



COL·LECCIÓ IMAS

Innovació i Metodologia en Afers Socials

Núm. 70. Novembre 2024

ISSN: 2659-5273

Inclusió social

Intervenció en patologia dual a les unitats de conductes addictives (UCA). Cas clínic sobre trastorn límit de la personalitat i conductes addictives sobrecontrol i descontrol

Francesca Aulet Garau
Carmen Martínez Canto
Gema Montes García

Secció de Tractament de Conductes Addictives
Direcció Insular d'Inclusió Social
Institut Mallorquí d'Afers Socials

Resum

Dia 29 de setembre de 2023 la Unitat de Conductes Addictives (UCA) Sa Riera va presentar el cas clínic «Trastorn límit de la personalitat i conductes addictives: sobrecontrol i descontrol» a la «24^a Escuela de Otoño» organitzada per Socidrogalcohol a Santiago de Compostela obtenint el premi al millor cas clínic.

Aquest reconeixement valora d'una manera molt especial la feina que s'està fent a les UCA que pertanyen a l'IMAS, que des de fa més de vint anys treballen des d'una perspectiva comunitària amb un enfocament bio-psico-social i amb un model centrat en la persona, oferint una intervenció individual i grupal de gran qualitat, tant directament amb els usuaris com amb les seves famílies.

Aquest cas és d'una dona jove amb diagnòstic de trastorn límit de la personalitat atesa a una UCA. És per aquesta raó que exposarem una breu introducció sobre el trastorn, per emmarcar clarament les característiques pròpies de la nostra pacient i poder entendre la seva evolució en el procés de deshabitució a la UCA.

Paraules clau

Trastorn límit de la personalitat, conductes addictives, regulació emocional, impulsivitat, control i descontrol.

Introducció al trastorn límit de la personalitat (TLP)

Definició

Els trastorns de la personalitat són un grup de trastorns mentals que presenten desviacions significatives respecte a la manera com les persones perceben, pensen, senten i es relacionen amb els altres.

El trastorn límit de la personalitat és un dels trastorns de la personalitat més freqüent, sobretot si atenem a la població amb conductes addictives.

Es caracteritza per la inestabilitat en les relacions personals, les dificultats amb la pròpia identitat i la distorsió de l'autoimatge, les emocions extremes i la manca de control dels impulsos. Sol aparèixer durant l'adolescència o a l'inici de l'etapa adulta i pot anar millorant amb l'edat.

Epidemiologia

La variabilitat de les presentacions clíniques del TLP fa que sigui, més aviat, infradiagnosticat, amb un retard de diagnòstic de 9,5 anys en dones i 6,5 en homes.

L'estudi epidemiològic és especialment complex, si ens referim als trastorns de la personalitat, a causa de la diversitat d'instruments d'avaluació per identificar el trastorn i l'existència de la comorbiditat, entre d'altres factors.

Els estudis que s'han fet en poblacions clíniques han mostrat que el TLP és el trastorn més freqüent en relació a altres trastorns de la personalitat, ja que la seva prevalença oscil·la de entre el 30 % i el 60 %.

La prevalença en la població general oscil·la entre l'1% i el 2%, entre l'11% i el 20% en pacients ambulatoris, entre el 18% i el 32% en pacients hospitalitzats en unitats psiquiàtriques i entre el 25 % i el 50 % dins de la població reclusa. Pel que fa a la distribució per sexes, és més freqüent en dones que en homes, amb una relació estimada de 3:1. (Javier Jaime Espinosa, Bertha Blum Grynberg, Martha Romero Mendoza, 2009). En aquest mateix sentit, en un estudi publicat en la *Revista Latinoamericana de Psiquiatria*, s'apunta que ens trobam amb un trastorn comú i freqüent en tot el món, amb una taxa global del 18 %, i s'observa que és més comú en població carcerària, en grups amb altres trastorns

psiquiàtrics i en pacients en entorns hospitalaris, en comparació amb la població general.
1

Quan es fa el diagnòstic, la majoria dels pacients tenen una edat compresa entre els 19 i els 34 anys i el nivell socioeconòmic és mitjà.

En relació amb els factors de risc, el 86.6 % (n = 13) varen respondre haver viscut algun tipus d'abús sexual, el 46.6 % (n = 7) separació de la parella, el 40 % (n = 6) parets divorciats, i el 6.6 % (n = 1) suïcidi d'algun familiar pròxim.

Curs clínic

El curs clínic dels pacients amb TLP és amb freqüència inestable, ja que poden presentar nombroses crisis, raó per la qual poden acudir a les urgències hospitalàries, però també poden acudir a unitats de desintoxicació i deshabituació per tractar simptomatologia relacionada amb l'abús de substàncies i/o addicions conductuals.

Pronòstic

L'evolució dels pacients diagnosticats de TLP pot ser variable, com ho és també la simptomatologia. Això no obstant, sí que s'evidencia una milloria d'aquests símptomes al llarg del temps. Quan tenen uns 40 o 50 anys poden adquirir una certa estabilitat, sobretot en les relacions personals, amb remissió parcial dels comportaments impulsius, sobretot el consum de tòxics, les conductes autolesives i la promiscuïtat sexual.

Els símptomes de l'àmbit afectiu són els que menys remeten, ja que la majoria continuen presentant un afecte disfòric, dificultat pel control de les seves emocions i la hipersensibilitat en relació a les conductes dels altres.

Característiques personals

Les persones que presenten aquest trastorn, normalment perceben la vida com amenaçant i pateixen molt més que la resta de persones davant situacions que poden ser quotidianes. Experimenten canvis d'humor, pèrdua de confiança, por a l'abandonament, excessiva sensibilitat, conductes impulsives i autodestructives.

Aquest trastorn provoca problemes d'adaptació social, ocupacional i funcional i, sovint, s'associa a comportaments suïcides i autolesius.

1«Prevalencia mundial del trastorno límite de la personalidad: una revisión bibliográfica sistemática y análisis de meta-regresión». Lucas Henrique Feitosa Soares, Anderson Sousa Martins da Silva, Eric Balliari, Giuliana Perrote, Felipe Ladeira Caracuel, Antonio Ventriglio, Julio Torales, João Mauricio, Cataldelli-Maia, *Revista Latinoamericana de Psiquiatria*, 2023).

Per altra banda, aquest perfil es relaciona molt amb conductes d'autoregulació emocional que deriven en el consum de substàncies o conductes addictives conductuals, per poder ser capaces d'atenuar la càrrega emocional i el malestar que els produeix la percepció del món que tenen, de vegades, incomprensible per a elles.

Criteris diagnòstics

A continuació es mostren els criteris per diagnosticar el TLP segons el DSM-5 (Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals).

La presència de 5 o més criteris pot indicar que té aquest trastorn:

Criteri 1. Esforços frenètics per evitar un abandonament real o imaginari (nota: no influeixen els comportaments suïcides o d'automutilació que es recullen en el Criteri 5)

Criteri 2. Patró de relacions interpersonals inestables i intenses caracteritzat per l'alternança entre els extrems d'idealització i devaluació.

Criteri 3. Alteració de la identitat: auto-imatge, o sentit de sí mateix, acusada i inestable persistentment.

Criteri 4. Impulsivitat en almenys dues àrees que són potencialment perjudicials per a sí mateix (exemple: despeses, sexe, abús de substàncies, conducció temerària, afartaments de menjar ...) (Nota: no influeixen els comportaments suïcides o d'automutilació que es recullen en el Criteri 5)

Criteri 5. Comportaments intensos, amenaces suïcides recurrents o comportament d'automutilació.

Criteri 6. Inestabilitat afectiva deguda a una notable reactivitat de l'estat d'ànim (per exemple: episodis d'intensa disfòria, irritabilitat o ansietat, que solen durar unes hores i, poques vegades, uns dies).

Criteri 7. Sentiments crònics de buit.

Criteri 8. Ira inapropiada i intensa o dificultats per controlar la ira (per exemple: mostres freqüents de mal geni, enuig constant, baralles físiques recurrents).

Criteri 9. Ideació paranoide transitòria relacionada amb l'estrès o símptomes dissociatius greus.

Etiologia

Les causes del TLP són en aquests moments complexes i indefinides, però diverses investigacions com la de Nice (2009) suggereixen diferents factors que podrien estar implicats en l'etiologia: vulnerabilitat genètica, alteració dels neurotransmissors i disfunció neurobiològica de la regulació emocional i l'estrès, factors psicosocials i desorganització d'aspectes del sistema de l'aferrament.

Factors biològics i genètics:

- Problemes en l'embaràs i part, parts prematurs o complicacions durant el part que podrien afavorir una vulnerabilitat emocional en el subjecte.
- Estrès psicològic en la mare durant l'embaràs i postpart (nins no desitjats, maltractaments o problemes de parella, depressió postpart greu, carència de vincle mare-fill).
- Vulnerabilitat emocional: desregulació del sistema límbic i d'alguns neurotransmissors, disrítmies en l'EEG.

Factors psicològics i ambientals i de l'entorn:

- Vivències traumàtiques durant la infància.
- Comunicació i regulació emocional inadequada en la primera infància.
- Actituds extremes en l'atenció i guia educativa: negligència o sobreprotecció, incoherència o falta d'acord entre els pares, rigidesa o extrema benevolència.
- Invalidació: resposta no apropiada o extrema en la comunicació d'experiències privades per part del nin o nina. Aquestes experiències poden ser ignorades, castigades o minimitzades.
- Adopció.
- Desestructuració familiar (separació, malalties psiquiàtriques o addiccions en els progenitors).
- Deficient o inexistent xarxa de suport fora de la família.

Factors socioculturals:

- Societats de ràpida modernització amb un ritme ràpid i canviant que no respecten la continuïtat generacional i afavoreixen la immediatesa i la impulsivitat sense garantir vincles segurs i estables.
- Societats que no proporcionen als seus membres normes clares i estables i que deixen els individus a mercè de les seves decisions, no admetent la dependència.
- Ambients urbans.

És important tenir en compte que cap d'aquests factors pot explicar el desenvolupament d'un TLP per sí mateix ni actuar com a causa. Simplement són factors que augmenten el risc i la possibilitat que el TLP aparegui.

Diagnòstic diferencial

El TLP s'associa amb freqüència amb altres patologies, amb les quals pot presentar comorbiditat:

- Trastorns afectius
- Trastorns per consum de substàncies
- Trastorns de la conducta alimentària
- Trastorns d'estrès posttraumàtic
- Trastorns d'identitat dissociativa
- Trastorns de dèficit d'atenció
- Trastorn bipolar

Tractament farmacològic

Molts pacients amb trastorn límit de la personalitat (TLP) reben tractament mèdic. No obstant això, no hi ha fàrmacs disponibles per tractar específicament el TLP. La majoria de les vegades es tria un determinat fàrmac per les seves propietats conegudes per tractar trastorns associats, o pels símptomes de la malaltia per TLP que també se sap que estan presents en altres afeccions, com els trastorns depressius, psicòtics o d'ansietat. (Stoffers J, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. 2010).

En el cas clínic que exposam destaca la combinació de TLP i addicció a l'heroïna. El tractament farmacològic indicat en aquest cas és amb agonistes opiacis: metadona o buprenorfina.

La metadona, la potència analgèsica de la qual respecte de l'heroïna varia, segons alguns autors, entre 1/1 i 2,5-3/1, té un perfil molt proper a la idoneïtat: no produeix eufòria després d'administrar-la; permet administrar una sola dosi diària, en tenir una vida mitjana llarga; s'administra per via oral; tarda relativament poc temps en assolir la dosi d'equilibri (6 a 7 dies) i l'aparició de la síndrome d'abstinència després de la privació brusca és tardana (2 a 3 dies). L'experiència i eficàcia n'ha consagrat l'ús, còmode i segur. La vida mitjana plasmàtica de la metadona després de l'administració crònica és de 15 a 47 hores amb una vida mitjana de 25 hores. Per al tractament de manteniment, se solen utilitzar

preparacions magistrals en forma líquida per ingerir oralment (solució o xarop) o sòlida (comprimits o càpsules). Les formes líquides que es fan servir en els tractaments substitutius es preparen amb diferents graus de dissolució que van d'1 a 10 mg per ml. És el mètode de manteniment més utilitzat, es fa en centres especialitzats i els primers dies solen requerir la participació diària del pacient per recollir el fàrmac que després se li pot lliurar en dosi que s'administra ell mateix (take-home), o en altres situacions es pot intercanviar amb recepta de comprimit que es dispensa en farmàcia.²

Una alternativa al tractament substitutiu amb metadona és l'ús de la buprenorfina en altes dosis amb combinació amb naloxona. La buprenorfina és un fàrmac analgèsic, amb acció mixta agonista-antagonista, agonista parcial del receptor mu-opiàci, agonista del receptor delta i antagonista del receptor kappa. Està disponible per a ús sublingual, com a monoteràpia o en conjunt amb naloxona (aquesta combinació evita que aquets fàrmac s'injecti de manera recreativa, ja que per via oral la naloxona en dosis baixes gairebé no s'absorbeix, no té efecte, però, un cop administrada per via intravenosa, actua com a antagonista, cosa que bloqueja els efectes agonistes de la buprenorfina). Com la metadona, té una vida mitjana llarga, a més que es dissocia lentament dels receptors d'opiacis, cosa que disminueix la intensitat de la síndrome d'abstinència d'opiacis i retarda que aparegui. La buprenorfina té una equipotència analgèsica pel que fa a la morfina de 0,4/10, té un ampli marge de seguretat posològica, i els símptomes d'abstinència, després de la privació brusca, són lleugers. Atès que la buprenorfina té una fixació als receptors molt intensa, la seva acció és duradora i, per tant, la supressió comporta una abstinència d'aparició tardana i d'intensitat menor a la dels agonistes purs.

Actualment, disposam també de la buprenorfina solució injectable d'alliberació prolongada que està indicada en adults i adolescents a partir de 16 anys. Hi ha presentacions de 8 mg, 16 mg, 24 mg i 32 mg que s'administren de forma setmanal i presentacions de 64 mg, 96 mg i 128 mg que s'administren de forma mensual. Són solucions injectables en xeringues monodosi precarregades que s'administren mitjançant una injecció subcutània. S'han d'evitar altres vies d'administració, com la injecció intravascular, intramuscular i intravenosa. L'administració està limitada a professionals sanitaris. El metge és qui determinarà quina és la dosi correcta per al pacient i es pot ajustar segons com estigui funcionant el medicament.

2 «Guía de adicciones para especialistas en formación». Socidrogalcohol. Febrer 2018.

Explicació del cas

Dona de 30 anys. Natural de Mallorca. Estil educatiu predominant durant la seva vida sobreprotector amb sospita de possibles conductes negligents durant la seva etapa infanto-juvenil. És la major de dues germanes amb presència d'una gelosia no reconeguda, però sí sentida. Aparició de conductes extremes de tipus antisocial en l'adolescència i joventut iniciant consum de substàncies (amb escalada de consum al llarg dels anys), apertura de causes judicials, ingrés a presó, estades en cases ocupades, etc. Presència d'indicadors compatibles amb trauma. Antecedents de relacions afectives tòxiques i dependents, així com denúncies per violència de gènere en algunes d'aquestes relacions.

Antecedents psiquiàtrics

La pacient tractada presenta una sèrie de diagnòstics variats, posant de rellevància la importància de fer un bon diagnòstic de patologia dual a les UCA, per fer feina amb la idiosincràsia i complexitat d'aquest tipus de pacients.

- DSM 5. Trastorn límit de la personalitat.
- DSM 5. Trastorn per consum de cànnabis.
- DSM 5. Trastorn per consum d'alcohol.
- DSM 5. Trastorn per consum de cocaïna.
- DSM 5. Trastorn per consum d'opiacis.
- Possibles conductes compensatòries relacionades amb l'alimentació.

Característiques psicològiques més destacables de la pacient:

- Por a l'abandó (criteri 1 TLP).
- Tendència a establir relacions interpersonals de dependència (criteri 2 TLP).
- Alteració de la identitat i autoimatge inestable (criteri 3 TLP).
- Conductes impulsives, dificultat per poder-les gestionar (criteri 4 TLP).
- Amenaces i conductes auto lítiques (criteri 5 TLP).
- Inestabilitat de l'estat d'ànim (criteri 6 TLP).
- Baixa tolerància a la frustració. Sentiment de buit (criteri 7 TLP).
- Bona capacitat de vinculació.
- Tendència a la inadaptació.
- Conductes celotípiques, sobretot en relació a la figura paterna.
- Baixa autovaloració. Sentiments d'auto eficàcia molt baixos.

- Profecia auto complerta «si em sobrecontroles, em descontrol».
- Sobreprotecció. Locus de control extern.
- «Si no em volen pel que som, em volen pel que faig»: rol cuidadora/ salvadora.
- Relacions disfuncionals. Estancament en l'etapa adolescent. Possible dissociació. Expectatives poc realistes.

Recursos comunitaris i de salut utilitzats:

- Unitat de Conductes Addictives (UCA): des de la seva adolescència fins al moment actual.
- Projecte Home
- Grups d'educadors de carrer (GREC)
- Unitat de Problemes Relacionats amb l'Alcohol (UPRA)
- Unitat de Patologia Dual (UPD)
- Hospital de dia i ingressos hospitalaris d'urgència
- Atenció Prevenció Suïcidi (APS)
- Institut Balear de la Dona (IBDona)
- Entitats del tercer sector que treballen en atenció a la salut mental.

Tractament farmacològic:

- Quetiapina 200 mg 1 comprimit cada 8 h
- Quetiapina 25 mg 1 comprimit cada 8 h
- Trazodona 100 mg 1,5 comprimits cada 24 h (nit)
- Levonorgestrel/Etinilestradiol (100/20) mcg 1 comprimit cada 24 h
- Omeprazol 20 mg 1 comprimit cada 24 h

Intervenció interdisciplinària des de la UCA

El pla d'intervenció que s'ha fet a la UCA consisteix en seguiment mèdic i control de tòxics en orina, així com intervenció psicològica, reunions en xarxa, ajustament de la medicació habitual i inici de tractament amb buprenorfina solució injectable d'alliberació prolongada mensual amb bona resposta.

A continuació, s'explica amb més deteniment els objectius mèdics i terapèutics plantejats:

– *Objectius mèdics*

- Mantenir l'estabilitat de la pacient i estils de vida saludables.

- Supervisió i ajust de tractament farmacològic.
- Vigilar possibles efectes secundaris.
- *Objectius psicològics*
 - Aconseguir una bona adherència al tractament i un bon vincle terapèutic.
 - Ajudar a comprendre la seva patologia.
 - Acompanyar en la identificació i gestió emocional.
 - Fomentar l'augment de sentiments d'autoestima i autoeficàcia.
 - Promoure la reflexió sobre estratègies de presa de decisions adaptades a la seva realitat
 - Afavorir la disminució de la impulsivitat.
- *Tractament terapèutic*

La pacient presenta bona adherència al tractament vinculant amb els diferents professionals que intervenen amb ella sense aparent dificultat.

L'assistència de la pacient a un recurs especialitzat de salut mental i un altre d'addiccions de forma coordinada, juntament amb el tractament farmacològic, n'afavoreix l'evolució disminuint la freqüència del consum i aconseguint una major estabilitat en l'àmbit familiar, laboral i social. Compleix, totalment o parcialment, els objectius mèdics i psicològics plantejats.

D'altra banda, l'assistència d'un dels familiars de referència de la pacient a grups terapèutics familiars en marxa a la UCA ajuda a enquadrar la pacient i el seu entorn i facilita eines per afrontar determinades situacions de possible risc.

Conclusions

De l'anàlisi del cas podem concloure com a factors de possible èxit terapèutic, la correcta adherència al tractament i la planificació de la coordinació i el treball en xarxa entre els diferents serveis intervinents en el cas.

Referències bibliogràfiques

- Associació Americana de Psiquiatria, Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM-5). 5a Ed. Arlington, VA, Associació Americana de Psiquiatria, 2014.
- Bowlby, J. El apegó. Editorial Paidós, 1988
- Feitosa Soares, Lucas Henrique; Sousa Martins da Silva, Anderson i Balliari Eric et al. «Prevalencia mundial del trastorno límite de la personalidad: una revisión bibliográfica sistemática y análisis de meta-regresión». Revista Latinoamericana de Psiquiatría, 2023.
- Bowen, S.; Chawla, N. i Marlatt, G.A. Prevenció de recaigudes en conductes addictives basada en mindfulness. Guia clínica. Editoriales Desclee de Brower, A.A, 2013
- González, A. Lo bueno de tener un mal día. Editorial Planeta, SA, 2020
- González, A. No soy yo. Entendiendo el trauma complejo, el apegó y la disociación: Una guía para pacientes y profesionales, 2017, Anabel González.
- González, A. Trastornos disociativos. Madrid, Ed. Pléyades, 2010.
- González, A. i Mosquera, D. Trastorno límite de la personalidad y EMDR. Ed. Pléyades 2014.
- Miller, W. R. i Rollnick, S. Motivational interviewing: Preparing people for change (2nded.). The Guilford Press, 2002.
- Mosquera, D. Diamants en brut (II). Manual psicoeducatiu i de tractament del trastorn límit de la personalitat. Programa estructurat per a professionals. 3a edició revisada. Madrid, Ed. Pléyades, 2019.
- Prochaska J.O. i DiClemente, C.C The Transtheoretical Approach: Towards a Systematic Eclectic Framework . Dow Jones Irwin, Homewood, IL, USA, 1984.
- ESPINOSA, J.J., GRYNBERG, B.B., ROMERO MENDOZA, M. Salud Mental, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ISSN 0185-3325, Vol. 32, Nº. 4, 2009.
- Guía de adicciones para especialistas en formación. Socidroalcohol, Febrer 2018.
- Stoffers, J; Völm, BA, Rücker, G et al. Tratamiento farmacológico para el trastorno límite de la personalidad. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas. Juny, 2010