



<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.03.10>

Caso clínico

1

INTENTOS SUICIDAS DE REPETICIÓN EN MUJER CON DEPENDENCIA A LA COCAÍNA

SUICIDE ATTEMPTS OF REPETITION IN WOMAN WITH DEPENDENCE TO THE COCAINE

Núria Prades Salvador, María Irigoyen Otiñano

Hospital Universitario Santa María de Lleida.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de enero de 2016

Aceptado el 10 de febrero de 2016

Palabras clave: Trastorno personalidad límite, trastorno uso de sustancias, conducta suicida.

Key words: Borderline personality disorder, substance use disorders, suicidal behavior

RESUMEN

Mujer de 36 años con antecedentes médicos de fibromialgia y espondilalgia. Problemática de consumo de cannabis, alcohol y cocaína. A nivel biográfico, destaca viudedad a los 21 años y escasa red sociofamiliar con persistencia de conflictiva interpersonal. Inicia contacto en la juventud en la red ambulatoria de Psiquiatría hasta que realiza primer intento de suicidio mediante sobreingesta medicamentosa. En total refiere al menos dos intentos de suicidio y varios ingresos en unidad de agudos y hospitalización parcial por conducta suicida. La orientación diagnóstica es de Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (309.28). Dependencia de cocaína actualmente en remisión total temprana (304.20). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad del adulto. Eje II: Trastorno límite de la personalidad (301.83).

En el último ingreso, se instaura paliperidona a dosis bajas y se optimiza antidepressivo. Mejora el control de la ansiedad, la impulsividad y la irritabilidad sin evidenciarse clínica propia de la privación. Así, es capaz de emitir un discurso más fluido y elaborado, centrado, haciendo crítica de los pensamientos de muerte y manifestando voluntad de cambio.

Las personas con trastorno de personalidad presentan elevada reincidencia como expresión impulsiva de rabia. Los trastornos por uso de sustancias están asociados a un elevado riesgo de intentos suicidas y de suicidio consumado. El perfil del paciente con dependencia a la cocaína y comportamiento suicida es el de una mujer joven, con historia familiar de conducta suicida, alta comorbilidad con otros tóxicos (dependencia de alcohol y/o opiáceos), antecedentes de depresión, historia de abusos en la infancia y elevadas puntuaciones en agresividad, introversión, neuroticismo y hostilidad.

ABSTRACT

20-year-old woman with medical precedents of fibromyalgia and spondylalgia. Problematics of consumption of cannabis, alcohol and cocaine. In her biography it stands out widowhood at the age of 21 and scanty network sociofamiliar with persistence of interpersonal conflicts. She initiates contact in the youth in the ambulatory network of Psychiatry until she does the first attempt of suicide. In total she recounts at least two attempts of suicide and several hospital admissions in acute care psychiatric unit and partial hospitalization for suicidal conduct. The diagnostic orientation is Adaptative mixed disorder with anxiety and depressive state of mind (309.28). Dependence of cocaine nowadays in total early remission (304.20). Deficit of attention with hyperactivity of the adult. Borderline personality disorder (301.83). In the last admission, it is set up paliperidone to low doses and antidepressant is optimized. It improves the control of the anxiety, the impulsiveness and the irritability without own clinic of deprivation. This way, it is capable of issuing a more fluid and elaborated, centered speech, doing critique of the thoughts of death and demonstrating will of change.

People with borderline personality disorder present high recidivism as impulsive expression of anger. The substance use disorders are associated with a high risk of suicidal attempts and of completed suicide. The profile of the patient with dependence to the cocaine and suicidal behavior is that of a young woman, with familiar history of suicidal conduct, high comorbidity with other toxics (dependence of alcohol and / or opiates), precedents of depression, history of abuses in the infancy and high punctuations in aggressiveness, introversion, neuroticism and hostility.

Correspondencia:

nuriapradessalvador@gmail.com

ANAMNESIS

Antecedentes médico-quirúrgicos: No alergias medicamentosas conocidas. Espondilalgia y fibromialgia en seguimiento por reumatología. Hipotiroidismo subclínico.

Hábitos tóxicos: Fumadora de 20 cigarrillos/día. Consumo ocasional de cocaína, haciéndose diario en los últimos dos meses. Consumo esporádico de cannabis. Consumo abusivo de alcohol (6 UBEs/día) con breves periodos de abstinencia.

Psicobiografía: Viuda desde los 21 años. Separada de su segunda pareja. Actualmente vive con su nueva pareja. Tiene dos hijos de 9 y 15 años de dos relaciones diferentes, el menor de ellos reside en un centro de acogida. Ha trabajado en un taller de confección, en una peluquería y en una pastelería. Actualmente no trabaja por enfermedad médica. Cobra pensión de viudedad.

Antecedentes psiquiátricos: En la adolescencia presenta distorsión de la imagen corporal realizando restricciones alimentarias y conductas purgativas. En esta etapa no hay seguimiento por parte de psiquiatría. Inicia el primer contacto a los 19 años por violencia de género. En el año 2000 empieza seguimiento en centro de salud mental por un cuadro ansioso-depresivo a raíz del suicidio de su marido. En el año 2009 realiza un intento suicida con posterior ingreso en la unidad de cuidados intensivos. En septiembre de 2011 realiza un segundo intento suicida mediante ingesta de quetiapina, ketazolam y cocaína requiriendo ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos por estado de coma secundario a la sobreingesta. Después de tres días en la Unidad de Cuidados Intensivos es dada de alta con mejoría clínica y ausencia de ideación suicida en ese momento. En enero de 2013 ingresa de forma voluntaria en la unidad de hospitalización de agudos por clínica depresiva e ideación suicida estructurada en relación a diversos factores estresantes. Durante el ingreso no se evidencia clínica afectiva mayor consistente en melancolía o desesperanza, sino rasgos de personalidad cluster B con tendencia al mal manejo de la frustración. A las pocas semanas del último ingreso consulta en urgencias de psiquiatría por aumento de la irritabilidad, heteroagresividad verbal con familiares y conflictividad en casa, manifestando dificultades para readaptarse a su vida diaria por lo que se cursa ingreso nuevamente en la Unidad de hospitalización de agudos. En los días posteriores hace buena crítica de lo ocurrido y se muestra activa y colaboradora. Se considera oportuna la derivación a Hospital de día con los objetivos de mejorar los síntomas propios de su patología y desarrollar una estrategia de intervención integral que facilite el establecimiento de conductas normalizadas. En el mes siguiente, mientras se encontraba a la espera de ingreso en hospital de día, vuelve a acudir a urgencias en repetidas ocasiones y

en una de ellas se decide ingreso en hospitalización de agudos otra vez. Manifestaba que no podía dejar de pensar en realizar conductas auto y heterolesivas añadiéndose las dificultades con su pareja y su hija. Debido a que se trataba del tercer ingreso en los últimos tres meses, se decidió prolongar el ingreso para lograr una mayor estabilidad clínica. Cuando ésta se consigue, puesto que a sus circunstancias algo desfavorecedoras se añade una escasa tolerancia a la frustración, se vuelve a derivar a la paciente a hospital del día para consolidar mejoría y afrontar nuevas estrategias que permitan afrontar sus dificultades.

Antecedentes psiquiátricos familiares: Familiar de primer orden diagnosticado de trastorno obsesivo-compulsivo. Familiar de primer orden diagnosticado de Síndrome de Gilles de la Tourette.

Motivo de consulta: En enero de 2014 ingresa de forma involuntaria en la Unidad de Agudos por ideación suicida y alteración de la conducta en el contexto de ánimo bajo, insomnio de consolidación y estado ansioso que le provoca el deseo de consumir cocaína y abusar de la medicación acompañándose de pensamientos de muerte estructurados que no es capaz de controlar.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Vigil y orientada en tiempo, espacio y persona. Colaboradora. Contacto sintónico. Extrapunitiva e inmovilista con relativa capacidad de introspección. Leve irritabilidad y distraibilidad durante la entrevista. Dificultades para manejar el malestar emocional. Pensamientos de muerte e intención suicida reactivos al malestar psíquico. Inestabilidad emocional. Sentimientos de vacío e incomprensión. No clínica afectiva endogenomorfa. No clínica psicótica. Personalidad inmadura, alta reactividad al ambiente, escasa tolerancia a la frustración, impulsividad elevada y persistencia de conductas de escape. Baja conciencia de trastorno.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica sanguínea sin alteraciones en bioquímica, hemograma, hemostasia ni serología. Sedimento sin alteraciones. Tóxicos en orina positivo para benzodiazepinas, cocaína y cannabis.

DIAGNÓSTICO

Eje I: Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (309.28). Dependencia de cocaína actualmente en remisión total temprana (304.20). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad del adulto.

Eje II: Trastorno límite de la personalidad (301.83).

Eje III: Los anteriormente descritos.

Eje IV: problema biográfico V62.89.

TRATAMIENTO

- Ácido fólico 5 miligramos 1 comprimido en la comida.
- Paliperidona 3 miligramos 1 comprimido en la cena.
- Desvenlafaxina 100 miligramos 1 comprimido en el desayuno.
- Gabapentina 400 miligramos 1 comprimido en desayuno, almuerzo y comida y dos comprimidos en la cena.
- Mirtazapina 30 miligramos 1 comprimido en la cena.
- Lormetazepam 2 miligramos si precisa por insomnio.

EVOLUCIÓN

Inicialmente, la paciente se muestra hostil y querulante presentando dificultades para adaptarse a las dinámicas de la unidad. Destaca la inestabilidad emocional, una elevada impulsividad y ansiedad así como deseo de consumir. Progresivamente, presenta un comportamiento más adecuado mostrándose contenida y siguiendo las indicaciones terapéuticas. Se realizan reajustes farmacológicos instaurándose paliperidona a dosis bajas, se optimiza antidepresivo y se emplean psicotropos con perfil ansiolítico evitando las benzodiazepinas por su tendencia al abuso. La paciente tolera adecuadamente el tratamiento ensayado. Mejora el control de la ansiedad, es capaz de identificar adecuadamente los perjuicios del consumo de tóxicos identificándoles correctamente como precipitantes de la aparición de la ideación suicida.

De este modo, manteniendo abstinencia y respondiendo favorablemente a la medicación, niega ideación suicida y manifiesta proyectos vitales ajustados a la realidad aceptando continuar con las pautas propuestas y el seguimiento. Durante el ingreso, la paciente obtiene un resultado positivo en el screening para el Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad del adulto, por lo que se inicia tratamiento con Metilfenidato que debe de ser suspendido por problemas de tolerabilidad. Así mismo, se plantea la posibilidad de derivar a la paciente a una Comunidad Terapéutica para conseguir consolidar la abstinencia de tóxicos pero se niega, por lo que se da de alta al Centro de adicción a sustancias de referencia y visitas en el programa de prevención de riesgo suicida.

En febrero de 2014, ingresa en Hospital de día con los objetivos de estabilización clínica, abstinencia de tóxicos, evitar abusos del tratamiento, trabajar rasgos disfuncionales de su personalidad y mejorar áreas funcionales. Tras cuatro meses de hospitalización

parcial es dada de alta a la consulta de adicción a sustancias donde continúa seguimiento conservando abstinencia completa y estabilidad psicopatológica.

DISCUSIÓN

El fenómeno epidemiológico de la conducta suicida que observa mayor presencia de ideación suicida e intentos suicidas en las mujeres y mayor suicidio consumado en los varones fue descrito como la "paradoja del sexo"¹.

El trastorno de personalidad límite es un trastorno grave, crónico caracterizado por la inestabilidad emocional, la impulsividad y la auto y heteroagresividad². La relación entre conductas suicidas y trastornos de personalidad es conocida y ambivalente.

Las personas con intentos de suicidio que tienen un diagnóstico de trastorno de personalidad muestran las tasas más elevadas de repetición de dichas conductas y frecuentemente esas conductas se han descrito como expresión impulsiva de rabia contra los demás o uno mismo³. Los trastornos por uso de sustancias están asociados a un elevado riesgo de intentos suicidas y de suicidio consumado⁴.

El perfil del paciente con dependencia a la cocaína y comportamiento suicida es el de una mujer joven, con historia familiar de conducta suicida, alta comorbilidad con otros tóxicos (dependencia de alcohol y/o opiáceos), antecedentes de depresión, historia de abusos en la infancia y elevadas puntuaciones en agresividad, introversión, neuroticismo y hostilidad⁵.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1998;28:1-23.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
3. Blasco Fontecilla H, Baca-García E, Saiz-Ruiz J. Introduction and overview. *Personality disorders and suicide. Theory and research*. Nueva York: Nova Science Publ; 2007:107-115.
4. Schneider B, Georgi K, Weber B, Schnabel A, Ackermann H, Wetterling T. Risk factors for suicide in substance related disorders. *Psychiatric Praxis*. 2006; 33: 81-87.
doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2005-866858>
5. Roy A. Characteristics of cocaine dependent patients who attempt suicide. *Archives of Suicide Research*. 2009. 13:46-51.
doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13811110802572130>