

# Una personalidad muy adictiva que por fin acepta vivir



JORNADA DE CLOENDA

DRA IRIGOIEN OTIÑANO

PSIQUIATRÍA DE ENLACE Y  
CONSULTA DE RIESGO SUICIDA

- n MC: Paciente de 45 años que acude a la consulta de prevención de riesgo suicida derivada por Psiquiatra de Enlace desde el servicio de urgencias de Hospital General donde acudió por sobreingesta medicamentosa.

n Antecedentes médicos: Alérgica a la penicilina.  
Bronquitis crónica. Apendicectomía.

n Historia toxicológica:

20 cigarrillos/día desde los 16. 20 porros THC/día 26-45 años.

Cocaína 3 gramos los fines de semana 26-30 años con posteriores consumos esporádicos pero abstinentes desde los 40.

Consumo los fines de semana de 12 UBEs/día 26-30 años.

Nunca ha ingresado en programas de deshabituación.

Familiares de primer y segundo grado consumidores de tóxicos.

## n Psicobiografía y antecedentes familiares en Psiquiatría:

Padres fallecidos. 5ª de 7 hermanos (una hermana fallecida por consumo de politóxicos).

- 4 hermanos con Tr. Psicótico (conducta suicida)
- Familiar de primer grado con enolismo crónico.

Soltera sin hijos. Vive sola. Escolarizada hasta los 14 años.

Sector hostelero y de limpieza.

Invalidez del 45% y colabora con una entidad social.

Dificultades económicas (TS).

AVEs e historia de agresión de repetición desde la infancia.

# Una personalidad muy adictiva que por fin acepta vivir

## n Historia psicopatológica:

9 años

Inicia contacto con Psiquiatría tras venosección ingresando en una **unidad infantojuvenil.**

9-40 años

**17 intentos de suicidio**

empleando diversa metodología (SIM en el contexto de consumo de tóxicos, venosección, amenazas de defenestración e ingesta de mercurio).

**Único ingreso en 1999**

40-45a

El último gesto suicida en 2009 y (SIM de 300 pastillas previamente trituradas).

A raíz de este último intento, inicia seguimiento privado.

## n Episodio actual:

En esta ocasión, inicia seguimiento ambulatorio intensivo en la consulta de prevención de riesgo tras realizar SIM.

Desbordamiento personal por dificultades socioeconómicas.

**Intensificación de la ideación suicida** que amenaza con materializar mediante la ingesta de mercurio mostrando en cada visita un termómetro.

Voluntad de abandonar el consumo de cannabis que emplea como ansiolítico.

## n Pruebas complementarias: Analítica sanguínea sin alteraciones. Tóxicos de orina positivo para benzodiazepinas y cannabis.

## n Exploración psicopatológica:

Rasgos de personalidad clúster B:

- **Sentimientos de vacío e incomprensión crónicos, impulsividad, inestabilidad emocional, baja tolerancia a la frustración y la manipulación afectiva del ambiente.**

Discurso coherente, poco elaborado en ocasiones evidenciándose **empobrecimiento cognitivo.**

**Ideación suicida crónica** que se intensifica últimamente y estructura mediante la posibilidad de ingerir mercurio.

**Voluntad para el abandono del consumo.**

Juicio de la realidad conservado.

## n Evolución clínica:

**Buena adherencia.**

**Elevada ansiedad** (motivo de la persistencia del consumo de cannabis).

Reajustes: Quetiapina 300 mg/día (galactorrea)., Venlafaxina 225 mg/día, Lorazepam 1 mg/8h y Topiramato 100 mg/día, Zolpidem 10 mg.

Mejor control de la ansiedad, **abandona consumo THC.**

Mejor capacidad de introspección siendo capaz de **verbalizar el malestar**, identificando las **dificultades para el manejo emocional y la resolución de conflictos.**

**Pensamientos de muerte de larga evolución** que amenaza con materializarlos cada vez que presenta una **adversidad vital** (dificultades sociales).

## n Evolución clínica:

Biografía infancia: **acontecimientos vitales estresantes e historial de agresión de repetición**, y atendiendo al dolor persistente derivados de los mismos derivó a Psicología (Terapia Cognitiva Conductual y Terapia Interpersonal).

15 meses de seguimiento intensivo

Abstinencia completa de tóxicos

Estructura diaria

Mejor control de la ansiedad, impulsividad e inestabilidad emocional.

**Reestructuración cognitiva** que contempla otras alternativas frente a las adversidades sin realizar conductas de escape y **aceptando vivir**.

## nDiagnóstico:

Dependencia de cannabis en remisión completa (304.30)

Dependencia de cocaína en remisión completa sostenida (304.20)

Dependencia de nicotina (305.1)

Dependencia de alcohol en remisión completa sostenida (303.90)

**Trastorno Personalidad Límite (301.83)**

Problema biográfico (V62.89).

# Una personalidad muy adictiva que por fin acepta vivir

- n Los TUS se asocian a elevado riesgo de conducta suicida<sup>1</sup>.
- n La impulsividad también es un síntoma/rasgo en los TPL<sup>2</sup>.
- n Existe un aumento de conducta suicida por la existencia de un entorno familiar desestructurado, escasa supervisión paterna, separación de los padres, problemas legales, abusos sexuales o físicos<sup>3</sup>.
- n El riesgo de conducta suicida se incrementa si hay antecedentes de este tipo de comportamiento en los familiares de primer grado.

1.Schneider B, Kolves K et al. (2006). "Risk factors for suicide in substance related disorders".  
Psychiatrische Praxis 33, 81-87.

2.World Health Organization-WHO~(2010). The Global Information System on Alcohol and Health (GISAH).

3.Pfeffer CR, Normandin L, Kakuma T. "Suicidal children grow up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives". J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1994 Oct;33(8):1087~97.

# Una personalidad muy adictiva que por fin acepta vivir

- n Tullis (1998): **teoría de la adicción al comportamiento suicida** según la cual estos sujetos tendrían **múltiples adicciones, trastornos afectivos e historia de maltrato infantil** siendo el maltrato infantil y la comorbilidad con tóxicos los factores de riesgo para la repetición de conducta suicida<sup>4</sup>.
- n Los **grandes repetidores** (>5 intentos de suicidio) “recaen” e intentan el suicidio para resolver problemas o para sentir alivio desde un **estado previo de malestar insoportable que se asemeja a la forma que tienen los adictos de explicar sus recaídas**<sup>5</sup>.
- n La terapia cognitiva conductual puede reducir las autolesiones y la ideación suicida y la terapia interpersonal puede ser útil para la resolución de problemas y la comunicación de la ira o la angustia.

4. Monnin H, Thiemard E, Vandiel P, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: Gender differences in a prospective study. J Affect Disord 2011.

5. Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Courtet P, et al. Horror vacui: Emptiness may be a core pathway in major suicide repeaters. A pilot study. Psychother&Psychosomatics (submitted) 2014.

## Monument aux étudiants résistants (1956)

Gaston Watkin (né en 1916)

