

## **A propósito de un caso. Tratamiento con Buprenorfina/Naloxona en paciente con Trastorno Límite de la Personalidad**

**M<sup>a</sup> Emilia Rodríguez Rodríguez\* y Teresa Orengo Caus\*\***

*\* Hospital Clínico Universitario de Valencia*

*\*\* UCA Grao Departamento Clínico-Malvarrosa*

Recibido: 07/06/2012 · Aceptado: 12/06/2012

Paciente mujer de 20 años que en septiembre de 2008 acude a Unidad de Conductas Adictivas (UCA) por dependencia a heroína inhalada, alcohol y cocaína intranasal con graves repercusiones en todas las áreas, déficits importantes de ajuste. Viene acompañada por su padre, quien es el apoyo fundamental de cara al tratamiento.

### **SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR**

La paciente es la mayor de 2 hermanos, tiene un hermano de 13 años estudiando 1<sup>o</sup> ESO. Sus padres son ambos ATS, trabajan en diferentes centros de salud y estaban en proceso de separación durante los primeros contactos de la paciente con nuestro centro. Los padres se habían marchado a vivir por separado. Las relaciones familiares son tensas, sobre todo en relación al consumo de tóxi-

cos de la paciente. Sin embargo, cuenta una dificultad en la relación con su madre de larga evolución, y la percepción de su padre como figura más protectora en contraposición a la madre "más autoritaria".

La paciente está pendiente de marcharse a vivir con su pareja años mayor que ella y ex consumidor de tóxicos.

### **SITUACIÓN LABORAL, FORMATIVA Y ECONÓMICA**

Cursó estudios hasta 3<sup>o</sup> de la ESO, cuando repitió curso y abandonó los estudios. A los 17 años empieza a trabajar en una fábrica, donde permanece durante 3 años. Lo deja porque empieza a trabajar en un supermercado. Contrato fijo. En el momento de la primera visita está de excedencia durante 6 meses.

— Correspondencia a: —  
Teresa Orengo  
UCA El Grao  
C/ Padre Porta, 10 (CC.EE. El Grao)  
46024 Valencia  
E-mail: area4\_uca@gva.es



## SITUACIÓN JUDICIAL

Pendiente de un juicio por un accidente de tráfico. Tiene que acudir a juzgados a firmar entre los días 1-15 de cada mes.

## HISTORIA TOXICOLÓGICA

Inicio de consumo de alcohol con 14 años, junto con tabaco de forma lúdica los fines de semana. A los 16 años (cuando repite 3º ESO) ya fumaba 4-5 cigarrillos/día, consume THC a diario, e inicia el consumo de anfetaminas y cocaína. En ese momento aparecen las primeras conductas disruptivas y conflictos familiares. Con 19 años el patrón de consumo de alcohol y cocaína pasa a ser diario. Desde los 20 años también consume heroína, siempre vía inhalada.

Antecedente de tratamiento previo en otra UCA en 2007 por consumo de alcohol y cocaína, siendo dada de alta terapéutica en 2008. Inició el tratamiento tras terminar una relación sentimental con una pareja consumidora. Dice mantener abstinencia a cocaína y heroína desde hace 4 meses. Sin embargo, desestima realizar controles de tóxicos en orina.

## ANTECEDENTES SOMÁTICOS

No RAMc. No enfermedades somáticas de interés. No antecedentes quirúrgicos de interés.

En tratamiento de un trastorno depresivo por psiquiatra privado, con Duloxetina 60 mg/día.

Serologías: NEGATIVAS para VIH, VHC y VHB.

## EVOLUCIÓN

Durante primer contacto la paciente verbaliza problemáticas activas independientes del consumo de tóxicos, que persisten en periodos de abstinencia, sobre todo de tipo relacional y manejo de emociones. Problemas de tipo económico (por la excedencia de su trabajo habitual), y de lo que ella misma denomina "estilo de vida". Se define como una persona muy confiada y vulnerable, pero que en momentos puntuales puede volverse muy agresiva. Tendencia al desbordamiento emocional con intentos autolíticos/autoagresivos desde la adolescencia. Ya en este primer contacto se explica a la paciente los rasgos típicos de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Se ajusta tratamiento y se intenta reducción de daño en el consumo de alcohol.

La paciente deja de acudir al centro durante 6 meses. Cuando vuelve, cuenta que lleva 2 meses viviendo con su novio. Había vuelto a trabajar, pero está de baja laboral hace 1 mes. Al parecer se ha visto desbordada por su mal funcionamiento social, con tendencia a mostrarse hiperfamiliar y confiada en exceso con las compañeras de trabajo, con lo cual se siente fácilmente defraudada. A lo largo de la entrevista reconoce consumo de heroína desde que está de baja laboral. Asimismo aporta documentos de amonestación escrita de su trabajo habitual en el que se mencionan "falta de consideración a los compañeros de trabajo" y "acudir a su puesto de trabajo en estado de evidente intoxicación". Son los propios compañeros quienes alertan a su coordinador del consumo de tóxicos durante los descansos de la jornada laboral, continuando el trabajo



en estado de intoxicación. Se remite a Salud Mental de zona para valoración, y se ajusta tratamiento con Duloxetina + Pregabalina.

Finalmente reaparece 1 año más tarde, tras grave recaída de crack + heroína durante el último año, con el consiguiente deterioro a nivel físico, social y laboral. Aparición de conductas disruptivas graves, pérdida de su trabajo y problemas económicos. Acude motivada para abandonar el consumo de opiáceos ilegales, inicia primer tratamiento. Tiene el apoyo de su padre, quien está dispuesto a permitirle volver a casa e implicarse en el tratamiento. Se plantea tratamiento con Buprenorfina con supervisión familiar con objetivo de tratamiento a largo plazo.

La evolución es buena, con mejoría de la conciencia de enfermedad, en ese momento mejora la adherencia y frecuencia de las citas aceptando un programa de prevención de recaídas en centro de día. Sin embargo, a pesar de la asistencia e implicación en las terapias siguen existiendo recaídas puntuales que la paciente no logra controlar. Tras una recaída con importante componente autodestructivo, es la paciente misma la que solicita una intensificación en la terapia en un medio controlado, que además le sirva para distanciarse del medio habitual de consumo. Su padre continúa siendo un apoyo estable, y se hace cargo de llevarle la medicación y permitirle volver al domicilio familiar en las salidas terapéuticas. Realiza programa en Unidad de Deshabitación Residencial. La evolución durante el ingreso es buena, sobre todo en la toma de conciencia de la gravedad de su patología adictiva y sus repercusiones a todos los niveles. Durante el ingreso da por finalizada

la relación con su pareja, quien era también consumidor. Hay más dificultades para trabajar el consumo de THC y alcohol, aunque está en estadio de acción para la cocaína y la heroína.

La adaptación al centro es buena, pero la paciente inicia una relación sentimental con otro residente, por lo que una vez logrados los objetivos fundamentales, se decide su alta terapéutica. Al continuar con el seguimiento a nivel ambulatorio, las intervenciones se centran en el mantenimiento de la abstinencia, reforzar cambios positivos en su conducta, incluir a la paciente en programas específicos para TLP y combinar dichas intervenciones con el apoyo de un centro de día.

## JUICIO DIAGNÓSTICO

I- Dependencia de opiáceos ilegales en remisión con agonistas. Dependencia cocaína en remisión completa mantenida. Dependencia THC. Dependencia alcohol en remisión temprana.

II- Trastorno de la Personalidad Límite.

III- Ninguno de interés.

IV- Falta de una red social de apoyo.

## DISCUSIÓN

Esta paciente podría representar un caso típico de policonsumo con consumo de opioides ilegales, de inicio reciente y por vía inhalada; además de los consumos de alcohol, cannabis y cocaína de aparición temprana que complican mucho la evolución de la paciente. Pero en el caso que nos ocupa, la paciente presenta un Trastorno Límite de la Personalidad que le dificulta mantener una estabilidad no solo



en el seguimiento, sino que va deteriorando cada vez más las posibilidades de recuperar un funcionamiento normalizado. La paciente se caracteriza por una marcada inestabilidad emocional con episodios de desbordamiento en los que incurre en conductas autoagresivas, bajo autocontrol y elevada impulsividad que le dificultan mantener la abstinencia, una baja autovaloración, baja tolerancia a la frustración e inestabilidad en las relaciones interpersonales. En este contexto, gracias al apoyo de forma estable de su padre, se logra mejorar progresivamente la conciencia de enfermedad adictiva. Es frecuente en estos casos los contactos puntuales con centros de tratamiento antes de lograr la adherencia terapéutica. Cuando se decide iniciar un tratamiento específico para la adicción a opiáceos, se opta por Buprenorfina como primer tratamiento, de elección en una paciente joven, cognitivamente conservada, que desea alejarse del ambiente de consumo y del estigma que conllevan otras modalidades de tratamiento. Sin embargo, el tratamiento solo tiene sentido si se logra complementar con terapias específicas para los déficits primarios de la paciente (STEPPS, UDR, Centro de Día, intervenciones orientadoras a nivel educativo, cultural y laboral, etc.).