Casos en patología dual 3

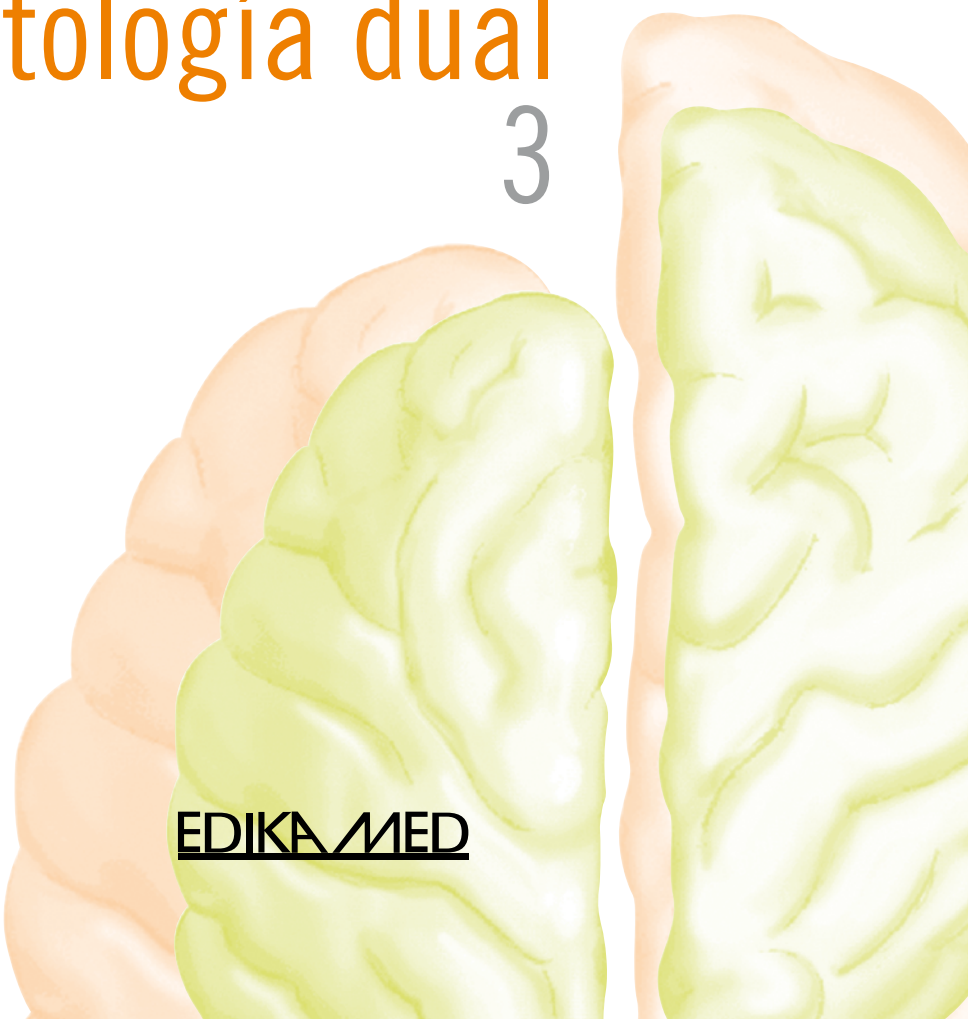
Sociedad Española de Patología Dual

SEPD

Adicciones y otros Trastornos Mentales

WPA

Casos en patología dual 3



EDIKA MED

© 2013 EdikaMed, S.L.
Josep Tarradellas, 52 - 08029 Barcelona

ISBN: 978-84-7877-

Impreso por:

Depósito legal:

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, la reproducción parcial o total de esta obra. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a EdikaMed, S.L. o a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar, escanear o hacer copias digitales de algún fragmento de esta obra.

Índice

Casos en patología dual. Presentación V

Néstor Szerman[1], Pablo Vega[2], Miguel Casas[3]

[1] Presidente de la Sociedad Española de Patología Dual. Hospital Virgen de la Torre. Madrid
[2] Vicepresidente de la Sociedad Española de Patología Dual. Instituto de Adicciones de Madrid
[3] Vicepresidente de la Sociedad Española de Patología Dual. Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Barcelona

Comité científico evaluador VI

Casos ganadores

Un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la vejez
Patología dual en TDAH 1

Sebastián Girón García, José Manuel Martínez Delgado

Centro de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de Cádiz

Trigeminalepsia. Un sensitivo diferencial al descubierto en patología dual
Patología dual y suicidio 5

Carlos Miró Bujosa[1], María Calatayud Francés[2], Carmen Tejero Catalá[3], Elena Díaz Esteban[1]

[1] Unidad de Salud Mental
[2] Unidad de Conductas Adictivas
[3] Centro Sanitario Integrado de Carlet
Departamento de Salud de La Ribera. Alzira (Valencia)

Interfaces of THDA, psychosis and substance abuse
Dual pathology in ADHD and psychosis 8

Joana Maia[1], Inês Martins[2], Maria João Martins[2], Vera Raposo[3], Célia Franco[4]

[1] Psychiatrist
[2] Psychology resident
[3] Psychologist
[4] Psychiatrist, coordinator of the Dual Pathology Service.
Addictions Service. Hospital and University Center of Coimbra. Coimbra

Casos seleccionados

Afrontando la vida con cocaína
Patología Dual en Ansiedad 12

Clara Monserrat Díez[1], María Gema Hurtado Ruíz[2], Jordi Pagerols Hernández[2]

[1] Centres Assistencials Emili Mira i López. INAD. Parc de Salut Mar. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)
[2] Unidad de Patología Dual. Centres Assistencials Emili Mira i López. INAD. Parc de Salut Mar.
Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)

Despertar de la pesadilla: cuando el sueño es recaer
Patología Dual en Esquizofrenia 17

Miguel Ángel García Gómez, Francisco José Caro Rebollo

CRP Santo Cristo de los Milagros. Huesca

«Agua bendita»
Patología dual en Depresión 23

Alfonso Abad González, Angélica Cuautle Bastida, Marta Casanovas Espinar, Marta Quesada Franco

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
CIBERSAM. Departamento de Psiquiatría. Universitat Autònoma de Barcelona

Casos en patología dual
Presentación

Con profunda satisfacción y orgullo presentamos la 3.ª edició de Casos en Patología Dual, que recoge los cinco mejores casos premiados en las XIV Jornadas Nacionales de Patología Dual, organizadas por la SEPD (Sociedad Española de Patología Dual) y celebradas en Madrid en octubre de 2012.

Tanto nosotros como nuestros colegas nos preguntamos sobre el objetivo de la excelencia en la psiquiatría y si ésta se alcanza sólo revisando todo lo publicado en nuestro campo. Y es esta excelencia lo que nuestros pacientes esperan de nosotros y la meta de la SEPD.

Los estudios de casos *(case reports)* pueden dar una alternativa a la revisión de la literatura médica en esta área, aun tan escasa como controvertida, aunque, si revisamos las principales revistas científicas, la publicación de casos es sorprendentemente pobre. Los editores buscan artículos que reflejen un alto nivel de evidencia y, quizás, más citas que den impacto. Nosotros seguimos apostando también por los Casos en patología dual como una forma de activar la discusión clínica que abre nuevos caminos a la investigación. También brindan una oportunidad a profesionales jóvenes, residentes y aquéllos que trabajan con pocos medios, para entrenar sus facultades y dar a conocer sus opiniones clínicas y, por definición, los informes de casos nos colocan frente a nuestro principal objetivo que son los pacientes que necesitan de nuestra ayuda.

El campo de la patología dual se beneficiaría de elevar el nivel de competencia clínica con la excelencia clínica. También necesita más medios de publicación de casos clínicos y muchos más profesionales que están dispuestos a revelar su pasión por el cuidado de los pacientes, íntimamente ligado a la excelencia científica.

Damos la enhorabuena a nuestros colegas que han sido distinguidos con estos premios y la selección de sus casos entre más de 80 recibidos y que fueron objeto de intenso debate entre el riguroso Comité Científico encargado de su evaluación.

Este éxito de la SEPD no hubiera sido posible sin el valioso, generoso y, totalmente, independiente apoyo de Brainpharma de Grupo Ferrer que, un año más, patrocina esta búsqueda de la excelencia.

Néstor Szerman
Presidente SEPD

Pablo Vega
Vicepresidente SEPD

Miguel Casas
Vicepresidente SEPD

Comité científico evaluador

Coordinador

Dr. Ignacio Basurte

Miembros

- Dr. Francisco Arias Horcajadas
- Dra. Carmen Barral Picado
- Dra. Rosa María Fernández-Marcote Sánchez-Mayoral
- Dra. Lara Grau López
- Dr. Luis Alfonso Núñez Domínguez
- Dra. Enriqueta Ochoa Mangado
- Dr. Bartolomé Pérez Gálvez
- Dr. Juan Ramírez López
- Prof. Pilar Alejandra Sáiz Martínez

Un diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la vejez

Patología dual en TDAH

Sebastián Girón García, José Manuel Martínez Delgado
Centro de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencias de Cádiz

Anamnesis

Demanda

Varón de 82 años que asiste a consultas desde hace 6 por trastornos por el consumo de alcohol (TCA). Su esposa le había dado un ultimátum: «o dejaba de beber o se separaba», y esta fue la motivación inicial. La esposa atribuía su mal genio, el trato hostil verbal y ciertas conductas de desprecio a las consecuencias del consumo. Tras desintoxicación, abstinente, permaneciendo en tratamiento y seguimiento por la presencia de patología afectiva (depresiva-ansiosa) y rasgos de comportamiento (impulsividad e irritabilidad) que parecían corresponder a un trastorno de la personalidad.

Antecedentes personales

Hipertensión arterial en tratamiento con atenolol y amlodipino.

Antecedentes familiares

Tercero de 5 hermanos. Madre fallecida cuando el paciente tenía 16 años. Hermano menor fallecido con 21 años. Casado a los 24 años, tuvo 4 hijos. El tercero falleció en el año 2003 por un osteosarcoma.

Historia toxicológica

Inició el consumo de alcohol a los 30 años. Toda su vida laboral trabajando como interventor en Renfe y comenta que cuando terminaban viajes se invitaban a copas entre los compañeros. Empezó a tener sensación de dependencia con 50 años, porque cuando no bebía echaba de menos hacerlo y sentía ansiedad. Ocasionalmente se sometía a periodos de abstinencia para saber que él podía con el alcohol, pero esos periodos se fueron reduciendo y, con 55 años, ya no lograba mantener la abstinencia. Bebedor excesivo sin grandes intoxicaciones. Niega problemas laborales. En el momento de la demanda presentaba clínica de abstinencia: temblor en miembros superiores, hiperhidrosis, náuseas y vómitos, diarrea, etc.

Características del consumo: tolerancia (6-8 copas de vino tinto a lo largo de la mañana y 3-4 cervezas por la tarde); síndrome de abstinencia menor; pérdida de control: cuando empieza a consumir, nota que tiene una especie de momento o de cantidad de ingesta por encima de la cual se le dispara el consumo. Cuando está bajo los efectos del alcohol aumenta su irritabilidad y mal genio. Reconoce que el consumo de alcohol mantenido le ha ido reduciendo el tiempo que dedicaba a alguna de sus aficiones, como su emisora de radioaficionado. Es consciente de que el consumo de alcohol le perjudica pero, a pesar de ello, hasta que la mujer no le ha dado el ultimátum no se ha planteado dejar de beber.

Historia psicopatológica

Dadas las continuas quejas de la esposa sobre la manera de ser del paciente se le pidió a éste que escribiera una reflexión personal sobre su conducta. Del original escrito por él destacamos: *«Con 10-12 años recuerdo que yo era un niño inquieto, variable e inestable... siempre cavilando cosas nuevas de las que enseguida me cansaba y me ponía a buscar otras. En el colegio era, con respecto al aprovechamiento, de tipo medio... El fallecimiento de mi madre marcó en la familia un antes y un después... Creo que esos hechos influyeron en aspectos de mi forma de ser que subsisten hasta el presente, como son: inestabilidad emocional, falta de fuerza de voluntad, falta de concentración, nada me duraba mucho, quería cambiar con frecuencia, nada me gustaba, tenía una inquietud interior que me atormentaba, parecía que tenía una bomba dentro que en cualquier momento iba a estallar».* En el relato realizado por la esposa se atisban rasgos de desatención, inquietud e impulsividad; por ejemplo, cuando se encuentran por la calle con conocidos, él nunca atiende a lo que están hablando, y está deseando terminar la conversación para marcharse; en la calle su inquietud lo lleva a caminar sin finalidad, pero con la sensación de que no pasea. A nivel psicomotor la esposa comenta que tiene las uñas de las manos estriadas porque cuando está sentado siempre tiene que estar hurgándose o como escarbándose con las uñas de una mano en las de la otra, de forma que tiene rugosidades en todas ellas.

Exploración, diagnóstico y diagnóstico diferencial

Todo esto nos hace pensar en la posibilidad de un trastorno límite de la personalidad, así como en un posible TDAH del adulto. Se le pasó el cuestionario de personalidad SCID-II –puntuando significativamente en rasgos obsesivo-compulsivos–, la escala ASRS (5 = altamente consistente con TDAH en adultos), y la WURS (82 = máxima probabilidad de TDAH en la infancia, con factores III y IV con máximas puntuaciones). Se realizó historia clínica detallada sobre los síntomas de hiperactividad y desatención en la infancia, corroborándose de esta forma el juicio clínico de TDAH del adulto. Dada la edad del paciente y la medicación a que está sometido (diltiazem, tamsulosina, ácido acetilsalcílico, calcio y escitalopram) se decide realizar analíticas (hemograma, bioquímica general, orina) y prueba electrocardiográfica, resultando todos los parámetros normales. Para terminar de corroborar el diagnóstico se trata con metilfenidato de liberación inmediata, 5 mg, y se espera 1 hora antes de hacer una nueva evaluación del efecto de la medicación. Al regresar, lo primero que manifiesta el paciente es que se encuentra relajado, como si se hubiera levantado de la cama y que lo que más le llama la atención es la sensación de calma. Tomamos de nuevo constantes y sólo la frecuencia cardiaca ha subido a 80 lpm. Dada la edad del paciente y sus problemas comórbidos, se realiza una búsqueda bibliográfica sobre la utilización de metilfenidato en ancianos con TDAH, sin encontrar ningún estudio específico sobre la administración de psicoestimulantes para esta patología. Sin embargo, sí hay bibliografía acerca del empleo de metilfenidato en depresiones resistentes en ancianos, defendiendo que no es perjudicial ya que, aunque incrementa la frecuencia cardiaca y la presión arterial, no lo hace de forma significativa; se aconseja monitorización. En cuanto a la formulación diagnóstica oficial, sólo disponemos de los criterios CIE-10 y DSM-IV-TR. Ambos se aplican al trastorno en la infancia y contemplan la sintomatología en el adulto como un mero residuo de la triada infantil, más o menos atenuada [1]. Dado que en el adulto los síntomas más prominentes son las disfunciones ejecutivas, ello condiciona el ejercicio clínico, ya que los síntomas de TDAH pasan inadvertidos si el paciente no menciona sus antecedentes infantiles. Siguiendo a Murphy y Gordon, citado en [2], la realización de la evaluación del TDAH en adultos debe contemplar la respuesta a 4 preguntas:

1. Evaluar las evidencias de la relación entre los síntomas de TDAH en la infancia y un deterioro posterior significativo y crónico en diferentes ámbitos. El paciente inició su vida laboral bastante joven y se casó con 24 años constatándose que el mayor deterioro se produce en la esfera de la pareja y la familia. En el ámbito laboral, el tipo de trabajo (trabajaba solo) así como sus mecanismos de funcionamiento obsesivos, no permiten percibir ningún tipo de deterioro funcional. No relata problemas con sus jefes. En el ámbito de la pareja y la familia, aparecen claros problemas de impulsividad, irritabilidad y desatención. La esposa tiene quejas desde que empezaron la convivencia de actitudes hostiles, de desvalorización y de humillación, sin malos tratos físicos. Y con respecto a la crianza de los hijos, ha estado ausente, no vinculándose con ellos en el nivel afectivo. En este sentido, el tipo de trabajo, en que muchas noches pernoctaba fuera de casa, puede haber «ocultado» las dificultades del paciente para ocuparse de las crianzas. El otro ámbito donde se ha visto deteriorado su funcionamiento es el social: ha carecido de relaciones sociales o íntimas con amigos.
2. La segunda cuestión es si hay información con respecto a si existe, de forma creíble, una relación entre los síntomas de TDAH actuales y un deterioro sustancial y consistente en diferentes ámbitos. En el momento actual el paciente está jubilado y, prácticamente, sólo mantiene relaciones con su mujer. Solamente sale de casa para hacer recados o, a veces, para pasear solo. Está muy deteriorada la relación de pareja: la esposa se queja continuamente del mal trato recibido por él a lo largo de su vida.
3. Ver si hay otra patología que justifique el cuadro clínico mejor que el TDAH: la impulsividad, la irritabilidad, la labilidad emocional y el trasfondo depresivo ansioso hicieron pensar en un posible trastorno depresivo sobre un trastorno de personalidad de rasgos límites. Pero al investigar con más profundidad, los rasgos predominantes de personalidad son de tipo obsesivo y el cuadro depresivo parece secundario y adaptativo a la toma de conciencia, de cómo no consigue cambiar la conducta en la relación con su esposa. También su sensación de inquietud y tensión interna podría ser atribuible a un trastorno de ansiedad. Por último, los TCA podrían ser el sustrato de muchos de estos comportamientos pero, cuando se realiza la valoración del paciente, ya hace años que está en abstinencia. Sin embargo, ninguno de estos posibles trastornos explica mejor la sintomatología que el TDAH.
4. Para los pacientes que cumplen criterios diagnósticos de TDAH, ¿hay alguna evidencia de que existan condiciones comórbidas? En efecto, en este caso nos encontramos con que, además del TDAH y el TCA, el paciente presenta clínica depresiva, en principio adaptativa.

Comorbilidad TDAH-TCA

Del 32 al 53% de adultos con TDAH presentaron, de forma comórbida, un TCA. Se estima que entre el 31 y el 75 % de pacientes con TCA presentan criterios DSM-IV de TDAH en la infancia [3]. Se ha detectado una elevada prevalencia de TDAH, entre el 19 y el 42%, en muestras clínicas de pacientes con TCA [4] y se ha observado que en pacientes adultos con TCA, un diagnóstico de TDAH se asocia con [5] inicio más temprano de los TCA, ingesta diaria de alcohol más alta, mayor gravedad del trastorno adictivo y aparición de otros problemas.

Tratamiento

Se pautó tratamiento (previo consentimiento informado) con metilfenidato (18 mg) de liberación prolongada; el paciente se quejó de episodios de palpitaciones y extrasístoles, sobre todo en las primeras horas tras la toma del fármaco. Se comprobó una frecuencia cardiaca arrítmica, por

lo que se retiró y se cambió a metilfenidato de liberación modificada (10 mg) al principio que, al ser bien tolerado, se incrementó a 20 mg, dosis en la que está actualmente. La esposa comenta un cambio en la conducta del paciente: ha desaparecido la hostilidad, es capaz de concentrarse y atender programas de televisión y leer o hacer crucigramas; lo que ella nota como muy sintomático es que ha dejado de arañarse las uñas. Todo ello ha redundado en una mejora de la calidad de vida del paciente y de la pareja. Se le mantiene tratamiento antidepresivo, ya que el paciente todavía manifiesta un bajo estado de ánimo.

Bibliografía

1. Barbudo del Cura E, Correas Lauffer J, Quintero Gutiérrez del Álamo FJ. Clínica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto. En: Quintero Gutiérrez del Álamo, et al. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. 3.ra ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2009. p. 337-70.

2. Ramos-Quiroga JA, Bosch Munsó R, Castells Cervelló X, Nogueira Morais M, García Jiménez E, Casas Brugué M. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. Rev Neurol. 2006:42(10):600-6.

3. Wilens TE, Spencer TJ, et al. ADHD and Psychoactive substance abuse disorders. En: Brown TE. Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults. Washington (DC): Americam Psychiatric Press; 2000.

4. Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, et al. Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). Alcohol Alcohol. 2008:43(3):300-4.

5. Ponce Alfaro G, Rodríguez-Jiménez Caumel R, Pérez Rojo JA, Monasor Sánchez R, Rubio Valladolid G, Jiménez Arriero MA, Palomo Álvarez T. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y vulnerabilidad al desarrollo de alcoholismo: uso de la Wender-Utah Rating Scale para el diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia de pacientes alcohólicos. Actas Esp Psiquiatr. 2000:28(6):357-66.

Trigeminalepsia. Un sensitivo diferencial al descubierto en patología dual

Patología dual y suicidio

Carlos Miró Bujosa[1], María Calatayud Francés[2], Carmen Tejero Catalá[3], Elena Díaz Esteban[1]

[1] Unidad de Salud Mental. [2] Unidad de Conductas Adictivas. [3] Centro Sanitario Integrado de Carlet
Departamento de Salud de La Ribera. Alzira (Valencia)

Anamnesis

Mujer Presentamos el caso de una mujer de 42 años de edad con historia de policonsumo de sustancias de abuso y trastorno depresivo con episodios recurrentes graves e historia autolesiva por neuralgia crónica mal controlada. Tras dos décadas de enfermedad dual continuada, una reorientación del caso condujo a lograr tanto la abstinencia completa como la remisión prolongada de su trastorno del ánimo. La paciente había tenido que ser ingresada por un intento de suicidio de alta letalidad 27 meses atrás.

Historia personal

Mujer caucásica, soltera y sin hijos. Sin alergias conocidas ni antecedentes de patología infecciosa de interés. Convive con la madre. Escolarizada hasta COU con buen rendimiento académico. Tras aprobar el examen de selectividad en primera convocatoria, empezó a cursar estudios universitarios que abandonó coincidiendo con el consumo abusivo de tóxicos a los 21 años de edad. En su historia laboral constan múltiples empleos no cualificados.

Historia familiar

Hija única de padres separados. Tío materno diagnosticado de neuralgia del trigémino refractaria a cirugía, abuso del alcohol y trastorno depresivo y que falleció a los 54 años de edad por suicidio con arma de fuego.

Historia toxicológica y psiquiátrica

Estando previamente bien, a los 19 años de edad la paciente fue diagnosticada de neuralgia del trigémino, indicándose tratamiento con carbamazepina. Dada la ausencia de respuesta, se asoció amitriptilina. Después del primer año la paciente había abandonado el tratamiento por sobrepeso; efecto adverso sobre un empeoramiento del dolor al que la paciente atribuye su primer episodio depresivo. Además, a partir de entonces la paciente receló de otras alternativas farmacológicas propuestas y rehusó la indicación de cirugía local, argumentando una parálisis facial permanente como secuela de la cirugía a la que su tío fue sometido, con persistencia posquirúrgica de su neuralgia hasta el suicidio. Por desaliento terapéutico la paciente se inició en el consumo de sustancias de abuso pretendiendo un efecto analgésico. Desde los 21 hasta los 24 años de edad relata consumos variables de cannabis, heroína fumada y cocaína esnifada. Durante aquellos años la paciente desarrolló dependencia del alcohol y benzodiazepinas, continuada hasta el último episodio lesivo, que indicó ingreso hospitalario.

Sin ingresos psiquiátricos previos al último episodio, hay constancia de un total de 7 atenciones en urgencias en los 15 años anteriores por sobreingesta de benzodiazepinas, en 3 ocasiones con cortes autoinfligidos en antebrazos. Durante ese periodo de tiempo se diagnosticaron 5 episodios depresivos, con indicación de tratamiento y seguimiento ambulatorio en centro de salud mental y unidad de conductas adictivas que la paciente incumplía sistemáticamente.

El último episodio

En febrero de 2010 la paciente fue llevada al hospital tras precipitarse desde un puente que daba a una vía ferroviaria, con politraumatismo que resultó en fractura costal y de extremidad inferior izquierda, que requirió fijación quirúrgica. Una tomografía computarizada (TC) craneal y la evolución clínica descartaron lesiones cerebrales. La analítica de sangre reveló unos niveles de etanol en plasma por encima de 100 mg/dl y un volumen corpuscular medio de 109 mm/h. El resto de valores de la analítica eran normales. El resultado de tóxicos en orina fue positivo para benzodiazepinas. Durante la convalecencia fue valorada en interconsulta por el equipo de psiquiatría. La paciente, coherente y con incontinencia emocional en forma de llanto continuo, explicaba abatimiento crónico exacerbado por una intensa percepción de fracaso al no haber sido arrollada por un tren. Según verbalizaba, en los anteriores episodios registrados no hubo intención suicida sino sedante, con benzodiazepinas o de desplazamiento del foco de dolor mediante cortes en antebrazos.

La exploración psicopatológica objetivó un ánimo depresivo grave con el que la paciente verbalizaba insomnio pertinaz que atribuía a exacerbaciones de su neuralgia crónica y refractaria en hemicara izquierda, de carácter lancinante y paroxístico desencadenado principalmente por estímulos táctiles sobre la zona y que explicaba con intensa desesperanza pronóstica *(«las medicinas no me han ayudado, sino todo lo contrario. Sólo el alcohol y el diazepam me calman algo. Además, en estos años me han hecho pruebas y no me han visto nada...»).* La paciente se refería a los resultados negativos de las pruebas de neuroimagen que se habían realizado en los últimos años y hasta la fecha (TC y resonancia magnética craneal, normales). Sin embargo, la anamnesis detallada indicó por primera vez durante aquel ingreso una prueba que concluiría el diagnóstico definitivo.

Diagnóstico y evolución

Un electroencefalograma (EEG) reveló alteraciones en el trazado que recomendaron un nuevo EEG de 24 horas con monitorización (vídeo-EEG), que se realizó una vez garantizada la desintoxicación a las 2 semanas de hospitalización. Por vídeo-EEG se registraron complejos de descargas ictales desencadenados por la presión en mejilla izquierda. El diagnóstico definitivo fue epilepsia sensitiva con crisis parciales simples de dolor. El foco epileptógeno se localizó en el lóbulo parietal derecho.

Durante los 6 meses sucesivos la paciente cumplió con muy buena adhesión venlafaxina (hasta 375 mg/día) y trazodona (hasta 150 mg/noche), asociadas a la pauta antiepiléptica combinada de levitrazepam y pregabalina. La paciente se mantuvo en abstinencia completa y remisión afectiva.

Para prevenir el riesgo de recaída psiquiátrica por crisis residuales de dolor refractario, se indicó finalmente neurocirugía estereotáxica del foco epileptógeno, que logró el control total de las crisis epilépticas sin secuelas.

Durante la última visita de control clínico la única queja fue verbalizada por la madre de la paciente, quien expresó: *«Ojalá mi hermano se hubiera hecho también un electro...».*

Discusión

Las condiciones de dolor crónico mal controlado son un factor de riesgo conocido para el abuso del alcohol y los trastornos depresivos con desenlace suicida [1,2]. En consecuencia, el subgrupo

de epilepsias sensitivas que se manifiestan con crisis refractarias de dolor supone una vulnerabilidad para patología dual y afectiva terminal mayor que la conocida en la población con epilepsia típica [3].

Debido a los efectos metabólicos adversos de carbamazepina y a la progresión del dolor con amitriptilina –por disminución del umbral convulsivante característico de los antidepresivos tricíclicos–, nuestra paciente se inició en el consumo de tóxicos siguiendo el clásico modelo de la automedicación. Así, finalmente desarrollaría dependencia a las benzodiazepinas –que rebajaban sus crisis de dolor por aumento del umbral convulsivante– y al alcohol, que hipotetizamos por condicionamiento operante como refuerzo negativo dual –evitando tanto la disminución del umbral convulsivante como el incremento de la nocicepción descritos en la abstinencia del alcohol– [4].

Éste es el primer caso descrito en la literatura de epilepsia sensitiva que mimetiza neuralgia del trigémino. Hemos acuñado el término *trigeminalepsia* en analogía al que describen las epilepsias que aparentan migraña [5]. Se apunta por primera vez, en nuestro conocimiento, la necesidad de valorar la epilepsia como diagnóstico diferencial de la neuralgia del trigémino de mala evolución.

Agradecimiento

Este caso ha sido posible gracias al estímulo académico del Dr. Tomás Ortiz Alonso

Bibliografía

1. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of prevalence, risk factors and psychological links. Psychol Med. 2006;36:575-86.

2. Arnow BA, Hunkeler EM, Blasey CM, Lee J, Constantino MJ, et al. Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care. Psychosom Med.

2006;68:262-8.

3. Christensen J, Vestergaard M, Mortensen PB, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. Lancet Neur. 2007;6:693-8.

4. Jochum T, Boettger MK, Burkhardt C, Juckel G, Bär KJ. Increased pain sensitivity in alcohol withdrawal syndrome. Eur J Pain. 2010;14:713-8.

5. Verrotti A, Striano P, Belcastro V, Matricardi S, Villa MP, et al. Migralepsy and related conditions: advances in pathophysiology and classification. Seizure. 2011;20:271-5.

Interfaces of THDA, psychosis and substance abuse

Dual pathology in ADHD and psychosis

Joana Maia[1], Inês Martins[2], Maria João Martins[2], Vera Raposo[3], Célia Franco[4]

[1] Psychiatrist. [2] Psychology resident. [3] Psychologist. [4] Psychiatrist, coordinator of the Dual Pathology Service.
Addictions Service. Hospital and University Center of Coimbra. Coimbra

Anamnesis

Se The patient is an 18 year old single male who was brought to the first appointment by his parents (with whom he lives; his 29 years old brother, is migrated), because of behavioral changes with aggression and school dropout. He mentions being nervous, discouraged and over-reacting. Reports massive consumption of cannabinoids (about 25/30 «joints» per day), alcohol and amphetamines. Suicidal ideation. There are psychotic symptoms with persecutory and self-referential ideas (loosely structured). The patient spontaneously discusses poorly organized changes in sensory perception («presence of spirits»), which seem to be interpreted with mystic content. On mental status examination he is conscious and oriented, but presenting disorganized thinking and behavior. He appears to have depressed mood, anxiety and high emotional instability. Restless, with involuntary movements and difficulty in maintaining eye contact. It was possible to determine history of psychiatric disorder in the family: severe tic disorder (cousin), anxiety and depression (mother and brother) and alcoholism (distant relatives).

Exploration

Although changes in sensory perception/ thought have worsened after the onset of substance use, these have existed previously, and remain after a period exceeding one week of abstinence. Thus, R. has difficulties consistent with a psychotic disorder (hence the mistrust / insecurity in relation to others, inserted in a persecutory delusion, the mystical delirium, as well as the presence of hallucinatory phenomena). On the other hand, the marked impulsivity in various areas of life of the patient may justify changes in behavior, and «pressure to consume». In this sense, the patient presents some core symptoms of ADHD as marked impulsivity, intolerance to frustration, mood swings, «difficult temperament» (the compensation of disorganization and lack of control is another example of failed self-regulation), worsening in the context of substance abuse.

Complementary exams

Blood: hemogram, glucose, ions, kidney and liver function, all normal; thyroid function, normal. Urine: positive for cannabis, negative for

cocaine, opioids and anfetamines. EEG and CT, both normals.

Diagnosis and differential diagnosis (DSM-IV [1]; nosological categorization of Barkley et al., 2008 [2] for ADHD – see figure 1 for the evolution of difficulties)

We seem to be in presence of a psychotic disorder that meets criteria for *schizophrenia*, in that the patient has delusions and visual and tactile hallucinations since age 10, persecutory and self-referential ideas; changes of sensory perception with mystical interpretations, disorganized thinking and behavior. We can identify severe social and academic dysfunction and the symptoms persist for over than 6 months. Although there is a worsening of the symptoms after cannabis use, there is a persistence of psychotic syptoms even without cannabis use. Considering the patient´s age, the drug consumption and the Tourette's syndrome, we consider the diagnosis of schizophrenia a provisional one. We need to watch carefully the evolution of the disease to make this diagnosis definitive. Probably we will witness an evolution towards a 295.30 *Paranoid or 295.10 Disorganized* type, considering the features presented above.

307.23 Gilles de la Tourette disorder [F95.2] in remission. The patient presented multiple motor and vocal tics , daily, during a period of over one year.

Disruption has evolved positively: almost complete remission of symptoms. Without reinstalation of symptoms with substance abuse.

314.01 Attention deficit hyperactivity disorder, Mixed Type [F90.0]. The patient is easily distracted by external or irrelevant stimuli, and often makes decisions impulsively, has difficulty stopping activities or changing behavior, often starts a project or task without reading or hearing the guidelines carefully and often has difficulty sustaining attention and organizing tasks. *Worsening with substance abuse.* However, we can not exclude the possibility that these symptoms represent, since childhood, a prodromic phase of schizophrenia.

Substance abuse (Alcohol abuse 305.00 [F10.1]; 305.70 amphetamine Abuse [F15.1]): the patient has a maladaptive pattern of substance use leading to clinically significant distress or deficit, occurring over a period of 12 months , with: *a)* recurrent substance use resulting in failure to meet important obligations (alcohol and amphetamines); *b)* recurrent substance use in situations when it becomes physically dangerous, and *c)* continued substance use despite social or interpersonal problems

304. 30 Dependence of cannabis [F12.21]: compulsive use of cannabis and associated problems such as tolerance (there a growing quantity of

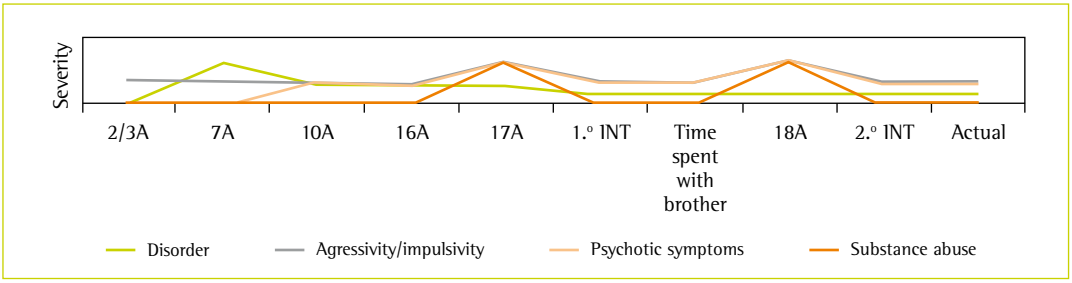


Figura 1. Difficulties and evolution.

cannabis consumed) and withdrawal (e.g., insomnia, irritability, restlessness). Cannabis used throughout the day over a period of 1 year in quantities higher than intended, the use persists despite the physical and psychological problems which interfere significantly with the family and social areas .

Differential diagnosis

Given the plethora of symptomatology presented by R., and its possible fitting into a variety of psychopathological frameworks.

Although the patient presents outbursts of anger over people/objects and degree of aggressiveness out of proportion to the stressor, characteristic of the *intermittent explosive disorder,* just as marked impulsivity, apparent lack of empathy, risk behavior without apparent anticipation of the consequences; high manipulation of others for personal profit, the main features of the *anti-social personality disorder,* those seem to be best explained by THDA in that they occur since childhood seem to have evolved in the way that is predicted by the disorder (symptoms different in childhood and adulthood). Not excluding, however, the possibility that these symptoms refer to a prodromic phase of schizophrenia. While the patient presents psychotic symptoms coincident with massive consumption of substances and partial remission of symptoms when consumption decreases, does not appear that it is a *psychosis induced by substance use,* since psychotic symptoms s eem to be prior to consumption and there is no remission of symptoms after a period of more than a week of abstinence (during hospitalization). We can exclude *schizoaffective and mood disorders* as psychotic symptoms persists wit euthimic mood.

Treatment

R. was initially followed in the dual pathology´s outpatient service. The therapeutic plan focused on motivation work, acceptance of the problem, adherence to therapy and decreased use of cannabis . Due to the persistence of consumption, worsening of impulsive and aggressive behavior, poor adherence to therapy and lack of criticism, hospitalization was proposed. Objectives: physical detoxification of substances, increased motivation for change; blurring of psychotic symptoms, stabilization of mood and behavior. He was discharged clinically improved, although retaining s ome psychotic symptoms. He was followed up, fortnightly, but kept substance abuse similar to pre-admission, resulting in worsening of ps ychopathology, and re-hospitalization. Ambulatory treatment was intended to enhance motivation for abstinence and cessation of consumption through psychopharmacology and cognitive- behavioral therapy. Treatment included family intervention, in order to deal with the difficulty in enforcing limits and to work out high emotional expressiveness.

Medication: risperidone i.m. 50 mg each 2 weeks, aripiprazol 10 mg id, olanzapine 10 mg 2id, sodium valproate 500 mg 2id, lorazepam 2,5 mg 3id.

Evolution

With adherence to medication and psychotherapeutic intervention there seems to be a positive development in the clinical symptoms. Thus, to the date of his last visit the patient had ceased to consume, which translates into a protective factor, particularly for other areas of difficulty. Accordingly, psychotic symptoms seem to have subsided and he is more restrained and calm, less impulsive and aggressive. The mood remained euthimic, with only occasional clearly contextual sadness. Family interactions began to be guided by limits, lower levels of social comparison and by techniques leading to a containment of the escalation of anger and aggression.

Discussion

The case of R. presents itself as a rich case with regard to differential diagnosis and there-

fore, although relatively structured proposals for diagnostics were put forward, they intend to leave room for the interactions and comorbidities that are characteristic of dual pathology. As in other dual pathology cases, the psychosis in R.'s case is not a substance-induced psychosis, because psychosis comes clearly before consumption. Treatment took this into account and did not consider productive symptoms as a direct result of consumption, thus treating them as differentiated problems, but considering that they worsen each other mutually. Furthermore, treatment focused mainly on the impulsive symptoms of ADHD which were perpetuating consumption and being exacerbated by it. This is therefore a case that illustrates in a particularly interesting way the interactions, circularity and pecularities characteristic of dual pathology.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Lisboa: Climepsi; 2002.

2. Barkley RA, Murphy KR., Fischer M. ADHD in adults: what the science says . New York: Guilford; 2008.

3. Szerman N (coord). Patología dual y psicosis: un desafío en la clínica diaria. Madrid: Enfoque; 2012.

Afrontando la vida con cocaína

Patología Dual en Ansiedad

Clara Monserrat Díez[1], Maria Gema Hurtado Ruíz[2], Jordi Pagerols Hernández[2]

[1] Centres Assistencials Emili Mira i López. INAD. Parc de Salut Mar. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)
[2] Unidad de Patología Dual. Centres Assistencials Emili Mira i López. INAD. Parc de Salut Mar. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona)

Anamnesis

Motivo de consulta

Paciente varón de 34 años que ingresa en la unidad de patología dual por intento autolítico con sobredosis de cocaína.

Enfermedad actual

Sin desencadenante aparente, desde hace 2 meses presenta apatía, inactividad, aislamiento, ansiedad e insomnio. El cuadro se agravó hace 2 semanas con la aparición de intencionalidad suicida (por medio de sobredosis farmacológica o venosección) y aumento de consumo de cocaína (hasta 4 g/día). Una semana antes del ingreso realizó una sobredosis de psicofármacos que requirió ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI); sin embargo, renunció a ingresar en la unidad de psiquiatría. El día del ingreso fue sorprendido por un familiar tomando una sobredosis de cocaína con fines tanáticos. Ha estado consumiendo diariamente medio gramo de cocaína, esnifada, y unas 8 UBE (unidades de bebida estándar) al día de alcohol. Actualmente, y desde hace unos 2 años, realiza seguimiento psiquiátrico y psicológico en un centro ambulatorio de desintoxicación. Está diagnosticado de trastorno depresivo no especificado y dependencia de cocaína y alcohol. Sigue tratamiento con duloxetina 120 mg/día, de la que toma únicamente 60 mg, y quetiapina 25 mg/día.

Antecedentes

Dos familiares de primer y cuarto grado presentan trastorno obsesivo compulsivo (TOC). No destaca ningún antecedente somático de interés.

Como antecedentes psiquiátricos refiere el inicio a los 16 años de un cambio de carácter, consistente en baja autoestima, insatisfacción con su apariencia física, perfeccionismo y alto grado de exigencia hacia sí mismo y hacia los demás, desconfianza y ansiedad en las relaciones interpersonales, que se acompañaba de evitación social activa, miedo al rechazo e intolerancia al contacto físico. Por este motivo, desde los 21 años ha seguido psicoterapia en ámbito privado de diversos tipos, la más prolongada de orientación psicodinámica. En los dos últimos años ha presentado ideación autolítica persistente, que relaciona con ansiedad generalizada y sus rasgos de personalidad.

Inició el consumo de alcohol, cannabis y LSD a los 17 años. A los 18, comenzó a tomar cocaína y a los 19 probó éxtasis durante unos meses. Desde los 28 años hasta la actualidad toma diariamente 0,5 g de cocaína, vía esnifada, con la finalidad

de desinhibirse y mejorar sus relaciones sociales. Al consumo de cocaína asocia ingesta de alcohol en cantidad indeterminada (hasta unas 8 UBE/día) para contrarrestar los efectos ansiógenos de la primera. Presentó dependencia de cannabis (8 unidades/día) desde los 16 hasta los 30 años. Hace 4 años ingresó durante 9 meses en una comunidad terapéutica y, desde entonces, se mantiene abstinente de cannabis y ha tenido algunos periodos breves de abstinencia de cocaína y alcohol.

Datos biográficos

Es el menor de dos hermanos. Vive con sus padres y su hermano. Ha realizado algún intento de independizarse, que ha fracasado. Durante su adolescencia estuvo vinculado a algunos colectivos sociales, tiene estudios finalizados de formación profesional, conserva unas pocas amistades íntimas, mantiene aficiones y trabajo en el sector servicios, con buen rendimiento aunque con malestar significativo (ha abandonado varios trabajos en relación con la ansiedad y el grado de autoexigencia). Nunca ha tenido pareja.

Exploración

Consciente y orientado. Aspecto conservado. Suspicaz, extrapunitivo y dubitativo. Evita el contacto visual. Ansiedad. Hipotimia. Leve hiperprosexia. Sin déficits amnésicos. Aumento de latencia de respuesta. Discurso hiperreflexivo, racionalizador y prolijo, centrado en temática existencialista, en sus dificultades en las relaciones interpersonales y en su apariencia. Sentimientos de desesperanza y vacío. Ideas crónicas de muerte con plan suicida. Apatía, clinofilia y abandono de actividades fuera del domicilio. Sin ideación delirante. Sin alteración de la sensopercepción. Insomnio de conciliación y mantenimiento. Apetito y libido conservados. Introspección parcial

Tras preguntar específicamente, el paciente reconoce presencia de fobia de impulsión, idea de que transmite energías negativas o malos augurios con el contacto o cercanía a otras personas, idea de que las personas del sexo opuesto se sienten agredidas sexualmente sólo con observarlas. Le preocupa que su caminar no sea acompasado, que su aspecto no se ajuste a los cánones de belleza, que no diga justo lo correcto en un tiempo concreto. Se arranca vello del cuerpo. Explica que a los 16 años empezó a presentar obsesiones de contaminación, miedos supersticiosos y compulsiones de limpieza. No había explicado estos pensamientos espontáneamente porque los vivía con cierta vergüenza por su irracionalidad. No presenta compulsiones conductuales, aunque sí mentales, no ofrece resistencia ni controla estos síntomas. Tiene una percepción parcial sobre los síntomas, ya que los atribuye exclusivamente a su personalidad. Estos síntomas han interferido e interfieren en la actualidad en sus relaciones interpersonales y laborales, ocupan gran parte de su tiempo y le crean importante malestar.

Pruebas complementarias

Se aplica la escala Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale): presenta síntomas de las dimensiones (obsesión sobre el daño a los demás, obsesiones sexuales, obsesión de orden y simetría) y se obtiene una puntuación de 26 (gravedad severa) (tabla 1). Una vez estabilizado el paciente, se estudia con TCI-R (Temperament and Carácter Inventory-Revised, de Cloninger) que muestra un perfil de personalidad obsesivo (tabla 2).

Diagnóstico y diagnóstico diferencial

Se considera que no es un trastorno inducido por drogas, ya que la edad de inicio de la adicción es posterior a la aparición del cuadro, la clínica persiste más allá de un mes de abstinencia, presenta síntomas que no se explican por los efectos esperados de las drogas consumidas y cuenta con antecedentes familiares psiquiátricos. Se realiza diagnóstico diferencial con fobia social tipo generalizado, ya que cumple todos los criterios, pero

no explica todos los síntomas del paciente, y la ansiedad, evitación y aislamiento se explican mejor por la presencia de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Se descarta el diagnóstico de depresión mayor, ya que el contenido del pensamiento recurrente no es de predominio depresivo, lo vive como absurdo y es egodistónico. Se descarta el trastorno de ansiedad generalizada, porque en este tras-

Tabla 1. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS. Obsesión sobre el daño a los demás, obsesiones sexuales, obsesión de orden y simetría

	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extremo
Obsesiones					
1. Tiempo ocupado...	0	1	2	3	4
1b. Tiempo libre	0	1	2	3	4
2. Interferencia	0	1	2	3	4
3. Estrés	0	1	2	3	4
4. Resistencia	0	1	2	3	4
5. Control	0	1	2	3	4
Subtotal obsesiones: 20					
	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extremo
Compulsiones					
6. Tiempo ocupado	0	1	2	3	4
6b. Tiempo libre	0	1	2	3	4
7. Interferencia	0	1	2	3	4
8. Estrés	0	1	2	3	4
9. Resistencia	0	1	2	3	4
10. Control	0	1	2	3	4
Subtotal obsesiones: 6					
	Excelente				Ausente
11. Insight	0	1	2	3	4
	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extremo
12. Evitación	0	1	2	3	4
13. Indecisión	0	1	2	3	4
14. Responsabilidad	0	1	2	3	4
15. Enlentecimiento	0	1	2	3	4
16. Duda patológica	0	1	2	3	4
17. Gravedad global	0	1	2	3	4
18. Mejoría global	0	1	2	3	4
	Excelente	Buena	Moderada		Escasa
19. Fiabilidad	0	1	2		3
Puntuación total (ítems 1 a 10): 26					

Punto de corte 24-31: moderado.

Tabla 2. TCI-R: perfil obsesivo

Temperamento		
Búsqueda de novedad	73	(8%)
Evitación del riesgo	152	(100%)
Dependencia en la recompensa	58	(2%)
Persistencia	73	(3%)
Caracter		
Autodirección	129	(15%)
Cooperación	130	(24%)
Trascendencia	45	(13%)

torno las ideas excesivas son preocupaciones en torno a situaciones reales, y no se acompaña de compulsiones. También se excluye el diagnóstico de trastorno dismórfico corporal, ya que en este paciente los pensamientos recurrentes no se relacionan exclusivamente con el aspecto. Se excluye el diagnóstico de trastorno de personalidad evitativo, porque la evitación social es secundaria a ideas recurrentes e intrusivas y el trastorno paranoide de personalidad, ya que existe un claro predominio del patrón de orden, perfeccionismo y control.

Los diagnósticos finales son: trastorno obsesivo compulsivo [300.3], trastorno de personalidad obsesivo [301.4], dependencia a cocaína [304.20] y abuso de alcohol [305.00].

Tratamiento

Se efectúa desintoxicación de alcohol con pauta descendente de clonazepam, pero precisa mantener esta pauta con 3 mg/día para control de la ansiedad. Se inicia sertralina para el tratamiento de clínica obsesiva, hasta 200 mg/día, y se aumenta progresivamente quetiapina, hasta 300 mg, para el control de rumiaciones obsesivas, ideación autolítica y ansiedad; por mala tolerancia a la sedación diurna se sustituye por aripiprazol 15 mg. Se realiza terapia cognitivo conductual para el abordaje de la clínica obsesiva e ideación autolítica. Ha participado en grupos psicoeducativos sobre adicciones.

Evolución

Requirió 3 meses de ingreso hasta conseguir compensación psicopatológica. Con el control de la clínica obsesiva, mejoró la hipotimia y la ansiedad, el discurso era más espontáneo, menos dubitativo y circunstancial. Se concedieron permisos a domicilio, donde se objetivó disminución de la evitación social, era capaz de ofrecer resistencia a sus obsesiones y realizaba exposición a situaciones ansiógenas sin desestabilizarse. Desapareció la intencionalidad autolítica y hacía planes realistas de futuro que incluían ampliar su red social y actividades en que se había de exponer socialmente. Mantiene rasgos caracteriales relacionados con el perfil obsesivo de personalidad, que se confirman con el TCI-R. Con respecto al consumo de alcohol y cocaína, no presenta craving, existe motivación para el abandono del consumo y realiza plan de prevención de recaídas. Se deriva al paciente para seguimiento al centro de salud mental y CAS de la zona.

Discusión

Los pacientes con TOC tienen una prevalencia-vida de trastorno por uso de sustancias de un 32,8% (OR 2,5) [1]. Por otro lado, en nuestro entorno, la prevalencia de TOC entre los pacientes con cualquier consumo de sustancias es del 9% [2]. El TOC puede asociarse con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo en alrededor de un 30% de los casos [3]. Existe controversia acerca de la homogeneidad/heterogeneidad de este trastorno ya que, entre otros motivos, se ha constatado la presencia de distintos tipos de obsesiones en un mismo paciente o en miembros de la misma familia. Nuevos estudios parecen indicar que los síntomas obsesivos suelen ser estables a lo largo del tiempo, y es raro que los cambios en su presentación incluyan cambios entre dimensiones o subgrupos de TOC [4]. No hay ensayos clínicos sobre la prescripción de psicofármacos en esta patología dual. Los inhibidores de la recaptación de

serotonina serían de primera elección en las dosis y en el tiempo recomendado para TOC, teniendo en cuenta que la eficacia máxima no se alcanza hasta las 12 semanas. Deberían evitarse las benzodiazepinas debido a su potencial de abuso. En casos resistentes podría ser de utilidad añadir antipsicóticos atípicos de perfil más sedativo en dosis bajas [2].

Bibliografía

1. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA). JAMA. 1990;264:2511-8.

2. Sáiz Martínez PA, Díaz Mesa EM, García-Portilla González MP, Marina González P, Bobes García J. Ansiedad. En: Szerman. Patología dual. Protocolos de intervención. 1.ª ed. Barcelona: EdikaMed; 2011.

3. Samuels J, Nestadt G, Bienvenu OJ, Costa PT, Riddle MA, Liany KY, et al. Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. Br J Psychiatry. 2000;177:457-62.

4. Mataix-Cols D, Rauch SL, Baer L, Eisen JL, Shera DM, Goodman WK, et al. Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: data from a naturalistic two-year follow-up study. Am J Psychiatry. 2002;59:263-8.

Despertar de la pesadilla: cuando el sueño es recaer

Patología dual en Esquizofrenia

Miguel Ángel García Gómez, Francisco José Caro Rebollo
CRP Santo Cristo de los Milagros. Huesca

Anamnesis

Motivo de consulta

Varón de 25 años de edad, soltero, ingresado voluntariamente, remitido tras alta en unidad de corta estancia (UCE). Diagnosticado de trastorno esquizofrénico tipo indiferenciado, con importante afectación volitiva y síntomas negativos acusados, impulsividad presente en varias áreas, con recrudecimientos episódicos relacionados con estrés, consumo de cafeína y otros tóxicos, de sintomatología sensoperceptiva visual y auditiva, e ideación delirante mística, cenestópática y megalomaniaca. Cuatro ingresos psiquiátricos (2005, 2007, 2008 y 2010). Antecedentes de esquizofrenia en familiar de primer grado.

Historia personal

Biografía influida por separación de los padres cuando él contaba 3 años de edad, con escaso contacto posterior con el padre. Informa de maltrato de éste hacia la madre. Convivió posteriormente con su madre y la pareja de ésta hasta su separación, en la edad adolescente, en la que inició consumo de tóxicos y aparecieron las alteraciones conductuales. Refiere haber tenido poco interés en los estudios y no mucha capacidad; precisó repetir segundo de ESO y acabó cuarto de ESO a los 17 años. Tras dejar los estudios, trabajó de repartidor de pizzas, de herrero, de encofrador, de carpintero y en la hostelería. Tiene un hermano 11 años menor, que vive con su madre. Ha mantenido alguna relación heterosexual y tuvo una novia durante 3 meses. Percibe una pensión de 657 euros por incapacidad permanente absoluta.

Historia de la enfermedad actual

Inicio del abuso de tóxicos en la adolescencia temprana, con sustancias de elevado potencial neurotóxico: disolventes orgánicos, metanfetamina, ketamina, opiáceos, éxtasis, cannabis y alcohol. Tras el diagnóstico, se observó deterioro del rendimiento laboral y posterior ILP. Por imposibilidad de manejo o supervisión de conducta de falta de actividad estructurada y grave alteración de los horarios –por la actividad laboral de la madre–, ésta decide que pase a vivir con sus abuelos maternos en Barbastro, donde ha vivido los últimos 5 años, en los que ha predominado la apatía, el abandono de actividades, el aislamiento social relativo (escasas relaciones al margen de la familia y muy allegados), conductas bizarras, irritabilidad con frecuentes pasos a discusiones por comentarios, demandas y llamadas de atención, inicialmente focalizadas en la madre y en los últimos tiempos en su abuela, al ser la supervisora de horarios y actividades. A pesar de ello, ha mantenido el aprecio y cariño por sus familiares, preservando su respuesta afectiva.

Estado clínico

A nivel psicopatológico presenta buen aspecto y buena colaboración y mantiene el nivel de conciencia, excepto en periodos en los que refiere

«quedarse estupefacto», minutos que han comportado conductas agorafóbicas, concentración y orientación adecuadas; quejas de menor atención sostenida y dificultades de memoria; dificultades de planificación, control de impulsos, diferir gratificaciones; eutimia con episodios de labilidad y emocionalidad; alteraciones sensoperceptivas visuales (simples y complejas, auras), auditivas y cenestopáticas; referencialidad; ideación delirante bizarra (haber echado una neurona –angiosperma– por la nariz, ser el responsable del cambio climático, poder efectuar un *reset* en su cerebro si hace una apnea prolongada, etc.), megalomaniaca con aparición e incremento de capacidades (no necesitas tratamiento), de tener dones (eres un médium), que se acompañan de alteración formal del pensamiento (descarrilamiento, ilógica, pensamiento sobreelaborado) y afecto embotado y restricción de la expresividad; pensamientos obsesivos con conductas compulsivas de carácter ilógico y mágico de «compensación» de fenómenos y sentimientos de culpa; impulsividad con compras y consumos inapropiados. Reconoce síntomas y modelo de enfermedad explicado salvo en periodos de recrudecimiento, en los que rechaza estar enfermo y necesitar medicación, no queriendo colaborar hasta vivencia de clarificación que le «abre» de nuevo la percepción; ansiedad en forma de crisis y agorafobia y cierta fobia social que le impele a la toma de benzodiazepinas; sin ideación autolítica; tendencia episódica al consumo de cafeína y dependencia nicotínica.

Pruebas complementarias

Análisis de tóxicos en orina semanal: los últimos 3 meses, negativos. Electroencefalograma para estudio de crisis parciales complejas, sin alteración; electrocardiograma, normal; Serologías: hepatitis B, C y VIH negativas; hematimetría, sin alteraciones. Protocolo de recepción del paciente-valoración de enfermería. Anexo de criterios de cronicidad: mejoría al alta. Cuestionario de gravedad psicopatológica Honos: mejoría al alta. Evaluación neuropsicológica: D2, WAIS-III. Deterioro en atención y memoria.

Diagnóstico

La impresión diagnóstica es de tratarse de un trastorno esquizofrénico indiferenciado (F20.3) y de consumo perjudicial de múltiples sustancias, en remisión (F19.1).

Evolución

Ingresa en noviembre. En diciembre empieza a salir solo por su pueblo, por la noche. En enero retoma contacto con antiguas amistades, alguna consumidora de tóxicos. Las salidas nocturnas son más frecuentes y hasta altas horas de la madrugada (5-7 horas). A finales de enero informa de que ha bebido una copa y una cerveza. Reconoce que últimamente ha tomado más alcohol.

A principios de febrero informa de un consumo mayor de alcohol en fin de semana (2 cubatas, 3 cervezas y 1 carajillo). Aumenta la sintomatología positiva y manifiesta deseo de dejar la medicación o de ser ésta la que le deteriora. Disminuye la conciencia de enfermedad y la atribución de síntomas al trastorno. Gastos excesivos, más de 400 euros en un mes.

En entrevista familiar de marzo revela consumo de marihuana. Se objetiviza bloqueo mental, risas inmotivadas, mirada fija. Ante el incremento progresivo del consumo y de la sintomatología positiva, se suspenden los permisos a casa durante una semana. Se retoman permisos y el consumo de alcohol y de marihuana se repite. En la entrevista familiar de abril, el paciente reconoce consumo de cocaína, éxtasis líquido y ketamina. Se vuelven a suspender permisos durante un mes y se opta por un control externo del dinero. Se observa el mismo patrón de recaída que en episodios anteriores. Se elabora un plan de prevención de recaídas.

En junio se retoman permisos, con un aumento de su duración progresiva, condicionados a cumplir objetivos (no consumo, horarios, etc.). En julio los controles dan negativos. En agosto y septiem-

bre reaparecen los síntomas anteriores, reconoce consumo de Red Bull, *speed*, alcohol y aumento de la cantidad de café.

En octubre inicia curso de formación de atención a domicilio de lunes a viernes de 9 a 14 horas en su pueblo. Nos informan de buen rendimiento. Empieza en Cruz Roja dos veces por semana, por la tarde, y acude a C. Día a informática y baloncesto.

Se realiza seguimiento hasta diciembre. Existe un buen funcionamiento, adhesión al tratamiento, conciencia de enfermedad, ocio alternativo, disminuyen los conflictos familiares, no se informa de consumo de drogas, no aparecen pródromos, los controles de tóxicos resultan negativos, por lo que se decide el alta por cumplimiento de objetivos.

Tratamiento

La intervención la realizamos desde un equipo multidisciplinar: psicología clínica, psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional y enfermería, interviniendo en las principales áreas vitales de la persona (salud, autonomía doméstica, autonomía económica, trabajo, autonomía comunitaria, ocio y tiempo libre, convivencia y relaciones personales) con una filosofía rehabilitadora, de recuperación. El formato de intervención fue diverso: individual, grupal, familiar y comunitario.

Empleamos técnicas psicoterapéuticas con demostrada eficacia en personas con patología dual. El tratamiento farmacológico y psicoterapéutico [1] en contexto de entrevista motivacional, con técnicas de tercera generación cognitivo-conductuales [2],entrenamiento en habilidades sociales, prevención de recaídas y orientación a la rehabilitación [3] social y laboral [4] (tabla 1).

Tratamiento farmacológico

El tratamiento recomendado al alta es: zuclopentixol depot 200 mg/1 ampolla cada 7 días;

Tabla 1. Objetivos, estrategias y resultados del plan individualizado de rehabilitación y reinserción por áreas

Objetivo	Intervenciones	Resultados
Obsesiones		
Mejora del estado psicopatológico, de la conciencia de enfermedad y de sus repercusiones Disminución y/o control de síntomas sensoperceptivos, de la irritabilidad y las alteraciones de conducta. Control de la ansiedad, de las obsesiones y agorafobia Disminución y/o abstinencia del consumo de tóxicos	Optimización de la medicación. Grupo de conciencia de enfermedad. Psicoeducación Entrevistas individuales Entrevistas y coordinación con familias. Autorregistros Análisis funcional de la conducta (tóxicos). Identificación de pródromos. Plan de prevención de recaídas. Control de tóxicos en orina	Adecuada conciencia de enfermedad y aceptación del modelo médico explicado, reconoce síntomas, colabora con el tratamiento. Han disminuido los fenómenos perceptivos con el control de tóxicos y el adecuado manejo del estrés Dos recaídas en el consumo de tóxicos, que ha superado Menor irritabilidad. Menor repercusión de las obsesiones
Tratamiento y adhesión		
Mejora en mantener la adherencia al tratamiento. Adquirir conocimientos sobre el tratamiento y conseguir autonomía	Taller de medicación. Grupo de adhesión al tratamiento. Preparación de la medicación. Supervisión en domicilio	Tolera y colabora adecuadamente con el tratamiento, del que se encarga él mismo. Ha utilizado correctamente medicamentos pautados como ansiolíticos

Objetivo	Intervenciones	Resultados
Autocuidado y cuidado del entorno		
Mejorar autonomía en autocuidado e higiene personal, su AVD instrumentales, hábitos higiénico-dietéticos y cumplimiento de horarios. Mejora de salud física	Evaluación y plan de AVD individual. Refuerzo de desempeño en domicilio. Entrevistas individuales de enfermería y psicología. Grupo de hábitos saludables. Fomento de estilo de vida saludable	Autonomía en tareas domésticas, higiene y autocuidado. Dificultad para poder desarrollarla en domicilio, donde sólo colabora. Autónomo en realización de gestiones. Hábitos más saludables
Funcionamiento cognitivo		
Mantenimiento estado cognitivo, mejora de los rendimientos prácticos. Adquisición de modelo y valoración realista de sus capacidades, valoración de sus síntomas más orgánicos	Grupo de estimulación cognitiva. Actividades que requieran actividad cognitiva sostenida y mejora de la concentración. Derivación a actividades culturales y académicas de manera progresiva	Disminución de las quejas cognitivas, mejora de los rendimientos. Ha conseguido incorporarse, mantener y aprovechar cursos normalizados exigentes
Autoestima, habilidades sociales y capacidad de afrontamiento		
Mejoría de autoestima, habilidades sociales, manejo sano y adaptativo de errores; elaboración realizada de los sentimientos de culpa. Afrontamiento del ocio sin drogas. Reconstitución de red social con iguales y saludable	Entrevista motivacional individual. Grupo de autoestima y de habilidades sociales. Búsqueda de actividades de ocio saludable en entorno. Política de permisos contingente con resultados (de tóxicos) y progresiva. Control de estímulos	Mejora de la asertividad y la empatía. Capaz de afrontar y resolver conflictos más adecuadamente. Cambio de horarios y de compañías; pendiente de mejorar ocio saludable y red social. Ha sabido mantenerse en Barbastro ocupado, con buenas relaciones familiares y buenos rendimientos personales. Pendiente de reconstituir red de iguales fuera de tóxicos
Actividad ocupacional y orientación laboral		
Valoración posibilidad retomar estudios y reinserción laboral	Valoración de preferencias. Valorar rehabilitación vocacional. Adquisición de hábitos prelaborales y asunción de responsabilidades. Planificación de fin de semana	Mantiene actividad ocupacional. Mantiene actividad de voluntariado en Cruz Roja. Mantiene realización de formación dirigida al empleo en Fundación Ramón Rey Ardid de Barbastro.
Reinserción comunitaria		
Incorporación a actividades en la comunidad con iguales	Incorporación a actividades formativas y ocupacionales (voluntariado, protegidas). Contactar con montañeros, Cruz Roja, ONG. Derivación a servicios sociales	Pendiente de mejorar ocio y tiempo libre. Ha tenido iniciativas y mantiene contacto con agentes sociales (Cruz Roja). Ha contactado con Casa de la Juventud

Objetivo	Intervenciones	Resultados
Relaciones familiares		
Mejora convivencia; disminución de emoción expresada (criticismo, sobreimplicación), patrón de discusión en escalada. Aumento de relación con madre y hermano	Entrevistas con familia. Permisos de fin de semana y prolongados en domicilio. Disminuir proteccionismo de los abuelos; modelado de la discusión en términos más asertivos, negociación Se involucra el tío materno en el proceso rehabilitador	Clara mejora de las relaciones familiares, mantiene relación semanal con madre. Relación con abuelos menos crispada al mejorar los rendimientos, obligaciones y horarios. Colaboración adecuada
Situación económica y residencial		
Mejorar la autonomía en el manejo económico y en la vida en domicilio con abuelos. Disminuir gastos impulsivos e inadecuados	Saldar deudas con familiares. Planificación y registro de gastos, control por UME y por abuela; plan de contingencias según conductas de riesgo. Pautas progresivas de responsabilidad	Adecuado control y puesta al día de la economía mensual al alta Se producen gastos excesivos (zapatillas) y empeño de joyas. autonomía parcial, supervisada por abuela

amisulprida 100 mg (1-1-1); sertralina 50 mg (1-0-0), zolpidem 10 mg/1 cápsula si hay insomnio y clorazepato 10 mg si nota ansiedad. Además, salmeterol, 2 inhalaciones/12 horas.

Discusión

La importancia de un buen análisis funcional a través de una exploración de la historia del problema nos permitió predecir y anticiparnos a posteriores recaídas.

Muchas personas con trastorno mental grave han llegado a mantener abstinencia de tóxicos durante años [5]. Esta abstinencia, en muchos casos, se produce por el deterioro funcional y el aislamiento al que llegan éstas personas. En la clínica, la experiencia es que cuando éstos pacientes se «despiertan» de la pesadilla de la «no vida», los riesgos de que vuelvan a recaer en la conducta adictiva se elevan. Entonces aparecen las fobias de la familia que, aunque deseosos de la integración de su familiar, temen males mayores, como recaer en el consumo de drogas. Escuchar sus miedos y atenderlos favorece la aceptación de los riesgos que conlleva la rehabilitación psicosocial; de lo contrario, nos encontraremos con resistencias que entorpecerán la recuperación.

Las bebidas energéticas también pueden producir alteraciones del trastorno psiquiátrico y deben ser objeto de intervención. En nuestro caso, se observó que antecedían a un aumento de voces y de otras alteraciones sensoperceptivas.

Consideramos que, aunque el trastorno por consumo de sustancias esté «dormitando», la intervención debe enfocarse como si se tratase de un trastorno de patología dual. El análisis funcional de los episodios previos, junto con un plan de prevención de recaídas y el resto de estrategias terapéuticas eficaces frente a los trastornos de sustancias ayudaron a que el sueño de recaer y volver a la vida fuera una realidad.

Bibliografía

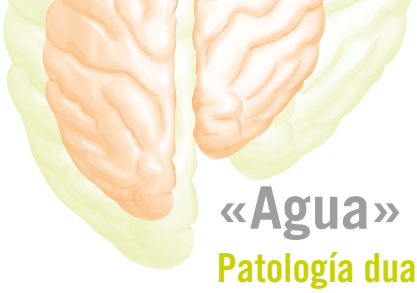
1. Green A, Drake R, Brunette M, Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. Am J Psychiatry. 2007;164(3):402-8.

2. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis S, Moring J, O'Brien R. et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. Am J Psychiatry. 2001;158:1706-13.

3. Green A, Salomon M, Brenner M, Rawlins K. Treatment of schizophrenia and comorbid substance use disorder. Curr Drug Targets CNS Neurol Disord. 2002;1(2):129-39.

4. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. Am J Psychiatry. 2008;165:179-87.

5. Szerman Bolotner N, Roncero Alonso C, Barral C, Grau López L, Esteve O, Casas Brugué M. Patología dual: protocolos de intervención. Esquizofrenia. Barcelona: EdikaMed. Disponible en: http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_modulo3.pdf.Acceso 29 de mayo de 2012.



«Agua» bendita

Patología dual en Depresión

Alfonso Abad González, Angélica Cuautle Bastida, Marta Casanovas Espinar, Marta Quesada Franco

Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
CIBERSAM. Departament de Psiquiatria. Universitat Autònoma de Barcelona

Anamnesis

Motivo de ingreso

Paciente mujer de 72 años que ingresa en la unidad de estancia corta (UEC) de Psiquiatría por presencia de alucinaciones visuales y alteración conductual.

Antecedentes somáticos

Dislipemia en tratamiento farmacológico. Antecedente de varias intervenciones quirúrgicas menores, ginecológicas y ortopédicas.

Psicobiografía

Sexta de una fratria de diez hermanos. Completa estudios secundarios y, a los 23 años, es ordenada como religiosa, completando estudios de Magisterio. Ha desempeñado desde entonces empleo como maestra de idiomas y en diferentes labores en la congregación. Desde hace 22 años no realiza trabajo remunerado. Desde hace 6 años vive en una congregación religiosa. Menciona buena relación familiar y en la congregación.

Antecedentes psiquiátricos familiares

Antecedente de 3 hermanos afectados de trastorno bipolar, habiendo precisado todos ellos ingreso hospitalario en contexto de clínica maniforme. Buena respuesta familiar a tratamiento con litio.

Antecedentes psiquiátricos

Inicio de contacto con psiquiatría aproximadamente a los 25-27 años de edad, en contexto de clínica ansioso-depresiva de características endógenas (apatía, hipohedonia, labilidad afectiva e insomnio, con presencia de elevada ansiedad y mejora vespertina). Refiere cronicidad de la sintomatología, con periodos de empeoramiento (verano-invierno). Ha realizado seguimiento privado (psiquiátrico y psicológico) desde el inicio de la enfermedad. No relata sintomatología maniforme. Ha seguido tratamiento con diferentes antidepresivos, con escaso resultado, y, desde el año 2001, toma IMAO (tranilcipromina), con respuesta parcial, y litio desde hace año y medio, con mejoría franca, negando reaparición de sintomatología depresiva.

Niega ingresos anteriores. Sin intentos de suicidio previos.

Historia toxicológica

- Nicotina: consumo regular de, aproximadamente, 20 cigarrillos/día desde los 16 hasta los 69 años. Actualmente abstinente.
- Alcohol: explica consumo de alcohol con patrón de dependencia desde juventud (aproximadamente a los 23-25 años) de 10-14 UBE (unidades de bebida estándar)/día (no destilados) y consumo esporádico de destilados, no cuantificado. Confirma sintomatología de abs-

tinencia matutina y antecedente de episodio de alucinosis (de horas de duración) hace varios años. Interferencia laboral por intoxicación alcohólica, con periodo máximo de abstinencia de 10 años de duración (entre 1980-1990). Informa de un consumo, en la actualidad y desde hace 6 meses, de 4-6 UBE al día, repartidas entre las comidas principales.

- Benzodiazepinas: consumo sostenido, de larga evolución, con patrón de dependencia; en la actualidad, referido 3-4 mg/día de alprazolam.

Niega consumo de otras sustancias.

Tratamiento actual

Tranilcipromina, 90 mg/día; alprazolam, 3 mg/día; gabapentina, 2.400 mg/día; litio, 600 mg/día, y clorpromazina, 120 mg/día.

Enfermedad actual

En los meses previos al episodio actual, la paciente mostraba déficits mnésicos en memoria de fijación y anomias. En la última semana, presenta aparición brusca de alteraciones de la marcha, insomnio global con somnolencia diurna, desorientación temporoespacial, lenguaje incoherente y alucinaciones visuales (zoopsias), con elevada repercusión conductual. Explican fluctuación de la clínica con empeoramiento nocturno. No destacan cambios afectivos en las semanas previas al episodio, pese a un seguimiento errático de su medicación habitual, que abandona en su totalidad 5 días antes del ingreso.

Exploración psicopatológica

En vigilia, consciente y desorientada en tiempo y espacio. Contacto parcialmente sintónico, humor en ocasiones poco congruente, discurso coherente, tangencial. Psicomotricidad alterada (marcha inestable, aumento de base de sustentación, disartria). Presenta anomias y alteraciones en memoria reciente. Alucinaciones visuales y cenestésicas. Inversión ritmo sueño-vigilia.

Pruebas complementarias

- Tomografía computarizada craneal: atrofia cerebral de predominio cortical.
- Resonancia magnética cerebral: infartos lacunares crónicos en el territorio irrigado por ramas perforantes dependientes de la circulación anterior. Signos de atrofia leve corticosubcortical así como de la mitad superior del vermis cerebeloso y hemisferios cerebelosos.

Evolución clínica y tratamiento

Inicialmente fue valorada en urgencias de medicina interna, donde se orientó como un síndrome confusional, por lo que se realizaron diferentes pruebas complementarias. Se efectuó una detección de tóxicos en orina, que mostró ser positiva para benzodiazepinas, y una litemia, que detectó niveles de 0,30 mEq/l (normalidad: 0,50-1,30). El resto de las pruebas complementarias realizadas (electrocardiograma, líquido cefalorraquídeo, analítica general) descartaron posibles causas orgánicas identificables que justificaran la sintomatología confusional de la paciente. Posteriormente se solicitó la valoración por psiquiatría, que decidió ingreso en UEC para estudio y resolución del cuadro.

En la planta, la paciente presentaba alucinaciones visuales y cenestésicas y conducta desorganizada, que cedió en 48 horas, aproximadamente. La mejoría clínica coincidió con la instauración de una pauta de benzodiazepinas (clonazepam, 5,5 mg/día). Posteriormente, se ha mantenido eutímica y con normalización de los ritmos circadianos. Niega drogodependencia durante el ingreso intrahospitalario. Además, se instauró quetiapina, 200 mg/día, de liberación prolongada y vitaminoterapia del grupo B, con buena tolerancia. Progresivamente existió una remisión de la clínica previamente descrita y se inició una disminución

progresiva de la pauta de clonazepam, sin evidenciarse sintomatología de abstinencia. Al alta, se recomendó continuar con pauta ambulatorio descendiente hasta su supresión y con supervisión de familiar/referente.

La paciente fue valorada en neurología debido a los déficits cognitivos detectados en los meses previos. Se diagnosticó *deterioro cognitivo leve* de larga evolución.

Diagnósticos al alta

a) delirium debido a abstinencia de alcohol y benzodiazepinas; *b)* trastorno cognoscitivo no especificado; *c)* trastorno depresivo mayor recidivante; *d)* trastorno por dependencia de alcohol; *e)* trastorno por dependencia de hipnóticos y sedantes, y *f)* trastorno por dependencia de nicotina en remisión total sostenida.

Discusión

La relevancia del caso yace en la dificultad en la detección del consumo de tóxicos en la edad geriátrica. Estudios previos muestran que los clínicos sólo detectan el 33% de abusadores de alcohol en este rango de edad [1].

La polifarmacia es frecuente en esta población, y ciertos fármacos tienen capacidad adictiva, entre ellos las benzodiazepinas. Se han descrito como factores de riesgo de abuso de este fármaco tanto la edad geriátrica como el sexo femenino. La depresión en pacientes geriátricos predispone a padecer problemas de abuso de benzodiazepinas asociadas con alcohol, y se ha demostrado que este consumo perjudicial empeora el curso clínico y la respuesta al tratamiento [2].

Se han descrito como factores protectores del consumo perjudicial de alcohol el sexo femenino y un mayor grado de religiosidad [3]; en la paciente de nuestro caso no se cumple esta correlación. Aunque la religiosidad es un factor protector, posiblemente los casos detectados en este colectivo tienen peor pronóstico, al no poder realizarse un diagnóstico precoz.

Es necesario tener herramientas de detección, ya que los pacientes de edad avanzada con consumo de tóxicos tienen un estado de salud más precario y mayor mortalidad que personas de su misma edad sin antecedentes de consumo [4]. Una adecuada intervención mejora la clínica depresiva y previene el establecimiento de la dependencia de alcohol y de benzodiazepinas [2].

Bibliografía

1. Ryou YI, Kim JS, Jung JG, Kim SS, Choi DH. Usefulness of alcohol-screening instruments in detecting problem drinking among elderly male drinkers. Korean J Fam Med. 2012;33:126-33.

2. Satre DD, Sterling SA, Mackin RS, Weisner C. Patterns of alcohol and drug use among depressed older adults seeking outpatient psychiatric services. Am J Geriatr Psychiatry. 2011;19(8):695-703.

3. Sebena R, El Ansari W, Stock, C, Orosava O, Micolajczyk RT. Are perceived stress, depressive symptoms and religiosity associated with alcohol consumption? A survey of freshmen university students across five European countries. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2012;7:21.

4. Kalapatapu R, Sullivan M. Prescription use disorders in older adults. Am J Addict. 2010;19(6):515-22.

Casos Clin PD 3 2/13

ferrer

Brainpharma
www.brainpharma.es