



# Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



## CARTA CIENTÍFICA

### Tentativa autolítica en paciente psicótico ingresado en hospital general. A propósito de un caso

#### Tentative suicide in a psychotic patient admitted to a general hospital: presentation of a case

Se trata de una mujer de 36 años, nacida en medio urbano y dedicada al cuidado familiar. Se solicitó interconsulta desde el Servicio de Traumatología para valorar tentativa autolítica por precipitación desde altura, con previa sobreingesta medicamentosa y sección venosa en antebrazos, con resultado radiológico de fractura L1-L2, pilón tibial derecho, calcáneo derecho y rama isquiopubiana derecha, precisando cirugía, con lavado gástrico y sutura de ambos antebrazos previamente.

Es de carácter reservado, responsable y preocupada por la opinión de los demás. Principal cuidadora de su suegra, que fallece tres meses antes. En el último año inicia conducta de aislamiento en relación con magnificación e interpretación de comentarios que hacen los vecinos. Mayor suspicacia en los últimos tres meses, manteniendo hábitos normalizados dentro del contexto familiar. Mayor insomnio y ansiedad en los últimos días.

No tiene antecedentes personales psiquiátricos, pero sí un primo diagnosticado de esquizofrenia y varios con depresión.

En la exploración psicopatológica realizada en Traumatología, la paciente está orientada. Colabora mientras permanece sola y su suspicacia se incrementa al entrar su compañera de habitación, bajando el tono de voz, lo que hace difícil entenderla. Discurso coherente, fluido. Alucinaciones auditivas intrapsíquicas con carácter imperativo, que motivaron la precipitación al vacío, como forma de evitar un daño a ella y su familia. Ideas delirantes de perjuicio y de contenido mágico, focalizadas en vecinos. Afecto congruente. Afectación conductual en relación con síntomas psicóticos. Hipervigilante.

Se establecen como diagnósticos: esquizofrenia paranoide y lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado y sobreingesta farmacológica.

Tres semanas tras la introducción de antipsicóticos a dosis terapéuticas, inicia una crítica parcial de alucinaciones auditivas que se mantienen, expresadas tal vez con mayor distancia emocional, y con crítica de la tentativa autolítica.

Se decide su traslado a la planta de Psiquiatría. Hay una evolución favorable, con crítica parcial de lo acontecido en el año previo. No existen alteraciones sensorio-perceptivas al alta, manteniéndose crítica y con arrepentimiento de la tentativa autolítica. Tras su aislamiento inicial, de forma progresiva incrementa las relaciones interpersonales en la Unidad.

No se evidencian anomalías en las pruebas complementarias realizadas, incluida neuroimagen cerebral.

Se realizó tratamiento con paliperidona hasta 12 mg/día, clonazepam hasta 3 mg/día, quetiapina hasta 200 mg/día, y flunitrazepam, aparte de lo indicado en el Servicio de Traumatología, con indicación de seguimiento psiquiátrico ambulatorio al alta.

El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre individuos con esquizofrenia. El período de tiempo entre aparición de síntomas psicóticos y el primer contacto con servicios de salud mental puede ser de alto riesgo<sup>1</sup>.

Hay entre un 10 y un 15% de pacientes psicóticos que mueren por suicidio, y entre un 20 y un 55% realizan intentos de suicidio<sup>2,3</sup>. Este bajo ratio entre intentos y suicidio consumado concuerda con la alta letalidad de los mismos, métodos más cruentos y menor ambivalencia en esta población<sup>4</sup>.

Según el estudio de Harvey et al (2008), ocurre con mayor frecuencia en varones de clase social alta, síntomas depresivos y largo período de síntomas psicóticos sin tratar, así como con alto nivel de *insight*. La autolesión aparece en respuesta al estrés generado por los síntomas, y generalmente en ausencia de intoxicación por tóxicos<sup>5</sup>.

Según Melle et al (2006), la duración de psicosis no tratada puede ser reducida mediante programas de detección precoz. Así, los pacientes tendrán menos síntomas al inicio del tratamiento y menor riesgo de suicidio<sup>6</sup>.

Preti et al (2009) realizaron un estudio con una muestra de pacientes con primer episodio de esquizofrenia y otra con pacientes con alto riesgo de psicosis. Las tentativas autolíticas previas al primer contacto con el centro (6,9% vs. 8,6% respectivamente). Se hizo un seguimiento a un año, en que tras inicio de tratamiento ningún paciente diagnosticado de primer episodio de esquizofrenia realizó tentativa autolítica vs. al 5,3% de los pacientes con alto riesgo de psicosis que llevaron a cabo una nueva tentativa. Se concluyó que la evaluación del riesgo de suicidio debería ser prioritario en pacientes con alto riesgo de psicosis<sup>7</sup>.

Gran porcentaje de sujetos que realizan intentos de suicidio en nuestro medio visitan en el período previo a su médico de cabecera. Podría mejorarse la prevención de conductas

suicidas con programas que ayuden a evaluar y detectar a los pacientes con riesgo<sup>8</sup>, sobre todo con antecedentes de tentativas previas.

Una mejor detección de depresión en primaria y la introducción de un tratamiento adecuado disminuyen las tasas de suicidio<sup>9,10</sup>. Sería necesaria también una detección precoz de psicosis y la derivación inmediata al especialista.

Concluimos que la tentativa o el suicidio consumado pueden ser previos al primer diagnóstico de trastorno psicótico y la formación de médicos de primaria es fundamental en la prevención del suicidio.

## Bibliografía

- Clarke M, Whitty P, Browne S, Mc Tighe O, Kinsella A, Waddington JL, et al. Suicidality in first episode psychosis. *Schizophr Res.* 2006;86:221–5.
- Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry.* 1999;156:1590–5.
- Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:247–53.
- Besnier N, Gavaudan G, Navez A, Adida M, Jollant F, Courtet P, et al. Clinical features of suicide occurring in schizophrenia (I). Risk-factors identification. *Encephale.* 2009;35:176–81.
- Harvey SB, Dean K, Morgan C, Xalsh E, Demjaha A, Dazzan P, et al. Self-harm in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry.* 2008;192:178–84.
- Melle I, Johannesen IO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, et al. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am J Psychiatry.* 2006;163:800–4.
- Preti A, Meneghelli A, Pisano A, Cocchi A, Programma 2000 Team. Risk of suicide and suicidal ideation in psychosis: results from an Italian multi-modal pilot program on early intervention in psychosis. *Schizophr Res.* 2009;113:145–50.
- Bobes J, González JC, Sáiz PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. In: *Psiquiatría Médica*. Barcelona: Masson; 1997.
- Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord.* 2001;62:123–9.
- Rihmer Z, Belso N, Kalmar S. Antidepressants and suicide prevention in Hungary. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103:238–9.

Verónica Prado Robles<sup>a,\*</sup> y Laura Ameneiro Romero<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Psiquiatría. Interconsulta y Enlace, Complejo Hospitalario de Ferrol, Hospital Arquitecto-Marcide-Nova Santos, A Coruña, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Traumatología y Ortopedia, Complejo Hospitalario de Ferrol, Hospital Arquitecto-Marcide-Nova Santos, A Coruña, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [veprad@hotmail.com](mailto:veprad@hotmail.com) (V. Prado Robles).