



INTENTO SUICIDA DESESPERADO

Covadonga Huergo Lora.

dumpy1981@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El suicidio se define como una acción u omisión voluntaria mediante la cual una persona se quita la vida, siendo esa su intención. Las tasas de suicidio consumado se incrementan con la edad, tanto en hombres como en mujeres. Así, el suicidio es raro antes de la pubertad, pero su frecuencia aumenta durante la adolescencia y juventud, encontrándose las cifras más elevadas entre los individuos mayores de 65 años.

Diversos estudios han demostrado la existencia de una hipofunción serotoninérgica en sujetos suicidas y en los que intentan suicidarse y se ha propuesto que esta posible disfunción serotoninérgica podría condicionar un aumento de la vulnerabilidad o propensión al suicidio..

El suicidio casi nunca se produce en sujetos que no presentan trastornos psiquiátricos. En la mayoría de estudios que se han realizado, se ha demostrado que el 90% de los suicidas tenía un trastorno psiquiátrico en el momento del suicidio, aunque este porcentaje podría ser mayor, ya que el diagnóstico post mortem depende en ocasiones de la disponibilidad de información que provenga de familiares o amigos.

Sin embargo, en sentido amplio, la conducta suicida se refiere no solamente a la acción que culmina con la muerte, sino que engloba también actos en los que la muerte no llega a producirse, incluyendo tentativas muy letales, en los que la supervivencia es el resultado de la impericia o el azar, como los actos de letalidad baja cuya finalidad es reclamar atención y ayuda. Incluye un amplio abanico de comportamientos que van desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por los planes suicidas y la tentativa, e incluye también el denominado suicidio indirecto, que se refiere a los sujetos con un estilo de vida caracterizado por la constante exposición a situaciones de riesgo físico. En cada una de estas conductas pueden distinguirse dos dimensiones, una relacionada con las características de la tentativa (grado de elaboración, deseos de morir frente al deseo de vivir y posibilidad de ser rescatado) y otra en relación con el resultado de la misma, esto es, con el grado de lesión producida. Es frecuente en la práctica clínica valorar intentos suicidas movidos por la desesperación y sin franca intencionalidad suicida.

BREVE HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 79 años, casado, 3 hijos. Minero jubilado. Primer contacto con el Servicio de Psiquiatría.

INTENTO SUICIDA DESESPERADO

Motivo de consulta

Cortes autoinflingidos en antebrazo derecho afectando a plano muscular.

Antecedentes personales

Alergia a mercromina. Miocardiopatía dilatada, portador de D.A.I. Consumo diario de alcohol (3 botellas de sidra y 1 litro de vino), no otros hábitos tóxicos.

Antecedentes familiares

Sin incidencias

Enfermedad actual

Es encontrado en domicilio después de 12 horas de evolución de cortes autoinflingidos en antebrazo (notable pérdida de sangre que precisó transfusión de un concentrado de hematíes en el Servicio de Urgencias). Anteriormente había sufrido traumatismo casual en su casa de campo y debido al dolor, la impotencia funcional y el temor a la limitación física permanente, llevó a cabo dicha actuación de la que no hace crítica y reitera su intencionalidad suicida.

Exploración física

Placa Rx fractura D12-L1. Precisa inmovilización con corsé tipo Jewett durante 3 meses.

Exploración funciones psíquicas

Abordable, consciente, orientado en las 3 esferas, colaborador, discurso centrado y coherente, no alteraciones en el curso ni en el contenido del pensamiento, angustiado, ánimo depresivo reactivo, sentimientos de minusvalía, hiporexia, insomnio global, no sintomatología psicótica, intencionalidad suicida.

INFORME DEL LABORATORIO, TEST Y PRUEBAS REALIZADAS

Sin incidencias (analítica sangre, orina y TAC craneal)

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Episodio depresivo: la depresión es el principal diagnóstico en los sujetos que consuman el suicidio, y representan aproximadamente el 60% de todos los casos. Se ha demostrado que la conducta suicida en los pacientes con depresión está relacionada con la impulsividad, entendida ésta no sólo como estado, sino también como rasgo estable. De igual manera, la desesperanza es un predictor clínico de suicidio mientras que las razones para vivir protegerían al paciente, contrarrestando el efecto de la desesperanza. El riesgo suicida es mayor en pacientes con historia de tentativas previas y en los pacientes hospitalizados, así como en las primeras fases de la enfermedad, durante los primeros 2 años. El mayor riesgo se da cuando el paciente empieza a mejorar y tras el alta hospitalaria.

Trastorno de personalidad: Constituyen un factor de riesgo predictor de suicidio consumado y su presencia multiplica por 7 el riesgo de suicidio de la población general. Más de un tercio de los sujetos que consuman el suicidio- y hasta tres cuartas partes de los que lo intentan- presentan un diagnóstico de trastorno de personalidad. Dentro de ellos, los del grupo B, y

INTENTO SUICIDA DESESPERADO

especialmente el trastorno límite, son los que presentan mayor riesgo suicida, probablemente porque con frecuencia van acompañados de otros trastornos mentales comórbidos, como la depresión y el alcoholismo y también porque se trata de sujetos impulsivos. A diferencia de lo que sucede entre la población general, en los pacientes con trastorno límite, el suicidio es más habitual en mujeres y tiene lugar varias tentativas previas. Por otra parte, las automutilaciones tendrían un significado distinto, y su objetivo sería el alivio de la disforia.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Episodio adaptativo

Trastorno por consumo de alcohol

TRATAMIENTO, TERAPIAS APLICADAS

ISRS (citalopram) y dosis bajas de risperidona.

EVOLUCIÓN

Al inicio del ingreso en la unidad de hospitalización, persisten las ideas de desesperanza, angustia y rumiaciones sobre lo ocurrido. Paulatinamente, elaboró lo sucedido previamente con mejora del estado anímico, mejora del patrón del sueño y disminución del pensamiento cavilador. No presentó sintomatología psicótica ni problemas conductuales. Duración del ingreso: 22 días.

Tras el alta, no acudió al seguimiento en el CSM en la cita programada y no incluyó el tratamiento prescrito en la hoja de medicación del médico de atención primaria.

ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA: BREVE EXPLICACIÓN DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA ACTUAL SOBRE EL TEMA TRATADO EN EL CASO.

Algunos rasgos de personalidad y estilos cognitivos influyen en las conductas suicidas. El neuroticismo y la búsqueda de novedades han sido identificados como predictores de conducta suicida. De igual manera, la desesperanza, la introversión, la baja autoestima, la impulsividad y el locus de control externo son características frecuentes en los sujetos que intentan suicidarse. En el caso presentado, lo sucedido se debe al momento de angustia y desesperanza ante lo recientemente sucedido y las posibles limitaciones permanentes que el paciente pensaba que padecía tras la fatídica caída en la casa de campo. Paulatinamente, durante su estancia, desaparecen dichos temores y al alta no presenta ningún tipo de intencionalidad suicida.

INTENTO SUICIDA DESESPERADO

BIBLIOGRAFÍA

1. Bobes García J, Sáiz Martínez PA, García-Portilla González MP, Bascarán Fdez MT, Bousoño García M. Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento. 1ªedición. Barcelona: Ars Medica; 2004.
2. Ocio León S. Manejo del paciente suicida. En: Ocio León S, Hernández González MJ. Manual de la urgencia psiquiátrica en atención primaria. Madrid. TCC. p. 109-127