

# Suicidio y personalidad desde un enfoque psicodinámico. Reporte de Caso.

Edith Arianne Estrada-Chavarría (1), César Gustavo Vieyra-Chacón (1), Juan Rubén Vieyra-Chacón (1)

(1) Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

## RESUMEN

Se describe el caso de una mujer de 18 años, quien fue hospitalizada por intento de suicidio secundario a intoxicación medicamentosa, con graves complicaciones clínicas como alteraciones del estado de conciencia, complicaciones cardiovasculares y electrocardiográficas. Una vez establecidas las medidas de soporte se instauró evaluación psiquiátrica encontrando múltiple comorbilidad, como la asociación de trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad, entre otros diagnósticos. Desde este enfoque psicodinámico y farmacológico, se contribuyó a la búsqueda de la etiología, la disminución del riesgo suicida y la estabilización del cuadro afectivo, abordando los aspectos correspondientes a una estructura organizacional limítrofe o borderline de la personalidad. Se pretende aportar información a otras especialidades para proporcionar una perspectiva integral, principalmente la psicodinámica.

**Palabras clave:** suicidio, personalidad borderline, limítrofe, bipolar, psicodinámica.

## ABSTRACT

The case of a woman of 18 years old, who was hospitalized for attempted suicide secondary to drug intoxication, with serious clinical complications such as disturbances of consciousness, cardiovascular complications and electrocardiographic changes. Once established supportive measures, the psychiatric evaluation found multiple comorbidities, such as the association of bipolar disorder and borderline personality disorder, among other diagnoses. From this psychodynamic and pharmacological approach contributed to the search for the etiology, decreased suicide risk and stabiliza-

tion of affective symptoms, and dealing with issues related to organizational structure borderline personality. It is intended to provide information to other specialties to provide a comprehensive perspective, mainly psychodynamic

**Key words:** suicide, borderline personality, bipolar, psychodynamic.

## INTRODUCCIÓN

La palabra “suicidio” está formada con dos elementos latinos: sui, de sí mismo, y cidio, del verbo caedere, “matar”; que significa “matarse a sí mismo” término creado por François Desfontaines en 1735. (1) Durkheim lo define “muerte como consecuencia directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la propia víctima, que sabe que va a producir este resultado” (2,3).

Es la complicación más grave de los trastornos psiquiátricos (4). Reportes de la OMS (5), mencionan que el suicidio figura entre las 20 causas de defunción más importantes de todas las edades a nivel mundial. Estima una tasa de mortalidad global de 16 por cada 100 mil habitantes o una muerte cada 40 segundos. Es la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y las tentativas de suicidio son 20 veces más frecuentes. Las regiones con tasas de mortalidad mayores a 13 de cada 100 mil habitantes son Europa del Este y Europa Central y parte de Asia. Así como Guyana, Suriname y Uruguay en América. Las regiones con 6.5 a 12 suicidios por cada 100 mil habitantes son Estados Unidos, Canadá, Cuba, Chile, Argentina, Australia, India y Europa Mediterránea y con una tasa de 6.5 por cada 100 mil habitantes: México, Centroamérica, Brasil, Colombia, Venezuela, Perú, Sudáfrica y Filipinas.

El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (6), mencionan que México ocupa el cuarto lugar en América Latina en suicidios. Los estados con mayores casos son México, Distrito Federal, Jalisco, Veracruz y Nuevo León. Los principales métodos son ahorcamiento, estrangulación y asfixia, y para intentos de suicidio la sobredosificación medicamentosa. Las mujeres tienen mayor prevalencia en este método, en relación 4:1 en varones.

Actualmente no se dispone de evidencia de estudios de casos a nivel internacional desde un enfoque psicodinámico y, con ello, pretendemos crear planes de tratamiento integral, favorecer la erradicación de su estigmatización y brindar informa-

### Correspondencia:

Edith Arianne Estrada Chavarría  
César Gustavo Vieyra Chacón  
Hospital Universitario José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, México  
Av. Francisco I Madero Poniente y Av. Gonzalitos, Col Mitras Centro (64460) Monterrey, Nuevo León, México  
Tel: +81 83480585 Fax: +81 83483995  
E-mail: editharianne@hotmail.com - dr.cgvvcg@gmail.com

ción para mayor apertura de tratamiento.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 18 años, soltera, estudiante de nivel superior, cristiana, que ingresó al servicio de urgencias por un intento de suicidio secundario a intoxicación medicamentosa 4 horas previas con antihistamínicos, antiinflamatorios y carbamazepina (CBZ) 2 g. Este fármaco lo consumía su hermana por crisis convulsivas. Antecedentes heredofamiliares: fallecimiento de dos tíos paternos y un tío materno por suicidio, y una prima materna con un intento de suicidio por intoxicación medicamentosa.

Refirió etilismo ocasional desde los 16 años de edad y negó el uso de otras sustancias. Negó complicaciones perinatales, abuso físico, sexual o psicológico, desarrollo psicomotor normal. Mencionó dos intentos de suicidio previos, a los 15 años de edad al cortarse ambas muñecas con una navaja y a los 16 años al intentar ahorcarse, sin valoración psiquiátrica. Refirió un sentimiento crónico de vacío desde entonces. Fue encontrada inconsciente por sus familiares en su domicilio, con crisis convulsivas tónico clónico generalizadas y vómito. Se realizaron estudios de laboratorio como perfil hepático, tiroideo, prueba de GCH, VIH, VDRL, antidoping, resonancia magnética cerebral y electroencefalograma que se reportaron negativos. El electrocardiograma reportó prolongación del intervalo QT 0.356 ms, inversión y aplanamiento de la onda T; creatinfosfoquinasa 862 UI/L, y niveles séricos de CBZ 20.91 ug/mL, se realizó lavado gástrico con carbón activado 1g/kg, tras el cual recuperó el estado de alerta.

Se solicitó interconsulta a Psiquiatría 24 horas después. Al explorar su padecimiento actual, mencionó que el intento fue secundario a un conflicto de pareja con disregulación afectiva importante, con llanto, ira, tristeza e impotencia. Refirió sintomatología afectiva de 3 años de evolución, describió 3 episodios de Hipomanía de 2 a 3 meses de duración, con irritabilidad, ideas de grandiosidad, verborrea, fuga de ideas, aumento de la actividad intencionada y actividades placenteras de alto riesgo (conducir a alta velocidad y gastos económicos irrefrenables), y deterioro importante en ámbito laboral, académico, familiar y social. Después de 5 días de estancia intrahospitalaria, evolucionó con mejoría clínica, y se sugirió internamiento en Cuidados Intensivos Psiquiátricos, para contención de riesgo de autoagresión, adecuación diagnóstica y farmacológica. A la exploración del examen mental, consciente, orientada en persona, lugar y tiempo, concentración, atención, memoria inmediata, reciente y remota preservada, afecto lábil, depresivo, juicio alterado, lenguaje con curso y forma normal, pero volumen disminuido, sin alteración del contenido del pensamiento, alteraciones neurovegetativas (hipersomnia, hiporexia y disminución de la libido) y negó alteraciones en la sensoropercepción. Negó ideas de muerte, ideación o planeación suicida (en el momento de la exploración), se observó desesperanza en sus respuestas y lenguaje no verbal.

Se evaluó la Escala de Ansiedad de Hamilton (11 pts.), Inventario de Beck (27 pts.), Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (40 pts.), Escala de Depresión de Hamilton (29 pts.), Escala de Manía de Young (4 pts), Mini International Neuropsychiatric Interview que reportó un riesgo de suicidio alto,

episodio depresivo mayor actual y un episodio hipomaniaco anterior, Cuestionario de Conners para padres, la Escala de Cribado de Trastorno de Déficit con Atención e Hiperactividad del Adulto (ASRS-VI.1).

Se realizó un examen estructural, para explorar el nivel organizacional del carácter reportando: mecanismos de defensa: negación primitiva, al ejemplificar, “todo está bien, no pasa nada, las pastillas me harían no pensar más, si no veo mis problemas no los voy sentir”. Defensas caracterológicas: impulsivas, “tuve una discusión con mi novio, lo engañaba, no pudimos arreglar las cosas, no pude más y decidí tomarme las pastillas”. Identidad: difusa, “a veces me siento muy capaz y segura de mí misma, pero a veces me confundo y no se ni quien soy”. Súper yo: laxo, “el primer intento de suicidio lo hice porque discutí con mi hermana, porque no fui a trabajar por irme a tomar con mis amigas”. Control de impulsos: inadecuado, “en mis 3 intentos de suicidio ninguno lo premedite, solo actúo sin pensar”. Relaciones objetales: parciales, “todas mis relaciones de pareja han sido por atracción no he sentido amor por ninguna, con mis padres me llevo bien, pero no les tengo confianza”.

Se realizaron pruebas psicológicas como: Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender, Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos, Test proyectivos gráficos: Árbol – Casa – Persona, revisión Hammer, Test de la Figura Humana revisión Machover, Test del Concepto más Desagradable y Test Persona Bajo la Lluvia, un nivel de Inteligencia Promedio Bajo (puntaje 88, percentil 21), concluyendo que la paciente se encontraba interferida por el episodio depresivo del Trastorno Bipolar tipo II (TBII), descartando organicidad, en su funcionamiento psicológico destacó el descontrol de impulsos, los rasgos de carácter paranoides organizados en un nivel limítrofe.

Los resultados finales reportaron un Nivel Alto de Riesgo Suicida, TBII, último episodio depresivo, abuso de alcohol y problemas relacionados a su grupo primario de apoyo: familia, pareja, trabajo y situación académica, Trastorno Límite de la Personalidad con rasgos paranoides, Escala de Evaluación de la Actividad Global 41-50 y el nivel organizacional de la estructura de la personalidad limítrofe.

## DISCUSIÓN

Se brindó medicación a base de ácido valproico 750 mg/día con niveles terapéuticos de 62 pg/ml y lamotrigina 100 mg/día. Una vez disminuido el riesgo suicida, se trasladó al área de Comunidad Terapéutica para tratar los aspectos de carácter, se enfatizó el apego al tratamiento, se realizó un trabajo multidisciplinario con psicoterapia familiar, de apoyo y grupal, con el objetivo de reincorporar a la paciente a su entorno social y recobrar su funcionalidad.

Se empleó Terapia Comportamental Dialéctica ya que es la modalidad de psicoterapia con mayor evidencia clínica en pacientes con una organización “borderline” desarrollado por Marsha Linehan, modelo creado originalmente para pacientes con múltiples intentos suicidas, activas auto-lesiones y múltiples hospitalizaciones psiquiátricas (7).

La evidencia actual apoya la combinación de un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina y estabilizadores del humor para TBII, de los cuales la Lamotrigina ha reportado

mayor evidencia clínica de mejoría en episodios depresivos (8), así como ácido valproico (9).

La paciente respondió favorablemente, y hoy en día cursa en tratamiento en psicoterapia analítica semanal y controles farmacológicos mensuales.

El concepto de organización “borderline”, está basado en tres criterios: identidad difusa (sentido incoherente de sí mismo y de los demás), uso de mecanismos de defensa primitivos y prueba de realidad frágil, impedimento en la regulación afectiva y en la expresión agresiva y de la sexualidad, valores internalizados inconsistentes y pobre calidad de relaciones con otros. La expresión clínica incluye labilidad afectiva, enfado, caos interpersonal, conducta impulsiva autodestructiva, propensión a la pérdida de la prueba de la realidad. La manifestación típica de la identidad difusa es la oscilación entre impotencia y rabia (diada víctima/victimario), con agresión dirigida hacia sí mismo y los demás.

El presente trabajo pretende enfatizar que detrás de los intentos de suicidio existen graves trastornos psiquiátricos. La psicoprofilaxis es una forma de evitar un mayor perjuicio a estos pacientes, al minimizar el riesgo de suicidio, asociado a rasgos caracterológicos, predominantemente manipulatorios, como el presente caso.

Desde el enfoque psiquiátrico se sugiere realizar una evaluación psicodinámica, más allá de una orientación biológica, y que esto permita un mayor entendimiento sobre el mundo interno de los pacientes.

## REFERENCIAS

1. Clark P. Suicidio, Société, ET Sociologie: De Durkheim À Balzac, Decimonónica francesa Estudios. University of Nebraska Press 3 (3/4): 200-212, 1975
2. Durkheim E. Introduction. Suicide: A Study in Sociology By Emily Durkheim. The Free Press, New York, USA. 1st edition. Editors: Spaulding J. and Simpson G. Chap: 1, 44, 1951
3. Kushner H, Sterk C, The Limits of Social Capital: Durkheim, Suicide, and Social Cohesion. Am J Public Health 95 (7): 1139-1143, 2005.
4. Soler P, Gascón I y Gascón J. Suicidio y autolesiones. En: Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales RTM-III. Comité de Consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales. 3ª edición. Ars Medica. España. 3ª Edición. Editores: Sarro B. y Tejedor C. Capitulo: 1, 2, 2005
5. OMS. Organización Mundial de la Salud. Guía de comisión. Modelo ONU Asobilca XXI 15, 2014.
6. INEGI. Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2009. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. México. 10-44, 2009.
7. Linehan M. Summary of Approach. In: Instructor’s Manual for Dialectical Behavior Therapy with Marsha Linehan, PH.D, Manual by Katie Read, MFT. Psychotherapy.net. Canada. Chap: 2, 6, 2013
8. Ivković M, Damjanović A, Jovanović A, Cvetić T and Jašović M. Lamotrigine Versus Lithium Augmentation Of Antidepressant Therapy In Treatment-Resistant Depression: Efficacy And Tolerability. Psychiatria Danubina, 21 (2): 187-193, 2009.
9. Chávez E. Tratamiento Farmacológico De La Fase Depresiva Del Trastorno Bipolar (Depresión Bipolar). Primera Parte\*. Salud Mental 27 (5): 33-43, 2004.