Revista de Patología Dual

Doi://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.04.12.

Caso clínico

LUDOPATÍA Y CONDUCTA SUICIDA

Gambling and suicidad behaviour

Clara Fuertes Abardía[1], Marina Pico Robles[2], María Irigoyen Otiñano[3]

[1] *Médico Residente en Medicina de Familia y Comunitaria. CAP 1er de Maig, Lleida.*

[2] *Graduada en Medicina en la Universidad de Lérida.*

[3] *Médico psiquiatra coordinador de consulta de prevención de riesgo suicida en HUSM de Lleida y psiquiatría de enlace.*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 4 de agosto de 2017
Aceptado el 7 de septiembre de 2017

Palabras clave: Juego patológico. Riesgo suicida. Impulsividad. Apoyo social. Trastorno de personalidad límite. Trastorno depresivo recurrente.

Key words: Pathological gambling. Suicide Risk. Impulsivity. Social support. Borderline personality disorder. Recurrent Major Depressive disorder.

RESUMEN

Se expone el caso clínico de un varón de 34 años, con probable diagnóstico de trastorno de personalidad límite, trastorno depresivo recurrente y múltiple patología orgánica, que presenta ludopatía y conducta suicida de repetición. En esta ocasión, el paciente ingresa por riesgo suicida en contexto de estresor familiar.

Previamente, el paciente había requerido asistencia en urgencias por dos episodios de conducta suicida en 2014 (sin requerir ingreso hospitalario) y dos en 2016 (ingresando en Unidad de Agudos en octubre y noviembre de 2016). En todos estos casos, se trataba de gestos de baja letalidad, en contexto de malestar emocional y bajo control de impulsos. Tras dichos intentos, realizó seguimiento en hospital de día con el objetivo de trabajar la identificación y manejo emocional, favorecer el autocontrol, y establecimiento de hábitos básicos para fomentar la autonomía y funcionalidad.

Destaca en el paciente una baja tolerancia a la frustración, con baja autoestima, marcada impulsividad y escaso autocontrol en lo referente a las conductas suicidas, juego patológico y hábitos alimentarios.

Durante el ingreso actual, se trabaja nuevamente sobre los objetivos mencionados previamente. Tras la estabilización clínica y resolución del factor estresor ambiental, el paciente es dado de alta sin presentar ideación de muerte ni intencionalidad suicida.

Las personas con trastorno límite de la personalidad y trastorno por disrupción del control de impulsos presentan mayor riesgo de presentar hábitos tóxicos, ya sea mediante el consumo de sustancias nocivas o bien mediante la realización de conductas patológicas como es el juego patológico. Estas conductas son motivadas en ocasiones por la agravación de estresores ambientales, asociados a rasgos de personalidad disfuncional, como la baja autoestima, impulsividad, y baja tolerancia a la frustración. Las personas con trastorno límite de personalidad tienen un mayor riesgo de ideación y conducta suicida.

ABSTRACT

We report a case of a 34 years old male, with a probable diagnosis of borderline personality disorder, recurrent depressive disorder and multiple organic pathology, who presents pathological gambling and repeated suicidal behavior. On this occasion, the patient was admitted for suicidal risk in the context of family stress.

Previously, the patient had been admitted twice for two episodes of suicidal behavior in 2014 (without requiring hospitalization) and two in 2016 (being admitted in the Acute Unit in October and November 2016). All these cases were low-lethality attempts in the context of emotional distress and poor impulse control. After these attempts, the follow up was carried out in the Day Hospital with the objective of working on identifying and managing emotions, promoting self-control and establishing basic habits to promote autonomy and functionality.

The patient has an evident lack of tolerance to frustration, with low self-esteem, marked impulsivity and poor self-control in relation to suicidal behavior, pathological gambling and eating habits.

Correspondencia:
mariairigoien@gmail.com

During the current hospital stay, work is done on the previously mentioned objectives. After clinical stabilization and resolution of the environmental stressor factors, the patient is discharged without presenting neither self-harm nor suicidal ideation.

People with borderline personality disorder and impulse control disruption disorder present a greater risk of developing toxic habits - either using toxic substances or showing pathological behavior as pathological gambling.

These behaviors are occasionally motivated by the aggravation of environmental stressors, associated with dysfunctional personality traits, such as low self-esteem, impulsivity, and low tolerance for frustration. People with borderline personality disorder have a higher risk of self-harming ideation and self-harming behavior.

INTRODUCCIÓN

Se expone el caso clínico de un varón de 34 años, con probable diagnóstico de trastorno de personalidad límite, trastorno depresivo recurrente y múltiple patología orgánica, que presenta ludopatía y conducta suicida de repetición.

ANAMNESIS

- **Antecedentes médico quirúrgicos:** Varón de 34 años. Sin alergias medicamentosas. Hipertensión arterial. Dislipemia. Obesidad. Hiperuricemia y gota. Sospecha de Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño. Degeneración retiniana. Comunicación interventricular (CIV) desde la infancia. Endocarditis por Streptococcus mutans sobre CIV, que requirió resección de válvula tricúspide y cierre de CIV en 2004, con posterior insuficiencia tricuspidea severa residual con dilatación de cavidades derechas. Síndrome DiGeorge (delección 22q11: cardiopatías, enfermedades neurológicas y dismorfia facial)
- **Hábitos tóxicos:** Exfumador. Niega otros consumos. Juego patológico desde hace un año, en máquinas recreativas con premio en bares, y secundariamente deudas relativas (dado el bajo nivel de ingresos), con baja capacidad de control de impulsos. Juegos de ordenador en domicilio (2 horas diarias según refiere) sin componente económico.
- **Antecedentes psiquiátricos:** Se inicia contacto en Salud Mental en la infancia por alteraciones conductuales y bajo rendimiento, se plantea como CI límite. Posteriormente orientado como Trastorno Límite de la Personalidad y sospecha de trastorno del espectro autista que no se confirma.

En 2014, dos episodios de gesto suicida por sobreingesta medicamentosa leve de características impulsivas, tras estresor ambiental, que no requirió ingreso. Posteriormente atendido en la consulta de riesgo suicida. La evolución psicopatológica fue tórpida, precisando hospitalización parcial.

En 2015, seguimiento en hospital de día durante un año con objetivo de instaurar hábitos básicos para la normalización de sus actividades básicas de la vida diaria, desarrollar estrategias de identificación y manejo emocional, y promover el autocontrol en torno a conductas de juego y gestos suicidas.

En 2016, ingresa en dos ocasiones (octubre y noviembre de 2016) en Unidad de Agudos de manera voluntaria por nuevas conductas suicidas, ambas de baja letalidad, en contexto de malestar emocional. En este periodo, se orienta como trastorno depresivo mayor recurrente.

Tras la hospitalización es derivado nuevamente a Hospital de día, durante 5 meses, con los objetivos de trabajar rasgos disfuncionales de personalidad y favorecer autonomía y funcionalidad. Durante su estancia, se observa tendencia a recurrir en conductas impulsivas, en relación a la sensación de rechazo por su entorno, manifestando conductas autoagresivas, heteroagresivas, juego patológico y atracones. Al alta, se inicia proyecto pre laboral que rechaza y solicitud en residencia de larga estancia. Mantiene seguimiento en consultas de psicología y psiquiatría.

- **Antecedentes psiquiátricos familiares:** Abuela paterna con antecedente de suicidio consumado. Madre con trastorno afectivo e ideación suicida.
- **Psicobiografía:** Padres de 78 con deterioro cognitivo y madre de 71 años con quienes convive. Es el menor de una fatria de 3 hermanos. Soltero, sin hijos. Educación es escuela de educación especial hasta los 18 años. Empleos de baja calificación. Actualmente, pensionista por invalidez total, y grado de discapacidad reconocido >65%.
- **Motivo de consulta:** En marzo de 2017, ingresa en la Unidad de Agudos de manera voluntaria por riesgo suicida a pesar del seguimiento intenso en consulta. Refiere malestar emocional en contexto de discusiones familiares, detonantes de ideación suicida, por lo que solicita ayuda. En este contexto, se produce aumento de la ansiedad basal y anhedonia, atracones, juego patológico, heteroagresividad física y verbal contra la familia. Refiere cumplimiento de pauta farmacológica.
- **Exploración psicopatológica:** Consciente, vigil y globalmente orientado. Colaborador y abordable.

Tensión interna elevada. Discurso adecuado en tono y ritmo, fluido y espontáneo, coherente. Locus de control externalizado. Inestabilidad emocional y labilidad, con momentos de llanto espontáneo durante la entrevista. Rasgos disfuncionales de personalidad cluster B, así como comportamiento globalmente regresivo e inmovilista (elevada impulsividad, escasa tolerancia a la frustración, sentimientos de soledad y de incomprensión…). No clínica psicótica. Ideación suicida en contexto de malestar emocional, no estructurada.

- **Pruebas complementarias:** Analítica con hemograma, bioquímica y hemostasia sin alteraciones. Serologías negativas. Tóxicos en orina negativos.

DIAGNÓSTICO

Eje I: Trastorno depresivo mayor recurrente (296.3). Juego patológico
Eje II: Trastorno límite de la personalidad (301.83). CI límite (WAIS total 2014:86)
Eje III: Los anteriormente descritos
Eje IV: Problema relativo al grupo primario de apoyo.

TRATAMIENTO

Quetiapina 50 mg 0-0-1
Bupropion 150 mg 1-0-0
Paliperidona 3 mg 0-0-1

EVOLUCIÓN

La evolución clínica durante el ingreso es favorable, se muestra contenido y abordable. Se mantiene su pauta de tratamiento durante el ingreso. Contextualiza malestar y pérdida de control en relación a estresor familiar. Aunque presenta labilidad emocional, no existe tristeza vital ni ansiedad psicofísica manifiesta. Niega ideación de muerte ni intencionalidad suicida durante las entrevistas. Destacan rasgos de impulsividad, baja tolerancia a la frustración, sensitivo y defensivo cuando se exponen elementos disruptivos en relación al hábito alimentario, al juego patológico, etc. en la entrevista familiar.

Ante la remisión de la situación de crisis que motivó el ingreso, y sin existir otra sintomatología aguda ni de riesgo se acuerda proceder al alta hospitalaria.

Posteriormente al Alta el paciente realiza seguimiento en consulta de riesgo suicida, consulta de juego patológico, psicología y trabajo social. El paciente no presenta nuevas conductas ni ideaciones suicidas. Se observa la persistencia de las conductas de juego patológico y atracones asociados a escaso autocontrol, baja tolerancia a la frustración, inmadurez cognitiva y dificultades de manejo emocional.

DISCUSIÓN

Al igual que otros países de la UE, España tiene una alta prevalencia de juego patológico, centrada en determinados tipos de juego culturalmente limitados. El gasto en juegos de azar en línea ha aumentado significativamente en los últimos años, lo que llevó al gobierno español a redactar una nueva legislación para regular el juego[1]. En muchos casos, el trastorno permanece oculto durante mucho tiempo con sólo unos pocos de los jugadores problemáticos o patológicos que buscan ayuda en la red de ayuda profesional[2].

El juego patológico muestra altas tasas de comorbilidad, especialmente con trastornos por consumo de sustancias, aunque también se asocian frecuentemente trastornos afectivos, de ansiedad y otros trastornos del impulso, así como trastornos de la personalidad[3]. Un estudio realizado en España en 2009 sobre una muestra de 498 pacientes con diagnóstico de juego patológico según criterios de DSM-IV-TR (11.8% mujeres), reveló que la mayor comorbilidad con trastornos afectivos se encontró en mujeres (30,5%), mientras que la mayor comorbilidad con trastornos relacionados con sustancias se encontró en hombres (11,2%). También se detectó una asociación positiva entre un historial de trastornos psiquiátricos y una comorbilidad actual con trastornos por consumo de sustancias, así como entre el abuso de alcohol y la edad. Por último, algunos rasgos de personalidad como la baja dependencia de la recompensa (OR = 0.964) y la alta impulsividad (OR = 1.02) predijeron el abuso de otras sustancias (no el alcohol). De este modo, se concluyó que una alta prevalencia de trastornos comórbidos en el juego patológico, principalmente con trastornos afectivos y relacionados con sustancias.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F, Granero R, Menchón JM. Gambling in Spain: update on experience, research and policy. Addiction. 2014; 109: 1595-601.
doi: 10.1111/add.12232.

2. Gisela Buchner U, Wodarz N. Pathological gambling--what do we know? Psychother Psychosom Med Psychol. 2011; 61: 341-6.
doi: 10.1055/s-0030-1262784.

3. Jiménez-Murcia S, Granero Pérez R, Fernández-Aranda F, Alvarez Moya E, Aymamí MN, et al. Comorbidity in pathological gambling: clinical variables, personality and treatment response. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2009; 2: 178-89.
doi: 10.1016/S1888-9891(09)73236-7.