



MANEJO ANTE PACIENTE CON IDEACIÓN SUICIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Ana Belén Martí Martínez; M. Paz Castillo Alarcón; Mehdi Ziadi Trives; Raquel García Bouza; Ruxandra G. Danis; Cristina García Núñez; Francisco Miguel Fenollar Iváñez.

Hospital General Universitario de Elche (Alicante).
amarmar3@hotmail.com

Ideación suicida, Riesgo suicida, Enfermedad mental, Tratamiento
Suicidal thoughts, Suicidal risk, Mental disorder, Treatment

RESUMEN:

Se trata de una mujer de 62 años en tratamiento psiquiátrico desde los años 90 por cuadro de ansiedad y depresión. Diagnosticada en 2005 de Trastorno distímico, habiendo realizado varios intentos autolíticos, requiriendo en dos ocasiones ingreso en Unidad de Agudos de Psiquiatría y en Medicina Intensiva por intentos autolíticos graves. Ha recibido tratamiento a nivel ambulatorio con distintas benzodiazepinas y antidepresivos y tratamiento psicológico de forma irregular. La paciente presenta rasgos anormales de personalidad que marcan la evolución del trastorno de base (trastorno distímico) y que en ocasiones, hace cuestionarse al terapeuta este diagnóstico y el significado de los diversos intentos de suicidio.

INTRODUCCIÓN

Se presenta un caso clínico de una paciente con ideación suicida recurrente, para tratar de forma concreta los puntos básicos en la evaluación y tratamiento de este tipo de pacientes, un tipo de pacientes frecuentes en las urgencias psiquiátricas.

Convendría en primer lugar diferenciar entre los siguientes términos que nos pueden llevar a confusión. En primer lugar, *Suicidio* se refiere a la muerte que resulta de un acto suicida; *Intento suicida* sería cualquier acto suicida cuyo resultado no fue la muerte y por último *Ideación suicida* concierne a los pensamientos, planteamientos o deseos de cometer un suicidio.

El sujeto puede tener distintas formas de presentación de la *Ideación suicida*: sin planteamiento de acción, con un método inespecífico o indeterminado, con un método específico pero no planificado o bien, con un plan suicida que incluye elección de un método específico, un lugar determinado y toma precauciones para no ser descubierto.

CASO CLINICO

Mujer de 62 años que ingresa en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos tras realizar un intento de autolisis.

Historia biográfica

Se trata de una mujer de nacionalidad española, casada, con varios intentos de separación del marido y con dos hijos. Es ama de casa, ha realizado trabajos no cualificados. Obtuvo el Graduado Escolar.

Antecedentes personales médicos

Alergia a la penicilina. Fumadora de 10 cigarrillos/día. Hipoxia neonatal, desarrollo psicomotor normal. Fibromialgia. Artrosis rodillas.

Antecedentes personales psiquiátricos

Es diagnosticada de síndrome depresivo y ansiedad hace unos 20 años.

Presenta un episodio hipertímico tras su segunda separación matrimonial transitoria. En este episodio la familia refería cambios de conducta del tipo: consumo excesivo de bebidas energéticas, chateo muy frecuente y gastos económicos excesivos.

Tres años más tarde sufre una metrorragia funcional e inicia tratamiento con anticonceptivos a altas dosis, con empeoramiento del cuadro clínico habitual: ánimo triste, apatía, ansiedad, miedos e ideación autolítica con primer gesto autolítico mediante ingesta medicamentosa y alcohol.

Unos meses más tarde ingiere de nuevo psicofármacos con fines autolíticos. En estos intentos autolíticos se observan rasgos anormales de personalidad en esta paciente.

Cinco meses más tarde, se procede a su primer ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos. El motivo del ingreso es por presentar ideación autolítica persistente tras haber hecho una ingesta de psicofármacos. Se asocia a sintomatología de depresión endógena, crisis de ansiedad diarias, ideación autolítica, fobias de pulsión, rumiaciones obsesivas y rasgos anormales de la personalidad de tipo neurótico, según consta en la historia clínica de la paciente. Existe un deterioro de la vida cotidiana y de las relaciones interpersonales. Es diagnosticada de Distimia y Trastorno neurótico de la personalidad. Se ajusta tratamiento antidepresivo y ansiolítico (maprotilina 75mg/día y clonazepam 2mg/día).

Dos años más tarde, tras ruptura matrimonial, permanece unos meses con una discreta euforia, posteriormente se mantiene la mayor parte del tiempo deprimida (no disponemos de más datos clínicos al respecto). En este momento se plantea el diagnóstico de Trastorno Bipolar en la Unidad de Salud Mental por la sintomatología depresiva e hipertímica episódica presentadas hasta el momento, junto con la información que aporta la paciente, en cuanto a la posibilidad de un diagnóstico de Trastorno Bipolar en dos de sus hermanas.

Durante estos años de seguimiento en la Unidad de Salud Mental acude de forma regular a las consultas con psiquiatría pero de forma irregular a las consultas con psicología hasta cesar éstas últimas por iniciativa propia, comentando que no le gustaban los consejos que le daba el psicólogo.

MANEJO ANTE PACIENTE CON IDEACIÓN SUICIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Antecedentes psiquiátricos familiares

- Padre con alcoholismo y epilepsia.
- Primo hermano fallecido por suicidio mediante precipitación.
- Una hermana diagnosticada de Trastorno de personalidad.
- Otras dos hermanas con sintomatología ansiosa o somatoforme y una de ellas, síndrome de colon irritable, en las que posteriormente se establece la impresión diagnóstica de Trastorno Bipolar (no disponemos de informes clínicos).

Enfermedad actual

Realiza nuevo gesto autolítico y es ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos y posteriormente en el servicio de Medicina Interna por haber sido encontrada inconsciente en su casa, con varios blisters vacíos de antidepresivos y benzodiacepinas y con 2 botellas de alcohol (whisky y ron). En días previos había avisado de su intención de suicidarse y se encontraron cartas de despedida en su domicilio. Se solicita interconsulta al servicio de Psiquiatría tras 6 días de ingreso y en aquel momento se constata un ánimo depresivo reactivo a separación matrimonial y pérdida de recursos económicos, sin ideas de autolisis. Se aconseja seguimiento a nivel ambulatorio en tratamiento con alprazolam 1.5mg/día, quetiapina 100mg/día, duloxetina 60mg/día y trazodona 100mg/día. Se diagnostica de Trastorno Histriónico de la Personalidad y Trastorno distímico.

Tres días después del ingreso hospitalario se hace revisión psiquiátrica a nivel ambulatorio, se añade tratamiento con sales de litio 600mg/día, bajo la sospecha de Trastorno Bipolar.

Cinco días más tarde, es ingresada en Neurocirugía. El ingreso en este servicio hospitalario es motivado por una lesión craneal derecha penetrante autoprovocada mediante introducción de una punta de broca. Se realiza también múltiples lesiones por abrasión en mama izquierda con el mismo objeto. Se realiza una primera interconsulta al servicio de Psiquiatría 5 días tras la producción de las lesiones y se observa un ánimo deprimido, no ideación autolítica, realizando crítica del gesto autolítico. No se recomienda el ingreso en la Unidad de Psiquiatría en ese momento. Se realiza seguimiento por parte de psiquiatría durante el ingreso hospitalario y en dos días reaparecen las ideas autolíticas, con amenazas de repetir gestos autolíticos y mostrando actitudes histriónicas. Se aconseja traslado a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

Exploración psicopatológica

Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. Presenta un buen aspecto físico. Se objetiva un contacto pueril y actitud manipulativa durante la entrevista. Refiere apatía y tendencia al llanto, así como astenia. Presenta un estado de ánimo distímico con labilidad afectiva, ideas de minusvalía personal y desesperanza. Existen rumiaciones obsesivas e insomnio crónico. Verbaliza ideas de muerte pero sin planes autolíticos concretos. Se objetivan rasgos de personalidad de tipo neurótico (inseguridad, baja autoestima, dependencia..). No presenta ideación delirante ni alteraciones perceptivas. No refiere síntomas psicóticos de primer rango. No se observan trastornos del movimiento. Juicio de realidad conservado.

Pruebas complementarias

- **Análítica sanguínea** con hemograma, bioquímica, coagulación y hormonas tiroideas dentro de la normalidad.
- **ECG**: muestra un ritmo sinusal a 85 lpm, sin alteraciones en la repolarización.
- **TAC craneales** sin contraste:
Al ingreso: Enfisema subcutáneo en región temporal derecha y defecto óseo en hueso temporal derecho, con probable pequeño hematoma extraaxial adyacente y colección hiperdensa de trayecto lineal de localización en el lóbulo temporal derecho sugestivo de hemorragia. Línea media centrada. Talla ventricular normal.
A los 7 días: Se aprecia una desaparición casi completa del enfisema subcutáneo y del sangrado extraaxial temporal derecho. Persiste sin cambios el defecto óseo temporal derecho y el sangrado intraaxial lineal de 2.5 cm de tamaño, asociado a pequeño edema perilesional. No se visualiza desplazamiento de la línea media. Talla ventricular conservada.
- **Inventario Clínico Multiaxial de Millon III**: destaca personalidad Dependiente (85), T. Ansiedad (101), T. Somatomorfo (115), Depresión Mayor (87) y T. Distímico (80). Resto: Esquizoide (69), Evitativa (65), Depresiva (41), Histriónica (51), Narcisista (42), Antisocial

MANEJO ANTE PACIENTE CON IDEACIÓN SUICIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

(60), Agresiva (sádica) (53), Compulsiva (69), Pasivo-agresiva (38), Autodestructiva (51), Esquizotípica (58), Límite (54), Paranoide (63), T. Bipolar (50), Dependencia de alcohol (66), Dependencia de sustancias (60), Trastorno por estrés postraumático (63), Trastorno del pensamiento (71), Trastorno Delirante (62). Sinceridad (63), Deseabilidad social (45), Devaluación (68), Sí validez del test realizado.

Evolución en el ámbito hospitalario

Permanece ingresada durante diez días en la Unidad de Psiquiatría. En los días iniciales, refiere tristeza, aunque objetivamente durante la entrevista no lo aparenta, incluso llega a reírse, e impresiona de estado de ánimo distímico con buena reactividad afectiva. Presenta rumiaciones obsesivas entorno a los problemas de relación con su marido, que reconoce como desencadenante de su situación clínica psiquiátrica, demuestra su necesidad de permanencia a su lado, de miedo a la soledad, de necesidad de aprobación por parte de su marido y de ayuda de otros para la toma de decisiones. Mantiene una actitud pueril y manipulativa la mayor parte del tiempo de estancia hospitalaria, en ocasiones con el fin de evitar la asunción de responsabilidades domésticas y obtener la reconciliación con su marido. En los grupos terapéuticos tiende al egocentrismo en la producción verbal, a centralizar la sesión grupal con quejas somáticas inespecíficas y nada consistentes, mostrando una actitud infantiloides. Realiza continuamente preguntas sobre su tratamiento, insiste en la imposibilidad de poder dormir o reducir su ansiedad con ningún tipo de medicación, terminando en llanto en alguna de estas conversaciones entorno a este tema. Reiterativa con este tema, muy demandante, en ocasiones exigente y controladora. En cuanto a las ideas de muerte, sin planes autolíticos concretos ni estructurados, van desapareciendo progresivamente, realizando una crítica completo del gesto autolítico realizado y verbalizando planes de futuro positivos.

Juicio diagnóstico y tratamiento

En base a la clínica que presenta la paciente, los rasgos de personalidad que destacan y el test de personalidad realizado, se mantiene el diagnóstico de Trastorno distímico y se añade el Trastorno mixto de la personalidad (cluster B y C).

Durante el ingreso y al alta, se mantiene el mismo tratamiento que tomaba: quetiapina 100mg/día, duloxetina 60mg/día, sales de litio 600mg/día y trazodona 100mg/día, excepto alprazolam que se retira progresivamente.

Evolución en el ámbito ambulatorio

La paciente permanece estable tras el alta hospitalaria con el mismo tratamiento farmacológico, excepto las sales de litio que se retiran por un hipotiroidismo yatrógeno. Pasado más de un año la paciente procede a la separación de su marido de forma definitiva. En la consulta de un mes más tarde se encuentra bien de ánimo, tranquila, viviendo sola, saliendo con sus amigas, sin problemas de sueño, disfrutando de sus actividades de ocio, de las relaciones sociales y familiares con sus hijos. Dice no haber tenido ideas de muerte ni de autolisis de forma reciente.

EVALUACIÓN Y MANEJO DEL PACIENTE CON IDEACIÓN SUICIDA

EVALUACIÓN DE LA IDEACIÓN SUICIDA

1. Existencia de enfermedades mentales previas.

2. Valorar intentos suicidas previos y conseguir información detallada de estos. Podemos utilizar las siguientes preguntas:

- ¿Cuántas veces lo ha intentado?
- ¿Cuándo fueron?
- ¿Cómo lo intentó en cada una de ellas?
- ¿Hubo alguna situación precipitante?
- ¿Requirió de hospitalización en alguna de ellas?
- ¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizado?

3. Ideación suicida.

- **Investigar la estructuración de la ideación:**

MANEJO ANTE PACIENTE CON IDEACIÓN SUICIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

A partir de una situación conflictiva o preocupante:

¿Cómo piensa resolver tu situación/ o la situación que me ha descrito?

Si el paciente tiene problemas de insomnio: "Me ha comentado que no duerme mucho, cuando está sin poder dormir ¿en qué piensa?"

Si no comenta nada sobre suicidarse podemos preguntar "¿alguna vez ha pensado en hacerse daño?"

Si es afirmativa la respuesta concretamos más "¿ha pensado en suicidarse?"

- **Establecer la planificación de la ideación:**

¿Cómo ha pensado suicidarse?

Acceso fácil al método elegido o si algún familiar o conocido ya ha empleado dicho sistema y le ha sido efectivo.

¿Cuándo ha pensado suicidarse?

¿Dónde ha pensado suicidarse?

¿Por qué se va a suicidar? Doble finalidad: establecer el motivo principal que nos puede ayudar a orientar la posterior intervención, e identificar el significado del acto suicida (llamar la atención, manifestar ira, indicar la gravedad de sus problemas, petición de ayuda, vengarse de alguien, deseo claro de morir, etc.)

4. Características del intento autolítico:

- Letalidad del método
- Conciencia de efectividad de la tentativa
- Entorno en el que se realiza
- Intencionalidad
- Grado de planificación versus impulsividad
- Actitud ante el resultado
- Crítica o no del intento autolítico
- ¿Han cambiado las circunstancias que determinaron el intento?
- Como se han manejado situaciones previas similares
- Existencia o no de planes alternativos y/o de futuro.

5. **Evaluación de la desesperanza.** Plantear cuestiones relacionadas con el futuro.

6. **Evaluación de las ideas/sentimiento de culpa**

7. **Evaluación de los apoyos sociales reales y percibidos**

8. **Evaluación de los valores y creencias**

9. Valoración de los factores de protección

- Buen apoyos social (casado o con pareja, hijos)
- Ser religioso.
- Sin patología depresiva, abuso de sustancias u otro trastorno psiquiátrico.
- Fácil acceso a servicios médicos o de salud mental.
- Consciente de que su ideación suicida es transitoria.
- Capacidad para resolver problemas y superar situaciones difíciles.

10. Escalas de evaluación

- **Escala de Evaluación del Suicidio (SUAS)**
- **The Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS).** Evaluación del tratamiento de la depresión. Uno de los elementos mide los pensamientos suicidas.
- **La Escala de Desesperanza de Beck (BHS)**
- **La Escala de Intención Suicida (SIS).** No se han realizado estudios de validación en nuestro país y sólo disponemos de algunas adaptaciones o traducciones al castellano.
- **Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCCS-18).** Se han identificado cuatro factores que reflejan creencias sobre: la legitimación del suicidio, el suicidio en enfermos terminales, la dimensión moral del suicidio y el propio suicidio.
- **La Escala de Riesgo Suicida.** Es capaz de discriminar entre individuos normales y pacientes psiquiátricos con ideación autolítica.

MANEJO ANTE PACIENTE CON IDEACIÓN SUICIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

- **SAD person Scale** de Patterson y cols. (1983). Consta de 10 ítems que se puntúan de 0-1. Evalúa variables como: sexo, edad, presencia de depresión, intentos previos, abuso de alcohol, trastornos cognitivos, bajo soporte social, plan organizado de suicidio, sin pareja estable, enfermedad somática. La evaluación según la puntuación obtenida es la siguiente:
 - 0-2: Alta al domicilio con seguimiento ambulatorio
 - 2-4: Seguimiento ambulatorio intensivo. Considerése el ingreso
 - 5-6: Hospitalización si no hay control familiar adecuado
 - 7-10: Hospitalización. Elevado riesgo de suicidio

MANEJO DEL PACIENTE SUICIDA

- **Actitud del terapeuta:**
 - Mantener la calma.
 - Escuchar activa.
 - Ser empático, mostrar comprensión y respeto.
 - Evitar juicios de valor.
 - Informar al paciente.
 - Tomar en serio amenazas suicidas.
- **Objetivos terapéuticos:**
 - Reconocer factores de riesgo suicida
 - Evaluar ideación suicida.
 - Evitar tentativa autolítica.
 - Búsqueda de alternativas más adaptativas.

Los dos primeros puntos se han tratado en el apartado anterior.

La forma de evitar una nueva tentativa autolítica es mantener una supervisión del paciente de forma continua para evitar cualquier tipo de autolesión u otro tipo de acto autolítico y crear un ambiente seguro para el paciente.

En cuanto a la búsqueda de alternativas más adaptativas para establecer soluciones a la situación del paciente, se pretende colaborar en la adquisición de conocimientos y habilidades para reconocer y afrontar situaciones estresantes a través de las siguientes intervenciones:

- **Desarrollar perspectivas positivas:**
 - Revisar experiencias pasadas.
 - Buscar relaciones terapéuticas con personas significativas.
 - Reconocer la realidad de forma objetiva.
- **Reflexión y reestructuración cognitiva:**
 - Modificar ideas irracionales por otras más adaptativas (*Sobregeneralización, magnificación, pensamiento polarizado, personalización*)
 - Mejorar autoconcepto.
- **Apoyo emocional:**
 - Desarrollar:
 - Habilidades sociales
 - Reconocimiento de sentimientos.
 - Estrategias para afrontar situaciones estresantes.
 - Emplear aceptación y estimular.
- **Reducción nivel de ansiedad:**
 - Enseñar:
 - Técnicas de relajación: respiración, relajación muscular,...
 - Evaluar beneficios.
 - Aplicar a situaciones concretas.

Por último, a modo de resumen, enumeramos los principales factores para la decisión del seguimiento de estos pacientes en un centro ambulatorio o en un centro hospitalario:

¿CUÁNDO NO SUELE SER NECESARIO INGRESAR A UN PACIENTE TRAS UN INTENTO AUTOLÍTICO?

- Ausencia de ideación autolítica y crítica total o parcial con suficiente apoyo
- Método no letal
- Intencionalidad de querer descansar, acabar con los problemas,... no deseo expreso de morir
- Carácter impulsivo y reactivo
- Posibilidad de descubrimiento, sin precauciones, dejando pistas o incluso si ha avisado
- Pocos factores de riesgo suicida
- Entorno sociofamiliar implicado y responsabilizado del tratamiento y seguimiento
- Resueltos los precipitantes

¿CUÁNDO SUELE SER NECESARIO INGRESAR A UN PACIENTE TRAS UN INTENTO AUTOLÍTICO?

- Persistencia de ideación autolítica aunque nos parezca manipulativa, especialmente si hay planificación y ausencia de crítica del intento o parcial, sin claro apoyo socio-familiar
- Método letal
- Intencionalidad mantenida de querer morir
- Intento planificado
- Precauciones para no ser descubierto, sin acompañantes, sin pistas ni aviso
- Múltiples factores de riesgo suicida.
- Entorno sociofamiliar inexistente o poco colaborador.
- Precipitantes no resueltos y con escasas o inadecuadas estrategias de afrontamiento

DISCUSIÓN

Se ha comentado un cuadro clínico que inició en sus primeros años con clínica claramente depresiva y posteriormente hipertímica ocasionalmente. Los episodios hipertímicos no requirieron ingreso hospitalario, no se llegaron a constatar por parte de un terapeuta, por lo que no tenemos suficientes datos ni personales ni familiares que apoyen un diagnóstico con certeza de Trastorno Bipolar, por lo que se mantiene el de Trastorno distímico por cumplir criterios diagnósticos.

En cuanto a los rasgos de personalidad, destacando únicamente en el Inventario Clínico Multiaxial de Millon III el trastorno dependiente de personalidad, se objetivan durante los ingresos hospitalarios rasgos de personalidad de tipo histriónico y obsesivo.

Nuestra paciente realiza numerosos intentos de autolisis y algunos de ellos de relevante gravedad (alta letalidad), como fue el último intento de autolisis con la introducción de una punta de broca en el cráneo. Hay que tener en cuenta el verdadero significado e intencionalidad de cada intento de autolisis aun con una alta letalidad de éste, así como el resto de factores como preaviso del intento de autolisis, la planificación previa, el carácter impulsivo del intento de autolisis, etc. Es importante, como vemos en nuestra paciente, la existencia o no de un acontecimiento vital estresante como desencadenante de la ideación autolítica, que habitualmente son los conflictos de pareja, y el consecuente cambio de las circunstancias en el entorno familiar tras cada intento de suicidio.

Hay que destacar el antecedente previo de suicidio en un familiar, como posible método de afrontamiento de situaciones difíciles aprendido en el medio familiar y a nivel personal para solucionar sus conflictos conyugales.

A nivel terapéutico, se intentó hacer hincapié en identificar y modificar las estrategias habituales de la paciente para el afrontamiento de situaciones difíciles, potenciar su autoestima, reestructurar ideas distorsionadas y enseñar cómo controlar la impulsividad y ansiedad.

CONCLUSIÓN

Es importante valorar los rasgos de personalidad y características del paciente asociados a la sintomatología ansiosa, anímica y psicótica que presente para llegar a establecer el plan terapéutico más adecuado para cada paciente. Ello se podrá conseguir realizando una buena anamnesis y exploración psicopatológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Julio Vallejo Ruiloba, Carmen Leal Cercós. "Tratado de Psiquiatría", volumen I. Editorial Ars Medica; 2005.
2. Harold I.Kaplan, Benjamin J. Sadock. "Tratado de Psiquiatría", volumen 2. Sexta edición. Buenos Aires (Argentina): Ed. Inter-Médica; 1997.
3. S. Ros Montalbán, "La conducta suicida". 1ª edición. Madrid, Editorial Libro del Año SL, 1997.
4. [www. Psiquiatria.com](http://www.Psiquiatria.com)