de consumir. El nivel motivacional inferior se corresponde con el estadio de *precontemplación*, en el cual no se tiene ninguna conciencia del problema y, por tanto, ninguna intención de modificar la conducta adictiva. Progresivamente, puede incrementarse la disposición al cambio adquiriendo conciencia del problema y desarrollando las estrategias necesarias para superarlo, incluyendo las habilidades para sobreponerse a imprevistos y recaídas: en la fase de *contemplación*, se es consciente de que existe un problema y se considera abandonar la conducta adictiva en los próximos meses, pero todavía no se ha desarrollado un compromiso firme de cambio; los contempladores son conscientes de los *pros* de cambiar si se les compara con los precontempladores, pero el peso relativo de los factores contrarios al cambio es aún muy elevado. En la fase de *preparación para la acción*, se llevan a cabo pequeños cambios en la conducta adictiva; además, la persona se compromete a realizar un esfuerzo mayor en un futuro próximo, que se fija en un mes; los *pros* de dejar el consumo superan a los *contras*. En la fase de *acción*, la persona realiza cambios notorios, fácilmente observables, en su conducta adictiva; es una etapa bastante inestable por el alto riesgo de recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento; el estadio de acción oscila entre uno y seis meses. Finalmente, en la fase de *mantenimiento*, se trabaja para consolidar los cambios realizados durante el estadio de acción; durante este estadio se manejan principalmente estrategias para prevenir posibles recaídas.

Una de las aportaciones más significativas del modelo guarda relación con el modo en que se conceptualiza el avance dentro del proceso de cambio. Los drogodependientes no avanzan a través de las distintas fases de forma lineal, sino que suelen pasar varias veces por la misma fase hasta que consiguen mantenerse abstinentes. No obstante, ninguno de esos retrocesos es exactamente igual al anterior, de modo que es precisamente el análisis de las diferencias lo que le permite al paciente identificar su posición y avance respecto a periodos anteriores por los que ya ha pasado.

La Entrevista Motivacional (EM) diseñada por Miller y Rollnick (1991) parte de aspectos básicos de la “terapia centrada en el cliente” aplicados a los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1983), de tal forma que el terapeuta sepa seleccionar las estrategias de intervención más adecuadas en función del estadio de cambio en que se encuentra el paciente.

Frente a intervenciones más directivas, como por ejemplo la terapia cognitivo-conductual, desde la terapia motivacional se trabaja junto con el paciente en la identificación de los problemas, se estimula la motivación en la búsqueda de soluciones, se acepta que exista ambivalencia y que el paciente tenga puntos de vista diferentes. El objetivo es que el paciente avance a través de los distintos estadios de cambio acompañado por el terapeuta.

Dentro del tratamiento de las adicciones, este tipo de intervenciones no son suficientes por sí mismas para abandonar el consumo de drogas, pero sí son útiles para incrementar la participación, adherencia y retención en el tratamiento. Por lo tanto, las intervenciones motivacionales son un complemento de otros tratamientos más estructurados y son los pacientes con menores niveles de motivación los que resultan más beneficiados del uso de este tipo de técnicas. Entre estos tratamientos más estructurados podríamos citar la Terapia de aumento motivacional (Miller, Beneeld & Toningan, 1993); la Entrevista motivacional breve (Rollnick, Heather & Bell, 1992), basada en una única sesión de 40 minutos; y la Terapia de estimulación motivacional y cognitivo-conductual para adolescentes adictos a marihuana de Sampl y Kadden (2004), que utiliza la entrevista motivacional junto con terapia cognitivo-conductual.

2.7. Dificultades y retos de futuro en el diagnóstico y abordaje de la Patología Dual

El reconocimiento de la patología dual en los últimos años ha generado un robusto debate sobre el adecuado diagnóstico, la eficacia de las intervenciones y el abordaje integral de la enfermedad dual. A pesar del gran avance de la investigación en este campo, todavía existen dificultades diagnósticas no superadas. La patología dual sigue siendo una realidad clínica infradiagnosticada, con el correlato de un curso clínico más crónico y mayor morbimortalidad (Szerman, 2009).

Torrens (2008), en relación a los retos de futuro más relevantes en el campo de la Patología Dual, hace hincapié en las necesidades de profundizar en la caracterización nosológica adecuada de la coexistencia de síntomas psicopatológicos y consumo de sustancias; la importancia de disponer de instrumentos clínicos de cribado para detectar la patología dual; la

necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas farmacológicas y psicológicas efectivas; la importancia de la atención integrada de estos pacientes por un solo equipo terapéutico en una red única de salud mental y adicciones; y finalmente, la necesidad de incorporar la formación en patología dual a los profesionales sanitarios.

González (2010) plantea en su estudio sobre intervención psicológica en pacientes con comorbilidad del consumo de cocaína y alcohol y trastornos de la personalidad, que uno de los retos más importantes en la intervención con estos pacientes guarda relación con las dificultades en el establecimiento de la relación terapéutica. Se ha visto que la calidad de la relación terapéutica constituye una variable que predice el resultado del tratamiento, convirtiéndose en el predictor más significativo del resultado de la intervención.

También describe en este estudio que un reto muy importante guarda relación con el hecho de que el paciente esté suficientemente motivado como para esperar el tiempo necesario que le permita lograr la mejoría sintomática antes de abandonar el tratamiento.

Por último, este autor conviene que un reto de gran impacto en el tratamiento se relaciona con el nivel de colaboración de la familia, cuando ésta es posible. La familia debe conocer la psicopatología del paciente, para que interpreten adecuadamente sus conductas y adecuen las expectativas con respecto a los resultados del tratamiento. Su colaboración puede ser crucial, de manera que el desconocimiento de los síntomas y los modos más adecuados de relacionarse con el paciente puede dar lugar a situaciones muy conflictivas.

Staiger et al. (2011), en un estudio cualitativo sobre las opiniones de los usuarios de los servicios para las personas con un diagnóstico dual, encuentran una serie de “barreras” en el acceso al tratamiento relacionadas principalmente con el conocimiento (desconocer la existencia de dichos servicios; problemas en las derivaciones, particularmente desde atención primaria a los servicios especializados) y de tipo estructural (retrasos en la respuesta, los participantes dijeron sentirse mal despachados o no escuchados; inflexibilidad del sistema, incapacidad de los servicios para adaptarse a las circunstancias individuales de los clientes o gestionar asuntos fuera de los parámetros de su especialización). En este sentido, estos mismos autores sugieren mejoras en estos servicios que incluyen la necesidad de formar a los trabajadores en el diagnóstico dual, educar a la usuarios sobre la salud mental y el abuso de sustancias y sobre los servicios disponibles, abordar la problemática de manera integral más allá de la enfermedad y la importancia de las relaciones entre el profesional y el paciente.

3. CAMPO EMPÍRICO

A continuación, se expone el caso clínico al cual se tuvo acceso durante la estancia en prácticas en el Hospital Provincial de Castellón (Unidad de Hospitalización Breve) y que ejemplifica el diagnóstico de Patología Dual. Se trata de un paciente diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide y Trastorno por Consumo de THC con múltiples ingresos en la Unidad. A lo largo de las siguientes líneas se explica de manera más detallada el curso y la evolución de la problemática de este paciente.

3.1. Anamnesis e Historia Clínica

Datos del paciente:

Varón de 36 años de edad. Natural de Castellón, es el menor de una fratría de 3 hermanos. Vive solo en una casa de su propiedad en el campo, cercana a la casa materna. Padre fallecido hace 5 años.

Estudió el Graduado Escolar. Desde los 15 años ha trabajado como mecánico, con mucha inestabilidad para mantener los empleos. Actualmente desocupado.

Motivo del ingreso:

Paciente con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide, en seguimiento en USM del Grao, que es derivado para desintoxicación de THC y estabilización psicopatológica.

Antecedentes personales:

Somáticos: Contacto con TBC con tratamiento preventivo; intervención quirúrgica de amígdalas y fimosis.

Psiquiátricos:

Trastorno psicótico desencadenado por el consumo de THC, que precisó ingreso en la UHB en el año 2010; un segundo ingreso en 2014 en el PPDG con diagnóstico al alta de Esquizofrenia Paranoide y Abuso de THC.

Seguimiento en USM del Grao por el psiquiatra del centro, que el paciente realiza de forma irregular y con abandono de los tratamientos pautados debido a la nula conciencia de enfermedad.

Antecedentes familiares:

Sin antecedentes familiares de interés.

Hábitos tóxicos:

- Consumo de cannabis desde los 19 años (hasta 10-15 porros/día).
- Tabaco: más de 20 cigarrillos al día.
- Niega consumo de otros tóxicos en la actualidad.

Enfermedad actual:

El pasado 5 de mayo de 2015 el paciente acudió solo al Servicio de Urgencias de este Hospital, solicitando ser atendido por psiquiatra. El paciente refiere sensación de cabeza embotada y molestias físicas con dolores musculares inespecíficas que atribuye al tratamiento intramuscular que lleva hace meses (*Xeplion*). Explica encontrarse mal y querer desintoxicarse de THC por haberse dado cuenta del nivel de interferencia que le produce. Desde urgencias es derivado a su USM de referencia para tramitar el ingreso en el PPDG y realizar la desintoxicación de THC de forma programada.

El paciente presenta nula conciencia de enfermedad. La madre confirma la presencia de conductas desorganizadas con posible sintomatología psicótica positiva, por lo que el ingreso se realiza de forma involuntaria con la finalidad de realizar la desintoxicación de THC y estabilizar psicopatológicamente al paciente.

Exploración psicopatológica:

Consciente y orientado en las 3 esferas. Contacto adecuado, colaborador y tranquilo. No impresiona de sintomatología afectiva mayor. La madre confirma la presencia de conductas desorganizadas. Discurso fluido y coherente, con contenido delirante de tipo somático (dice que “le salen astillas de la piel de un accidente de hace años”, nota “un bulto en el abdomen” según refiere secundario a la administración meses atrás de *Xeplion* i.m., dice notar “el paso de la comida a lo largo del intestino”, sensación de “descarga eléctrica” a lo largo del cuerpo que estima cada 15-20 días, etc.). Alteraciones sensorio-perceptivas de tipo auditivo, somático y olfativas (hace referencia al aire acondicionado que huele diferente, presenta acoasmas, hiperestesia auditiva, le molestan pequeños sonidos como el ruido del ordenador o del teléfono...). Apetito y sueño conservado. No existen tendencias auto/heteroagresivas. Niega intención tanática en el momento actual.

Exploraciones complementarias:

- Hemograma y Bioquímica: valores dentro de la normalidad.
- Analítica de tóxicos en orina: positivo a THC y BZD.

Evolución:

Durante el ingreso el paciente se muestra conductualmente ajustado, tanto en las entrevistas como en la relación con los demás integrantes de la sala. Mantiene una actitud reacia a la toma de psicofármacos, debido a las creencias delirantes de contenido cenestésico, que le llevan a interpretar múltiples sensaciones físicas como secundarismos farmacológicos. Presenta claras alteraciones sensorceptivas de tipo somático y auditivo de forma crónica y que durante el ingreso permanecen inalterables.

Se realizan diversos ajustes en el tratamiento, con la introducción de Aripiprazol de larga duración I.M. (*Abilify Maintena*), para conseguir una mayor cumplimentación terapéutica, dada la nula conciencia de enfermedad y la escasa adherencia al tratamiento que presenta el paciente.

A lo largo del ingreso el paciente realiza las sesiones de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB_D), dirigidas por la psicóloga de la Unidad, en las que participa activamente. En un principio minimiza los posibles beneficios de dejar de consumir THC sobre su enfermedad mental de base, pero termina reconociendo que manteniendo la abstinencia continúan los síntomas pero con menor interferencia emocional e interpretación delirante. El paciente se sitúa en un estado motivacional de acción respecto al consumo de cannabis.

Durante los días de estancia en el Hospital el paciente verbaliza en diversas ocasiones presentar craving positivo, así como pensamientos de carácter agradable recordando los efectos del THC, por lo que es previsible una posible recaída de forma parcial en el consumo. Se introduce tratamiento con Aripiprazol I.M. mensual para facilitar la adherencia terapéutica y evitar en lo posible la reagudización de la clínica psicótica en caso de una posible recaída en el consumo de THC.

Historia de ingresos anteriores:

En la historia clínica informatizada del paciente se registran tres ingresos cuyo motivo principal se centra en la descompensación de la clínica psicótica y el consumo de THC. De forma cronológica, consta un primer ingreso en 2010 en la UHB del Hospital Provincial, con diagnóstico en eje I de "trastorno delirante de tipo paranoide/hipocondríaco y trastorno por

abuso/dependencia de cannabis” y en eje II de “rasgos de personalidad esquizotípicos y antisociales”; con una escala de valoración de la actividad global (EEAG) de 35 puntos al ingreso y 65 puntos al alta. En este primer ingreso recibió tratamiento psiquiátrico, compuesto por fármacos antipsicóticos (*Abilify*, aripiprazol), ansiolíticos (*Valium*, diazepam), antidepresivos (*Elontril*, bupropión) y estabilizadores (*Lyrical*, pregabalina). Ya se destacan en este momento quejas somáticas de tipo digestivo (en el eje III), y como problemas psicosociales en la vida del paciente se anota en eje IV una conflictiva laboral y social amplia. Después de este primer ingreso en 2010 se cita una primera visita en la USM del Grao, pero hay anotaciones que describen un seguimiento irregular por parte del paciente y una escasa adherencia al tratamiento. Tras 4 años sin ningún tipo de contacto con Salud Mental, en 2014 hay nuevas anotaciones de su médico de familia en las cuales aparece una petición de consulta en Patología Dual para valorar ingreso. El informe de urgencias describe un empeoramiento de la enfermedad de base (el trastorno delirante) desde la última visita con su psiquiatra en mayo de este mismo año, y concluye la necesidad de ingreso en el PPDG (de manera involuntaria) para valoración y tratamiento dada la evidente clínica psicótica (predominantemente alteraciones cenestésicas y auditivas), la nula conciencia de enfermedad, la baja capacidad de contención familiar y la negativa a la toma de tratamiento.

Según el informe de alta, en el que consta el diagnóstico principal de “esquizofrenia paranoide” y otro diagnóstico de “adicción a cannabis”, durante el ingreso el paciente presenta una buena evolución con ajuste de la pauta farmacológica y conducta ajustada. Se encuentra tranquilo, colaborador, y presenta un aspecto cuidado con contacto interpersonal adecuado. Si bien persiste cierta ideación de tinte delirante con tendencias hipocondríacas, manifiesta un comportamiento ajustado tanto en las entrevistas como con los demás integrantes de la sala. No refiere ni impresiona de alteraciones sensorio-perceptivas, ni existen tendencias auto-heteroagresivas. Niega intención tanática en ese momento y mantiene conservados el apetito y el sueño. En este ingreso acepta la pauta de *Xeplion* 150 mg intramuscular cada 28 días y seguimiento en la USM de referencia. Después de este segundo ingreso, constan en las anotaciones médicas multitud de efectos adversos referidos por parte del paciente a la inyección de *Xeplion*.

El contacto con la USM sigue siendo irregular y se mantiene la hipofuncionalidad, hasta que el 11 de junio de 2015 consta otra petición de ingreso en el PPDG. El informe de urgencias recoge el motivo de consulta según el cual el paciente acude por iniciativa propia solicitando ver al psiquiatra. Durante la entrevista de exploración, el paciente expone sensación de cabeza embotada y molestias físicas con dolores musculares inespecíficos que atribuye al tratamiento

intramuscular; explica encontrarse en estos momentos mal y querer desintoxicarse de porros por haberse dado cuenta del nivel de interferencia que le producen. Dado las malas experiencias previas con medicaciones, muestra suspicacia ante la introducción de tratamiento farmacológico, y de hecho atribuye a la medicación de forma sobrevalorada el mal funcionamiento vital en estos momentos. Se habla con los familiares y se muestran todos de acuerdo en la posibilidad de una desintoxicación que dados los fracasos previos a nivel ambulatorio se hace de forma hospitalaria. Posteriormente a esta visita a urgencias se gestiona la tramitación para ingreso programado en el PPDG. El paciente ingresa por última vez en este dispositivo el día 30 de junio de 2015, y es dado de alta el día 14 de julio de 2015.

Cabe destacar varios registros en la historia clínica del paciente de visitas al médico de familia y a urgencias por múltiples quejas somáticas difusas. Destaca en su historial médico una visita a urgencias un día después de ser dado de alta en el PPDG. Según refiere el paciente durante la entrevista de exploración se ha mantenido abstinentes de THC, pero persisten las quejas somáticas de tipo cenestésico y una hipervigilancia hacia su propio cuerpo. Se describe en este informe un “cierto hospitalismo” por parte del paciente, pues tal y como confirman sus repetidas visitas a urgencias y su reiterada preocupación por temas somáticos, parece que se siente protegido en la UHB. El paciente refiere a la vez falta de fluidez mental, así como cierta desmotivación y anergia, síntomas posiblemente relacionados con la deshabitación y el inicio de tratamiento con fármacos antipsicóticos, según concluye el informe.

3.2. Evaluación

El diagnóstico actual del paciente que consta en el último informe de alta de su historia clínica es el relativo a Esquizofrenia Paranoide (principal) y Trastorno por consumo de THC. El procedimiento de evaluación se ha llevado a cabo mediante el uso de la entrevista clínica siguiendo criterios DSM-IV-TR y las valoraciones y conclusiones del propio profesional de la psiquiatría. La entrevista clínica se ha efectuado durante el ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital, y posteriormente durante las visitas diarias en el período de hospitalización del paciente en la UHB. Las entrevistas consistían en la descripción de sintomatología clínica por parte del paciente y en las posibles mejorías o efectos adversos derivados del tratamiento psiquiátrico prescrito por el facultativo.

- Diagnóstico principal: Esquizofrenia Paranoide.
- Otros diagnósticos: Trastorno por consumo de THC.

3.3. Plan de tratamiento

Durante este último ingreso en el P.P.D.G. al paciente se le ajustó el tratamiento psiquiátrico y también se le incluyó en las sesiones psicoeducativas de la TPMB_D, a cargo de la psicóloga de la Unidad. A continuación, se detallan dichos tratamientos.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento psiquiátrico al alta del paciente consta de la siguiente medicación:

- *Abilify Maintena* 400 mg, pauta I.M. cada 28 días. Se trata de un antipsicótico atípico cuyo principio activo es el Aripiprazol, que se administra en solución inyectable y está especialmente recomendado en pacientes cuya conciencia de enfermedad sea escasa y se dé un seguimiento errático del tratamiento, como es el caso. El paciente debe acudir al CSM de referencia para su administración (próxima cita el día 4/08/15).
- *Seroquel* 100 mg, un comprimido antes de dormir (+ 1 si ansiedad o insomnio). Se trata de un antipsicótico atípico cuyo principio activo es la Quetiapina y que se caracteriza por su efecto sedante, por ello se prescribe antes de dormir para facilitar el descanso en este paciente.

En suma, se trata de un tratamiento de mantenimiento crónico, compuesto por fármacos antipsicóticos atípicos indicados en el tratamiento de la esquizofrenia como opción terapéutica de primera línea, y en solución inyectable de larga duración por las ventajas que ofrece esta vía de administración, teniendo en cuenta las características particulares que afectan a la estabilización psicopatológica del paciente, como una escasa adherencia al tratamiento, un seguimiento errático del mismo y una nula conciencia de enfermedad.

Las recomendaciones asistenciales al alta para el paciente son acudir a la USM del Grao el día 20/07/15 a las 12 horas para seguimiento ambulatorio.

Intervenciones psicosociales

Conjuntamente a los tratamientos farmacológicos, el paciente fue incluido en las sesiones psicoeducativas de la TPMB_D de la UHB durante su ingreso. En las líneas sucesivas, se describe el formato y el contenido general de dicha terapia.

La TPMB_D se trata de una terapia psicoeducativa, por lo que pone el énfasis en “la provisión de información”; y a la vez “motivacional”, pues busca generar en el paciente el

cambio necesario para el abandono del consumo de sustancias y el mantenimiento de la abstinencia, como parte de la prevención en la reagudización de su trastorno mental de base.

Se trata de una terapia “breve” compuesta por 3 sesiones de aproximadamente 1 hora de duración, e “intensiva” (una semana). La distancia entre sesiones es de al menos un día (se recomienda realizarla lunes, miércoles y viernes) y la hora de inicio ha de ser la misma para las tres sesiones. Está diseñada para ser administrada como complemento al tratamiento hospitalario estándar a los pacientes con TUS o con PD ingresados en la sala de hospitalización, por lo que se considera una intervención para potenciar la continuidad de cuidados entre el tratamiento hospitalario de desintoxicación y el tratamiento ambulatorio de la dependencia (Haro et al., 2006).

Las sesiones son dirigidas por un/a psicólogo/a o educador/a (terapeuta) y puede actuar como co-terapeuta un miembro del equipo de enfermería, cuya misión principal es observar el lenguaje no verbal de los participantes por si presentan dudas, manifiestan malestar o necesitan atención más personalizada en un momento determinado.

La intervención del terapeuta debe dirigirse hacia un desarrollo interactivo de las sesiones donde se fomente la participación de los propios pacientes y se planteen soluciones conjuntas a los problemas que vayan surgiendo desde la experiencia personal de los participantes, de ahí el valor terapéutico de lo “grupal”. Por otro lado, aunque el terapeuta disponga de un guión de los contenidos de cada sesión, es conveniente intentar mediante diálogo socrático que sean los pacientes los que vayan generando dichos contenidos.

La asistencia es voluntaria pero recomendada. Cuando un paciente abandone la terapia se considerará la idoneidad de incorporarlo de nuevo en un grupo posterior.

Esta terapia breve ha mostrado efectividad en aumentar el conocimiento de los pacientes sobre las dependencias y su motivación para recibir psicoterapia, generando altos niveles de satisfacción en los usuarios (Haro et al., 2006).

La primera sesión se inicia con la presentación de los terapeutas e integrantes del grupo, y se explica resumidamente el contenido de las sesiones y las pautas básicas de participación. A continuación, se hace un repaso de las normas y dinámica de la sala de hospitalización, incluyendo una descripción de las diferentes modalidades de ingreso (desde UDH, UHB o PPDG; voluntario o involuntario) y las patologías que pueden presentar los participantes del grupo (TUS y PD). Después de esta introducción, se da paso al grueso de la sesión. Se comienza por plantear una serie de conceptos básicos relacionados con las drogas: concepto de droga; tipos de drogas;

uso, abuso, dependencia, tolerancia, abstinencia, desintoxicación, deshabituación y reinserción; que entre todos los participantes han de tratar de describir. A continuación, se hace un repaso de los diferentes recursos asistenciales disponibles para su rehabilitación y se recuerda la necesidad de acudir una vez sean dados de alta. Finaliza la sesión explicando el concepto de trastorno mental y patología dual, y las consecuencias asociadas a la coexistencia de un trastorno mental con el consumo de sustancias.

La segunda sesión comienza con un breve repaso de los contenidos expuestos en la sesión anterior. El desarrollo de esta segunda sesión se centra en la descripción de las etapas motivacionales para el abandono del consumo según el modelo de Prochaska y DiClemente (1992): precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. A través de un ejercicio participativo, cada participante debe ordenar las etapas según crea y posteriormente ponerse en común. En esta sesión también se presta especial atención a debatir el significado de la recaída en la persona que intenta abandonar un consumo. De esta manera, caben dos posibilidades: interpretar la recaída como algo negativo (“efecto de la violación de la abstinencia”), o como una oportunidad de aprendizaje que permite analizar qué factores han propiciado el consumo y valorar qué estrategias se han de poner en marcha en situaciones futuras para evitar la recaída. En este sentido, se debate sobre el afrontamiento de la recaída, y se refuerza el esfuerzo y el deseo de cambio. Esta sesión termina con unas breves pinceladas introductorias sobre la prevención de recaídas y el entrenamiento en técnicas de afrontamiento.

La tercera y última sesión comienza también con el repaso de los contenidos tratados en la sesión anterior, para pasar posteriormente a abordar más ampliamente algunas técnicas de prevención de recaídas, que ya se iniciaron en la segunda sesión. Se tratan en esta sesión diferentes técnicas de afrontamiento: respiración, relajación, distracción, autoinstrucciones, aplazar la decisión y hacer balance costes/beneficios; y especialmente el entrenamiento en solución de problemas y conflictos sociales, en donde la asertividad juega un papel relevante. Así mismo, se analizan en esta sesión los posibles factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores del consumo. Entre todos los participantes, se analizan igualmente situaciones de riesgo y cambios a realizar una vez salgan de alta, y entre otros, se destaca la importancia de desarrollar un estilo de vida y hábitos saludables. La sesión concluye recordando los diferentes dispositivos a los cuales dirigirse para continuar el proceso de rehabilitación de cara a la planificación del alta hospitalaria, tratando de fomentar en todo momento la motivación al cambio y la adherencia al tratamiento.

3.4. Resultados

La eficacia del tratamiento farmacológico depende, en gran medida, de la adecuada adherencia por parte del paciente, por lo que se espera que mediante la vía de administración intramuscular del antipsicótico prescrito se facilite el cumplimiento terapéutico y se logre mantener la estabilidad psicopatológica del paciente y la prevención de recaídas.

En lo referente al impacto de la TPMB_D en el proceso de estabilización del paciente, cabe destacar la evolución del paciente durante la asistencia a las sesiones psicoeducativas en el período de hospitalización. El paciente se ha mostrado bastante motivado en participar y ha aceptado formar parte del grupo cuando se le ha propuesto. En la primera sesión, participa activamente, pero mantiene una actitud reacia a la toma de psicofármacos, manifestando ideas sobrevaloradas e incluso delirantes de contenido somático sobre el efecto del medicamento en su cuerpo. En este momento, el paciente se sitúa según el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente (1992) en un estado motivacional de acción respecto al consumo de cannabis, mostrándose este cambio inestable y retrocediendo a fases posteriores en donde los pros del consumo superan a los contras.

En la segunda sesión, al principio minimiza los posibles beneficios de dejar de consumir THC sobre su enfermedad mental de base, pero acaba reconociendo que al no fumar continúan los síntomas pero con menor interferencia emocional e interpretación delirante. Durante esta sesión presenta alucinaciones auditivas en forma de acoasmas (ruidos del ordenador, del teléfono y otros que no llega a verbalizar). Atribuye sensaciones físicas secundarias al tratamiento farmacológico pero permite la confrontación. Según explica, “se siente ajeno a este mundo lleno de nuevas tecnologías” y reconoce un deterioro personal y aislamiento progresivo en los últimos meses.

En la tercera y última sesión, no destaca significativamente. Sigue en la línea de manifestar quejas somáticas difusas que atribuye al tratamiento farmacológico y no impresiona de insight. En esta sesión se trabajan situaciones de riesgo de cara al alta y manejo alternativo, mantenimiento de rutinas saludables y planificación del tiempo, en las que aporta alguna solución, pero sin pleno convencimiento de que esto le va a ayudar.

A modo de pronóstico clínico, se podría concluir que la evolución favorable del paciente quedará condicionada en gran medida por la adecuada cumplimentación del tratamiento, la conciencia de enfermedad, el estrés psicosocial y el consumo de THC. Éste último, al mismo tiempo, puede mantenerse abstinente si existe una buena adherencia al tratamiento, puesto

que la estabilización de la enfermedad mental de base predispondrá al no consumo (o a un consumo moderado) de la sustancia.

Por otro lado, sus tendencias hipocondríacas y preocupaciones de tipo somático (se sospecha que no exclusivamente asociadas a las alteraciones psicóticas que presenta, sino que probablemente puedan asociarse a una personalidad de base), pueden precipitar a su vez el abandono del tratamiento, por lo que constituirían un factor de riesgo que interferiría en la evolución favorable del paciente.

De la misma manera, la cronicidad de la enfermedad y la probable recaída en el consumo de THC debida a la escasa conciencia del problema que supone este consumo en su enfermedad mental de base y a las creencias positivas entorno a los efectos de la droga en su bienestar, constituirían otros factores de riesgo que propiciarían un mal pronóstico de la enfermedad.

3.5. Direcciones de tratamiento futuro

Dadas las características particulares que constituyen el perfil psicopatológico de este paciente, de evolución crónica y curso continuo de la enfermedad, el importante grado de deterioro funcional y el consumo crónico de THC, lo que dificulta su mantenimiento en la comunidad sin un importante nivel de tutela y apoyo sanitario especializado, sería conveniente la participación de otros dispositivos más ajustados a sus necesidades psicosociales. Destacan, en este sentido, las Unidades de Media Estancia (UMEs). Las UMEs son dispositivos hospitalarios diseñados para dar atención a pacientes cuya situación psicopatológica persiste después del tratamiento habitual implantado en los Equipos de Salud Mental y las Unidades de Hospitalización Breve (UHB) y proporcionar terapias rehabilitadoras de las funciones que se hayan podido ver afectadas (Peña & Cabrera, 2007).

La finalidad de la UME es tratar resistencias psicopatológicas, intensificando y completando acciones terapéuticas ya iniciadas en otros dispositivos asistenciales; evitar la cronificación y el riesgo de institucionalización; y promover la adquisición de habilidades que mejoren la autonomía del paciente (Peña & Cabrera, 2007). De esta manera, la hospitalización en la UME supone un abordaje más prolongado, asistencial y rehabilitador, en un entorno hospitalario estructurado.

El perfil de pacientes con Trastorno Mental Grave que podrían ser incluidos en este dispositivo serían aquellos pacientes que presentan frecuentes recaídas y/o riesgo de sufrirlas por falta de conciencia de la enfermedad, falta de adherencia al tratamiento, consumo de

tóxicos asociado a un TMG, disfunción de la dinámica familiar (p. e. baja capacidad de contención familiar) u otros factores clínicos y en los que las intervenciones ambulatorias han mostrado ser insuficientes (Peña & Cabrera, 2007), todas ellas características presentes en el perfil de este paciente.

Como se ha descrito en líneas anteriores, las direcciones de futuro en cuanto al tratamiento de este paciente estarían dirigidas hacia un tratamiento de corte rehabilitador, que incluya intervenciones psicosociales individualizadas que ayuden al paciente a recuperar su funcionalidad y facilitar su inserción en el medio social, proveyéndole de la suficiente autonomía para manejarse en su vida cotidiana.

Entre tales acciones rehabilitadoras, destacarían en primer lugar, las intervenciones dirigidas a aumentar la conciencia de enfermedad con la finalidad de favorecer la adherencia al tratamiento y evitar en la medida de lo posible nuevas recaídas, teniendo en cuenta la inclusión de técnicas motivacionales en las que la persona tome parte activa en el proceso de rehabilitación. También se incluirían actividades de prevención de recaídas, en donde ocuparía un papel central el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas o conflictos personales, el entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación, prestando especial atención al manejo de la presión social, el entrenamiento en habilidades o estrategias de afrontamiento y manejo del estrés, de tal manera que se promueva en el paciente un afrontamiento adecuado y eficaz de posibles acontecimientos vitales estresantes.

Otras conductas clave que interfieren en la recuperación del paciente sobre las que intervenir podrían ser la inactividad, la falta de cuidado o higiene personal, los hábitos de alimentación y sueño inadecuados y la falta de ejercicio físico, de manera que se consiga promover en el paciente estilos de vida saludable y fomentar una utilización adecuada del ocio y el tiempo libre, incluyendo a este respecto terapias ocupacionales y recreativas. Igualmente interesante sería incluir intervenciones grupales y talleres psicoeducativos, para favorecer la integración social, e iniciar acciones de reinserción laboral, como programas formativos y de búsqueda de empleo adaptado a las capacidades e intereses del pacientes.

Por último, debería contemplarse la posibilidad de implicar a la familia de un modo activo y positivo en el proceso de intervención, fomentando así su colaboración y apoyo fundamental para la recuperación del paciente. La principal forma de inclusión vendría acompañada de sesiones de psicoeducación para familiares, dirigidas a ofrecer apoyo y formación a la familia para que comprendan y ejecuten su rol de una forma eficaz.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El diagnóstico de Esquizofrenia de este paciente queda justificado por la presencia de alteraciones del contenido del pensamiento, como creencias delirantes de tipo somático, o delirios de referencia; alteraciones formales del pensamiento que se objetivan a través de un marcado discurso circunstancial; alucinaciones auditivas en forma de acoasmas, alucinaciones somáticas, y alucinaciones olfativas; comportamiento desorganizado, llegando a abandonar la limpieza y el mantenimiento de su vivienda y a descuidar su propia higiene y el mantenimiento de rutinas vitales básicas; todo ello acompañado por la presencia de síntomas negativos como una marcada abulia y una notable expresión emotiva disminuida.

Por otro lado, durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, se ha mantenido muy por debajo del nivel esperado.

En relación al diagnóstico diferencial, quedan descartados los trastornos clasificados dentro del espectro de la esquizofrenia como el trastorno delirante, porque se cumple el criterio A de la esquizofrenia, además de que el funcionamiento en este paciente está alterado y el comportamiento es manifiestamente extravagante o extraño. Respecto al trastorno psicótico breve, éste queda descartado porque la duración de los síntomas sobrepasa el criterio temporal de un mes. De la misma manera, el trastorno esquizofreniforme se descarta porque aunque la duración de los síntomas en el paciente sobrepase el mes, éstos superan el máximo de los seis meses. Por su parte, el trastorno esquizoafectivo se descarta porque durante el período de enfermedad no se ha objetivado la existencia de un episodio mayor del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor) concurrente con el Criterio A de esquizofrenia.

Respecto al trastorno de la personalidad esquizotípica, el diagnóstico diferencial podría no estar tan claro. El paciente manifiesta sintomatología susceptible de atribuirse al diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizotípica, según DSM-V, al presentar un patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta, está presente en diversos contextos, y se manifiesta por los hechos siguientes: ideas de referencia, creencias extrañas o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y que no concuerda con las normas subculturales (p. ej., creencia en el poder de comunicación con los animales), experiencias perceptivas inhabituales, incluidas ilusiones corporales o sobre el funcionamiento de su propio cuerpo, pensamientos y discurso extraños (p. ej., vago, circunstancial, metafórico),

susplicacia o ideas paranoides, afecto inapropiado o limitado, comportamiento o aspecto extraño, excéntrico o peculiar; el paciente no tiene amigos íntimos ni confidentes aparte de sus familiares de primer grado, y presenta rasgos de ansiedad social que tiende a asociarse a miedos paranoides más que a juicios negativos sobre sí mismo.

Este patrón de funcionamiento podría tratarse de una manera de funcionar del paciente previa a la aparición de la esquizofrenia, como puede desprenderse de esa marcada hipofuncionalidad desde la adolescencia, por lo que podría tratarse de un trastorno de la personalidad esquizotípica “premórbido” al inicio de la esquizofrenia.

La aceptación de este diagnóstico de trastorno de la personalidad podría dar sentido a la evolución tan limitada que ha tenido lugar en la psicopatología del paciente a partir de las intervenciones realizadas hasta el momento.

En relación a tratamientos futuros debería contemplarse el diagnóstico de trastorno de la personalidad esquizotípica de forma que se ajusten las intervenciones en esta dirección y se consiga trabajar en el paciente aquellas áreas en las que se hace patente la interferencia, en especial, la esfera interpersonal, pues como el propio paciente relataba en una de las sesiones psicoeducativas se siente “ajeno a este mundo” y reconoce un deterioro personal y aislamiento progresivo en los últimos meses, como consecuencia de esa incapacidad para relacionarse con los demás, influida por su “visión particular del mundo” y de sí mismo.

Debido a las características de cronicidad y deterioro funcional del perfil psicopatológico de este paciente, agravado por el consumo continuado de cannabis, sería recomendable manejar el caso en otros dispositivos de Salud Mental más adaptado a sus necesidades sociosanitarias. Un dispositivo que podría cobrar especial relevancia en el manejo de este caso sería la Unidad de Media Estancia (UME). Esta unidad está dirigida a pacientes con posibilidades de ser dados de alta por mejoría clínica y apoyo social, y con posibilidad de beneficiarse de recursos comunitarios residenciales, ocupacionales o de formación y empleo. Los pacientes tratados en estos dispositivos sufren, fundamentalmente, cuadros psicóticos y trastornos afectivos o de la personalidad, de evolución crónica y curso en ocasiones continuo y/o con un importante grado de deterioro psicosocial, lo que hace difícil su mantenimiento en la comunidad sin un importante nivel de tutela y apoyo sanitario especializado (Peña & Cabrera, 2007).

A modo de conclusión cabe decir que, a pesar del gran avance de la investigación en el campo de la Patología Dual todavía existen importantes retos de futuro por resolver, entre los que destacan: la necesidad de profundizar en una adecuada caracterización nosológica que dé cuenta de la coexistencia de síntomas psicopatológicos y consumo de sustancias; la importancia

de disponer de instrumentos clínicos de cribado para detectar la patología dual; la necesidad de desarrollar estrategias terapéuticas farmacológicas y psicológicas efectivas; la importancia de la atención integrada de estos pacientes por un solo equipo terapéutico de carácter multidisciplinar en una red única de salud mental y adicciones; y la necesidad de incorporar la formación en patología dual a los profesionales sanitarios (Torrens, 2008).

Finalmente, otro reto importante (quizá el más difícil de superar) que plantean muchos profesionales en la intervención con pacientes duales guarda relación con las dificultades en el establecimiento de la alianza terapéutica y la motivación para el cambio (González, 2010).

Sería conveniente trabajar en esta dirección para superar todos estos desafíos que, lejos de apartarnos de un final esperanzador para los tratamientos basados en la evidencia, no hacen sino contribuir a nuestro esfuerzo por mejorar nuestras intervenciones y conseguir una asistencia de calidad para nuestros pacientes.

Decía Voltaire (1694-1778), *“Los doctores son hombres que prescriben medicinas que conocen poco, curan enfermedades que conocen menos, en seres humanos de los que no saben nada”*. Nuestra labor, como técnicos o profesionales sanitarios y estudiosos de la psique humana, es hacer que esta máxima se aleje de su enunciado. Debemos esforzarnos en conocer a las personas que tratamos, para entender y saber más sobre los problemas o enfermedades que les aquejan, para así poder ofrecer las soluciones y tratamientos más idóneos, para lo cual debemos tener suficientes evidencias como para basar con justicia nuestras decisiones terapéuticas.

5. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arias, F. (2011). Tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados al consumo de cannabis. *Trastornos Adictivos*, 13(3), 113-118.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. & Babin, F. (en prensa). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Rev Psiquiatr Salud Ment*.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. & Babin, F. (2013a). Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Actas Esp Psiquiatr* 41(2), 123-30.
- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., Poyo, F. & Babin, F. (2013b). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 118-127.
- Asociación Dual (2011). Revisión y actualización conceptual. Extraído el 15 de mayo de 2015, de www.patologiadual.com/revision.html.
- Baños, R. M. & Perpiñá, C. (2009). *Exploración psicopatológica*. Madrid: Editorial Síntesis, S. A.
- Baquero, A., Lucas, M. V., Sanz, A., Aliaga, M. & Haro, G. (Sin fecha). *Manual para familiares de enfermos de patología dual*. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón: Diputació de Castelló.
- Becoña, E. & Cortés, M. (coord.) (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. & Cortés, M. (coord.) (2010). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Beltrán, M. A., Albiach, C., Blasco, V., Palau, C. & Santos, P. (2002). *Tratamiento de las adicciones: Éxtasis, alcohol, alucinógenos, cocaína, marihuana*. Castelló d'Impressió, S. L.

- Carceller, N. L. (2012). Patología dual: la nosología incierta. Narrativas profesionales sobre un cajón de sastre. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 12, 83-105.
- Casas, M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(1), 195-219.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (1ª ed. 2014). *Aproximación a la patología dual. Propuestas de intervención en la red FEAFES*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123-138.
- Edward, K. L., & Robins, A. (2012). Dual diagnosis, as described by those who experience the disorder: Using the Internet as a source of data. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 550-559.
- El-Mallakh, P. (1998). Treatment models for clients with co-occurring addictive and mental disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(2), 71-80.
- Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente (2009). Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 37, 11-24.
- López, S. & Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573.
- Mack, A. H., Franklin, J. E. & Frances, R. J. (2003). *Tratamiento del alcoholismo y las adicciones*. Barcelona: Masson, S. A.
- Madoz-Gúrpide, A., García, V., Luque, E. & Ochoa, E. (2013). Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones*, 25(4), 300-308.
- Marquez-Arrico, J. E., & Adan, A. (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones*, 25(3), 195-202.
- Martínez, J. M. (2010). Intervención psicológica en pacientes con comorbilidad del consumo de cocaína y alcohol y trastornos de personalidad. *Trastornos adictivos*, 12(4), 140-143.

- Martínez, J. M., Trujillo, H. M. & Robles, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo: implicaciones para la prevención*. Junta de Andalucía: Consejería para la igualdad y el bienestar social.
- Miquel, L., Roncero, C., López-Ortiz, C. & Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones* 23(2), 165-172.
- Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23(6), 717-734.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2010). *Comorbidity: Addiction and Other Mental Illness*. U.S. Department of Health and Human Services: National Institutes of Health.
- Peña, L. E. & Cabrera, A. (2007). *Manual de organización y funcionamiento de la Unidad de Media Estancia (UME)*. Extremadura: Servicio Extremeño de Salud.
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y de protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Escuela Universitaria Cardenal Cisneros*, 32, 147-173.
- Ramos, J. A. (1993). *Neurobiología de la Drogadicción*. Madrid: Eudema, S. A.
- Rodríguez-Jiménez, R., Aragüés, M., Jiménez-Arriero, M. A., Ponce, G., Muñoz, A., Bagney, A., Hoenicka, J. & Palomo, T. (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. *Investigación Clínica*, 42(9), 195-205.
- Roncero, C., Gómez-Baeza, S., Vázquez, J. M., Terán, A., Szerman, N., Casas, M. & Bobes, J. (2013). Percepción de los profesionales españoles sobre la adherencia terapéutica en patología dual. *Actas Esp Psiquiatr*, 41(6), 319-29.
- Rubio, B., Benito, A., Francés, S., Juan, M. Real, M. & Haro, G. (2009). *Manual de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB_D)*. Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón: Generalitat Valenciana.
- Staiger, P. K., Thomas, A. C., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Cross, W., & Young, G. (2011). Improving services for individuals with a dual diagnosis: A qualitative study reporting on the views of service users. *Addiction Research & Theory* 19(1), 47-55.
- Szerman, N., Lopez-Castroman, J., Arias, F., Morant, C., Babín, F., Mesías, B., Basurte, I., Vega, P. & Baca-García, E. (2012). Dual Diagnosis and Suicide Risk in a Spanish Outpatient Sample. *Substance Use & Misuse*, 47, 383-389.

Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-320.



**UNIVERSITAT
JAUME·I**