



<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.03.9>

Caso clínico

1

MUJER, ADICCIONES Y SIMULACIONES WOMEN, ADDICTIONS AND SIMULATIONS

Isabel Morales Sáenz^a, Estefanía Segura Escobar^b

^a R2 de psiquiatría del HGU Ciudad Real.

^b FEA Psiquiatría del HGU Ciudad Real.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de enero de 2016

Aceptado el 10 de febrero de 2016

Palabras clave: Ideación suicida, consumo de tóxicos, trastorno personalidad.

Key words: Suicidal ideation, substance abuse, personality disorder.

RESUMEN

Se expone aquí el caso de una paciente ingresada en la unidad de agudos por ideación suicida, en el contexto de consumo de tóxicos. Durante el ingreso se ponen de manifiesto rasgos disfuncionales de la personalidad, lo que supone una dificultad añadida para el diagnóstico y tratamiento de la paciente.

ABSTRACT

We describe here a case of a woman who was firstly hospitalized due to suicidal ideation as part of a substance abuse condition. During her hospitalization she presented some typical features of a personality disorder, which additionally hampers the correct diagnostic and the optimal treatment for the patient.

ANAMNESIS

Se trata de una mujer de 33 años, que se encuentra ingresada en la unidad de hospitalización breve desde hace 24 horas por ideas de muerte.

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes médicos: No presenta alergias medicamentosas. No enfermedades médicas de interés. Intervenida quirúrgicamente con adenoidectomía.

Antecedentes psiquiátricos: En seguimiento irregular en la unidad de salud mental y Unidad de conductas adictivas desde hace unos 10 años, visitas puntuales con su psiquiatra de referencia sin realizar continuidad de cuidados. Ha sido ingresada un total de 14 veces en la Unidad de hospitalización breve, por ideación suicida, conductas autoagresivas en contexto de consumo de sustancias y para desintoxicación.

Antecedentes psicobiográficos: Soltera, un hijo adolescente de una relación anterior. Relación con su familia disfuncional por sus alteraciones de conducta.

Tóxicos: Consumo de heroína y cocaína inhalada desde hace más de 10 años, con periodos de hasta 1 año de abstinencia y recaídas posteriores. Consumo perjudicial de alcohol, en relación al resto de sustancias.

Tratamiento: Fluoxetina 20mg cada 24h, lorazepam 1mg cada 8h, Trazodona 100mg cada 24h, omeprazol 20mg cada 24h. Incumplimiento terapéutico importante durante todos estos años.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente que ingresa por ideación suicida en el contexto de reinicio en el consumo de tóxicos, acude sola a urgencia como tantas otras veces. Comienza con sintomatología ansioso-depresiva reactiva, problemas familiares derivados de esta nueva recaída con sentimientos de minusvalía y culpa, e ideas de muerte como escapatoria, con gestos y amenazas como tirarse de un coche, que motivan múltiples visitas al servicio de urgencias hasta indicarse el ingreso.

Correspondencia:
estefania_seg@yahoo.es

EXPLORACIÓN

Consciente y orientada. Correcta y colaboradora, aspecto físico descuidado, se objetiva deterioro físico. No presenta alteraciones mayores en el estado de ánimo. Actitud pueril, demandante y manipuladora. Presenta un discurso espontáneo, fluido y coherente, centrado en su desesperación y tristeza por la recaída y en su deseo de recuperación. No presenta alteraciones del curso ni del contenido del pensamiento. No trastornos senso-perceptivos. Escasa tolerancia a la frustración y dificultad en el control de impulsos. Alteración del sueño y del apetito en íntima relación con el consumo de tóxicos. Verbaliza ideas de muerte sin ideación autolítica estructurada. Juicio correcto de realidad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Durante el ingreso se realiza analítica sanguínea sin alteraciones. Sistemático de orina compatible con Cólico renoureteral, así como diversas pruebas de imagen (radiografías y ecografía abdominal).

EVOLUCIÓN

Durante el ingreso se realiza un ajuste de tratamiento con lo que desaparecen rápidamente las ideas de muerte y el estado de ánimo se acerca a la eutimia. Se controlan los síntomas de ansiedad referidos por la paciente. No presenta síntomas de abstinencia. Durante su estancia refiere dolor abdominal compatible con cólico renoureteral y fiebre termometrada de 38°C, la paciente informa de antecedentes de CRU que precisó litotricia hace varios años por lo que se comienza con tratamiento antibiótico y analgesia muy intensa que no parecen mejorar los síntomas. Durante el estudio del dolor se detectan manipulaciones en las pruebas (calienta el termómetro en agua caliente, vierte sangre de una herida realizada por ella para simular hematuria, y se encuentra un estudio ecográfico realizado previo al ingreso del que la paciente no había informado y que es rigurosamente normal). Al confrontar a la paciente sobre todo esto, reconoce la producción voluntaria de los síntomas y signos sin que se encuentre una motivación externa que explique dicha actitud. Impresionan de intentos de reclamar la atención del personal. En su historial clínico se encuentran situaciones similares, realizándose lesiones en un dedo del pie, simulando hematemesis o dolores abdominales. En uno de estos casos, la paciente presentó un proceso apendicular del que tuvo que ser finalmente intervenida dada la dificultad para controlar el dolor. Finalmente es dada de alta.

DIAGNÓSTICO

- Abuso de múltiples sustancias (alcohol, opiáceos,

cocaína)¹.

- Trastorno facticio con predominio de producción de síntomas físicos.
- Trastorno límite de la personalidad².

DISCUSIÓN

En el caso de esta paciente, en la que se mezclan 3 ejes fundamentales diagnósticos, nos encontramos con la dificultad del manejo en cuanto a la abstinencia de tóxicos, ya que se entremezclan marcados rasgos de personalidad límite, con conductas disruptivas y escaso apoyo familiar, así como un empeño por simular múltiples enfermedades físicas, desviando así la atención sobre otros problemas de salud, que requerirían a priori un manejo más urgente. Llama la atención la aparición de estas conductas facticias en el momento de abordar el plan de deshabituación de los tóxicos.

Se ha visto además, que en las mujeres el consumo de alcohol u otras sustancias pasarían más inadvertidas, produciendo además sintomatología en la esfera anímica. Esta situación asociada a trastornos de personalidad dificultan enormemente tanto el diagnóstico como un adecuado seguimiento, así como una óptima adherencia al tratamiento. Son frecuentes en estos casos el abandono por parte de las pacientes del seguimiento en las diferentes unidades de salud mental y requieren de paciencia para finalmente poder facilitar la ayuda necesaria en el abandono del consumo de sustancias.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- 2 Bender DS, Oldham JM, Skodol AE, Torgersen S. Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. In: Essentials of Personality Disorders. Washington: American Psychiatric Publishing; 2009.