

Radiografía de una conducta autolítica fallida en una depresión grave

Serrano Vázquez, M.; Menéndez Sánchez, B.;
Serrano Cartón, M.C.; Serrano Cartón, M.M.

Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de A Coruña

Introducción

La mortalidad por suicidio constituye un problema de salud pública, ya que representa una de las primeras causas de muerte en el mundo y la tercera causa de muerte entre las personas menores de veinticinco años. De acuerdo con las estimaciones de la OMS, el número de suicidios al año en los veintisiete países de la Unión Europea es de 63.000. La investigación ha demostrado que los datos de la conducta suicida están infraestimados. España presenta una de las tasas de suicidio más bajas de Europa, con un total de 8.7/100.000, sin embargo mientras la mayoría experimenta un descenso o estabilización, en España se describe una evolución ascendente global en los últimos treinta años, mostrándose un aumento inicial en los primeros años y una segunda fase de estabilización, sobre todo debido a los cambios socioeconómicos y de estilos de vida, incluyendo el patrón de consumo de tóxicos. Galicia tiene la tasa de suicidios más alta de España, solo detrás de Asturias, con 11,3 casos por cien mil habitantes.

Las conductas autolíticas suponen uno de los motivos más frecuentes por el que se requiere la participación del psiquiatra de forma urgente. En Europa el número de atenciones urgentes por año se encuentra entre 165 y 200 por cada 100.000 habitantes.

Es también importante saber que ha aumentado en estos últimos años el porcentaje de mujeres y el de suicidas que tienen entre 25 y 44 años de edad. Hay diferencias entre los sexos. En el caso de los hombres, hay dos tramos de edad en los que se centran prácticamente los casos de suicidio, entre los 30 y los 40 años y a partir de 65 años. En las mujeres, el mayor número tenía más

de 75 años. Numerosos autores han puesto de manifiesto la gran diferencia existente en datos epidemiológicos y clínicos de las poblaciones con intentos de suicidio y las poblaciones con suicidios consumados.

El paso al acto, la forma de ordenar la intencionalidad y el deseo ha sido una de las cuestiones que han atraído más interés en los diferentes estudios consultados. Uno de los trabajos más importantes a este respecto fue el de Ringel, en el que describe *el síndrome presuicida*, caracterizado por un estrechamiento y disminución de la vida psíquica en general, junto con la inhibición de los impulsos agresivos, a la vez que surgen y se desarrollan deseos de muerte y fantasías de autodestrucción. Desde otro punto de vista, en este estado puede haber una afectividad depresiva, con desesperanza y anhedonia propia de un cuadro depresivo que se puede combinar con la intencionalidad mortal. La evolución de la ideación y su paso a la acción, depende de la enfermedad sobre la que se desarrolla la ideación suicida y de la historia del individuo, por lo que puede tomar una forma impulsiva, planificada ambivalente. Los factores que influyen en la precipitación pueden venir determinados por la concurrencia de acontecimientos psicosociales a la vez que indica la influencia de factores biológicos y genéticos en la conducta suicida.

En muchas ocasiones este tipo de muerte resulta un misterio para los propios allegados, por la apariencia de decisión repentina, ya que en ocasiones nadie a su alrededor ha apreciado el menor de los indicios para pensar que el suicidio podía producirse. En muchos casos son personas sanas y socialmente integradas”, El hecho es que el acto suicida termine o no en la muerte no sólo

depende de las características de los individuos que conforman ambos grupos, ni siquiera de la letalidad del método empleado, sino que intervienen factores azarosos. Esto implica la existencia dentro de ambos grupos, el de intentos de suicidio y en el de suicidas, de una población heterogénea. El problema estriba en ubicar a un individuo con un intento de suicidio en un grupo o en otro, muchas veces, ellos mismo se mostrarían ambivalentes ante uno u otro final. Esta ambivalencia puede aparecer en cualquier momento de la acción suicida, tal y como lo describe Tolstoy en su obra *Ana Karenina*, en la cual se describen los últimos sentimientos de la protagonista en los instantes previos a saltar delante de un tren. Sintió que podía estar cometiendo un error, lo cual hizo que intentara salvarse sin éxito. En otro ejemplo citado por Hendin, refiere que un paciente que sobrevivió a un intento de suicidio por precipitación desde altura narraba que justo antes de saltar no quería hacerlo, aunque el hecho de haber dejado una nota en que así expresaba su intención, se veía. A la vista de estos datos tenemos la oportunidad de presentar un paciente cuya conducta autolítica se expone a análisis, tras haber conseguido evitar la precipitación y consiguiente muerte por la intervención casual de un familiar.

Descripción del caso clínico

Se trata de paciente de 80 años de vida, viuda hace trece años. Vive sola. Trabajo siempre en negocio familiar de dependienta de una zapatería. Buen nivel económico. Tiene dos hijos, sanos e independientes. Relación estrecha y dependiente de la hija con la que llevaba unos días viviendo tras encontrarla decaída y sin ánimos. Existe una relación familiar contenida entre hermanos y estos con la madre a la que cuidan y protegen y que repercute en el estado actual así como posibles situaciones del estado económico que es vivido por la paciente como una situación preocupante y precaria. La paciente siempre le preocupó mucho la cuestión económica.

Procedente de Urgencias a donde acude acompañado de sus familiares (hijos) tras encontrarla por la mañana temprana, una vez levantada de la cama, intentando precipitarse por la ventana de un segundo piso de la vivienda a la calle, siendo descubierta por su hija, con la que vive cuando la llevaba el desayuno evitando que ocurriera un desenlace fatal. Tras permanecer en casa todo el día 12 horas más tarde la conducen a urgencia en donde dada la naturaleza de la conducta se decide el ingreso para estudio y valoración.

Antecedentes familiares psiquiátricos

Tío paterno ingresado en Sanatorio Psiquiátrico en donde, al parecer, murió siendo joven. Padre fallecido a los 47 años de enfermedad pulmonar, gran fumador.

Antecedentes personales somáticos

No AMC. Gonartrosis. Intervenida de rodilla derecha hace 12 años por condromatosis sinovial. Artroplastia total de rodilla izquierda hace 5 años. Intervenida de legrado uterino, varices y peritonitis.

Antecedentes personales psiquiátricos

Se define como independiente, con don de gentes, extrovertida, animosa y sociable. Le gusta estar con otras personas. La describen con mucho carácter, posesiva y dominante con sobrevaloraciones de la realidad, con afanes de protagonismo y compensaciones con fantasías. Los trece años desde su viudedad, vivió sola, es independiente, tiene amigas con las que viaja. Es muy de casa, de arreglar todo y tener todo "ímpoluto".

Antecedentes de valoración psiquiátrica hace cinco años durante el ingreso previo a su operación de rodilla valorada por un psiquiatra por estado de ánimo sub-depresivo con ansiedad asociada, siendo diagnosticada de trastorno adaptativo. Se inicia tratamiento con antidepresivos y benzodiazepinas con evolución favorable.

Enfermedad actual

En relación con el acontecimiento que origina el ingreso, manifiesta a las veinticuatro horas del mismo, “Tuve un arrebato de echarme por la ventana. No sé por qué. Me encontraba muy baja de ánimo”. Se lamenta de las consecuencias “le di a mi hija un día muy malo. Lo lamento muchísimo”. Y parece hacer crítica “No tengo gana de volverlo hacer”. Relata lo acontecido y concluye con “Pasaron muchas cosas por mi cabeza, todo en un segundo y sin embargo ahora me siento bien y no tengo por qué repetirlo”. Lo pone en relación con su ánimo y “Son muchas cosas las que pasaron juntas” y señala la viudez, la situación del estado de sus rentas que en los últimos meses le han dejado unos bajos vacíos y tiene dificultad para volverlo alquilar, dada la situación de crisis del país. Muy preocupada por la declaración de la renta de este año que tiene que hacerla.

Hasta dos meses antes su vida era independiente y llevaba una vida muy normal “Salía de casa hacia unas mañanas muy largas, caminando, paseando por establecimientos, encontrándose con amigas. Por la tarde se entretenía escuchando música y leyendo”. A partir de entonces y sin motivo aparentemente justificado dice que dejó sus actividades “no me daba por leer, ni escuchar la radio, necesitaba a veces una pastilla para dormir. Poco a poco la situación fue evolucionando en estos síntomas hasta llegar hace un mes a sentirse “muy mal, con muchos miedos a todo, a no ser capaz de arreglar las cosas de la casa y poco a poco abandonar los quehaceres habituales” “despreocupada de mí y del piso”. Se sentía cansada, con poca energía. La costaba iniciar el sueño y despertaba por la mañana, hacia las cinco de la mañana y no volvía a dormir. Perdió el apetito y adelgazo “Tenía muy poco interés por las cosas”. No hablaba una palabra “eso era lo que más me chocaba a mí” (decía la propia paciente de sí misma) “me sentía a disgusto consigo mismo”. Refiere que sentía un “Gran vacío interior”. Acepta que tenía ideas de muerte pero que no

tuvo, previamente ideas de matarse, se define como “una cobarde”. Reconoce que fue “un impulso” “Lo iba hacer y sentía miedo, pensaba, y si me quedo cataplejía, yo quería morir y morir ya”. Tras el episodio y después de ser rescatada por su hija se quedó ensimismada, parada, bloqueada durante unas horas, tiempo en el que los hijos tomaron la decisión de llevarla a urgencias a donde acudieron 12 horas más tarde.

Cuando se refiere a sus miedos, hace alusión a los 80 años que cumplió tres meses antes “Nunca me sentí mayor hasta el día que cumplí los 80”. Establece una clara diferencia entre este episodio y el que tuvo hace cinco años cuando la operaron de la rodilla “también me dio una depresión y me puse perfectamente pero esto es distinto”

Exploración psicopatológica

Al ingreso esta vigil, consciente, orientada en tiempo y lugar tanto auto como alopsíquicamente. Conserva funciones intelectivas superiores de memoria, concentración y cálculo. Poco colaboradora. Inhibida. Evita el contacto visual. Tiempo aumentado de latencia de la respuesta. Respuestas cortas, con monosílabos la mayor parte de ellas. Animo depresivo. Probable clínica delirioide de ruina. No se aprecian alteraciones de la sensorio-percepción. Hiporexia, insomnio precoz con despertares. A las 24 horas del ingreso su estado es más locuaz haciendo crítica a lo ocurrido y deseando marcharse a su domicilio que no al de su hija, alegando su independencia y autonomía. Se ponen de manifiesto un cortejo depresivo intenso u abundante con síntomas de ansiedad e ideas sobrevaloradas de ruina con desesperación y decepción

Pruebas complementarias

Tórax, p-a y laterales: Sin alteraciones pleuropulmonares agudas. Elongación y ateromatosis aórtica calcificada.

Tc cerebro sin contraste: Discreta atrofia cerebral. Ateromatosis calcificada en arteria vertebral izquierda y en los sifones carotídeos.

Hematimetría: Leucocitos 7800, Eritrocitos 4.44, Hemoglobina 13, Hematocrito 39, V.C.M. 87, H.C.M. 29, C.H.C.M. 34, Plaquetas 272000, MPV 9.8, Linfocitos % 27, Monocitos % 7.8, Neutrófilos % 62, Eosinófilos % 1.1, Basófilos % 0.3, LUC / LYC 1.6, Linfocitos 2130, Monocitos 610, Neutrófilos 4820, Eosinófilos 90, Basófilos 20.

Coagulación: T. Protrombina (cociente) 1.06, TTPA (cociente) 0.93.

Bioquímica: Glucosa 79, Urea 58, Creatinina 0.8, Acido Úrico 5, Colesterol 220, HDL - Colesterol 70, LDL - Colesterol 131, Triglicéridos 93, Proteínas totales 7.1, Albúmina 4.3, Bilirrubina Total 0.7, LDH 481, GOT (AST) 70, GPT (ALT) 81, GGT 40, Calcio 9.3, Fósforo 2.8, Sodio 142, Potasio 4, Cloro 104.

Orina: Densidad 1024, pH 5, Leucocitos NEG, Nitritos NEG, Proteínas NEG, Glucosa NORM, Cuerpos cetónicos NEG, Urobilinógeno NORM, Bilirrubina NEG, Eritrocitos 10, Leucocitos 65, Células Epiteliales 10, Cilindros hialinos 0.48, Bacterias Negativo,

Hepatitis: a - HAV - IgM Negativo, HBs - Ag Negativo, a - HBc Total Positivo, a - HBe Negativo, a - HBs Cuantificado 0.00 Negativo, a - HBc - IgM Negativo, a - HCV Negativo, a - HAV - IgG Positivo.

Tiroides: T4 libre 1.4, TSH 1.4.

Vitaminas: A. Fólico/s 20, Vitamina B12 447.

Serología: Ac. HIV 1/2 Negativo, Ac. totales Treponema pallidum Negativo.

Juicio clínico

Trastorno depresivo mayor grave sin síntoma psicótico. Conducta autolítica por precipitación con riesgo elevado de muerte.

Tratamiento

Venlafaxina 150 mg/día y lorazepan 1mg tres veces al día con Mirtazapina 30 mg al acostarse

Evolución

El primer día se encuentra dicharachera, habladora y avergonzada, arrepintiéndose de lo hecho. La última semana del ingreso la paciente presenta un bajón de su estado de ánimo derivado de la actitud y comportamiento de uno de sus hijos, esto nos hace plantearnos la cuestión en torno a la evolución post-alta. Se establecen conversaciones con los distintos miembros de la familia, con objeto de airear los problemas y facilitarle soluciones.

Permanecerá en casa de su hijo una temporada mientras recobra su autonomía. Durante este tiempo la medicación estará custodiada y suministrada por un miembro de la familia. No deberá permanecer sola durante este tiempo. Irá recuperando de forma paulatina sus hábitos previos de vida.

Discusión/comentarios

Paciente de 80 años, viuda desde hace 13 años, que vive sola. Se maneja bien de forma autónoma. Buen nivel intelectual y económico. Antecedente depresivo cinco años antes tras operación de artroplastia en rodilla izquierda con tratamiento antidepresivo seis meses con buena evolución. Estando previamente bien, hace dos meses, sin causa aparente que lo justifique y coincidiendo con su 80 cumpleaños deja de desempeñar las labores habituales de la casa, abandona sus paseos matinales, no llama a las amigas y duerme mal, poco a poco siente un gran vacío interior, con sensación de anergia, apareciendo inhibida y sin tener ganas de hablar, siente un miedo por todo y le preocupa mucho su situación económica (que no coincide con su situación real solvente y buena) manifestando ideas sobrevaloradas de ruina y culpa. El día del ingreso, al despertarse, sin mediar palabra se aproxima a la galería de su habitación y arroja el cuerpo por la ventana de un segundo piso de su vivienda. Es ese el momento en que su

Radiografía de una conducta autolítica fallida en una depresión grave

hija la lleva el desayuno, precipitándose sobre la paciente e impidiendo su caída al vacío. Tras ser rescatada la paciente queda bloqueada, inbibida, sin mediar palabra, situación que mantiene durante 12 horas lo que motiva que la familia la conduzcan a Urgencias desde donde se la ingresa en Unidad de Agudos.

En relación con el acontecimiento que origina el ingreso, manifiesta a las 24 horas del mismo, “Tuve un arrebato de echarme por la ventana. No sé por qué. Me encontraba muy baja de ánimo”. Se lamenta de las consecuencias “le di a mi hija un día muy malo. Lo lamento muchísimo”. Y parece hacer crítica “No tengo ganas de volverlo hacer”. Relata lo acontecido y concluye con “Pasaron muchas cosas por mi cabeza, todo en un segundo y sin embargo ahora me siento bien y no tengo por qué repetirlo”. Lo pone en relación con su ánimo y “Son muchas cosas las que pasaron juntas” y señala la viudez, la situación del estado de sus rentas que en los últimos meses le han dejado unos bajos comerciales vacíos y tiene dificultad para volverlo alquilar, dada la situación de crisis del país. Pone en relación sus miedos con su cumpleaños tres meses antes (16 de Abril) “Nunca me sentí mayor hasta el día que cumplí los 80”.

Durante el ingreso se ha ido poniendo de manifiesto una relación intra-familiar que bien podría estar en los factores precipitantes que motivaron el acto suicida, sobre un estado de base depresi-

vo en relación con los años cumplidos en unos rasgos pituitarios de mujer de carácter e independiente con gran preocupación “de siempre” por la situación económica que le aportaba su independencia, que la hace vivir los avatares de pérdida del equilibrio económico que tenía, con el abandono de un inquilino de más de 15 años y los problemas de la situación de crisis económica mundial.

Bibliografía

1. Bisen JR. Enfermedad médica y suicidio. En: Ros S, ed. La conducta suicida. Madrid: ELA; 1997.
2. Daniel Alberto Vidal. Factores de riesgo suicida en el anciano. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 8, Nº 2, octubre 1999, págs. 103 a 112.
3. Ghosh TB, Victor BS. Suicidio. En: Hales, Yudofsky, Talbott, dirs. Tratado de Psiquiatría, 2ª ed. Washington DC-London: American Psychiatric Press, 1995.
4. González JC, Ramos Y, Carbonell C, Bobes J. Poblaciones específicas de alto riesgo. En: Bobes J, González JC, Sáiz PA, eds. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Barcelona: Masson; 1997.
5. Rockwell FP, Rockwell D. Suicide. En: Hudson TW, Reinhart MA, Rose SD, Stewart GK, eds. Clinical Preventive Medicine: Health Promotion and Disease Prevention, 1ª ed. Boston: Little Brown and Company, 1988.
6. Sergio Andrés Pérez Barrero. El suicidio, comportamiento y prevención. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(2):196-217.