

## La única salida

Martínez-Hervés, M.; De Alba, M.R.; Díaz, L.M.

Área Sanitaria de Ferrol

A propósito de un caso sobre comportamiento suicida en una paciente con comorbilidad psiquiátrica y trastorno de personalidad complejo.

### Antecedentes personales

No Enfermedades médico-quirúrgicas conocidas

Un Ingreso previo en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría, por episodio psicótico inducido por el consumo de tóxicos, en febrero de 2010. No se conocen antecedentes psiquiátricos previos. Hasta ese momento la paciente vivía sola desde los 14 años, edad en la que decidió irse del domicilio familiar.

Consumos: tabaco y alcohol desde los 13 años de edad. Consumo de cannabis desde los 14 años a diario y cocaína esnifada desde los 15 años, en torno a gramo y medio, los fines de semana

### Identificación

Mujer de 20 años de edad, previamente al ingreso había vivido con su madre, el marido de ésta y una hermana de 5 años. Más recientemente con una hermana, en Mugaros. Sus padres se divorciaron cuando ella era pequeña, y actualmente no mantiene ningún contacto con su padre. Refiere que a los 14 años abandonó el domicilio familiar así como los estudios.

### Anamnesis y enfermedad actual:

Mujer de 20 años, que es trasladada al Servicio de Traumatología de nuestra Área Sanitaria de Ferrol desde el Hospital Donostia de San Sebastián, el 28 de Julio de 2010 tras haber realizado una tentativa autolítica por precipitación desde un andamio de unos 10 metros de altura. Como consecuencia de ello, sufrió fractura conminuta

del pilón tibial derecho, fractura conminuta de la rótula izquierda y fractura diafisaria del fémur izquierdo con tres fragmentos. Llega a nuestro hospital tras haberse realizado cirugía de dichas fracturas y portando fijador externo en el tobillo derecho, con una movilidad limitada de la rodilla izquierda. No presenta alteraciones neurovasculares de miembros inferiores. Una vez en la planta de Traumatología se realiza interconsulta al servicio de Psiquiatría, quien decide su traslado a la Unidad de Hospitalización Breve, dada la gravedad de la tentativa.

Es importante recordar que en febrero de 2010, la paciente había sido traída al servicio de Urgencias debido a que llevaba varios días con alteraciones conductuales y del pensamiento, agitada, suspicaz, con ideación delirante de perjuicio “me quieren hacer daño” (sic), autorreferencialidad, preocupaciones por los miembros de su familia... dando positivo en el análisis de tóxicos en orina a cocaína y cannabis. Todo ello motivó su primer ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Durante dicho ingreso fue cediendo rápidamente la autorreferencialidad y no se evidenció en ningún momento ideación autolítica, aunque se mostraba aislada y poco participativa, evitando el contacto con otros pacientes. Hasta el momento del ingreso, la paciente vivía sola desde los 14 años. Se le dio el alta con Olanzapina 20 mg/día y derivándola a consultas de psiquiatría en la Unidad de Salud Mental 2.

Durante ese primer ingreso y de modo inmediato al alta, rechazó recuperar la relación con su familia y no fue hasta un tiempo más tarde cuando volvió para vivir con ellos. Además manifestó también su negativa para acudir a las consultas psiquiátricas. Según refiere la familia, desde entonces mantuvo las alteraciones conductuales,

mostrándose inquieta, con inyección conjuntival, risas inmotivadas, perplejidad ocasional, y con tendencia al aislamiento, evitando también el contacto físico e incluso la higiene personal (llegó a estar hasta siete días sin asearse), suspicaz, soliloquios...

Tras una discusión con su madre, se va a vivir con su hermana en junio de 2010, en donde mantiene una conducta similar a la descrita. El 24 de junio desaparece, deambulando por caminos rurales y el día 26 de junio, su madre es llamada por la policía de San Sebastián, que alertados por un ciudadano, la encuentran a punto de precipitarse desde un puente y la trasladan al servicio de urgencias, desde donde se fuga. Posteriormente se precipita desde un andamio, lo cual motiva este segundo ingreso y su traslado a nuestra unidad el 28 de Julio.

Una vez en nuestra planta, la paciente se muestra vigil, orientada y colaboradora con la exploración aunque con tendencia a instrumentalizar el entorno. Episodios de llanto incontinente, sentimientos de minusvalía “no he sabido ser una persona normal, lo único que lo cambiaría es la muerte” (sic). Confirma consumo de tóxicos hasta dos semanas previas a su marcha a San Sebastián, recordando perfectamente todo el trayecto del viaje. No se aprecia ideación delirante ni alteraciones sensorio-perceptivas. En un principio se muestra aislada y poco comunicativa, evitando tanto el contacto visual como el físico. Verbaliza ideación con contenido deliroide referido a situaciones traumáticas vividas con anterioridad a la tentativa autolítica (maltrato psicológico y físico, vejaciones de tipo sexual...) y mostrando temor a que los hombres ingresados en la planta puedan aprovecharse de ella sexualmente. Se inicia tratamiento con Venlafaxina 150 mg/día, Risperidona 6 mg/día, lorazepam 2 mg/día y mirtazapina 15 mg/día y progresivamente se va apreciando lenta mejoría de su estado anímico, llegando a realizar crítica de su conducta autolítica de cara al futuro, pero centrándose sobre todo en el temor a sufrir algún tipo de incapacidad. No

se aprecia en ningún momento sintomatología psicótica franca. Se le da el alta el 13 de Octubre de 2010, siendo derivada a programa completo de Hospital de Día de Psiquiatría

Se realiza la valoración de acogida en Hospital de Día de Psiquiatría, cuyo objetivo es facilitar su integración en la unidad de cara a un programa de rehabilitación posterior. A partir de ahí comienza a acudir en ambulancia desde su domicilio (debido a que necesita la ayuda de una silla de ruedas) y asiste diariamente a la terapia de grupo, manteniéndose inicialmente en una posición observadora, participando sólo cuando se le pide, y haciendo una valoración pesimista de sus posibilidades de mejoría, manifestando escaso interés por vivir y sin objetivos de futuro, aunque aceptando el compromiso de dejarse ayudar. Persiste ánimo bajo, apatía, anhedonia y falta de interés, y expresividad emocional reducida. Se habla con la familia planteando la necesidad de supervisión familiar para así contrarrestar un posible riesgo autolítico. A los seis días del alta de UHB se inicia pauta de reducción de dosis de Risperidona, manteniéndose el resto del tratamiento prescrito al alta: Venlafaxina 150 mg Retard/día, Mirtazapina 15 mg/día, Lorazepam 3 mg/día. Progresivamente su integración se va haciendo cada vez más positiva, con mayor nivel de espontaneidad y con remisión de los episodios de llanto.

A pesar de llevar una buena evolución en el Hospital de Día, es traída al servicio de Urgencias del CHAMPNS el 25 de Octubre de 2010 a raíz de una intoxicación medicamentosa llevada a cabo mientras se encontraba en dicho dispositivo (tratamiento que llevaba ella misma como medicación habitual). Una vez en Urgencias se realiza una valoración somática con el tratamiento correspondiente y se traslada a la Unidad de Hospitalización de Breve, dados sus antecedentes de autolisis graves, donde permanece ingresada hasta el día 3 de Diciembre de 2010. Durante el ingreso, los primeros días permanece aislada, negativa, con actitud pasiva en

relación al proyecto terapéutico, sin implicación ni clara oposición al mismo. Verbaliza ideas de muerte, Inicialmente no realiza crítica de la conducta y del motivo que la llevó al ingreso, pero a medida que trascurren los días, comenta que la conducta fue inadecuada. Aún así no se aprecia ánimo francamente depresivo ni sintomatología psicótica. Escasa participación en las actividades de grupo, demandante, con tendencia a instrumentalizar el entorno y conseguir siempre sus deseos sin respetar los límites. Recibe visitas de su madre con regularidad, con la que discute en varias ocasiones, diciendo que no quiere verla. Se modifica el tratamiento con el que venía siendo tratada, aumentando la venlafaxina a 225 mg/día y añadiendo mirtazapina 30 mg/día y sinogán 100 mg/día. Poco a poco su comportamiento se va adecuando tanto con respecto a la sala como a su madre, comienza a participar en actividades. Previamente al alta hospitalaria, hace crítica de su conducta autolítica y se compromete a no reiterar dichos comportamientos.

Durante este último ingreso, el día veinte del mismo (16 de Noviembre), comenzó a asistir a Hospital de día desde la planta. Se muestra más comunicativa, con mejor apariencia física aunque continúa sin mantener contacto visual, más sonriente. Persiste el discurso pesimista, y llega a reconocer que en dos ocasiones tuvo ideación autolítica seria, en concreto en tirarse por la ventana, pero que “no llegó a hacerlo por miedo a no conseguirlo y quedar parapléjica” (sic). A partir de este momento se extrema vigilancia de riesgo autolítico. El 25 de Noviembre realiza un intento de fuga, con lo que se decide que por el momento dejará de asistir a Hospital de Día, y al alta de la UHB (3 de diciembre) se derivará a Unidad de Salud Mental, y tendrá que ser ella misma la que solicite al psiquiatra que le corresponda el retorno a Hospital de Día.

En enero 2011 la paciente solicita volver a Hospital de Día. En la valoración no se aprecia sintomatología depresiva, menciona sus ideas de suicidio aclarando que actualmente no desea

hacerlo. Refiere haber hecho un consumo de cannabis hace aproximadamente un mes pero que le sentó mal. Refiere apoyo por parte de su familia, y tener intención de cambiar el círculo de amistades del que se rodea. Se admite en programa parcial, hasta el día 1 de Marzo en el que inicia el programa completo de Hospital de Día, al que asiste actualmente manteniendo la medicación con la que salió al alta de la Unidad de Hospitalización Breve: Venlafaxina 225 mg/día, Mirtazapina 30 mg/día, Sinogán 100 mg/día.

### Juicio diagnóstico

Eje I: Trastorno por abuso de múltiples sustancias

Trastorno Psicótico inducido por sustancias, durante la intoxicación por cocaína

Episodio Depresivo Mayor sin síntomas psicóticos

Eje II: No se le ha pasado ningún test, pero presenta rasgos de personalidad que orientan hacia un trastorno de personalidad mixto complejo

### Conclusión

Históricamente el suicidio ha sido asociado con los trastornos psiquiátricos del eje I (1). Pero cada vez en mayor medida se ha hecho patente que los trastornos del eje II también son muy relevantes, sobre todo cuando se presentan asociados a trastornos del eje I. (2)

Las razones por las que determinadas características de personalidad incrementan el riesgo suicida, particularmente cuando se combinan con trastornos psiquiátricos, han sido poco investigadas. (3)

Keith Hawton, D.Sc. y cols, (2003) realizaron un estudio en el que comparan las características de 111 pacientes que habían cometido tentativas suicidas con o sin comorbilidad de trastorno psiquiátrico y trastorno de personalidad, para así identificar aquellos factores que explican el elevado riesgo suicida asociado a la comorbilidad

psiquiátrica. Los trastornos psiquiátricos estaban presentes al inicio del estudio en un 90% de los casos, y los trastornos de personalidad fueron diagnosticados en las siguientes entrevistas en un 46 % de los casos. En un 44% de los casos estaba presente la comorbilidad psiquiátrica, no habiendo diferencias entre ambos sexos. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados a trastornos de personalidad fueron: depresión, trastornos neuróticos y abuso/dependencia de alcohol, este último más frecuente en varones. Los trastornos de personalidad más frecuentes fueron: trastorno obsesivo compulsivo, borderline y antisocial. Sólo dos de los sujetos diagnosticados de trastorno de personalidad no padecían patología psiquiátrica(4)

El trastorno de inestabilidad emocional (incluyendo el trastorno límite de personalidad) no es prominente en dicha muestra, seguramente por los criterios de exclusión utilizados (excluyen autolesiones menores repetitivas, no considerándolo tentativas suicidas)(4)

La comorbilidad entre trastornos psiquiátricos y trastornos de personalidad, más que los trastornos de personalidad de forma aislada, parece ser un importante factor de riesgo determinante, porque, como en el mencionado estudio, es raro encontrar un trastorno de personalidad aislado en sujetos que realizan tentativas autolíticas(5) o suicidio consumado (6)

Dicha comorbilidad caracteriza un importante subgrupo de sujetos que realizan tentativas suicidas, que tienen un riesgo particularmente elevado de repetir dichos comportamientos. El riesgo de suicidio consumado en este subgrupo está indicado no sólo por la frecuencia de repetición sino también por la presencia de otros factores de riesgo, que incluyen depresión persistente, ideación suicida y desesperanza. (4)

La prevención del comportamiento suicida en estos pacientes con comorbilidad psiquiátrica y de trastorno de la personalidad supone un verdadero reto. Claramente, el tratamiento de la patología psiquiátrica es lo que contribuye de manera inmediata a la reducción del riesgo suicida, y debe ser la prioridad. Entre los tratamientos psicológicos destaca la terapia dialéctica-comportamental que tiene resultados prometedores en mujeres con trastornos de personalidad tipo borderline. (7)

### Bibliografía

1. Robins E, Murphy GE, Wilkinson RH Jr, Gassner S, Kays J: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health* 1959; 49: 888-889
2. Linehan MM, Rizvi SL, Welch SS, Page B: Psychiatric aspects of suicidal behaviour: personality disorders, In the *International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Edited by Hawton K, Van Heeringen K, Chichester, UK, John Wiley & Sons, 2000, pp 147-178
3. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM: Toward a clinical model of suicidal behaviour in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999; 156:181-189
4. Hawton K, Houston K, Haw C, Townstend E, Harris L: Comorbidity of Axis I and Axis II Disorders in Patients Who Attempted Suicide, *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1494-1500
5. Haw C, Hawton K, Houston K, Townstend E: Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry* 2001; 178:48-54
6. Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuppasalmi KI, Lönnqvist JK: Mental Disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 935-940
7. Linehan M, Armstrong HE, Suarez A, Allmari D, Heard HL: Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060-1064.