



## XII ENCUENTROS NACIONALES EN PSIQUIATRÍA: CONDUCTA SUICIDA

Virtual, 9-10 de abril de 2021

### CASOS CLÍNICOS

#### SUICIDIO EN PACIENTES CON PSICOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisco Acoidan Rodríguez Batista, Noemi Molina Pérez

*MIR Psiquiatría. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Introducción:** La conducta suicida es considerablemente prevalente en esquizofrenia. Según algunos estudios, alrededor del 5% de los pacientes fallece por suicidio y entre el 20-40% de los pacientes realizan tentativas. El *insight* en la psicosis incluye la conciencia de necesidad de tratamiento y, por tanto, podría jugar un papel en la adherencia, repercutiendo finalmente en el riesgo de suicidio. Se ha calculado que una proporción elevada de pacientes con trastorno mental grave, como esquizofrenia, tienen trastornos por uso de sustancias concurrentes (patología dual). El tratamiento en estos pacientes se complica. Según las guías actuales, la mejor opción es la combinación de antipsicóticos con intervenciones psicosociales para conductas adictivas. Aunque hay pocas ventajas de un tratamiento antipsicótico sobre otro, el uso de aquellos de segunda generación podría ser preferente, por su mejor tolerancia. Asimismo, los que presentan un perfil más cercano al de los típicos, debido al potente bloqueo dopaminérgico, podría producir empeoramiento del *craving*. El uso de sustancias, por tanto, podría incrementar el riesgo de no-adherencia a antipsicóticos. En este contexto, planteamos el objetivo de revisar la evidencia disponible para facilitar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico, y con ello disminuir el riesgo de suicidio relacionado con las descompensaciones, por medio de una buena elección del fármaco en pacientes de patología dual, algo que presentamos a través de un caso clínico.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 38 años con diagnóstico de esquizofrenia realizado en Reino Unido, cuyo último ingreso hospitalario es motivado por precipitación desde un tercer piso, encontrándose en estado de descompensación psicótica, habiendo previamente tenido tentativas con menor letalidad en descompensaciones previas. Se trata de un paciente que continúa consumiendo alcohol desde su juventud. Tras inicio de seguimiento en la Unidad de Salud Mental el paciente expone sus deseos de abandono del tratamiento antipsicótico, mostrándose en fase contemplativa para el abandono del alcohol, si bien explica dificultades para ello. Se en-

cuentra estable psicopatológicamente. Tras múltiples intervenciones en consulta, el paciente se muestra de acuerdo en realizar un cambio de tratamiento antipsicótico. Este se realiza introduciendo un antipsicótico agonista dopaminérgico parcial, con perspectivas de favorecer un menor sufrimiento de *craving* que facilite por un lado el abandono de consumo de tóxicos y, por el otro, la adherencia al tratamiento. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento y, aunque persiste en el consumo a un nivel menor, no ha abandonado la medicación.

**Discusión:** Si bien es cierto que la hipótesis dopaminérgica podría justificar un efecto beneficioso en pacientes de patología dual, se precisan ensayos clínicos y un buen uso de la medicina basada en pruebas, que demuestren una mayor adherencia que facilitaría la disminución del riesgo suicida, una menor gravedad de síntomas de abstinencia y una reducción del consumo, con agonistas dopaminérgicos parciales en comparación con otros antipsicóticos.

#### TENTATIVAS SUICIDAS EN PACIENTES CON TRASTORNO ORGÁNICO DE LA PERSONALIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisco Acoidan Rodríguez Batista, Noemi Molina Pérez

*MIR Psiquiatría. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Introducción:** La conducta suicida supone un importante problema de salud pública en todo el mundo, sin haberse conseguido reducir en los últimos años. Aproximadamente 800.000 personas mueren por suicidio cada año. En muchas ocasiones se tiende a identificar el continuum desde las ideas de muerte pasivas a la ideación suicida, planificación y finalmente la realización de la tentativa, como el predominante. Si bien este continuum es aplicable a algunos pacientes, existen circunstancias en las que la escalada hasta la realización del acto suicida es rápida, sin presentar excesiva planificación. Los trastornos orgánicos de la personalidad se caracterizan principalmente por un cambio en la conducta premórbida debido a un problema orgánico o enfermedad del sistema nervioso central. Los síntomas más comúnmente descritos son síntomas depresivos, inestabilidad emocional, irritabilidad y conducta impulsiva. Es por ello que el suicidio también es factible y un riesgo a tener en cuenta en estos casos. Ampliar el conocimiento sobre este tipo de casos podría ser útil para la intervención y prevención de desenlaces fatales. Bajo este contexto, tenemos el objetivo de revisar la evidencia reciente disponible que nos permita comprender mejor la conducta en pacientes con trastor-

no de la personalidad orgánico y su manejo, que exponemos mediante el relato de un caso clínico.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 31 años, enfermera de profesión, con antecedentes personales de: hipertensión arterial; asma; obesidad III; lupus eritematoso sistémico con síndrome antifosfolípido secundario triple positivo y trombosis venosa profunda de vena cefálica izquierda; Insuficiencia mitral moderada por endocarditis de Libmann-Sacks; protrusión discal C4-C5 y C5-C6; y esteatosis hepática. Tras el debut de su enfermedad orgánica, realiza seguimiento con psicología clínica en la Unidad de Salud Mental por cuadro ansioso-depresivo reactivo a situación vital y comorbilidades orgánicas complejas en 2017. Si bien en este primer seguimiento impresiona de presentar rasgos paranoides de personalidad estables durante más de dos años y que se remontaban al pasado, tras abandono de seguimiento y retomar las visitas en la Unidad a causa de realización de gesto autolítico de alta letalidad mediante canalización de varias vías venosas en 2020, se hallan rasgos impulsivos, con inestabilidad emocional e irritabilidad, llegando a presentar rasgos compatibles con personalidad límite. Durante el seguimiento posterior se realizan pruebas complementarias, entre las que se incluye resonancia magnética transcraneal, donde se aprecian lesiones diversas inespecíficas en sustancia blanca, sin cumplir criterios de origen inflamatorio/desmielinizante; así como en el estudio neuropsicológico, deterioro cognitivo leve no amnésico, multidominio, con mucha oscilación en los resultados, impresionando de localización fronto-cortico-subcortical. En este caso se lleva a cabo intervenciones tanto psicoterapéuticas como farmacológicas con intención de disminución de la impulsividad y del riesgo suicida.

**Discusión:** Ante la intención de un buen manejo de la conducta impulsiva en pacientes con trastorno orgánico de la personalidad, no existe suficiente evidencia de calidad que determine actuaciones concretas.

## PSICOSIS, DETERIORO COGNITIVO BRUSCO Y LOE CEREBRAL: NEUROCISTICERCOSIS

Alberto Bullón Sáez, Sonia García Barrera, Luis Sánchez Pastor, Juan Manuel Espejo Saavedra

*MIR Psiquiatría. Salamanca.*

**Caso clínico:** Se presenta un caso clínico de una mujer de 21 años, procedente de Colombia. En España desde hace 4 años, soltera, sin hijos. Es la mayor de 7 hermanos. En la actualidad convive con una tía en una habitación de alquiler. El resto de su familia en su ciudad de origen. Como antecedentes psiquiátricos familiares presenta una tía materna y un tío paterno con probable trastorno mental de características psicóticas, además una tía paterna con consumo de sustancias. Entre los antecedentes de la paciente se describen múltiples episodios de cefalea y síncope sin filiación diagnóstica, así como episodios febriles de frecuencia mensual entre los 2 y 14 años en contexto de parasitosis. Sin alergias medicamentosas conocidas, sin consumo de sustancias de abuso. En los hitos del neurodesarrollo presentó dificultades en el habla a los 8-9 años que precisaron de psicología y logopeda. Asintomática hasta los 14 años donde relata episodios de acoso escolar que requieren ayuda psicoterapéutica. Inicio de clínica psicótica desde aproximadamente los 15 años, incluyendo ideación delirante de autorreferencia, alucinaciones auditivas simples y complejas, bloqueos del pensamiento, desmotivación y falta de iniciativa; con aumento progresivo de la repercusión anímica y conductual. Estudió hasta 2º de Bachillerato con un rendimiento escolar excelente hasta los 16 años, momento desde el que presenta serias limitaciones a nivel de atención, cálculo, comprensión del lenguaje verbal y escrito y otras, evaluados mediante las pruebas pertinentes. Primer contacto con Psiquiatría en mayo de 2020, a los 20 años, en ámbito privado, pautándose sertralina por

sospecha inicial de clínica ansioso-depresiva. Tiene un primer ingreso en Psiquiatría en septiembre de 2020 con diagnóstico de episodio psicótico esquizofreniforme y se le encuentra como hallazgo incidental en prueba de imagen (TC cerebral) una lesión ocupante de espacio única con captación en anillo de localización en ganglios basales izquierdos. Junto al Servicio de Neurología y al Servicio de Medicina Interna, tras EEG, RMN cerebral y punción lumbar, se filia la lesión como de etiología infecciosa sugerente de neurocisticercosis. No es posible acceder por neurocirugía para el diagnóstico anatómopatológico debido a la localización de la lesión. Se inicia tratamiento antibiótico empírico durante 4 semanas para neurocisticercosis. En la RMN cerebral de control se objetiva disminución del edema y del tamaño de la lesión. Posteriormente, tras estabilización psicopatológica, meses después, tiene un repunte brusco y autolimitado (escasamente congruente con el curso evolutivo anterior) con clínica delirante de persecución y alucinatoria auditiva con gran repercusión conductual (susurros, soliloquios, gritos). Además, asociándose al cuadro, una torpeza motora, disartria llamativa y alteración de la marcha, consistente en sensación de falta de fuerza con caída y traumatismo craneal, advirtiéndose posteriormente en consulta lateralización postural derecha, presentando además pico febril con febrícula mantenida junto a leucocitosis con desviación izquierda. Desde los últimos 6 meses, hay un rápido deterioro en sus funciones cognitivas con afectación en diversas áreas y caída en picado de la funcionalidad, con ruptura total de la actividad y con un curso atípico de una psicosis actualmente estabilizada con antipsicóticos.

## EN PLENA PANDEMIA SUENA EL BUSCA: "CÓDIGO PRECIPITADO EN 7ª IZQUIERDA"

Antonio Hipólito Guzmán del Castillo, Emilio José López Sánchez, Isabel Martín Talavera, Guillermo Velarde Pedraza, Marta Pérez Lombardo, María Paz Algarín Moriana

*MIR Psiquiatría. Sevilla.*

**Caso clínico:** Mes de marzo de 2019, suena el busca de Urgencias de Psiquiatría: "código precipitado en la 7ª izquierda". Por el camino nos enteramos que el intento había sido consumado antes de la llamada. Se trataba de un varón en la década de los 60, ingresado por Neumonía debida a COVID-19. Vivía con su mujer y tenía tres hijos, todos independizados. A nivel somático EPOC de larga evolución que precisaba oxigenoterapia domiciliaria. No contaba con antecedentes de Salud Mental previos. La familia nos informa que en los meses que precedieron al ingreso el paciente tendía a estar encamado, aislado en la habitación, sin apenas salir de ella y rehuyendo de las relaciones sociales. A la única que permitía mayor contacto era a su hija. Resaltan que el paciente hacía un uso errático de la oxigenoterapia, el cual consistía en aumentar la presión de oxígeno pautada, promoviendo situaciones de hiperoxia, en las que parecía tener cuadros confusionales subagudos en los que predominaba la desorientación y la inatención. Al ingreso presenta nuevamente un síndrome confusional, llegando a verbalizar ideas de muerte, motivo por el que tenía acompañamiento constante. Por la agitación psicomotriz y el riesgo autolesivo llegó a precisar sujeción mecánica. No llegó a ser valorado por Psiquiatría. Se le retiró la sujeción mecánica, cuando parecía que la situación lo permitía, y en un momento en el que el paciente se quedó solo en la habitación, se precipitó por la ventana. Queda la pregunta, el uso errático de la oxigenoterapia domiciliaria se trataba de una conducta parasuicida secundaria a un episodio depresivo; o la sintomatología descrita se puede enmarcar en las limitaciones secundarias al EPOC y posibles cuadro subconfusionales. ¿Podiera haber un cuadro de deterioro cognitivo añadido? Lo que nos aportan casos así va encaminado a incentivar la detección precoz de una ideación suicida, la necesidad de una valoración exhaustiva e integral de la perso-

na, sin restarle importancia por estar dentro de un cuadro de origen somático.

### LOS SUPERVIVIENTES DEL SUICIDIO CONSUMADO: A PROPÓSITO DE UN CASO FAMILIAR

Clàudia Aymerich, Lucía Andrés, Gonzalo Mancebo, María Laborda, Jon Herrero, Miguel Ángel González-Torres

*MIR Psiquiatría. Bizkaia.*

**Caso clínico:** Presentamos el caso clínico de una familia atendida en su centro de salud mental de referencia tras el suicidio inesperado de uno de sus miembros. Transcurridos cinco meses del suicidio, cuatro de los familiares directos de la fallecida son atendidos regularmente por diferentes psicólogos y psiquiatras del centro, habiendo recibido diagnósticos diversos: Trastorno adaptativo [F43], Desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia [Z63.4], Trastorno de ansiedad (premórbido, exacerbado en la actualidad) [F41.9] y Trastorno de conducta, tipo inicio en la niñez [F91.1]. A propósito de estas cuatro viñetas clínicas se realiza una revisión narrativa de las consecuencias del suicidio consumado en la red social y familiar del fallecido. Se abordan las respuestas esperables en los familiares de menor edad, con especial énfasis en los hijos, la pareja y los padres del fallecido, así como aquellas situaciones que señalan la necesidad de una atención o tratamiento más intensivos a determinados familiares. El duelo familiar tras un fallecimiento por suicidio es un proceso ha recibido poca atención en la investigación, tratándose sin embargo de un periodo clave para detectar y prevenir eventos patológicos en todos los afectados. Además, al tratarse el suicidio es una de las principales causas de muerte en edad fértil, no es infrecuente que el fallecido deje hijos, con la complejidad especial que ello entraña. Es esencial que los profesionales de la salud mental sean conocedores de las dificultades físicas y psicósomáticas experimentadas por los familiares del fallecido.

### TRASTORNO PSICÓTICO POR CONSUMO DE CANNABIS Y RIESGO AUTOLÍTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz Losilla Rodríguez, Clara Menéndez-Sampil Landa, Isabel de Burgos Berdud

*MIR Psiquiatría. Sevilla.*

**Introducción:** El trastorno psicótico por cannabinoides (F12.5) se define en la CIE-10 como el trastorno psicótico que acompaña al consumo de cannabis o sucede inmediatamente después de él, por lo general, dentro de las primeras 48 horas, con un periodo de latencia no mayor de 2 semanas. En los cuadros psicóticos inducidos por sustancias y en el uso comórbido de sustancias, la principal causa de muerte es el suicidio, siendo particularmente frecuente la ideación autolítica.

**Caso clínico:** Mujer de 26 años que acude al servicio de urgencias acompañada por su familia. Refiere que desde hace un año ha descubierto un complot de su expareja y antiguos compañeros de trabajo, incluyendo actualmente a amigos y familiares. Según refiere, a través de las redes sociales le enviaban mensajes ofensivos de manera soslayada, aunque según ella claramente malintencionada. Además, refiere que le intentaron hackear el móvil para acceder a sus cuentas de redes sociales o de pagos online. Refiere presentar pensamientos suicidas de larga data, que se han hecho más intensos en las semanas previas. Posteriormente su madre refiere situación de auténtica inestabilidad y riesgo para sí misma o terceros en su ámbito sociofamiliar, en el que ya no confía en nadie, llegando a realizar manifestaciones amenazantes e ideación autolítica, hablando de la posibilidad de realizarse cortes en antebrazos. Se procede a su ingreso con carácter involuntario, dada su nula conciencia de enfermedad, estado de

riesgo-vulnerabilidad actual y rechazo de las opciones previas. EPP: a la exploración se muestra consciente, orientada, correcta y colaboradora en todo momento. Angustiada en consulta. Contacto ansioso. Discurso sin alteraciones en forma, ideación delirante paranoide y de perjuicio parcialmente estructurada, con repercusión afectiva (angustia e ideas de muerte), interpretaciones delirantes. No fenómenos alucinatorios. Autorreferencialidad. Describe inestabilidad anímica de larga evolución. Impulsividad. Hiporexia e insomnio de días de evolución. Ideación autolítica no estructurada ni planificada si bien sin crítica adecuada de la misma. Juicio de realidad estrechado. Orientación diagnóstica: Trastorno psicótico debido al consumo de cannabis con predominio de ideas delirantes (F12.51). Evolución y tratamiento: la evolución de la paciente durante el ingreso fue excelente, remitiendo por completo la angustia que presentaba al ingreso. Realizaba crítica de la ideación delirante y percibió mejoría que relacionaba con la toma de tratamiento. En seguimiento posterior en USMC de zona. La paciente ha tenido una evolución favorable, ha abandonado el consumo de tóxicos, con buena adherencia al tratamiento y a los servicios de salud mental. Actualmente estabilizada, sin psicopatología, en tratamiento con aripiprazol oral 10 mg y biperideno 4 mg.

**Discusión:** Es difícil prever la evolución de la enfermedad, siendo preciso atender al curso longitudinal para establecer un diagnóstico definitivo. La ideación suicida es relevante en cuadros psicóticos inducidos por sustancias, por lo que se debe evaluar, tratar y monitorizar el riesgo suicida de forma temprana, lo que reduciría el riesgo de suicidio.

### ABUSO DE SUSTANCIAS, PSICOSIS Y CONDUCTA SUICIDA MUY VIOLENTA. UNA BOMBA DE RELOJERÍA

Carla Albert, Eugenia Nicolau, Lucía Ibarra, María Irigoyen

*MIR Psiquiatría. Lérida.*

**Caso clínico:** Varón de 27 años, sin antecedentes médicos relevantes, que inicia su primer contacto con psiquiatría a los 17 años por posible TDAH. Tras varias visitas, se instaura tratamiento con metilfenidato. Sin embargo, toma el tratamiento de forma irregular, y habitualmente, en patrón de abuso. A esta situación, se le añade el abuso también de THC. Finalmente, con 18 años, precisa la primera hospitalización completa, debido a un trastorno psicótico. La evolución es tórpida y requiere numerosas visitas en urgencias, con una adherencia irregular al tratamiento y consumo habitual de tóxicos. Se diagnóstica de trastorno psicótico. En 2014, tras fugarse de un centro de deshabitación y en descompensación psicótica, realiza un intento suicida con 40 g de paracetamol, que requiere ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos durante 8 días, debido a un fallo hepático agudo consecuencia de la sobreingesta. Al alta de la UCI, se decide ingreso primero en la unidad de agudos, con posterior ingreso en la unidad de subagudos, con el objetivo de asegurar una adecuada adherencia al tratamiento y abstinencia de tóxicos. Su evolución continúa siendo tórpida, precisando hasta la fecha, hasta 5 hospitalizaciones completas por clínica psicótica. En 2018, tras uno de los ingresos es diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Durante este periodo de tiempo, también se intentaron varios ingresos en comunidades terapéuticas, sin lograr abstinencia ni tampoco completar la estancia. Progresivamente, el paciente ha ido perdiendo funcionalidad, precisando curatela médica y económica, y sospechando que presenta una capacidad volitiva disminuida. ¿Qué posibilidades existe en este contexto de que vuelva a realizar un gesto suicida grave?

**Discusión:** Uno de los principales factores de riesgo para realizar un gesto suicida, especialmente en los adolescentes, son las enfermedades psiquiátricas y los intentos previos (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001). Además, hay que tener en cuenta este riesgo se incrementa, si el paciente padece episodios de

psicosis (Kelleher *et al.*, 2013) ya que el riesgo de suicidio a lo largo de la vida entre los pacientes con psicosis a largo plazo es del 5-15% (Steffenson *et al.*, 2016). También son bien conocidos los factores precipitantes, como pueden ser el abuso de drogas, el aislamiento y los problemas sociales, así como también factores emocionales (Tishler *et al.*, 2007). De todos ellos, probablemente el más conocido sean las drogas, ya que hay estudios que demuestran que entre 25-46% de los adolescentes que completan el suicidio y un 20% de aquellos que realizan un intento, tienen alcohol o alguna otra droga en su cuerpo (Brent *et al.*, 1987). Por tanto, se podría decir, que la combinación de enfermedad mental y consumo de tóxicos, es una combinación altamente letal (Brend *et al.*, 1991). Cabe destacar que, a diferencia del caso descrito, son los síntomas depresivos durante el episodio psicóticos, los que se asocian con un mayor riesgo a largo plazo de comportamiento suicida (McGinty *et al.*, 2018). Habitualmente y a diferencia del caso descrito, la conducta suicida en el paciente psicótico se asocia con la sintomatología negativa propia de la depresión pospsicótica e hiperconciencia de trastorno. Los psicóticos jóvenes suelen realizar intentos muy graves con metodología altamente letal como la ingesta de paracetamol. A pesar de ello, y atendiendo a la evolución errática del paciente sigue presentando muchos factores de riesgo para intento suicida grave.

### LAS 3 "T" DE OTRA TORMENTA PERFECTA PARA EL RIEGO SUICIDA: TUS + TCA + TPL

Carla Albert, Lucía Ibarra, Eugènia Nicolau, María Irigoyen

MIR Psiquiatría. Lérida.

**Caso clínico:** Se trata de una paciente de 52 años sin antecedentes médicos relevantes. Destaca consumo dependiente de alcohol desde 2003 habiéndose logrado solo un año escaso de abstinencia en contexto de hospitalización prolongada. El consumo diario es de 20 UBEs/día. No hay otro consumo de tóxicos. Inicia seguimiento en Psiquiatría en 2000 en contexto de episodio depresivo con orientación posterior de Trastorno de Personalidad Límite. Se añade trastorno de conducta alimentaria de tipo bulimia nerviosa. Refiere dos intentos suicidas mediante sobreingesta medicamentosa pero su comportamiento pasivo y de abandono personal sugiere una forma de suicidio pasivo. A nivel biográfico, es inconsistente el apoyo del grupo primario al ser cada vez más reducido y patológico. A nivel de colaboración, se evidencian rasgos pasivo-agresivos con tendencia a la manipulación, el inmovilismo y la oposición a todas las propuestas terapéuticas. En los últimos 3 años ha precisado hospitalizaciones prolongadas con cierta recuperación inicial pero que no se ha podido consolidar a nivel ambulatorio a pesar de estrechar el seguimiento con psiquiatra, psicólogo clínico y programa de soporte individualizado. No ha sido posible vincular de modo continuado al Servicio de Rehabilitación Comunitaria. De este modo, su funcionalidad va disminuyendo progresivamente y su propia vida parece haber dejado de ser de su interés.

**Discusión:** Aunque sigue habiendo poca evidencia sistemática, el riesgo de intentos de suicidio por bulimia nerviosa y anorexia nerviosa con purga compulsiva parece más alto que anorexia nerviosa de tipo restrictivo. Esta revisión sistemática, en definitiva, respalda los intentos de suicidio como un problema importante en los trastornos de conducta alimentaria, especialmente en los subtipos de atracones (Mandelli *et al.*, 2019). Las personas con trastornos alimentarios tienen elevados déficits interoceptivos y riesgo de comportamientos autolesivos por altas dificultades para la regulación emocional (Smith *et al.*, 2018). En este caso concreto, también destaca la dependencia de alcohol y esto debe tenerse muy en cuenta porque el trastorno por consumo de alcohol es un factor de riesgo de reintento de suicidio (Lee *et al.*, 2019). Aunque solo ha realizado dos sobreingestas medicamentosas, presenta la tendencia al abuso de la medicación de modo impulsivo del mismo modo que realiza con la comida, a modo de atra-

cones buscando un efecto ansiolítico ante las dificultades para el control emocional. Estas circunstancias concuerdan con las investigaciones del equipo de Blasco-Fontecilla que planteaba la posibilidad de que los suicidas con varios intentos presentaran un comportamiento adictivo al cumplirse 3 de los 7 siguientes criterios: tolerancia (Criterio 1), abstinencia (Criterio 2), pérdida de control (Criterio 3), problemas para dejar de tener o disminuir esos comportamientos (Criterio 4), uso de tiempo excesivo (Criterio 5), reducción importante de actividades (Criterio 6), y consecuencias físicas adversas (Criterio 7) (Blasco-Fontecilla *et al.*, 2014b). En definitiva, se trata de una paciente con una alta comorbilidad psiquiátrica y vulnerabilidad para la conducta suicida al presentar alta impulsividad, escasa capacidad de introspección y marcadas dificultades para vincularse a recursos que puedan realizar contención de las crisis suicidas y de las recaídas en el consumo de alcohol y de la conducta alimentaria.

### ¿ES EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL UN FACTOR DE RIESGO DE SUICIDIO?

Diana Crespo Amaro, Batirtze Goitia Aritxa, Pablo Vazquez Herrera, Violeta Pibernat Serrano, Carmen Gómez Eguilaz, Ignacio Álvarez Marrodan

MIR Psiquiatría. La Rioja.

**Introducción:** Los factores que llevan a un individuo al suicidio son a menudo complejos y variados; sin embargo, cada vez hay más evidencia de que la menstruación podría desempeñar un papel importante para algunas mujeres. El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es una condición de salud crónica que afecta al 3-8% de las mujeres en edad menestrante, se caracteriza por cambios emocionales, físicos y conductuales durante la fase premenstrual del ciclo asociada con angustia clínicamente significativa y un marcado deterioro del funcionamiento psicosocial. Los estudios han identificado una alta prevalencia de suicidio en mujeres con TDPM.

**Caso clínico:** Mujer de 21 años que acude a urgencias tras sobreingesta de 20 comprimidos de metamizol 575 mg y 20 comprimidos de escitalopram 20 mg con intencionalidad autolítica. Antecedentes Personales: En seguimiento en USM desde hace 2 años por sintomatología depresiva que aparece de forma cíclica durante el periodo premenstrual. Exploración psicopatológica: una vez compensada desde el punto de vista orgánico, se encuentra consciente y orientada. Discurso dirigido, sin alteraciones en curso ni en contenido del pensamiento. Tendencia al llanto. Pensamientos de insatisfacción y culpa. Desesperanza. Sensación de tensión interna. Se observa lábil e irritable. Relata ánimo bajo, anergia y apatía. Persistencia de ideación autolítica como única alternativa de aliviar su malestar. Sueño fraccionado. Describe que el inicio de esta sintomatología se corresponde con la semana previa a la menstruación y se acompaña de hipersensibilidad mamaria, cefalea y sensación de hinchazón. Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre el tema en PubMed de los últimos 5 años, utilizando las palabras claves trastorno disfórico premenstrual, ciclo menstrual y suicidio.

**Discusión:** Hay una frecuencia significativamente mayor de TDPM en las féminas que intentan suicidarse, sin embargo, según los últimos estudios, estos no están relacionados con el ciclo menstrual. Es imperativo que se disponga de apoyo y tratamiento adecuado para estas mujeres con el fin de reducir los intentos autolíticos y la probabilidad de muertes innecesarias posteriores. Las mujeres con TDPM deben ser consideradas un grupo de alto riesgo de suicidio, incluyendo el aumento de la vulnerabilidad para ideación, planes e intentos autolíticos. La detección y el tratamiento de los síntomas de la TDPM es de suma importancia para reducir los intentos de suicidio y salvar la vida de las mujeres; por lo tanto, es imprescindible fomentar la detección rutinaria de todas las mujeres que presentan tendencias suicidas.

## DOBLE INICIO DE ARIPIPRAZOL INTRAMUSCULAR DE LIBERACIÓN PROLONGADA... A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO SIN ANTECEDENTES SOMÁTICOS DE INTERÉS

Emilio José López Sánchez, Agustín Sánchez Gayango, María Paz Algarín Moriana

*MIR Psiquiatría. Sevilla.*

**Caso clínico:** Seguimiento en Psiquiatría desde los 13 años con orientación diagnóstica de esquizofrenia paranoide. Realizaba tratamiento con quetiapina 150 mg de liberación modificada (0-0-1) y topiramato 100 mg (1-1-1). Se trata de una mujer de 62 años derivada por su Médico de Atención Primaria para iniciar seguimiento en la USMC de Los Palacios y Villafranca tras seguimiento previo de larga duración en el ámbito privado. En las primeras entrevistas en consulta, se objetivó la ausencia de sintomatología psicótica activa, aunque la paciente presentaba una ligera ansiedad flotante y una marcada tendencia a la irritabilidad y evitación de las relaciones socio-familiares, como principales quejas de la paciente y su familia. A nivel funcional la paciente presentaba una importante inactividad y una clara dificultad para realizar sus actividades habituales con normalidad. Debido a la presencia de tics motores se propuso el cambio de tratamiento antipsicótico a aripiprazol 10 mg (1-0-0). Tras comprobar su eficacia clínica y su buena tolerabilidad, así como una disminución de los tics motores presentados previamente con quetiapina, se planteó la posibilidad de iniciar tratamiento con aripiprazol IM de liberación prolongada con doble dosis de inicio más suplementación oral de 20 mg en una única dosis, debido a los antecedentes de abandono del tratamiento psicofarmacológico por parte de la paciente en el pasado. Tanto la paciente como su familia aceptaron esta opción de tratamiento. Previamente al inicio del tratamiento antipsicótico intramuscular de liberación prolongada, se administraron las escalas PANSS y de funcionamiento personal y social (PSP). En la escala PANSS, se objetivó la presencia de un síndrome positivo con el sistema restrictivo, con las siguientes puntuaciones: Síndrome positivo (13 puntos/percentil 25), síndrome negativo (12 puntos/percentil 25) y psicopatología general (34 puntos/percentil 25). En la escala PSP, la paciente obtuvo una puntuación de 55 puntos, objetivándose la presencia de dificultades manifiestas en el apartado B (relaciones personales y sociales), dificultades marcadas en el apartado C (actividades sociales habituales) y dificultades leves en el apartado D (comportamientos perturbadores y agresivos). Tras tres meses de tratamiento antipsicótico intramuscular de liberación prolongada, la paciente ha mantenido una adecuada estabilización psicopatológica, con una reducción importante de los tics motores presentados al inicio del seguimiento. Se realizó una nueva valoración de la paciente usando las escalas PANSS y PSP tras dos meses de tratamiento antipsicótico. En la escala PANSS, objetivamos la presencia de un síndrome negativo con el sistema restrictivo. Se observó una mejoría considerable tanto en el síndrome positivo (8 puntos/percentil 5), como en el síndrome negativo (9 puntos/percentil 5), así como en la psicopatología general (22 puntos/percentil 5). En la escala PSP, la paciente obtuvo una puntuación de 75 puntos, observándose una clara mejoría de su funcionamiento personal y social. Únicamente persistían dificultades leves en los apartados B (relaciones personales y sociales) y C (actividades sociales).

### ¿TOC Y SUICIDIO?: A PROPÓSITO DE UN CASO

Eugènia Nicolau, Carla Albert, Lucía Pertusa, María Irigoyen, Vicent Llorca, Esther Buil, Marina Adrados, Arnau Gisbert, Samuel Pàmpol, Marta Sánchez, Roberto Palacios, Giovanni Tortorelo

*MIR Psiquiatría. Lérida.*

**Caso clínico:** Paciente de 35 años que es visitado por primera vez en Psiquiatría hace un año, después de un intento suicida en el cual

intenta arrojar de un coche en el que iba como copiloto. Sin antecedentes de interés previos. Hace unos 10 años que consume cannabis, con remisión de consumo y recaída reciente. Su familia explica que desde siempre ha sido una persona solitaria, con tendencia al aislamiento. Explican estresores vitales y problemas biográficos, entre ellos maltrato intrafamiliar, cambios constantes de domicilio e infidelidades. Tiene antecedentes de padre con inestabilidad psicopatológica y hermana con diagnóstico de TOC. El paciente ingresa por primera vez, y se detectan conductas extrañas en una persona que expresa desconfianza y miedo. Comenta que “algo malo va a pasar a su familia si él no se hace daño a sí mismo”. Explica que un accidente que tuvo hace un año en realidad fue “un intento suicida frustrado”. El paciente en todo momento hace crítica de sus pensamientos, impresiona de pensamiento mágico vs. fobia de impulsión. Se orienta el diagnóstico como trastorno obsesivo de base que ha progresado hacia la esfera psicótica. Además, refiere que el consumo de cannabis le disminuye la intensidad del pensamiento, controlando lo que le hace pensar que algo malo ha de ocurrir si él no se suicida. Después de este primer ingreso, el paciente es derivado a Unidad de Subagudos, a Hospital de Día y a SRC, ya que es calificado de paciente grave de alto riesgo.

**Discusión:** El caso explicado presenta alto riesgo suicida por varios motivos: empezando por su biografía, se han relacionado eventos estresantes que predisponen a tener pensamientos intrusivos y también la aparición de otras patologías que aumenten el riesgo suicida (Barzilay *et al.*, 2019). Históricamente se ha pensado que las personas con trastorno obsesivo compulsivo no tenían importante riesgo suicida. En los casos en los que había comorbilidad con trastornos psicóticos se podía pensar en este riesgo, marcado por factores ampliamente conocidos: ser hombre, joven, soltero, en los diez primeros años de enfermedad y tener intentos suicidas previos, como es este caso. Se postula en algunos artículos que la asociación de síntomas obsesivos típicos del trastorno obsesivo compulsivo en pacientes con trastornos psicóticos puede incrementar el riesgo añadido a expensas de realizar más números de intentos suicidas, e incluso analizando la severidad de la compulsión se podría predecir la emergencia de posible intento suicida (Sevincok *et al.*, 2007). Recientes estudios relacionan el TOC sin otras patologías concomitantes con el suicidio (Albert *et al.*, 2019; Zink *et al.*, 2014). No obstante, no queda claro si esta relación surge de situaciones estresantes que pueden haber vivido o de la patología en sí (Agne *et al.*, 2020). Es un paciente con alto riesgo suicida que ha necesitado gran cantidad de recursos para controlar su patología. Presenta de base trastorno obsesivo-compulsivo que progresa a la esfera psicótica. Recientes investigaciones valoran el TOC como posible riesgo de suicidio *per se*. A raíz de la investigación de este caso, recalcaría que ante una enfermedad tan invalidante como es el TOC presente en un 2,5% de la población, con tradición de “no pensar en ella como posible causa de suicidio”, sería necesario valorar e investigar bien el riesgo individualizado en cada paciente que presenta trastorno obsesivo-compulsivo, sea concomitante a otra patología psiquiátrica o no.

### EMPLEO DE ANTIPSICÓTICOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN EL TPL CON ALTO RIESGO SUICIDA

Eugènia Nicolau, Carla Albert, Lucía Ibarra, Natalia Aguilá, María Irigoyen

*MIR Psiquiatría. Lérida.*

**Caso clínico:** Se trata de una paciente de 27 años sin antecedentes médicos relevantes. En remisión de consumo de alcohol y cannabis tras años de consumo abusivo. Mantiene abstinencia desde hace 18 meses. Problema biográfico en el contexto de adopción cuando era niña abandonando su país de origen. Mala adaptación a su realidad vital con conflictos de repetición y acontecimientos vitales estresantes de gravedad y judicializados. Preciso varios ingresos en hospitalización completa en contexto de crisis suicidas con intentos de suicidio de alta letalidad.

Presentó varias recaídas suicidas mediante sobreingesta medicamentosa y venosección superficial siendo el manejo terapéutico infructuoso por la alta tendencia al abuso y a la sobreingesta medicamentosa en contexto de intoxicación. Finalmente, en 2019 se plantea el inicio de aripiprazol 15 mg/d oral con buena tolerabilidad y respuesta terapéutica. Dados los antecedentes del paciente, se consensuó el inicio de aripiprazol 400 mg intramuscular con carácter mensual. Se observó una mejora a nivel conductual con un control más óptimo de la impulsividad, menos irritabilidad y tendencia a la eutimia. Los conflictos interpersonales han disminuido, ha recuperado funcionalidad siendo capaz de tener trabajos de baja exigencia y colabora con el seguimiento acudiendo mensualmente a visita con psiquiatra y semanalmente con el Programa de Soporte Individualizado.

**Discusión:** El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por relaciones interpersonales inestables, emoción e imagen de sí mismo, así como una impulsividad marcada que causa un deterioro significativo. El TLP se diagnostica predominantemente (75%) en mujeres en entornos clínicos. Se estima que alrededor del 60% al 78% de los pacientes con TLP hacen intentos de suicidio, pero se encontró que la tasa de suicidios consumados fue de alrededor del 4% durante un seguimiento de 10 años. El tratamiento de primera línea para el TLP es la psicoterapia. La farmacoterapia se utiliza generalmente como complemento de la psicoterapia para el tratamiento clínico de los síntomas específicos del TLP. Los medicamentos utilizados para el TLP incluyen antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo y antidepressivos. Se ha observado que la farmacoterapia solo reduce parcialmente los síntomas, que incluyen labilidad, ira inapropiada, disforia, impulsividad, agresión hacia uno mismo y hacia los demás, disociación, identidad alterada, paranoia y problemas interpersonales. Los pocos datos publicados indican cuánto tiempo debe continuarse una medicación eficaz para el TLP. A pesar de que clásicamente, ha destacado la clozapina por su efecto anti-suicida. Se cree que esta acción se debe, no solo a sus propiedades antipsicóticas, sino también a su interacción con los receptores de serotonina (Modai *et al.*, 2003). En la actualidad, se ha descubierto que los antipsicóticos reducen los síntomas del TLP y su uso intramuscular eliminando el acceso a la medicación oral puede hacerle muy útil para el manejo del paciente con trastorno de personalidad límite y riesgo suicida elevado.

#### Bibliografía

1. Aripiprazole for Borderline Personality Disorder: A Review of the Clinical Effectiveness [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017.

## SÍNDROME CATATONIFORME: A PROPÓSITO DE UN CASO

Isabel de Burgos Berdud, Beatriz Losilla Rodríguez,  
Ana Isabel Florido Puerto

*MIR Psiquiatría. Sevilla.*

**Introducción:** El síndrome catatónico comprende una serie de signos y síntomas motores y conductuales, entre los que se encuentran la catalepsia, flexibilidad cética, estupor, rigidez, agitación, mutismo, negativismo, ambitendencia, estereotipias y ecosíntomas. La aparición de los cuadros catatónicos es frecuente en los cuadros esquizofrénicos, trastornos afectivos, en alteraciones de los ganglios basales, límbicas y diencefálicas, y en otros cuadros neurológicos, de base inicialmente orgánica o secundarios a trastornos metabólicos, tóxicos o farmacológicos.

**Caso clínico:** Mujer de 39 años sin antecedentes de interés a nivel somáticos ni psiquiátrico. Acude al área de Urgencias de Psiquiatría derivada de su hospital de referencia donde fue atendida en primer momento por alteraciones conductuales. La paciente protagonizó episodio de agitación en domicilio y fue trasladada al hospital donde le realizaron todo tipo de exploraciones complementarias con resultados normales: hemograma, bioquímica, cribado de tóxicos en orina,

TAC de cráneo y punción lumbar. Durante su estancia hospitalaria presentó un curso fluctuante de su sintomatología, pasando de la normalidad, al mutismo o a la agitación, siendo necesaria la contención mecánica y farmacológica con benzodiazepinas. Durante su estancia en Observación mantuvo evolución fluctuante, en ocasiones agitada, con conductas desorganizadas y vociferante, en otras mutista, sin mantener la mirada y no participando en la entrevista. Ante la imprevisibilidad de la agitación psicomotriz es preciso administrar en varias ocasiones diazepam IM y haloperidol IM. Dada la situación clínica y ante la ausencia de hallazgos somáticos que justifiquen el cuadro psicótico, se procede al ingreso involuntario en la Unidad de Hospitalización con juicio clínico de trastorno psicótico a estudio (funcional vs. orgánico). La pareja de la paciente, como informador principal de la familia, refería que en las semanas previas a este episodio había notado cambios de comportamientos en la paciente, mostrándose en ciertos momentos suspicaz, desconfiada e irritable. Lo relaciona con varios estresores recientes (mala relación con familia de origen, empleo, oposiciones...). En este contexto había tenido varios episodios de crisis de ansiedad en días previos. Durante los primeros días de ingreso permanece fluctuante a nivel conductual, presentando episodios de agitación y otros de estupor catatoniforme y mutismo. La evolución posteriormente es favorable, remitiendo los episodios de agitación psicomotriz y manteniéndose estable el nivel de conciencia y de atención. Finalmente es dada de alta con diagnóstico de episodio catatoniforme resuelto. Se le ofrece vinculación a Unidad de Salud Mental Comunitaria para mantener seguimiento y revisiones.

**Discusión:** La catatonía es un síndrome no específico asociado a diversas etiologías, tanto orgánicas como psiquiátricas, de ahí la dificultad de filiar el origen de estos cuadros, debiendo realizarse un amplio despistaje orgánico en primer lugar. Por otro lado, la variabilidad de síntomas y signos que se pueden presentar en el síndrome catatónico y la imprevisibilidad ante la fluctuación de los mismos hace igualmente complejo el diagnóstico de este cuadro.

## TRASTORNO MENTAL GRAVE Y TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS COMO FACTORES DE RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Joana Gonçalves Cerejeira, Isabel Santos Carrasco, Carmen Capella, Eva Rodríguez, María Queipo de Llano, Abril Gonzaga, Guillermo Guerra, Teresa Jiménez, Carmen Valdecillo, Celia de Andrés, Óscar Martín

*MIR Psiquiatría. Valladolid.*

**Introducción:** La literatura científica actual evidencia que la presencia de ciertos factores de riesgo en un mismo paciente aumenta la probabilidad de realizar una conducta suicida, siendo el abuso de sustancias y la presencia de trastorno mental grave dos de las principales entidades a tener en cuenta. El consumo agudo de alcohol, por su efecto desinhibidor, se asocia de forma consistente a la realización de intentos autolíticos. Por otro lado, se estima que las tasas de suicidio en personas diagnosticadas de algún trastorno psicótico puede llegar a ser hasta 50 veces mayor que en la población general, siendo la letalidad de los intentos significativamente superior en este grupo, en comparación con personas diagnosticadas de otros trastornos psiquiátricos. Finalmente, el sexo masculino también se asocia a intentos de suicidio más graves y a tasas más elevadas de suicidios consumados.

**Caso clínico:** Presentamos el caso clínico de un varón de 50 años, separado, con antecedentes psiquiátricos de trastorno depresivo y de trastorno por consumo de alcohol de varios años de evolución. Ha precisado varios ingresos en unidades psiquiátricas de agudos por autointoxicaciones medicamentosas voluntarias. En su penúltimo ingreso se objetivó por primera vez la presencia de ideación delirante de perjuicio y autorreferencial, estando actualmente diagnosticado también de trastorno esquizofreniforme. Recibe tratamiento psicofarma-

cológico únicamente con un antipsicótico atípico. En esta ocasión ingresa en nuestra unidad de hospitalización de forma urgente tras sobregesta medicamentosa voluntaria con finalidad autolítica de 80 comprimidos, incluyendo antihipertensivos, antiarrítmicos, benzodiazepinas y alcohol. Realizó el acto con planificación previa, siendo posteriormente encontrado muy somnoliento por sus familiares. Reconocía marcado empeoramiento anímico las últimas semanas con intensos sentimientos de desesperanza, incapacidad de disfrute, clinofilia, insomnio y marcada pérdida de apetito. Como desencadenante, refería únicamente dolores somáticos inespecíficos. Exploración psicopatológica inicial: consciente, orientado y colaborador. Aspecto descuidado y caquéctico. Discurso parco, enlentecido. Ánimo deprimido. Ansiedad cognitiva importante. Ideas delirantes de culpa y de perjuicio. Alucinaciones auditivas en forma de voces imperativas. Ideación autolítica presenta, sin crítica del episodio actual. Insomnio e hiporexia. Durante el ingreso se inició tratamiento anti-depresivo y se cambió el antipsicótico por otro de perfil más incisivo. A lo largo del ingreso la ideación autolítica se ha podido reconducir y se ha dado alta, pero se trata de un paciente que presenta un perfil de alto riesgo y que necesita un seguimiento estrecho.

**Discusión:** Hemos expuesto un caso clínico de un paciente con tres importantes factores de riesgo de conducta suicida: ser hombre y estar diagnosticado de trastorno por consumo de alcohol y de un trastorno psicótico de reciente aparición. Estos hallazgos apoyan la literatura actual sobre factores de riesgo de conducta suicida.

## EL PAPEL DE LA KETAMINA EN EL TRATAMIENTO DE LOS EPISODIOS DEPRESIVOS GRAVES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jon Herrero Martínez, Aranzazu Madrazo Maza, Lucía Andrés Rodríguez, Clàudia Aymerich Nicolás, María Laborda Pertiñez, Borja Pedruzo Bagazgoitia, Gonzalo Mancebo Fernández, Sonia Bustamante Madariaga, Miguel Ángel González Torres

*MIR Psiquiatría. Bizkaia.*

**Caso clínico:** Varón de 51 años que acude al Servicio de Urgencias de un hospital terciario por intento autolítico grave al intentar defenestrarse viviendo en un 13º piso. La mujer del paciente presencia el episodio y llama a los Servicios de Emergencias, que trasladan al paciente al hospital. En el Servicio de Urgencias, el paciente refiere encontrarse desde hace un mes con mayor sentimiento de tristeza y de desesperanza, con tendencia a la clinofilia y al aislamiento en el domicilio, y con aparición y aumento progresivo de ideación autolítica que culmina en el episodio actual. El paciente identifica su despido laboral reciente como desencadenante, y manifiesta clara circadianidad de los síntomas marcada por un empeoramiento matutino de los mismos. Durante la entrevista el paciente se muestra colaborador, con destacada angustia y labilidad afectiva, tendente al llanto. Su cara manifiesta intenso sufrimiento; el discurso está centrado en su gran malestar y en su temor de paso al acto, con un aumento de la latencia pregunta-respuesta y un tono monocorde. Se trata de un hombre casado, con tres hijos, que trabajaba como economista en una empresa hasta que fue despedido de manera repentina e inesperada. Como antecedentes de interés destaca el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar que debutó hace ocho años con un episodio maníaco tras el cual realizó un viraje depresivo que precisó ingreso hospitalario. Durante la fase depresiva el paciente realizó varios intentos autolíticos que él mismo abortó. Su medicación habitual incluye Depakine Crono 1.000 mg/día (desayuno y cena); venlafaxina 75 mg/día (desayuno); lorazepam 1 mg a demanda. Ante la elevada letalidad del episodio actual y teniendo en consideración los previos intentos autolíticos ocurridos durante la fase depresiva de su enfermedad, se decide ingreso en la Unidad de Agudos de Psiquiatría para contención, estabi-

lización del estado del ánimo, y posible ajuste del tratamiento farmacológico. A su ingreso en la Unidad se inicia tratamiento con ketamina 40 mg en perfusión, recibiendo un total de cuatro sesiones. Las primeras dos sesiones se realizan dentro de las primeras 72 horas del ingreso (el primer y el tercer día). La tercera sesión se realiza pasados 7 días desde el ingreso, y la cuarta se introduce a los 6 días de la tercera como dosis de mantenimiento. Desde la primera sesión el paciente refiere alivio y disminución de la ideación autolítica. Tras dos sesiones de ketamina la ideación autolítica ha desaparecido por completo, se objetiva un aumento de la capacidad volitiva del paciente y una disminución progresiva de la clínica afectiva mayor; el paciente se muestra esperanzado y recupera su capacidad de disfrute. Por otra parte, ante el predominio del polo depresivo, se inicia tratamiento con litio (1.200 mg/día) y se retira el Depakine. Al alta el paciente se encuentra eufórico, tranquilo y con planes de futuro estructurados.

**Discusión:** Este caso pretende ilustrar la utilidad y la eficacia del tratamiento con ketamina para conseguir una rápida mejoría de la clínica afectiva en pacientes con episodios depresivos graves e intentos autolíticos de gran letalidad.

## ¿PSICOSIS CICLOIDE O NUEVO EFECTO ADVERSO DE ASTRAZENACA? DESESTIGMATIZANDO LA LOCURA EN TIEMPOS DE COVID-19

Laura Llovera García

*MIR Psiquiatría. Navarra.*

**Caso clínico:** El caso presentado trata de una mujer de 44 años de edad con antecedentes familiares de depresión postparto por parte de su madre y cuadros depresivos en familiares de primer grado. Antecedentes personales de seguimiento en Salud Mental por episodios ansiosodepresivos en contexto de mayor estrés laboral, con tratamiento antidepressivo actualmente. Acompañada al Servicio de Urgencias horas después de la administración de la vacuna AstraZeneca por episodio de horas de evolución enmarcado por importante inquietud psicomotriz con exaltación eufórica, ideación autolítica, desorganización conductual y del pensamiento con un discurso incoherente con parrarrespuestas y risas inmotivadas. Posterior amnesia retrógrada del episodio. No se objetivó conducta alucinatoria durante la valoración psiquiátrica ni clínica psicótica, si bien se infería por el contexto señalado según información externa. No refería consumo de tóxicos. Se programó ingreso en la Unidad de Hospitalización para valoración diagnóstica. Durante el ingreso, a nivel farmacológico, se reintrodujo su tratamiento habitual con sertralina 100 mg/día, añadiendo olanzapina 5 mg/día, acompañada de ansiolítico con lorazepam 3 mg/día, tolerando adecuadamente el tratamiento, sin referir secundarismos añadidos, con rápida respuesta y remisión de la sintomatología psicótica en menos de veinticuatro horas, con un discurso coherente e informativo, centrado en la entrevista y persistiendo el fallo mnésico referente al episodio que propició el ingreso. No verbalizó ideación autolítica durante el ingreso, con planes futuros realistas y planificados. Se objetivó tendencia a la clinofilia con hipersomnia durante los tres primeros días de ingreso. Según información externa, adecuado nivel de funcionalidad previo al ingreso, con un estilo de vida bien estructurado y personalidad premórbida con rasgos obsesivos y anancásticos con tendencia a la minusvalorización, señalando empeoramiento anímico en las últimas semanas. Aunque se contactó con el Servicio de Farmacovigilancia descartando otras notificaciones de episodios psicóticos agudos tras la vacunación, se objetivaron factores estresores clave en los días previos al ingreso como insomnio global y marcada ansiedad, infiriendo todo ello un probable cuadro de psicosis cicloide. Tras la rápida mejoría clínica con normalización conductual y a nivel de la esfera del sueño, así como la ausencia de recurrencias de sintomatología psicótica, se procedió al alta terapéutica con posterior seguimiento por parte de su CSM y aviso a Farmacovigilancia.

**Discusión:** La psicosis cicloide es un concepto diagnóstico que se ha desarrollado en Europa durante los últimos 120 años, englobando trastornos psicóticos agudos, recurrentes y benignos cuya sintomatología no es típicamente afectiva ni esquizofrénica, sino esencialmente polimorfa, siendo importante reconocer su diagnóstico, evitando así que los pacientes sean erróneamente diagnosticados y estigmatizados de esquizofrenia, con las consecuentes repercusiones terapéuticas que ello conlleva. Si bien nos encontramos ante una situación epidemiológica excepcional por el COVID-19 en la cual es importante considerar factores adversos secundarios a la vacunación, parece razonable pensar en el diagnóstico de psicosis cicloide ante un trastorno primario y transitorio de los neurotransmisores, con un patrón sintomático característico que predice buena recuperación interepisódica en la gran mayoría de casos con adecuada respuesta al tratamiento antipsicótico.

### TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y CONDUCTA SUICIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Leticia I. Muñoz-Manchado, Luis Jiménez Suarez, Natalia Mosteiro Grela

*MIR Psiquiatría. Cádiz.*

**Caso clínico:** Varón de 44 años en seguimiento en salud mental desde 2005. No existen enfermedades de interés o consumo de sustancias de abuso. Antecedentes de hepatotoxicidad por quetiapina y polifracturado tras defenestración en 2010. Antecedentes de múltiples ingresos en USMH de Jerez de la Frontera. Ha presentado graves descompensaciones con alteraciones prominentes del juicio de realidad, ánimo exaltado, conductas acontextuales, bloqueos y clínica alucinatoria, con lo que finalmente se le da un diagnóstico de esquizofrenia paranoide (F 20.0). El paciente previamente presenta un diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo (F42.2), con compulsiones consistentes en la realización de lesiones en la cara de forma simétrica, además de raspado de manchas y lunares (*skin picking*). No ha seguido tratamiento farmacológico salvo en los periodos de ingreso hospitalario. Los tratamientos prescritos han sido antipsicóticos, antidepresivos/antiobsesivos, reguladores del estado de ánimo y ansiolíticos. La respuesta a los tratamientos durante años ha sido escasa a pesar de distintos abordajes, incluyendo psicoterapéuticos, limitados además por la negación del propio paciente a realizar un seguimiento reglado. Finalmente, en 2021 el paciente fallece por ingesta medicamentosa acompañada de alcohol, sin haberse registrado atenciones médicas. Juicio clínico: trastorno obsesivo-compulsivo con mezcla de pensamientos y actos obsesivos (F42.2). Esquizofrenia Paranoide (F20.0).

**Discusión:** A pesar de la medicación pautada y el seguimiento realizado el paciente se suicida con una ingesta farmacológica en el domicilio. El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) ha demostrado ser más prevalente entre pacientes con esquizofrenia (23%) que en la población general (1%) y se asocia con una mayor incidencia de intentos autolíticos. La ideación suicida es específicamente prevalente en pacientes con TOC y esquizofrenia como comorbilidad<sup>2</sup>. Pellegrini *et al.*<sup>3</sup> han demostrado que aproximadamente el 50% de los sujetos con TOC están expuestos al riesgo de ideación suicida y el 13% de ellos intenta suicidarse durante su vida. Este caso nos recuerda la importancia de una correcta evaluación de ideas de contenido autolesivo en pacientes de difícil manejo, incluyendo predictores potenciales de riesgo. Se precisan de mayores estudios para el abordaje y detección de factores de riesgo para ideas y actos suicidas en pacientes con diagnóstico comórbido de esquizofrenia y trastorno obsesivo compulsivo.

#### Bibliografía

1. U. Albert, D. De Ronchi, G. Maina, M Pompili. Suicide Risk in Obsessive-Compulsive Disorder and Exploration of Risk Factors: A Systematic Review. *Current Neuropharmacology*, 17 (2018), pp. 681-696.

2. J.E. DeVlyder, A.J. Oh, S. Ben-David, N. Azimov, J.M. Harkavy-Friedman, C.M. Corcoran. Obsessive compulsive symptoms in individuals at clinical risk for psychosis: Association with depressive symptoms and suicidal ideation. *Schizophrenia Research*.m, 140 (2012), pp. 110-113.
3. L. Pellegrini, E. Maietti, P. Rucci, G. Casadei, G. Maina, A. Fineberg, *et al.* Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*., 276 (2020), pp. 1001-1021.

### TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y DISFORIA DE GÉNERO. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Carrascal-Laso, A. Sevillano-Jimenez, V. Berdión-Marcos, S. Gómez-Sanchez, A.B. Romero-Ruiz

*MIR Psiquiatría. Salamanca.*

**Caso clínico:** Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y la disforia de género (DG) son entidades convergentes en un elemento común: imagen corporal. La insatisfacción por el aspecto aparece por definición en la DG estando relacionada con la valoración de aquellas características derivadas con la percepción social del género, es decir, con los caracteres sexuales primarios y secundarios, adquiriendo un carácter morfológico. Se presenta un caso clínico atendido en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil (Hospital Provincial de Zamora): mujer 12 años, sin antecedentes médicos/psiquiátricos destacables ni consumo de tóxicos asociado. Familiar 1<sup>er</sup> grado: t. ansioso-depresivo. En evolución psicobiográfica, agudo cambio conductual (apatía, bajo rendimiento académico), aumento de ejercicio y restricción alimentaria (+ medidas purgativas). Paidopsiquiatría: trastorno de la conducta alimentaria. Exploración y pruebas complementarias: EPP: lúcida, consciente y orientada en las 3 esferas. Colaboradora. No signos de intoxicación ni abstinencia a sustancia. Discurso dicotomizado. Clínica depresiva minimizada. Afecto congruente y ansiedad basal aumentada. Alt. patrón onírico (insomnio de conciliación). Tratamiento: sertralina 150 mg + olanzapina 5 mg + psicoterapia (cognitivo-conductual). Diagnóstico diferencial y tratamiento: nula eficacia del tratamiento psicofarmacológico tras 5 meses de instauración (hipotimia, abulia, irascible). Reevaluación psiquiátrica, discerniendo elevada intensidad del paciente por evitar cambios fisiológicos puberales (deseo de ser un hombre), siendo finalmente diagnosticada de disforia de género. Plan terapéutico: Mantener actividades socio-académicas, nulo consumo de sustancias, sertralina 100 mg, psicoterapia.

**Discusión:** La apariencia física incongruente con los sentimientos, puede llevar a que personas con DG hagan todo lo posible para que su cuerpo se adapte a su identidad, y, por tanto, sean una población de riesgo para el desarrollo de TCA. Las principales variables psicopatológicas asociadas a la relación existente entre TCA y DG son: depresión, ansiedad y trastorno de personalidad. En concreto, dichos problemas tienden a una mayor predisposición en TCA que en DG.

### ANTIPSICÓTICOS EN EL PACIENTE NEFRÓPATA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lucía Pérez Suárez, Jennifer Fernández Fernández, Francesco Dal Santo, Clara María Álvarez Vázquez, Elena Martín Gil, Jorge Luis García Egea, Susana Santamarina Montila, Elisa Seijo Zazo, Julia Rodríguez Revuelta

*MIR Psiquiatría. Asturias.*

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un paciente que desarrolla un cuadro compatible con un episodio psicótico. Como antecedente médico de interés presenta una enfermedad de Fanconi que condiciona una insuficiencia renal crónica moderada (FG 30-59 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>)

y distintas alteraciones electrolíticas secundarias (hipopotasemia, hipocalcemia, hipofosfatemia). Se plantea el inicio de pauta de tratamiento antipsicótico, aunque dada la patología renal de base existe una notable limitación. A continuación se expone una revisión de los diferentes fármacos antipsicóticos que podrían ser una adecuada opción terapéutica en el contexto de la insuficiencia renal. Existen pocos estudios que evalúen específicamente la seguridad de los psicofármacos en el paciente nefrótico. Las principales recomendaciones clínicas incluyen el inicio lento y progresivo de la dosis, la monitorización de efectos adversos y evitar los fármacos de larga duración, como pueden ser los antipsicóticos inyectables de liberación prolongada. Los antipsicóticos lurasidona, paliperidona, risperidona y amisulprida precisan ajuste de dosis en caso de insuficiencia renal, estando la paliperidona y amisulprida no recomendadas en casos de insuficiencia renal grave. Por otro lado, los fármacos con mayor riesgo de prolongación del intervalo QT (pimozide, sertindol o los administrados por vía parenteral, como el haloperidol intravenoso) deben ser utilizados con precaución en la insuficiencia renal, ya que las alteraciones electrolíticas secundarias a la enfermedad renal pueden potenciar su cardiotoxicidad de base. La ziprasidona es un fármaco con riesgo moderado de alargamiento del intervalo QT y en caso de insuficiencia renal presenta un riesgo cardiovascular aumentado, no estando recomendado su uso en fases avanzadas. Fármacos como el haloperidol, zuclopentixol, olanzapina, quetiapina, aripiprazol, cariprazina y asenapina no precisan ajuste de dosis en caso de insuficiencia renal, si bien la cariprazina y asenapina no están recomendadas en fases graves o terminales. Dentro de este grupo, es necesario tener en cuenta los fármacos con mayor perfil anticolinérgico (olanzapina, quetiapina, clozapina) y su relación con la retención de orina. En cuando a la clozapina, se debería evitar su uso en casos de insuficiencia renal grave, mientras que en fases leves o moderadas no precisa ajuste de la dosis, aunque debe ser pauta con precaución. Se han notificado casos de nefritis tubulointersticial y fallo renal agudo, si bien parecen ser reacciones adversas aisladas y muy poco frecuentes. Tras revisar las distintas guías y recomendaciones clínicas no existe un tratamiento de elección en el caso de la insuficiencia renal. No obstante, dentro de los antipsicóticos de primera generación el haloperidol podría ser una adecuada opción farmacológica, mientras que en el grupo de antipsicóticos de segunda generación podría recomendarse el uso de olanzapina.

## CONDUCTA PARASUICIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Luis Soldado Rodríguez, Ana Alvarado Dafonte,  
Mercedes Valverde Barea

*MIR Psiquiatría. Jaén.*

**Caso clínico:** La conducta para suicida son todas aquellas conductas que no tienen un desenlace fatal, debido a que no existe un deseo activo de morir, con independencia del grado de letalidad de las mismas. Los métodos usados habitualmente son de baja letalidad: auto-intoxicación, realización de cortes e ingesta de psicofármacos. Así como los diagnósticos concurrentes más frecuentes son trastornos afectivos, dependencia de alcohol y trastorno límite de personalidad. El perfil sociodemográfico del paciente suele ser edad media, solteros o casados. Paciente varón de 33 años sin antecedentes somáticos de interés, estuvo en seguimiento por episodio ansioso-depresivo. Acude a urgencias junto con sus familiares debido a ingesta de varios comprimidos de zolpidem. Durante la entrevista se observan ligero enrojecimiento en zona del cuello; según indica debido a intento de ahorcamiento. Como factor estresor indica problemática económica derivada de conductas ludópata. Se decide ingreso para contención y estudio. Exploración y pruebas complementarias: A la exploración ánimo hipotímico con ligera labilidad emocional, ansiedad flotante. No se objetivan alteraciones del contenido o curso del pensamiento, no alteraciones sensorioceptivas. Juicio de realidad conservado. Dis-

curso con buen relato cronológico de los hechos, centrado en malestar psicológico, así como frustración ante repartición de herencia que considera injusta. No alteración de ritmos biológicos. No crítica del gesto realizado. Análisis de sangre sin alteraciones de interés. Análisis de orina: positivo para cocaína. Cuestionario de depresión de Hamilton: 6. Escala de ideación suicida de Beck: 4. Mmpi: invalidado debido a las respuestas dadas. Tratamiento: se decide instaurar tratamiento con benzodiazepinas a dosis bajas, así como solicitud de cita de revisión en USMC.

**Discusión:** Es típico del parasuicidio la implicación simultánea de diferentes intenciones, en ocasiones contradictorias, con la esperanza de que no tenga consecuencias fatales. Los motivos suelen ser solicitar ayuda o llamar la atención. La intencionalidad principal el deseo de producir un cambio. Dentro de la misma es importante no obviar las conductas instrumentales, caracterizadas por ser conductas en las que explícita o implícitamente la persona no ha intentado matarse pero desea aparentar lo contrario para obtener un beneficio.

## HALLAZGO INESPERADO

Leyre Unzué Lopez, María Basteguieta Gardeazabal,  
Asier Corrales Rodríguez, Gerardo Gutiérrez Talavera,  
Laura Llovera García, Natalia Cancelo Zariquiey

*MIR Psiquiatría. Navarra.*

**Caso clínico:** Mujer de 63 años. Natural de Marruecos, desde hace 23 años residiendo en Navarra. Viuda desde marzo del 2020. Sin hijos. Vive sola. Es la quinta de 8 hermanos. Trabaja en un servicio de limpieza una vez por semana. Sin antecedentes psiquiátricos personales previos. Antecedentes familiares psiquiátricos: hermana diagnosticada de depresión que requirió ingreso en un centro privado en el que fue tratada con TEC. El pasado 27 de marzo falleció su marido de forma repentina tras sufrir un infarto agudo de miocardio. Coincidiendo con el periodo de confinamiento la paciente se quedó sola en casa durante el duelo. En junio retomó contacto con familiares, quienes objetivaron sintomatología depresiva con un empeoramiento progresivo. Dos meses después comenzaron a ver en la paciente conductas no habituales en ella: hablaba sola con la televisión, episodios de risas inmotivadas, momentos de desorientación espacial y temporal, bloqueos del pensamiento, discurso incoherente. En ocasiones se objetivó también conductas desorganizadas como orinar sin levantar la tapa del inodoro o meter la fregona en la basura en lugar de en el cubo de la fregona. En este contexto decidieron acudir al MAP, quien le recetó bromazepam 1.5 mg y realizó derivación a Salud Mental. En la primera consulta con psiquiatría además de la clínica ya descrita por los familiares se objetivó inhibición psicomotriz y latencia de respuesta. Se le diagnosticó de F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos y se inició tratamiento con venlafaxina 75 mg y paliperidona 6 mg. En las próximas semanas la paciente comenzó a presentar marcha lateralizada y rigidez en extremidades superiores. De forma progresiva fue perdiendo movilidad y comenzó a presentar dificultades para la deglución, teniendo que tomar las pastillas machacadas. Según informaban los familiares, la paciente tenía momentos en los que se encontraba más lúcida y activa. En este contexto se decidió ingreso urgente en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. En el momento del ingreso la paciente se encontraba desorientada, perpleja, con rigidez en extremidades superiores, inhibición psicomotriz, discurso disártrico y se objetivaron estereotipias. La paciente también presentaba incontinencia urinaria. Se añadió lorazepam al tratamiento. El segundo día del ingreso la paciente continuaba encamada y sin poder ponerse de pie, con rigidez importante en extremidades superiores así como rigidez en tabla a nivel de columna y dolor a la movilización cervical. Además impresionaba de pérdida de fuerza en el hemicuerpo izquierdo. Se solicitó TAC craneal urgente que fue informado como "Gran tumoración intraparenquimatosa hemisférica

derecha con importante efecto de masa con herniación subfalcial y uncal ipsilateral". Ese mismo día fue derivada al servicio de Neurocirugía, donde le realizaron la resección de la tumoración con diagnóstico anatomopatológico de "Glioblastoma IDH negativo grado IV de la OMS con presencia de hipermetilación del gen MGMT". En los días posteriores a la intervención la paciente presentó varios episodios de agitación que fueron decreciendo progresivamente. Al alta se le derivó a otro hospital de la comunidad con el objetivo de continuar los cuidados.

## ¿SUICIDIO U HOMICIDIO?

Macarena Mota Molina, María Goretti Morón Nozaleda, Ana Jiménez Bidón, Natalia Rodríguez Criado

*MIR Psiquiatría. Huelva.*

**Caso clínico:** "O me mato o la mato" es la frase que resume el caso de una niña de 13 años que realiza un intento de homicidio hacia su madre tras haber protagonizado dos intentos autolíticos previos de alta letalidad (intento de precipitación y de ahorcamiento frustrados) sin crítica ni arrepentimiento en el momento actual de los mismos. En la literatura existen datos que demuestran una asociación positiva entre el nivel de psicopatía y la presencia de intentos de suicidio. Ya, desde el DSM-IV se viene señalando que las personas diagnosticadas de trastorno antisocial de la personalidad tienen mayores probabilidades que la población general de morir de forma violenta, por ejemplo, suicidándose. Esta asociación está centrada en aspectos de impulsividad y desinhibición conductual. El suicidio en niños y adolescentes es un serio problema de salud pública que ha registrado un aumento importante a nivel mundial. Los niños y adolescentes que reciben atención médica por comportamientos suicidas requieren una cantidad variable de intervención médica, social y psiquiátrica dependiendo de la seriedad y la repercusión de su intención y conductas, de sus factores de riesgo subyacentes y de su sistema de apoyo emocional, que obliga a las distintas disciplinas a trabajar de forma coordinada. El caso que presentamos, expone distintos factores de riesgo de la conducta suicida en población infantil, en una chica de 13 años con rasgos psicopáticos de personalidad, entre los que destacar la ausencia de resonancia afectiva y de arrepentimiento, incluso ante el grave hecho de haber llegado a intentar asesinar a su madre, siendo plenamente consciente y conociendo las consecuencias que de ello derivarían (como el hecho de ser inimputable a la edad de 13 años).

## LA OBSESIÓN SUICIDA

Macarena Mota Molina, Ana Jiménez Bidón, María Goretti Morón Nozaleda, Natalia Rodríguez Criado

*MIR Psiquiatría. Huelva.*

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un niño de 11 años, diagnosticado de TOC que acude a urgencias muy descompensado de su psicopatología de base con intensa angustia tras haber sido encontrado por familiares con los pies fuera del marco de la ventana. El TOC es un trastorno mental grave, prevalente y frecuentemente debilitante de forma crónica. Las investigaciones sugieren que hasta el 50% de todos los casos comienzan en la niñez y adolescencia. Desafortunadamente, algunos niños con TOC experimentan pensamientos intrusivos de que deberían suicidarse: "¿y si saltara por la ventana?". Muchos de estos niños que tienen obsesiones sobre el suicidio o sobre hacerse daño son diagnosticados erróneamente como depresión suicida. Es importante reconocer que estos niños no se sienten atraídos por el suicidio, al contrario, lo temen, estos pensamientos los perturban y quieren que se vayan. Habitualmente los niños con estos pensamientos se los comunican a sus padres, les confiesan sus fantasías suicidas y les pi-

den que se aseguren de que no les pase nada. Sin embargo, es de radical importancia disminuir el grado de angustia generado por el TOC ya que cuando los niños y adolescentes tienen pensamientos o fantasías suicidas, generalmente son el resultado de un ánimo deprimido y una gran angustia y el suicidio les atrae como forma de acabar con el sufrimiento. La repercusión a nivel afectivo del TOC sintomático puede generar una ideación autolítica secundaria. De ahí, la importancia de que el clínico sepa reconocer si las ideas de muerte que presenta el niño se trata de una fobia de impulsión o es una ideación suicida en el contexto de un proceso ansioso-depresivo secundario al TOC. Cuando confundimos estos tipos de pensamientos intrusivos del TOC con una tendencia suicida real, el malentendido puede incluso empeorar el TOC del niño, ya que ante la confusión se darán indicaciones como la de acompañar al menor de forma continua o retirar objetos potencialmente autolesivos de su alcance lo que en realidad solo servirán para reforzar la preocupación del niño de lastimarse a sí mismo. Esto podría llevarles a conductas evitativas. Además, el hecho de responder al niño continuamente que está a salvo puede igualmente actuar como arma de doble filo, ya que este tipo de validación puede convertirse en una compulsión. La validación refuerza los temores. A los niños se les enseña mediante la terapia cognitivo-conductual a responder al TOC en vez de evitarlo o de pedir la validación reiterada y con el tiempo los miedos disminuyen. Por otro lado, a nivel farmacológico el tratamiento de elección son los ISRS, en concreto la sertralina. Existe la preocupación de que los ISRS y otros antidepresivos pueden aumentar el riesgo de ideas y comportamientos suicidas en menores de 25 años, particularmente al inicio de la terapia o en el momento de cambio de dosis. Sin embargo, al disminuir con el tratamiento la angustia y los pensamientos obsesivos disminuyen generalmente las fobias de impulsión, lo que conduce poco a poco a la mejoría clínica.

## ¿NARCOLEPSIA-CATAPLEXIA O TRASTORNO CONVERSIVO? A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Laborda Pertiñez, A. Arrillaga Trueba, L. Andrés Rodríguez, C. Aymerich Nicolas, J. Herrero Martínez, G. Mancebo Fernández, B. Pedruzo Bagazgoitia, M.A. González Torres

*MIR Psiquiatría. Bizkaia.*

**Caso clínico:** Varón de 26 años que sufre crisis de pérdida de tono muscular y consciencia que impresionan de episodios de narcolepsia cataplexia. Tras ser valorado en neurología y descartando epilepsia se decide ingreso en unidad de agudos de psiquiatría para estudio. Se solicitan diferentes pruebas como HLA de narcolepsia e hipocretina en líquido cefalorraquídeo. Durante el ingreso se observan numerosas crisis, de duración variable, desde segundos hasta las tres horas. Las crisis no son precedidas de auras y tras éstas el paciente despierta completamente orientado, sin periodo poscrítico, aunque a veces refiere un fuerte dolor de cabeza. Durante la evolución de la enfermedad el paciente ha sufrido numerosas lesiones, quemaduras, contusiones, rotura de dos pares de gafas... El paciente permanece tranquilo y colaborador en todo momento, destacando la indiferencia en cuanto al síntoma y la represión como mecanismo de defensa. Se comienza a tratar con metilfenidato, modafinilo y clomipramina, sin una clara diferencia significativa en cuanto al número de episodios. El tratamiento no le causa importantes efectos secundarios, a parte de un aumento en la tensión arterial y en la frecuencia cardíaca, sin ser estas graves. Aunque al principio el diagnóstico se inclinaba más hacia el trastorno neurológico, a medida que pasaba el ingreso se iba inclinando más al trastorno conversivo, encontrándose beneficios neuróticos (el constante cuidado de su madre y la atención de su familia) e incluso beneficios primarios (el paciente está pendiente de un tribunal para prolongar la baja laboral). Aun así el trastorno conversivo tiene que ser un diagnóstico de exclusión por lo que había que

completar el estudio para descartar el trastorno de narcolepsia cataleptia. El resultado de genética con HLA de narcolepsia resultó negativa, aunque este resultado no descarta definitivamente el diagnóstico. También se realizó un estudio cardiológico con un Holter que también resultó sin alteraciones. El paciente se fue de alta tras haber realizado todas las pruebas, quedando pendiente el resultado de la hipocretina, y con seguimiento por parte de neurología y psiquiatría. También quedó pendiente una polisomnografía para el estudio de las fases del sueño, aunque está debe ser realizada sin estar el paciente en tratamiento. Con este caso se pretende reflejar la dificultad del diagnóstico diferencial entre un trastorno neurológico y un trastorno conversivo y la importancia de que éste último sea un diagnóstico de exclusión, sin dejar de estudiar otros posibles diagnósticos.

## FILIANDO LA PSICOSIS

María Basteguieta Gardeazabal, Asier Corrales Rodríguez, Gerardo Gutiérrez Talavera, Laura Llovera García, Natalia Cancelo Zariquiey, Leyre Unzué López

*MIR Psiquiatría. Navarra.*

**Caso clínico:** Varón de 20 años, nacido en España con familia de origen rumano. Antecedentes de epilepsia generalizada primaria en seguimiento por Neurología desde 2015 con adherencia irregular al tratamiento. Consumo actual de cannabis y previo de múltiples tóxicos y alcohol. Antecedentes familiares: niegan de cualquier tipo. Antecedentes psiquiátricos personales de seguimiento en Centro de Salud Mental en 2018 debido a F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas, dado de alta administrativa en 2018 por inasistencia. Atendido en múltiples ocasiones en Urgencias por ideación autolítica y reacciones de heteroagresividad en contexto de consumos. Sin tratamiento psicofarmacológico. El 3 de enero de 2021 acude a Urgencias por aumento del número de crisis epilépticas respecto a otras ocasiones, acompañado de náuseas e intolerancia oral que impiden la correcta ingesta de los fármacos antiepilépticos en las últimas 24 horas: hasta 10 crisis con vómitos de repetición poscríticos. Tras estancia en Observación sin crisis (ni alteraciones en pruebas complementarias) y con tratamiento antiemético fue dado de alta con recomendación de toma regular de la medicación antiepiléptica. Tres días después es atendido nuevamente en Urgencias por aislamiento y conductas bizarras desde el alta de Observación. Negaban crisis epilépticas con toma correcta del tratamiento. Presentaba incongruencia afectiva y labilidad emocional acompañadas de risas inmotivadas y momentos de perplejidad. También alucinaciones auditivas en tercera persona con hiperalerta e hiperestesias, así como fenómenos de eco del pensamiento y acoasmas que vivía con intensa angustia. El discurso era incoherente e inconexo, con pararrrespuestas. Analítica sanguínea sin resultados significativos, con urotóxicos negativos. Electroencefalograma con paroxismos generalizados punta-onda a 2-3 Hz, de 1-2 segundos de duración, cuya frecuencia no se modifica durante las activaciones (similar a los previos), objetivándose lesiones inespecíficas de sustancia blanca en la resonancia magnética craneal. Dados los antecedentes neurológicos y el estado psicopatológico del paciente, ingresó en la Unidad de hospitalización psiquiátrica para filiación diagnóstica y estabilización psicopatológica. Se planteó así diagnóstico diferencial entre: psicosis interictal-posictal; psicosis secundaria a perampanel; trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas u otras sustancias psicótropas; trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia. Durante el ingreso se introdujo tratamiento neuroléptico con olanzapina hasta 10 mg diarios con mejoría de la clínica psicótica. Desde neurología se planteó la posibilidad de encefalitis autoinmune, sin embargo la evolución hacia la mejoría, la no repetición de

crisis y la ausencia de hallazgos en pruebas adicionales no apoyaron el diagnóstico. Desde su servicio, a pesar de sostener que el cuadro era poco probable que estuviera originado por el tratamiento, se decidió suspender el Perampanel dado que entre sus efectos secundarios se incluye la agresividad, motivo de anteriores atenciones en Urgencias. Dado de alta tras ajuste de tratamiento antipsicótico y antiepiléptico con seguimiento ambulatorio, diagnosticado de: F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos y F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.

## “A MÍ EL VIRUS YA ME HA MATADO” IMPLICACIÓN DE LA COVID-19 EN ANCIANOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Victoria López Rodrigo, Guiomar Sánchez Amador, María Teresa Pérez Castellano, Yanira D'Hiver Cantalejo, María Fernanda Tascón Guerra

*MIR Psiquiatría. Toledo.*

**Introducción:** Las medidas derivadas de la actual pandemia COVID-19 como el distanciamiento social, confinamiento junto al sentimiento de soledad que eso supone han ocasionado en un gran porcentaje de la población una clínica afectiva causante de la aparición de ideación suicida. Los ancianos, entendidos como población de riesgo han sufrido en mayor medida las consecuencias, especialmente la parte de los mismos que se encuentra institucionalizada.

**Caso clínico:** Se trata de un varón de 94 años sin antecedentes en el servicio de salud mental, institucionalizado desde hace dos tras fallecimiento de su esposa, con buena adaptación en la residencia desde el inicio que acude al SUH por intento autolítico consistente en un total de 37 cortes punzantes profundos en antebrazos con un abrecaratas, con posterior intento de ahorcamiento tras 17 días de aislamiento en habitación con restricción total de contacto social y familiar y mes y medio de medidas de distanciamiento social. La enfermera de la residencia lo encuentra con una sábana enrollada al cuello atada al quicio del balcón de la habitación. El paciente refiere “no quiero vivir esta situación, es algo que no me toca, he vivido suficiente y no quiero hacerlo más de esta manera” contando haber meditado y planeado el acto durante la noche “que hay menos control” autoinfligiéndose cortes, siendo impulsivo el acto de ahorcamiento al no obtener los resultados deseados con lo anteriormente referido. Describiendo situación de desesperanza y tristeza profunda y soledad desde el inicio del confinamiento. No muestra arrepentimiento y refiere que “volvería a hacerlo”. Exploración psicopatológica: consciente y orientado en las tres esferas. No signos de deterioro cognitivo. No alteraciones en la psicomotricidad. Discurso espontáneo, fluido, coherente y bien estructurado. Ánimo depresivo. Apatía. Anhedonia. Tedio vital. Desesperanza. Labilidad emocional. Llanto. Ansiedad basal con picos vegetativos. No alteraciones sensorio-perceptivas. No clínica psicótica. Ideación autolítica planificada y estructurada. No hace crítica del intento. No muestra arrepentimiento. Juicio de realidad conservado. El paciente ingresa de manera involuntaria en servicio de UHB con inicio de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico con buena evolución posterior de la clínica y desaparición de la ideación autolítica. Juicio clínico: trastorno adaptativo con clínica ansioso-depresiva e intento autolítico derivado de lo previo.

**Discusión:** Los ancianos componen un grupo de la población de mayor riesgo de conductas suicidas. Existe alta probabilidad de mala adaptación y baja tolerabilidad de los ancianos a la situación actual. Las circunstancias derivadas de la situación pandémica son factores de riesgo para la ideación suicida. La institucionalización de pacientes ancianos y lo que esto ha conllevado durante la pandemia constituye en sí mismo un factor de riesgo para desarrollo de clínica afectiva así como de conductas suicidas.

## “AL PRINCIPIO NO PODÍA, AHORA NO QUIERO”: INTENTO AUTOLÍTICO GRAVE EN LA ADOLESCENCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

María Victoria López Rodrigo, Alexandra Osca Oliver,  
María Lerma Verdejo, Fernanda Tascón Guerra

*MIR Psiquiatría. Toledo.*

**Introducción:** La pandemia COVID-19 no ha afectado únicamente a la salud orgánica, si no que ha repercutido a la salud mental de diversos grupos poblacionales, entre ellos, los adolescentes. La enfermedad mental es considerada de manera general un fuerte valor predictor de suicidio. El comportamiento suicida supone, en general, un problema de salud a escala mundial y engloba la interacción de múltiples factores. El índice de intentos autolíticos en adolescentes ha aumentado vertiginosamente en los últimos años y la OMS describe el suicidio como segunda causa de muerte en adolescentes y adultos jóvenes.

**Caso clínico:** Se recibe en el SUH paciente de 14 años de edad, sin antecedentes somáticos reseñables. Cuando tenía 8 años acudió al psicólogo de USMIJ en relación a divorcio parental. Convive con su madre, la pareja actual de ésta y un medio hermano de otra pareja anterior de la madre. Tiene una medio hermana de una nueva relación de su padre, en principio con buena relación. La paciente es traída por el 112, que fue avisado por su madre tras encontrarla muy somnolienta e incapaz de articular palabra en su dormitorio esa misma mañana. Permanece somnolienta unas horas, tras las que relata sobre ingesta de medicación variada perteneciente a su madre afecta de esclerosis múltiple con clara intencionalidad autolítica, así como múltiples cortes superficiales recientes en antebrazos. Refiere que desde la cuarentena empezó a encerrarse en su cuarto, para jugar a videojuegos, anulando progresivamente todo contacto social. Una vez levantado el confinamiento, se siente incapaz de salir a la calle y de ir al instituto pues se siente sobrepasada por las situaciones sociales y cada intento deriva en crisis de ansiedad “antes no podía salir y ahora no quiero”. Refiere bajo ánimo y pocas ganas de continuar con vida, habiendo meditado la sobreingesta durante la noche para dificultar que alguien pudiera socorrerla. Refiere haberlo intentado del mismo modo en otras dos ocasiones meses atrás sin éxito y sin conocimiento de familiares. Niega desencadenante claro del evento. A la exploración psicopatológica se encuentra consciente y orientada, presenta un discurso espontáneo, parco, con frases cortas, y aplanamiento afectivo durante el mismo. Refiere bajo ánimo, apatía, anhedonia, aislamiento social. Ansiedad basal con picos vegetativos especialmente en contexto social. Agorafobia. No alteraciones sensorio-perceptivas ni en la esfera psicótica. Sobreingesta medicamentosa con intencionalidad autolítica sin realizar crítica del evento, sin mostrar arrepentimiento. Autoagresividad en forma de cortes superficiales. Juicio de realidad conservado. Se decide ingreso voluntario de la paciente para inicio de tratamiento con idea de seguimiento estrecho en unidad de salud mental infanto-juvenil.

**Discusión:** Los adolescentes componen un grupo frágil a nivel de salud mental. La pandemia COVID-19 ha afectado en general a la salud mental de la población. El abordaje de la ideación suicida en la adolescencia es complejo debido a las dificultades para recabar información. Los comportamientos suicidas en la adolescencia continúan suponiendo un problema grave para la salud pública.

## SUICIDIO POR NA: CUANDO BEBER AGUA TE DEPRIME

Marta Pérez-Lombardo, Raúl Sanz Gil, Belén Rodado León,  
Antonio Hipólito Guzmán del Castillo, Valter Crossley López,  
Mar Jiménez Cabañas, Íñigo Alberdi-Páramo

*MIR Psiquiatría. Madrid.*

**Caso clínico:** Varón de 37 años que inicia un cuadro de trastorno adaptativo con predominio ansioso. El síntoma principal de esta an-

siedad era epigastralgia, para cuyo alivio el paciente tomaba grandes cantidades de agua, realizándose el diagnóstico de potomanía. Tras varios meses con esta sintomatología el paciente inicia cuadro de inhibición, dificultad para la concentración, enlentecimiento motor y pérdidas de memoria. Todos los síntomas son compatibles con un cuadro depresivo. Sin embargo, al tener en cuenta la hiponatremia causada por la potomanía, podríamos hablar de una afectación cognitiva por esta situación clínica. El paciente desarrolla progresivamente un mayor malestar anímico, al que se le suma una hipotimia, anhedonia y apatobulia. Realiza un intento autolítico en noviembre de 2020, coincidiendo con un cuadro severo de hiponatremia que requiere asistencia en UCI. En marzo de 2021, vuelve a realizar dos intentos autolíticos, uno de ellos de elevada letalidad, que el paciente refiere haber hecho en un momento de confusión, posiblemente derivado de la hiponatremia que padecía también en ese momento ( $\text{Na} = 118 \text{ mEq/mmole}$ ). Se han descrito alteraciones electrolíticas en pacientes con esquizofrenia o trastornos afectivos sin la presencia de potomanía. Sin embargo, en este caso se plantean varias cuestiones: la posible relación de la hiponatremia con los síntomas depresivos iniciales, con el mantenimiento de los mismos y la posible existencia de relación entre la hiponatremia y los intentos autolíticos realizados.

## PSICOSIS MIXEDEMATOSA: UN CASO DE PSICOSIS REVERSIBLE

María José Valdés Florido, Ana Piña Baena, Ana Pérez Romero,  
Alfonso Fernández Gálvez

*MIR Psiquiatría. Sevilla.*

**Introducción:** El hipotiroidismo puede manifestarse a través de sintomatología psiquiátrica, siendo la sintomatología depresiva la más común. Con menos frecuencia aparece la psicosis mixedematosa, como sintomatología psicótica asociada a mixedema (letargia, retraso psicomotor, edema). Presentamos un caso de psicosis mixedematosa y señalamos la importancia de valorar la función tiroidea, especialmente en casos de psicosis con presentación atípica.

**Caso clínico:** Se trata de una mujer de 70 años, que acude acompañada por su marido a consulta de salud mental, por presentar alucinaciones auditivas y vivencias de autorreferencia y perjuicio. El cuadro comenzó de manera insidiosa hace unos meses, aumentando progresivamente en intensidad, con empeoramiento franco en los últimos días. La paciente añade que se siente “más lenta” y nota “lengua y piernas hinchadas”. Nunca le había ocurrido antes. Como antecedentes personales de interés, destaca un trastorno adaptativo reactivo a proceso oncológico hace años, en tratamiento antidepressivo y ansiolítico. Además, padece hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, interrumpida hace unos meses por un error en la prescripción, poco antes del inicio de los síntomas, según la familia. A la exploración, se presenta orientada, colaboradora y conductualmente ajustada. Bradipsíquica, con discurso enlentecido. Ideas de perjuicio relacionadas con estar su familia en peligro, con repercusión conductual (amenazas a los vecinos). Alucinaciones auditivas de contenido amenazante en relación a sus vecinos; falsos reconocimientos. Tristeza y angustia reactivas a la sintomatología psicótica. No ideas de muerte. Insomnio mixto. Discreta macroglosia; edemas sin fovea en miembros inferiores. Entre las pruebas complementarias, destaca  $\text{TSH} > 100 \mu\text{UI/ml}$  y  $\text{T4 libre } 0,09 \text{ ng/dl}$ . Diagnóstico y seguimiento: es diagnosticada de trastorno mental orgánico (psicosis mixedematosa) y se instaura tratamiento con risperidona solución 2 ml/día en tres tomas. Se reintroduce levotiroxina 125  $\mu\text{g}$  por su médico de atención primaria. En las siguientes semanas, las vivencias de autorreferencialidad y las alucinaciones van remitiendo de manera progresiva. Permanece cierta tristeza, que refiere como reactiva problemas familiares de larga data, que se abordan en sucesivas entrevistas. Remite el insomnio. Continúa con sensación subjetiva de lentitud y me-

nos energía, aunque en menor medida que en la primera entrevista. Disminuyen los edemas en miembros inferiores. La paciente realiza crítica de lo ocurrido. A los tres meses se normalizan los niveles de TSH (0,50  $\mu$ UI/ml) y T4 libre (2,06 ng/dL). Se va disminuyendo la risperidona hasta dosis de 0,5 ml por la noche y finalmente se suspende. Se mantiene el tratamiento con levotiroxina. A día de hoy la paciente permanece estable, sin sintomatología psicótica y sin tratamiento antipsicótico.

**Discusión:** A raíz de este caso ilustramos la importancia de valorar la función tiroidea en nuestros pacientes, especialmente en psicosis atípicas, dado que la psicosis mixedematosa constituye una psicosis potencialmente reversible.

#### Bibliografía

1. J.L. Kaplan, I. Castro-Revoredo. Severe Hypothyroidism Manifested as Acute Mania With Psychotic Features: A Case Report and Review of the Literature. *J Psychiatr Pract.*, 26 (2020), pp. 417-422.
2. I. Espiño, R. Ramos-Ríos, A.M. Maroño. Locura mixedematosa: Hipotiroidismo que debuta como psicosis. *Rev Psiquiatr Salud Ment.*, 3 (2010), pp. 111-112.

### UNA ELECCIÓN DE VIDA

Natalia Cancelo Zariquiey, Leyre Unzué López,  
María Basteguieta Gardeazabal, Gerardo Gutierrez Talavera,  
Miren López Lareki

*MIR Psiquiatría. Navarra.*

**Caso clínico:** Varón de 56 años, natural de Navarra. Soltero, viviendo propia. Estudios de Sociología e Informática, trabajos en empresas multinacionales. No antecedentes familiares de Salud Mental. Antecedentes de primer episodio depresivo a los 22 años, tras volver del servicio militar. Episodio de características mixtas a los 27 años, y nuevo cuadro depresivo a los 36. Diagnosticado de trastorno bipolar a los 42 años de edad, tras ingreso en UHP al debutar con episodio maniaco con síntomas psicóticos, con recuperación posterior *ad integrum*. Inició entonces seguimiento por Psiquiatría, así como tratamiento con Litio (1.600 mg). Durante los años posteriores al diagnóstico, predominaron los episodios depresivos, tratados con la adición de paroxetina al tratamiento de base, con adecuada resolución. A lo largo de los mismos tuvo lugar un cambio vital importante (ruptura sentimental con pareja de larga data; baja laboral de 4 años de duración, que finalmente desembocó en una discapacidad del 65% y finalmente una incapacidad laboral absoluta). Con 46 años nueva descompensación maniforme con síntomas psicóticos, por la que requirió nuevo ingreso en hospitalización, con paso posterior a Hospital de Día. Evolución tórpida en área sociolaboral; aislamiento de círculos social y familiar, vivencia de minusvalía y frustración por la incapacidad laboral. El paciente mantenía el tratamiento y seguimiento en consultas adecuadamente, sin deterioro a nivel cognitivo. Con 47 años realizó un intento autolítico grave por sobreingesta farmacológica (180 comprimidos de Litio). Planificado durante 3 semanas, con cartas de despedida. Al alta fue derivado a la Unidad de Media Estancia. Los años sucesivos mantuvo seguimiento en consultas de CSM, con clínica de aislamiento, apatía, ideas de muerte y autolisis recurrentes. Finalmente, con 55 años, fue derivado a Hospital de Día para intervención intensiva sobre la desesperanza vital. En dicha estancia, expresaba una difícil aceptación de la ruptura biográfica que le supuso la conciencia de padecer un trastorno bipolar, con vivencia de soledad y pérdida de la vida previa desde unos rasgos narcisistas de personalidad. Relataba la planificación autolítica desde un proceso reflexivo no condicionado por su estado anímico. Al alta expresaba proyección de futuro, tras elaboración de la narrativa vital relacionada con la enfermedad. Se implicó en proyectos de voluntariado, retomó relaciones sociales y se encontraba estable psicopatológicamente. Se añadió cariprazina al tratamiento, con mejoría de la apatía. 3 me-

ses después realizó un nuevo intento autolítico grave, planificado “desde la serenidad”. Su entorno percibía la desesperanza del paciente, pero él no solicitó ayuda. En consultas posteriores lo atribuyó a los sentimientos de frustración y enfado por no haber “sido capaz” de cumplir los planes propuestos en hospital de día. A partir de entonces se posicionó en actitud de resignación y aceptación pasiva de su situación. En las últimas 2 consultas en CSM se objetivaba estabilidad sin expresar ideación autolítica activa. Mantenía una visión negativa y rígida acerca de su situación vital, con gran sentimiento de dolor y rabia hacia su diagnóstico y las atribuciones que le realizaba. Finalmente, 2 semanas antes de su próxima consulta, realizó un suicidio consumado.

### PRIMEROS RESULTADOS SOBRE LA NUEVA PAUTA DE ARIPIPRAZOL INYECTABLE MENSUAL. TOLERABILIDAD Y EFICACIA. UNA SERIE DE CASOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS EN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

Pablo Reyes Hurtado, María Elena Gutiérrez Hernández,  
María Amparo González Yago, Belén del Carmen Alemán Gutiérrez,  
Shaila Carrasco Falcón, Silvia Cañas Jiménez

*MIR Psiquiatría. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Introducción:** Dada la baja adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia, la utilización de inyectables de liberación prolongada (ILP) ha demostrado disminuir el riesgo de descompensación e ingresos hospitalarios, así como mejorar la funcionalidad. El aripiprazol intramuscular mensual (AIM) ha mostrado ser una de las alternativas más aceptadas dado un perfil farmacológico con menor tendencia a los secundarismos que otras alternativas terapéuticas. Uno de los mayores inconvenientes es la necesidad de suplementación oral durante las dos semanas posteriores lo que puede elevar la estancia media hospitalaria (EMH) para garantizar concentración eficaz del fármaco. Recientemente, la Agencia Europea del medicamento (AEM) ha aprobado una nueva pauta de inicio que podría garantizar una concentración plasmática de aripiprazol adecuada desde el primer día.

**Material y métodos:** Presentamos una serie de casos de 5 pacientes con esquizofrenia paranoide, ingresados en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (CHUIMI) por descompensación psicopatológica. Se administra pauta de inicio de 2 administraciones de aripiprazol 400 mg junto con una dosis oral de 20 mg. Se realiza seguimiento hasta el alta hospitalaria continuándose a nivel ambulatorio. Se recogen los efectos secundarios objetivos, así como las recaídas, medidas por requerimiento de cambio de antipsicótico o necesidad de re-ingreso.

**Resultados:** 3 pacientes recibieron el alta hospitalaria menos de 15 días tras la administración de la pauta. Uno de los pacientes precisó permanecer ingresado 3 semanas y otro 6. 3 pacientes precisaron antipsicótico coadyuvante. En 2 de ellos se realizó retirada parcial del mismo a nivel ambulatorio. 4 pacientes precisaron ansiolítico coadyuvante. En 2 de ellos se realizó retirada parcial a nivel ambulatorio. Ningún paciente reportó efectos secundarios que requiriesen cambio de tratamiento. Un paciente aquejó acatisia leve que mejoró con dosis bajas de benzodiacepinas. Ningún paciente ingresó los 30 días posteriores al alta hospitalaria. Ningún paciente precisó aumento de tratamiento antipsicótico coadyuvante en dicho periodo de tiempo.

**Conclusiones:** La nueva pauta de AIM permitiría alcanzar la concentración plasmática eficaz de forma más rápida que la pauta previa, lo que eliminaría la suplementación oral, pudiendo favorecer la disminución de la estancia media hospitalaria. En nuestra muestra se objetivó mejoría clínica y funcional lo que es consistente con estudios previos. Se objetivó acatisia (secundarismo frecuente) en 1/5 de los pacientes. Dicha paciente la había aquejado previamente con la pauta simple de inicio. Varios autores han estimado niveles de acatisia simi-

lares en pauta de inicio simple y doble. Otros estudios sugieren una seguridad equivalente en ambas pautas de inicio. Tal y como han descrito varios investigadores, pacientes con tendencia a la hiperactividad psicomotriz en tratamiento con AIM tienden a precisar coadyuvancia con benzodiacepinas u otros antipsicóticos más sedativos lo que sería consistente con los resultados objetivados. En la muestra evaluada, la doble pauta de aripiprazol intramuscular ha resultado ser segura y eficaz, tal y como se ha evidenciado en publicaciones similares. Dichos resultados son consistentes con estudios con mayor número muestral.

## ¿CÓMO PUEDE AFECTAR LA COVID-19 A LA SALUD MENTAL? A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Rebeca de Luis Sosa, José Miguel Gota Garcés,  
Francisco José Gómez Sierra

*MIR Psiquiatría. Granada.*

**Introducción:** Un año tras decretarse el primer estado de alarma en nuestro país, contamos con una mayor perspectiva de la pandemia del SARS-CoV-2. Acumulamos amplios conocimientos sobre los efectos físicos y sus secuelas somáticas<sup>1</sup> y es cada vez mayor la evidencia publicada acerca de sus consecuencias psíquicas<sup>2</sup>, así como de los efectos socioeconómicos derivados y su repercusión en la demanda en salud mental<sup>3</sup>. Traemos tres casos que dan testimonio de cómo el virus afecta a la salud mental a través de diferentes vías, desencadenando procesos psicopatológicos del orden de la ansiedad-depresión-somatizaciones.

**Casos clínicos:** Caso 1: se trata de un hombre de 56 años, con una discapacidad intelectual leve, que trabajaba con su madre en un pequeño comercio que ella regentaba. El largo ingreso de la mujer (en estos momentos aún no resuelto) dejó a nuestro paciente en una situación de grave vulnerabilidad económica y emocional, que trató de gestionar aumentando la ingesta de alcohol. Fue derivado a nuestra USMC tras ser atendido en urgencias por una conducta suicida grave, donde permanece en tratamiento con mejoría parcial. Caso 2: nos referimos a una mujer de 52 años que desarrolló un trastorno de estrés posttraumático (F43.1) tras sufrir un cuadro de covid-19 que requirió un ingreso de 22 días y un aislamiento en su segunda residencia durante 37 días más. Su psicopatología consistía en reexperimentación de momentos del ingreso que había vivenciado con peligro de muerte debido a la intensa disnea, sensación de desapego y embotamiento afectivo respecto a su familia, y un estado de hiperactividad vegetativa que desencadenaba crisis ansiosas ante algunos estímulos externos. Mejoró significativamente tras un mes con ISRS y psicoterapia de apoyo. Caso 3: se trata de una mujer de 19 años que sufrió un cuadro depresivo moderado (F32.1) como complicación del duelo por la muerte de su padre por COVID-19. Su estado de inmunosupresión causado por su tratamiento farmacológico habitual contraindicó la posibilidad de visitarlo durante el ingreso y así poder despedirse y elaborar una narrativa de cierre. La ausencia de un sentimiento de despedida, que era vivida con culpa, era señalada por la paciente como el principal escollo que se sentía incapaz de resolver para recuperar su rutina normalizada. Encontramos en estos casos distintos factores estresores (dificultades económicas y déficit de cuidados en el primer caso; temor ante la propia muerte o contagiar a otros y largo aislamiento en el segundo; y dificultad para elaborar un duelo normalizado en el último), ninguno exclusivo de la pandemia pero todos ellos característicos y frecuentes durante la misma. Como representa nuestra selección de casos, las mujeres se ven mayormente afectadas<sup>4</sup>.

**Discusión:** La pandemia impacta en multitud de ámbitos diferentes (trabajo, economía, relaciones sociales, enfermedad y secuelas, pérdidas y duelos, etc.) multiplicando los factores de riesgo, que pueden confluir y solaparse en algunos sujetos, suponiendo un elevado nivel de adversidad. Probablemente, la sensación de encontrarnos en

una crisis mundial y el riesgo de infección actúen como factor de vulnerabilidad general<sup>5</sup>, reduciendo la capacidad de gestionar otros factores y desestabilizando patologías previas.

### Bibliografía

1. M. Perez Abereu, J. Gomez Tejada, R. Dieguez Guach. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Revista Habanera de Ciencias Médicas., 19 (2020), pp. e3254.
2. D. Szcześniak, A. Gładka, B. Misiak, A. Cyran, J. Rymaszewska. The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry., 104, (2021), pp. 110046.
3. Geneva: World Health Organization; 2020. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment.
4. C. Valiente, C. Vázquez, V. Peinado, A. Contreras, A. Trucharte, R. Bentall, et al. VIDACOV-19. Estudio nacional representativo de las respuestas de los ciudadanos de España ante la crisis de Covid-19: respuestas psicológicas. Resultados preliminares. Síntomas de ansiedad, depresión y estrés posttraumático ante el COVID-19: prevalencia y predictores (Informe técnico 2.0. 02/05/2020). Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Sheffield. (2020)
5. S.A. Lee, M.C. Jobe, A.A. Mathis. Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. Psychological Medicine., (2020), pp. 1-2.

## EL IMPACTO DEL SARS-COV-2 EN LA SALUD MENTAL, ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO

Rebeca de Luis Sosa, Francisco José Gómez Sierra,  
Jesús García Jiménez, Luis Gutiérrez Rojas

*MIR Psiquiatría. Granada.*

**Introducción:** La pandemia provocada por el SARS-CoV-2 ha generado un importante impacto en nuestra sociedad y consecuentemente, en la salud mental. En este aspecto, se ha evidenciado un aumento de la ansiedad, preocupaciones sobre contagio y alteraciones en el sueño, lo que genera un incremento de la demanda en Salud Mental<sup>1-2</sup>. Otro efecto a destacar ha sido el económico. Según El World Travel and Tourism Council, 50 millones de trabajos relacionados con el sector del turismo se encuentran en riesgo<sup>3</sup>. Asimismo, un estudio de la empresa ManpowerGroup ha analizado el número de afiliados perdidos entre febrero y abril de 2019 a la Seguridad Social, constatando que equivalen a la pérdida registrada en los nueve primeros meses de la crisis financiera, entre septiembre de 2008 y marzo de 2009 o los dos primeros años de la crisis de 1991-94. Nuestro objetivo es analizar la nueva demanda generada por la situación de pandemia y establecer un tratamiento básico efectivo, mediando el análisis de un caso clínico.

**Caso clínico:** Se trata de un varón de 62 años, casado, padre de 2 hijos, con antecedentes somáticos de insuficiencia renal, obesidad y artrosis y sin antecedentes personales de salud mental. Es derivado desde Atención Primaria por "tristeza, ansiedad e insomnio en relación con despido laboral hace 2 meses". En la primera consulta relata situación socio-laboral compleja iniciada como consecuencia de la situación epidemiológica actual: despido tras 15 años de su puesto habitual, escasos ingresos económicos en el domicilio desde entonces y deudas monetarias que han generado problemas intrafamiliares, así como dificultades interpersonales para comenzar nuevo proyecto personal. Asocia leve apatía, anhedonia, insomnio, cierto aislamiento social, así como pensamientos rumiativos e ideas pasivas de muerte, sin estructuración ni planificación que aparecen como fantasía de escape a la circunstancia planteada. Se establece como diagnóstico, trastorno adaptativo (F43.2) y se proponen como estrategias terapéuticas, el tratamiento farmacológico con lorazepam 1 mg, medidas no farmacológicas (ejercicio físico, higiene del sueño, meditación), así

como la realización de 6 sesiones de 30 minutos de Terapia de Resolución de Problemas. Tras 6 semanas de la aplicación de estas medidas, se objetivó una mejoría significativa de la clínica por la que inició seguimiento, hasta su casi completa resolución. Las ideas tanáticas, el insomnio y el aislamiento social, desaparecieron por completo, permitiendo la aceptación de su situación actual y el inicio de un nuevo proyecto vital.

**Discusión:** A pesar de no constituir gravedad y de la buena respuesta a la intervención profesional con resolución adecuada, el caso que relatamos aquí representa el intenso y negativo efecto psicopatológico de la actual emergencia sanitaria, tal como se evidencian en los estudios realizados a lo largo del último año, que ponen en relación el virus con la salud mental. El tratamiento de este caso puede ser un ejemplo beneficioso para pacientes con patología similar, pudiendo ser tratados de forma efectiva por el personal médico formado. Aunque es una frase ya manida, no debemos minusvalorar su importancia: la próxima ola será la de la salud mental, y es importante estar preparados.

#### Bibliografía

1. D. Roy, S.S. Tripathy, S.K. Kar, S. Nivedita, S.K. Verma, V. Kaushal. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J. Psychiatr.*, 51 (2020).
2. D. Szcześniak, A. Gładka, B. Misiak, A. Cyran, J. Rymaszewska. The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.*, 2021.
3. M. Nicola, Z. Alsafi, C. Sohrabi, A. Kerwan, A. Al-Jabir, C. Losifidis, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *Int J Surg.*, 78 (2020), pp. 185-193.

## KETAMINA: UNA CUESTIÓN DE VIDA O MUERTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Reyes Gálvez Medina, Ana Ruiz Moliner,  
Andrés Carranza Pérez-Tinao, Miguel Zacarías Pérez Sosa

*MIR Psiquiatría. Sevilla.*

**Introducción:** La depresión es uno de los trastornos con más riesgo de conducta suicida, con una incidencia de ésta de hasta 27 veces más que en la población general<sup>1</sup>. Actualmente, en estos casos el tratamiento consiste en aquel de la depresión, siendo difícil el manejo en la depresión resistente al tratamiento. Algunos estudios han mostrado eficacia de la ketamina para la reducción de la clínica depresiva, incluida la conducta suicida, llevando a la reciente legalización de esketamina para uso compasivo, aunque con sin resultados claros aún en su efectividad a corto y largo plazo.

**Objetivos:** Repasar de forma teórico-práctica las opciones actuales de prevención de la conducta suicida en la depresión resistente al tratamiento y la eficacia de la ketamina como alternativa.

**Material y métodos:** Revisión bibliográfica sobre el tratamiento actual de la conducta suicida y el uso de ketamina para esta finalidad. Se acompaña del caso de una paciente de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental diagnosticada de trastorno depresivo recurrente con ideación autolítica asociada, trastorno disociativo y trastorno de personalidad mixto.

**Resultados:** Mujer de 51 años con clínica depresiva que acude a urgencias tras intento autolítico en forma de ingesta medicamentosa, manteniendo ideación suicida activa con elevado riesgo de *acting*. Al ingreso, consciente, orientada, tendente al sueño, tranquila, colaboradora y abordable. No alteración psicomotriz. Discurso coherente, centrado en gesto autolítico, sin realizar crítica de ello. Ánimo bajo en relación a situación vital, sin impresionar de clínica afectiva mayor. Biorritmos conservados. Describe alucinaciones auditivas de tipo catatémicas que no impresionan de rango psicótico. Ideación autolítica poco estructurada. Respecto al tratamiento, se encontraba

con bupropión y quetiapina complementado con un programa de psicoterapia intensiva diario y con TEC, que por las condiciones sanitarias actuales no se podía continuar. En el pasado había probado diferentes antidepresivos, que tuvieron que discontinuarse por baja tolerabilidad o ineficacia. Al comienzo del ingreso, múltiples intentos autolíticos que hacen necesaria un nivel de vigilancia estrecho y activación del protocolo de la conducta suicida. Tendencia al encamamiento y empeoramiento vespertino con crisis disociativas. Las conductas autolesivas de la paciente parecen derivar de diferentes circunstancias: del cuadro depresivo, con conciencia de la decisión y basado en la desesperanza; otras, gestos de menor letalidad coincidentes con las crisis disociativas; por último, derivadas de pensamientos obsesivos y de la necesidad de una compulsión, con ansiolisis posterior. Por ello, se opta por iniciar tratamiento con ketamina endovenosa, dándose 7 sesiones, las cuatro primeras con dosis de 42 mg y las otras de 63 mg. A partir de la quinta sesión comienzan a disminuir las ideas suicidas, sin presentar desde entonces ninguna conducta autolesiva. A nivel farmacológico también se sustituye la quetiapina por aripiprazol y se comienza con carbonato de litio.

**Conclusiones:** Actualmente la prevención de la conducta suicida es muy limitada en pacientes con depresión resistente al tratamiento, y, aunque la ketamina puede convertirse en una alternativa efectiva, es necesaria la realización de ensayos para determinar su eficacia a corto y largo plazo y establecer una guía terapéutica efectiva.

## HISTORIA DE UN SUPERVIVIENTE AL LITIO: TEC Y CARIPRAZINA EN DEPRESIÓN BIPOLAR

Rocío Tenorio Villegas, Álvaro Moleón Ruiz,  
Manuela de la Mata Hidalgo

*MIR Psiquiatría. Huelva.*

**Introducción:** La terapia electroconvulsiva (TEC) consiste en la aplicación de una corriente eléctrica, de intensidad controlada, durante un corto espacio de tiempo, con la finalidad de provocar una crisis convulsiva generalizada. Es también conocida su eficacia en cuadros de trastorno afectivo bipolar con riesgo suicida acompañante<sup>1</sup>, tanto en la polaridad maníforme como depresiva. La cariprazina es un antipsicótico que actúa como agonista parcial en los receptores de dopamina D3/D2 y en los 5-HT1A que ha mostrado ser eficaz en fases depresivas del trastorno bipolar<sup>2</sup> siendo aprobado ya por la FDA para esta indicación en EE. UU.

**Objetivos:** Exponer el caso de un varón de 50 años, diagnosticado de TAB tipo I, que reingresa tras ingesta de 100 comprimidos de litio con fines autolíticos. Constan 2 ingresos previos, uno por clínica maníaca y otro por depresiva (tras otra IMV de litio), además de internamiento de 8 meses en centro privado para contención, al catalogar al paciente con un Riesgo Suicida Elevado (SIS 31).

**Caso clínico:** El paciente es dializado ante intoxicación por litio (niveles de 5,15 mEq/L) e ingresando a cargo de Medicina Interna. Tras estabilización y retirada de litio pasa a cargo de Psiquiatría aún con discretos secundarismos. Ante los antecedentes descritos y revisando bibliografía se propone al paciente como candidato para TEC, recibiendo 15 sesiones en tanda aguda (3 por semana) con estímulos de hasta 750 mC (150% con programa 2DG del dispositivo Thymatron). En las entrevistas se plasma al inicio una clara y estructurada intencionalidad autolítica con riesgo elevado de paso al acto. Se optimiza pauta de eutimizante (valproato) y se inicia cariprazina 3 mg<sup>2</sup>, duloxetine y quetiapina (a dosis hipnóticas). Progresivamente se evidencia mayor sintonía, espontaneidad y resonancia afectiva objetiva. Es en la sesión nº 9 cuando el paciente verbaliza una mejoría clínica subjetiva, realizando crítica de dicha ideación autolítica así como manifestando planes de futuro a corto medio-plazo. Es dado de alta tras 40 días de ingreso para continuación de tanda de TEC de mantenimiento (quince-

nal) sin incidencias significativas. Actualmente, tras 3 meses del alta, continúa estable psicopatológicamente.

**Discusión:** Tanto el TEC como los antipsicóticos de reciente aparición (cariprazina) constituyen un arsenal terapéutico poco explotado por los psiquiatras en depresión bipolar con elevado riesgo suicida, relegándose a una 2ª o 3ª línea de tratamiento ante el fracaso de otras alternativas. Tras el caso expuesto se pone de manifiesto la mejoría clínica significativa que resulta de la potenciación del TEC con la cariprazina. El paciente realiza crítica de dicha ideación autolítica así como se evidencia mejora en la funcionalidad global a nivel psicopatológico (eutimia mantenida y menor inhibición psicomotriz) y psicosocial. Es destacable una merma a nivel cognitivo (atención y memoria) durante la tanda aguda<sup>3</sup> del mismo, hecho asumible según riesgo/beneficio ante un riesgo suicida tan elevado. La TEC tanto en fase aguda como de mantenimiento es una técnica eficaz y segura para el tratamiento de la depresión bipolar. Su uso concomitante con nuevos antipsicóticos atípicos (cariprazina) abren vías de tratamiento en el futuro para esta enfermedad.

#### Bibliografía

1. N.A. Vaidya, A.R. Mahableshwarkar, R. Shahid. Continuation and maintenance ECT in treatment-resistant bipolar disorder. *J ECT.*, 19 (2003), pp. 10-16.
2. W. Earley, M.V. Burgess, L. Rebeda, *et al.* Cariprazine Treatment of Bipolar Depression: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Phase 3 Study. *Am J Psychiatry.*, 176 (2019), pp. 439-448.
3. S.C. Kaliora, I.M. Zervas, G.N. Papadimitriou. *Psychiatriki.*, 29 (2018), pp. 291-302.

### NUEVOS ABORDAJES PSICOFARMACOLÓGICOS EN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO: DOBLE ARIPIPRAZOL INTRAMUSCULAR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Rocío Tenorio Villegas, Ana Piña Baena, Álvaro Moleón Ruiz

*MIR Psiquiatría. Huelva.*

**Caso clínico:** Varón de 28 años que inicia seguimiento a raíz de alteraciones conductuales en contexto de interpretaciones delirantes autorreferenciales y de perjuicio, con empeoramiento en los últimos meses<sup>1</sup>. Durante su seguimiento constan más de 15 atenciones ambulatorias, rechazando la posibilidad de tratamiento psicofarmacológico, ante nula conciencia de enfermedad, aunque manteniendo adherencia a seguimiento. En últimos meses, ante empeoramiento clínico, se decide ingreso hospitalario involuntario. Exploración psicopatológica: en urgencias, actitud desconfiada, aunque minimizador, si bien, discurso centrado en ideas de carácter delirante con ambivalencia afectiva en primer plano. Risas inmotivadas. Cierta imprevisibilidad de conductas y de actitud, con desbordamiento a nivel familiar/domiciliario por episodios de heteroagresividad hacia terceros y mobiliario, ante actitud suspicaz e hiperalerta, en el contexto de interpretaciones y asociaciones de carácter delirante autorreferenciales y de perjuicio. Nula conciencia de enfermedad. No consumo de tóxicos. Evolución: durante las primeras entrevistas, no acepta la confrontación inicial, mostrándose suspicaz y con actitud retadora, reacio a toma de medicación oral ante nula conciencia de enfermedad (Escala BPRS 78). Se favorece, en todo momento, un ambiente terapéutico distendido durante las entrevistas, con el objeto así, de garantizar una adhesión terapéutica adecuada, además de propiciar la facilidad de introspección del paciente y expresión emocional en el contexto de sintomatología manifiesta. Durante el proceso hospitalario, más participativo, mayor distanciamiento de sintomatología, y posibilidad de confrontación. Se propone tratamiento depot (aripiprazol depot) con pauta de 2 inyecciones de 400 mg intramuscular + 20 mg oral única, con posterior administración al mes de nueva pauta de 400 mg intramuscular<sup>2</sup>. Tras intervención farmacológica, y a lo largo de la evolución temporal, se evidencia

distanciamiento de las ideaciones de perjuicio en primer plano, así como ausencia de soliloquios y risas inmotivadas, con posibilidad de alta hospitalaria y continuidad de seguimiento en ámbito ambulatorio, con buena adherencia terapéutica y planteamiento de abordaje terapéutico con mayor introspección por parte del paciente. Mejoría conductual y afectiva, evidenciada y percibida por paciente y entorno. Juicio clínico: trastorno psicótico de características esquizofreniformes.

**Discusión:** En el abordaje terapéutico de las psicosis, es importante poder plantear con el paciente, un tratamiento psicofarmacológico adecuado para el control sintomatológico, y permitir ahondar en la conciencia de enfermedad y sufrimiento. La posibilidad de iniciar la pauta descrita con Abilify Maintena permitiría una mayor adhesión terapéutica, garantizando niveles terapéuticos de aripiprazol en plasma desde el primer día, dentro de la ventana terapéutica y una liberación mantenida durante el intervalo de tiempo hasta la segunda administración<sup>3</sup>. En pacientes con escasa conciencia de enfermedad y adherencia irregular, permitiría la prevención de riesgos de recaídas, garantizar adherencia al tratamiento y obtención de resultados óptimos como en el paciente descrito, con el objeto de promover una mayor autonomía y mejoría funcional.

#### Bibliografía

1. D.B. Arciniegas. *Psychosis. Continuum (Minneapolis, Minn). Behavioral Neurology and Neuropsychiatry.*, 21 (2015), pp. 715-736.
2. X. Wang, M. Harlin, Y. Wang, F. Larsen, A. Raoufinia. P.533 The two-injection start of aripiprazole once-monthly provides rapid attainment of therapeutic concentrations without the need for 14-day oral tablet supplementation, *European Neuropsychopharmacology.*, 40 Supplement 1 (2020), pp. S299-S300.
3. J.M. Kane, N.R. Schooler, P. Marcy, C.U. Correll, E.D. Achtyes, R.D. Gibbons, *et al.* Effect of Long-Acting Injectable Antipsychotics vs Usual Care on Time to First Hospitalization in Early-Phase Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.*, 2020.

### “ANTES DE QUE ACABE ÉL CONMIGO ACABO YO”

María Lerma Verdejo, Victoria López de Rodrigo, Alexandra Osca Oliver, Yolanda Mayoral Gontán

*Psicóloga. Toledo.*

**Caso clínico:** Se trata de un varón de 45 años. Divorciado. Actualmente en situación de desempleo, grado discapacidad 50%. Vive en el hogar familiar con su hermano y con su madre, mala convivencia. Poco apoyo social. Primer contacto con la Unidad de Conductas Adictivas por politoxicomanía en 1998. En programa de mantenimiento con metadona. Acude al Servicio de Urgencias derivado por su médico de referencia de la Unidad de Conductas Adictivas, por presentar ideación auto/heterolítica tras la expulsión de la Comunidad Terapéutica durante el período de prueba, donde ingreso para abstinencia de cannabis. Ingresó en Unidad de Hospitalización Breve. Se trata de un paciente que durante su vida ha presentado en varios momentos dichas ideas autolíticas, teniendo graves intentos y autolesiones, de los cuales hace crítica. Fruto de la estructura familiar, el paciente refiere una angustia constante y un sentimiento de ataque continuo por madre y hermano. Se realiza evaluación psicológica de la personalidad: Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-IV): En los resultados obtenidos en patrones clínicos de la personalidad encontramos trastorno esquizoide y negativista con puntuaciones significativas, por otra parte tipo de personalidad dependiente, evitativo y compulsivo. En las puntuaciones relacionadas con la patología grave de la personalidad encontramos puntuaciones significativas para esquizotípico, límite y paranoide. En relación a los síndromes clínicos encontramos puntuaciones prominentes en estrés postraumático, espectro bipolar, ansiedad generalizada, consumo de drogas y depresión persistente. En las puntuaciones relacionadas con síndromes clínicos graves en-

contramos como significativas el espectro esquizofrénico, la depresión mayor y el delirante. Durante el ingreso se trabaja con el paciente la auto y heteroagresividad, se realiza terapia en grupo y un reajuste farmacológico. Recibe el alta, tras coordinación con la Unidad de Conductas Adictivas para ingreso en una comunidad terapéutica de nueva, puesto que teniendo en cuenta la situación socioeconómica del paciente, es posible que estos episodios volvieran a repetirse tras alta domiciliaria. Diagnósticos: trastorno por consumo de opiáceos (en PMM); trastorno por consumo de cocaína y alcohol. En abstinencia; trastorno por consumo de cannabis. Tratamiento al alta: Brintellix 15 mg 1-0-0; alprazolam 2 mg 1-1-1; olanzapina 5 mg media-media-0-2; lorazepam 1 mg si ansiedad o insomnio; metadona según tomaba previamente.

### ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y CONDUCTA SUICIDA, FACTOR DE RIESGO EN LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Alvarado Dafonte, Luis Soldado Rodríguez, Mercedes Valverde Barea

*Psiquiatra. Jaén.*

**Introducción:** Se conoce que las conductas suicidas son una causa frecuente de defunción en el anciano. Además, la enfermedad de Alzheimer, más prevalente en población anciana, se asocia con un riesgo moderado de suicidio. Por otro lado, se ha descubierto que la depresión aumenta el riesgo de suicidio en pacientes con demencia. El objetivo de la descripción de este caso es exponer la importancia de evaluar la conducta suicida en los pacientes de edad avanzada y que además puedan presentar factores de riesgo para ella, como padecer una depresión o una demencia.

**Caso clínico:** Varón de 75 años, con diagnóstico de distimia en seguimiento por salud mental desde hacía dos años. Acude a urgencias por intento de autolisis, carecía de antecedentes de conductas suicidas. El paciente había planificado suicidarse mediante inhalación de gas dentro de su coche. Previamente había escrito una nota de despedida para sus familiares, para así facilitarles su búsqueda. Finalmente falló el método planeado, y fue encontrado por su mujer. Ante la alta letalidad de la conducta suicida y la persistencia de las ideas de autolisis, se procedió al ingreso involuntario en la unidad de hospitalización de SM. Desde hacía tres meses había sufrido un empeoramiento de su estado anímico, con mayor tristeza, ansiedad, irritabilidad e ideas de suicidio persistentes, que no había verbalizado. Además, su funcionalidad diaria se había limitado, y aunque mantenía su autonomía, tanto el paciente como sus familiares comentaban fallos mnésicos y episodios de desorientación, sugestivos de un posible deterioro cognitivo. Pruebas complementarias y tratamiento: se realizaron evaluaciones para valorar el posible deterioro cognitivo que impresionaba dada la edad del paciente y el desarrollo de los hechos. Se realizó un TAC craneal en el que se observó hipodensidades bilaterales en sustancia blanca periventricular de probable origen vasculodegenerativo, así como atrofia corticosubcortical con dilatación del sistema ventricular y ensanchamiento de cisternas basales, surcos y cisuras. Tras la valoración por parte de neurología, se diagnosticó de deterioro cognitivo, tipo enfermedad de Alzheimer y recomendaron iniciar tratamiento con donepezilo. Escala de depresión geriátrica (test de Yesavage): 13. Se inició tratamiento con mirtazapina y tras estabilización psicopatológica y la ausencia de ideación autolítica, se procedió al alta hospitalaria.

**Discusión:** Debemos realizar una evaluación adecuada del riesgo suicida en los pacientes diagnosticados de enfermedad de Alzheimer. La pronta identificación y la intervención para abordar los complejos problemas psicosociales de la demencia, ayudará a los profesionales sanitarios a mitigar el riesgo de suicidio en pacientes con enfermedad de Alzheimer.

### DESESPERANZA FRENTE A PATOLOGÍA SOMÁTICA

M. Pérez Castellano, A. Osca Oliver, M. López Rodríguez, M. Lerma Verdejo

*Psiquiatra. Toledo.*

**Introducción:** Las enfermedades somáticas, sobre todo aquellas que son incapacitantes y de curso crónico, son consideradas un factor de riesgo suicida. Dentro de estas, las enfermedades somáticas que presentan un mayor riesgo de suicidio e intento autolítico son: la epilepsia, el cáncer, la infección por VIH, la esclerosis múltiple, el lupus eritematoso sistémico, el asma y la hemodiálisis para la insuficiencia renal. Algunos estudios comparten que el dolor psicológico y el dolor físico provocado por las enfermedades somáticas, presentan estructuras biológicas comunes, ambos se potencian y se relacionan con un aumento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con dolor crónico.

**Caso clínico:** Mujer pluripatológica de 66 años, traída por la ambulancia al Servicio de Urgencias Hospitalarias al precipitarse voluntariamente desde un puente (de altura aproximadamente de 4 metros), tras escapar de la residencia donde residía para llevar a cabo el acto. Debido a las complicaciones de los traumatismos sufridos la paciente fallece. La paciente mujer, casada, sin hijos e institucionalizada, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria y con escaso apoyo familiar. Entre los antecedentes somáticos destacan: hipertensión arterial, dislipemia, ictus isquémico izquierdo cardioembólico en 2011 (con afasia mixta secundaria), y carcinoma ductal infiltrante G1 de mama derecha. En cuanto a antecedentes psicopatológicos: trastorno ansioso-depresivo en tratamiento con escitalopram 10 mg y lorazepam 1 mg. Ingresada en dos ocasiones en la Unidad de Hospitalización Breve por intento autolítico e ideación autolítica, ambos en el mismo año. Durante el seguimiento posterior al alta, la paciente expresaba múltiples quejas somáticas relacionadas con su patología múltiple de base: dolor de piernas, dolor y sensación de quemazón de boca, dificultad para comer y beber, y sequedad de piel y mucosas, sentimientos de inutilidad, sensación de soledad y de desesperanza frente a mejoría física.

**Discusión:** El dolor crónico ha demostrado ser un factor de riesgo para el intento de suicidio y suicidio consumado. En los intentos autolíticos en pacientes con dolor crónico un alto porcentaje menciona cómo causa principal el dolor. En los suicidios consumados que dejan carta más de la mitad mencionan el dolor como factor contribuyente. El dolor continuo y el fracaso del tratamiento tanto curativo como del propio dolor son los factores más relacionados con la clínica depresiva. Son pacientes que suelen tener acceso a una gran variedad de medicación en grandes cantidades. Es importante, por tanto, detectar síntomas de depresión en este tipo de pacientes, y detectar cuando verbalizan ideas autolíticas así como tomar medidas para mejorar su calidad de vida.

### SUICIDIO EN EL ANCIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Sánchez Amador, A. Osca Oliver, M. López Rodríguez

*Psiquiatra. Toledo.*

**Introducción:** El suicidio es un problema de larga envergadura, siendo una de las principales causas de muerte en todos los grupos de edad, y mayor entre los 14-34 años, representando la segunda causa más común de muerte. Sin embargo, el número relativo por grupo de edad es hasta ocho veces mayor en los ancianos. Se describe como factores de riesgo en la población anciana; el ser hombre, haber vivido algún evento vital como la pérdida de pareja o de algún ser querido, vivir solo, presentar enfermedades crónicas, terminales, dolorosas e incapacitantes. También, el uso de algunos psicofármacos como los sedantes e hipnóticos, abuso de alcohol. Y, como factor de protección, destacar la religión. Esta descrito en la literatura que la población an-

ciana presenta menos intentos suicidas que los grupos más jóvenes. Sin embargo, utilizan métodos más letales como disparo con arma de fuego, precipitación, ingesta de tóxicos o ahorcamiento, dan menos señales de aviso y mayor planificación en los actos.

**Caso clínico:** Varón pluripatológico de 87 años, que es traído al Servicio de Urgencias Hospitalarias por la ingesta voluntaria de entre 40-50 comprimidos de gabapentina 300 mg. El acto fue llevado a cabo en su casa, solo, sin dar ningún tipo de aviso. El paciente es viudo, vive solo y es independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Tiene 3 hijos, y uno de ellos le supervisa la medicación. Los hijos comentan que el día del suceso hizo la misma rutina que todos los días, y que no había comentado nada sobre su estado ánimo ni de su plan suicida. También, refieren que durante el confinamiento por la pandemia COVID-19, notaron que el paciente empezó a perder tanto capacidad cognitiva como física. Los antecedentes somáticos, son IAM en el 2006, hepatopatía crónica con HTP, diverticulosis, colangitis aguda en el 2017, osteoporosis grave con fractura vertebral D12 y L1, y LES con afectación articular y hematológica. En cuanto a antecedentes psiquiátricos, presenta trastorno distímico en seguimiento por su MAP. A la exploración psicopatológica destaca: Desorientación temporoespacial, con fallos mnésicos. Discurso fluido, coherente y espontáneo. Ánimo bajo reactivo y ambivalente ante lo sucedido. Las pruebas realizadas fueron TAC craneal y analítica completa, las cuales no presentaron alteraciones. Durante su estancia en la planta se pauta sertralina 100 y trazodona 100, con buena tolerancia. Tras atenuación de la ideación autolítica y a verbalizar planes de futuros adecuados, se decide traslado a Residencia, para una mayor contención y vigilancia.

**Discusión:** Las personas mayores afectadas por la jubilación, los cambios socioeconómicos, la escasa autonomía personal, la soledad, la falta de apoyo de la familia y el padecimiento de enfermedades somáticas pueden llevar a las personas mayores a cometer actos suicidas. Por lo tanto, la libertad financiera, el apoyo familiar, la toma de medicamentos adecuados, y las intervenciones psicológicas y psiquiátricas pueden ayudar a los ancianos a evitar pensamientos suicidas y prevenir intentos.

## LA PARAFRENIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Maria Amparo González Yago, Belén del Carmen Alemán Gutierrez, Pablo Reyes Hurtado, Shaila Carrasco Falcón, Silvia Cañas Jiménez, Maria Elena Gutiérrez Hernández

*Psiquiatra. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Introducción:** La parafrenia ha sido una de las últimas grandes invenciones de la psiquiatría clásica. Originariamente evocada por Kahlbaum a mediados del siglo XIX pero es en realidad Kraepelin quien en 1912 habla por primera vez del subgrupo de las parafrenias concibiendo como tal al grupo constituido por una serie de pacientes que anteriormente se englobaban dentro de las demencias paranoides (dementia praecox) pero cuya evolución clínica se distinguía por la ausencia de una progresión hacia la demencia. No obstante, en Francia, esta entidad será descrita bajo diversas acepciones como el delirio de imaginación de Dupré, la psicosis alucinatoria crónica de Séglas, y más tarde, como la psicosis fantástica de Ey, situándolas en un continuum entre la esquizofrenia y la paranoia. El término caerá en el olvido con la aparición del manual diagnóstico DSM III, donde será retomada dentro de conceptos tan variados como la esquizofrenia o el trastorno delirante crónico.

**Caso clínico:** Se expone un caso clínico de parafrenia. Se discute su presentación clínica y su proceso evolutivo.

**Discusión:** Para Henry Ey, las parafrenias son "los delirios más estéticos". Su concepción de la parafrenia revela cuatro aspectos clínicos importantes; un pensamiento paralogico, la megalomanía, la confabulación y la integridad paradójica de la unidad de síntesis psíquica. El pensamiento paralogico es un pensamiento mágico, donde la fantasía

da rienda suelta a una fábula delirante que supera todas las categorías del entendimiento. La megalomanía hace que estos pacientes a menudo se presenten como perseguidos. La fabulación prima sobre las alucinaciones, que están a menudo presentes, y que forman parte de una producción imaginativa exuberante sobre la que se desarrolla el delirio. La integridad paradójica de la unidad de síntesis psíquica se caracteriza por el enorme contraste entre las concepciones paralogicas, la mitología del delirio y una adaptación a la realidad cotidiana, mientras que la capacidad intelectual, memoria y comportamiento social pueden permanecer intactos. Podemos concluir que se encuentra a medio camino entre la desorganización del esquizofrénico y la sistematización de la paranoia. Que existe una conservación global de la persona que no encontramos en el deterioro del esquizofrénico y que, por otro lado, la expresión polimórfica del delirio se aleja de la paranoia. Que el mecanismo imaginativo está sobre los elementos alucinatorios e interpretativos. Es en esta expresión clínica y en su tendencia a la cronicidad en la que se encuentra la clave del diagnóstico.

### Bibliografía

1. E. Kraepelin. Psychiatrie (1909-1913). Leipzig: Barth; 1915.
2. H. Ey, *et al.* Los delirios fantásticos (Las Parafrenias). En: Tratado de psiquiatría. Toray-Masson S.A. Barcelona, 1969, pp. 518-21.
3. D. Barcia. Delirios crónicos en Psiquiatría. En: Psiquiatría J.J. López, C. Ruiz Ogara, D. Barcia Salorio Tomo II. Toray. Madrid 1982, pp. 896-908.

## SÍNDROME DE EKBOM

Maria Amparo González Yago, Belén del Carmen Alemán Gutierrez, Shaila Carrasco Falcón, Silvia Cañas Jiménez, Pablo Reyes Hurtado, Maria Elena Gutiérrez Hernández

*Psiquiatra. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Introducción:** La parasitosis delirante, también conocida como síndrome de Ekbom, es un trastorno psicótico relativamente infrecuente que se caracteriza por una creencia falsa inquebrantable de que existe una infestación parasitaria de la piel, a pesar de la ausencia de evidencia médica que pueda respaldar esta afirmación.

**Caso clínico:** Se trata de un varón de 58 años sin antecedentes psiquiátricos, consumidor de cocaína desde hace más de 20 años; acude al servicio de urgencias hospitalaria solicitando la realización inmediata de una biopsia por unas lesiones que le han aparecido en la piel. Señala que tras estar en los alrededores de un estanque, se ha infectado con bichos que le recorren el cuerpo e insiste en mostrarnos aparentes lesiones, refiriendo que son larvas que le perforan la piel para depositar sus huevos. Incluso explica que ha conseguido capturar algunos de ellos y los ha guardado en una cajita que puede mostrarnos. Sentimiento de frustración y de escaso apoyo recibido, ha consultado en varios dermatólogos de la isla y ninguno le da solución a su problema. Ya en planta, tras realizar interconsulta a dermatología y descartar una infestación real, el paciente continúa con convicción delirante, poniendo en duda los resultados anodinos de las pruebas complementarias. Tras iniciar tratamiento con pimozide, las alucinaciones cenestésicas e interpretaciones delirantes disminuyen; sin embargo, debido a las escasas expectativas de una buena adherencia al alta, sustituimos por paliperidona intramuscular. Con el tratamiento depot, el paciente refiere disminución del prurito, mostrándose más permeable a criterios de realidad y siendo capaz de relacionar la clínica con el consumo de sustancias.

**Discusión:** El síndrome de Ekbom es un trastorno poco común en el que los pacientes creen que están infestados de patógenos, lo que se acompaña de sensaciones anormales en la piel. Los síntomas son persistentes y provocan un gran sufrimiento en el paciente, haciendo que este busque atención médica en distintos especialistas. En este sentido, es frecuente el fenómeno conocido como el "signo de la caja de cerillas", en el paciente aporta material para examinar y determine el tipo de parásito con el que se ha infectado. El inicio de la terapia psicofarmacológica es un desafío, ya que muchos rechazan el trata-

miento psiquiátrico debido al estigma y a su firme creencia de que tienen una infestación parasitaria. Aunque la pimozida se ha considerado el tratamiento de primera línea, en los últimos años se ha limitado su uso debido a los efectos secundarios que presenta; optándose por antipsicóticos de segunda generación. Para muchos, la sensación de falta de comprensión conduce al aislamiento y al desarrollo de síntomas de depresión, siendo crucial un abordaje multidisciplinario que permita un tratamiento conjunto, optimizando así el manejo del paciente y la adherencia terapéutica.

#### Bibliografía

1. E.H. Campbell, D.M. Elston, J.D. Hawthorne, D.R. Beckert. Diagnosis and management of delusional parasitosis. *J Am Acad Dermatol.*, 80 (2019), pp. 1428-1434.
2. K.Y. Mumcuoglu, V. Leibovici, I. Reuveni, O. Bonne. Delusional Parasitosis: Diagnosis and Treatment. *Isr Med Assoc J IMAJ.*, 20 (2018), pp. 456-460.

### TERAPIA ELECTROCONVULSIVA POR PREFERENCIA DEL PACIENTE COMO INDICACIÓN DE TRATAMIENTO SEGÚN CONSENSO ESPAÑOL DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Ana Pérez Romero, Andrés Carranza Pérez-Tinaco, María José Valdés Florido, María José Márquez Márquez, Sergio González Garrido

*Psiquiatra. Sevilla.*

**Introducción:** Presentamos el caso de un varón de mediana edad con clínica que cumple criterios de trastorno depresivo según DSMV y CIE10, e ideación autolítica persistente, al cual, tras varias intervenciones, se decide incluir en tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC) por estar indicado dicho tratamiento en el trastorno depresivo y por petición del propio paciente, criterios para inicio de tratamiento recogidos en el Consenso español sobre TEC.

**Caso clínico:** Varón de 55 años, con seguimiento en Unidad de Salud Mental comunitaria desde hace 3 años, siendo la primera atención tras intento autolítico mediante venoclisis en el contexto de consumo de alcohol. Constan varios intentos autolíticos de diferente letalidad (desde ingesta de fármacos hasta cáusticos). Consumo de alcohol con patrón de abuso. Convive con su mujer e hijos. Trabaja en empresa de transporte público. Ha realizado diferentes tratamientos con antidepresivos y ansiolíticos, estando actualmente con venlafaxina a dosis alta, mirtazapina por las noches, lorazepam tres veces al día y lurasidona. A la exploración, colaborador, abordable. No alteraciones del discurso. No alteraciones de rango psicótico. Expresa tristeza, con frialdad afectiva y angustia vital. Expresa miedos diversos, con aparición de temores hipocondríacos. Pérdida de capacidad hedónica, aislamiento con escaso deseo relacional, según refiere, escasos intereses y motivaciones. Ideación autolítica persistente, con intentos autolíticos previos, si bien sin estructuración o planificación en el momento de la entrevista. Buen apoyo familiar percibido. Se realizan, durante el seguimiento, intervenciones intensivas para manejo y tratamiento del trastorno depresivo que presenta el paciente, así como de la ideación autolítica persistente, con escasa mejoría, expresando el propio paciente su deseo de iniciar tratamiento con TEC. Dada la escasa respuesta a los tratamientos ensayados y la preferencia expresada por el paciente (ambos criterios incluidos en el Consenso sobre TEC), se decide iniciar tratamiento con TEC.

**Discusión:** Tal y como aparece en el Consenso citado, una de las indicaciones de iniciar tratamiento con TEC es la preferencia del paciente. Por tanto, debería ser un criterio a valorar, como vemos en el Consenso, en pacientes con cuadros depresivos que muestren su interés o soliciten dicho tratamiento, incluso antes de clasificar el cuadro como una depresión resistente, para evitar que se prolongue el cuadro y que pueda aparecer resistencia farmacológica, lo que implicaría una menor o pobre respuesta a la TEC.

#### Bibliografía

1. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Consenso español sobre la terapia electroconvulsiva. Madrid; 2018. Disponible en: <http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/SEPBB%20-%20Consenso%20Espa%C3%B1ol%20sobre%20la%20Terapia%20Electroconvulsiva.pdf>

### CAMBIO CARACTERIAL EN NEUROSÍFILIS

Ana Pérez Romero, Irene Márquez González, Ana Piña Baena

*Psiquiatra. Sevilla.*

**Introducción:** A propósito de un caso de neurosífilis, que actualmente no es una patología muy frecuente, pero que hay que tener presente debido al fácil tratamiento causal, revisamos psicopatología y cambio caracterial en dicha patología. Esta patología conlleva un síndrome neurológico específico, con disartria, exaltación de reflejos y alteraciones pupilares, entre otros síntomas. Según las descripciones del psiquiatra Castilla del Pino, la sintomatología neuropsiquiátrica presente en el debut de la clínica de neurosífilis terciaria puede darse en cuatro formas. Primera, como síntomas neurológicos simplemente (ejemplo, disartria). Segunda forma, como “síndrome neurasteniforme” (alteración de memoria de fijación, dificultad de concentración, irritabilidad). Tercera forma, como “síndrome amnésico” (alteración de memoria de fijación, embotamiento, confusiones de fechas y nombres, falta de conciencia de enfermedad, desobediencia a normas de comportamiento). Y última forma, como “síndrome maniaco” (humor exaltado, pero “sin la gracia del maniaco, euforia tonta, vacía...”). Por último, como indica el autor, de no ser tratada termina en “demencia profunda” y muerte.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente de 60 años, que se encuentra ingresado en Enfermedades Infecciosas con diagnóstico de neurosífilis para realizar tratamiento con penicilina. El paciente presenta alteraciones de conducta en forma de episodios de agresividad desde hace aproximadamente dos semanas. No presenta antecedentes de Salud Mental. Vive con su pareja, no hijos, ha trabajado como vaquero hasta los 40 años (crisis económica). Realizamos entrevista con la pareja del paciente, puesto que el paciente se muestra poco colaborador, con respuestas monosilábicas y hostil en la entrevista. La pareja refiere cambio caracterial desde hace dos semanas, con episodios de agresividad hacia ella, “empezaba a insultarme, se ponía muy agresivo, nunca había sido así...”. Durante su ingreso, presentaba dichos cuadros sobre todo por las noches, precisando medicación antipsicótica y contención mecánica por episodios de agitación. A la exploración el paciente se encuentra desorientado en tiempo y espacio, no en persona. Contacto hostil, escasa colaboración, con respuestas evasivas y monosilábicas, con aumento de latencia de respuesta. No se pueden descartar alucinaciones en el momento de la entrevista. Refiere ánimo triste de larga data. No ideación auto ni heterolesiva. Sueño conservado con medicación. Se introdujo tratamiento psicofarmacológico con haloperidol gotas (10-10-20), tras escasa respuesta inicial a tratamiento con levomepromazina, que fue efectivo, permitiendo sueño nocturno adecuado, y no incidencias conductuales importantes durante el día.

**Discusión:** Tras revisar bibliografía y descripción de psicopatología descrita por el Dr. Castilla del Pino, concluimos, como juicio clínico, un cambio caracterial de origen orgánico en el contexto de neurosífilis. Es una patología poco frecuente en la actualidad, pero la cual debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes de edad media que presenten un síndrome psicoorgánico, sobre todo debido a que presentan un tratamiento curativo como es la penicilina, si bien, como hemos comentado en el caso descrito, las alteraciones de conducta debidas al cambio caracterial que se presenta, podrían manejarse con otros psicofármacos añadidos al tratamiento mientras el paciente presente dichas alteraciones.

#### Bibliografía

1. C. Castilla del Pino. Obras completas VII. Introducción a la psiquiatría, 2ª ed. UCO Press, Editorial Universidad de Córdoba, 2011.

## SÍNDROME DE KORO EN POBLACIONES NO ASIÁTICAS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E IMPLICACIONES CLÍNICAS

Ana Bravo-Ferrer Acosta, Emilio José López Sánchez, Jose Manuel Cerezo Fernández, Teresa Molina Molina

*Psiquiatra. Sevilla.*

**Caso clínico:** El síndrome de Koro se ha descrito clásicamente como ejemplo de un cuadro psiquiátrico asociado a la cultura asiática. Habitualmente, el sujeto sufre un episodio de ansiedad intensa y de instauración súbita y presenta la creencia de que sus órganos genitales están encogiéndose y teme que desaparezcan. Además de la creencia, culturalmente establecida, de que ello acarrea la muerte. Suelen aparecer de manera aislada, pero en Asia, se han llegado a describir incluso epidemias de Koro, y está relacionado con las creencias culturales. Se han descrito muy pocos casos en Europa y la mayoría secundarios a un trastorno psiquiátrico primario. En este trabajo se presenta un caso clínico de un síndrome de Koro, de aparición reciente en el servicio de Urgencias. Además se realiza una revisión bibliográfica sobre casos descritos en Europa, que nos invitará a reflexionar sobre el origen cultural o universal de esta presentación psicopatológica tan poco frecuente, para finalmente discutir sobre las implicaciones clínicas relevantes. Se trata de un paciente de 35 años, sin antecedentes personales previos ni familiares en Salud Mental y sin relación alguna con la cultura asiática, que acude con carácter urgente al servicio de urgencias del Hospital Virgen del Valme por presentar durante un periodo de unos 30 minutos la sensación de que sus genitales estaban encogiéndose y que podían llegar a desaparecer. En ningún momento llega a pensar que esto podría causarle la muerte. A esta sensación se asocia una importante angustia y durante unos minutos llega a pensar que puede haber sido provocado por su mujer, de la que se encuentra en proceso de separación. A su llegada a urgencias tanto la sensación en la zona genital, como la interpretación perjuiciosa han desaparecido. En la exploración psicopatológica no se apreciaba otra sintomatología de la esfera psicótica. Si bien realizaba crítica adecuada de la interpretación perjuiciosa inicial, refería insomnio pertinaz de varias semanas de evolución y decide manejarse el caso como una psicosis breve. Se realiza un examen físico completo, que resulta normal y se pauta olanzapina de 5 mg. A las tres semanas fue valorado en USMC de referencia con una buena evolución. No ha vuelto a experimentar sintomatología similar al síndrome de Koro, ni sintomatología de la esfera psicótica. Persiste la sintomatología ansiosodepresiva reactiva a conflictiva familiar. Se realizará seguimiento estrecho del caso.

**Discusión:** Los casos reportados en Europa suelen ser síndromes incompletos y secundarios otras patologías subyacentes. Se ha reportado otro caso asociado a psicosis breve. En nuestro caso, dada la brevedad la clínica del paciente (duración inferior a 30 minutos), personalidad premórbida estable y la recuperación completa incluso antes de instaurar la medicación se podría discutir si podría tratarse de una presentación primaria, aunque incompleta, del síndrome de Koro. En este caso sería importante tener en cuenta aspectos como las creencias sexuales, éticas y culturales de los pacientes. Por otro lado, las formas no asiáticas del síndrome de Koro representan una oportunidad excepcional de estudio y reflexión.

## ESQUIZOFRENIA Y CONSUMO DE COCAÍNA

Ana Isabel Florido Puerto, Isabel de Burgos Berdud, Beatriz Losilla Rodríguez

*Psiquiatra. Sevilla.*

**Introducción:** En los últimos años se ha producido un aumento del consumo de cocaína, no solo en la población general, sino también en pacientes con esquizofrenia. Se estima que éstos, presentan un consumo de estimulantes cuatro veces mayor, siendo la cocaína la más

frecuente. Los psicoestimulantes, aumentan la disponibilidad de la dopamina extracelular, lo que puede desencadenar una psicosis o empeorar una existente, según la hipótesis dopaminérgica de la psicosis. El sistema dopaminérgico mesocorticolímbico está implicado en las psicosis y las conductas adictivas, constituyendo una base neurobiológica común para el desarrollo de ambos trastornos.

**Caso clínico:** Varón de 36 años de edad, que acude trasladado en ambulancia, por alteraciones conductuales en el domicilio familiar. Entre los antecedentes personales, no constan alergias medicamentosas ni enfermedades somáticas de interés. Antecedentes de consumo de cocaína (esnifada e inhalada) desde hace más de 10 años, y en seguimiento en centro de tratamiento de adicciones. Disminución del consumo en los últimos años, refiriendo consumos esporádicos. Antecedentes de seguimiento en psiquiatría desde hace 15 años, con orientación diagnóstica de esquizofrenia paranoide. Varios ingresos hospitalarios por descompensaciones psicopatológicas y consumo de tóxicos. Es el menor de dos hermanos. Soltero. Convive con sus padres. Enfermedad actual: el paciente es trasladado en ambulancia por alteraciones conductuales en domicilio familiar. Fue precisa la intervención de las FFOOPP. A su llegada, poco colaborador, actitud hostil y retardada hacia el personal sanitario, siendo la familia la principal informadora de la situación. La madre refiere aumento del consumo de cocaína en el último mes, y más acusado en la última semana. En este contexto, relatan episodios de alteraciones conductuales en domicilio, protagonizando episodios de heteroagresividad hacia objetos y familiares, con difícil contención a nivel ambulatorio. A la exploración, consciente, orientado, escasamente abordable y poco colaborador. Inquietud psicomotriz, sin llegar a estado de agitación, siendo necesario contención verbal y tratamiento farmacológico vía oral. Discurso fluido, centrado en consumo de tóxicos e ideación delirante de perjuicio. Niega pseudoalucinaciones auditivas, si bien no es posible descartarlas. Soliloquios. No alteraciones mayores en el estado de ánimo. Aumento de ansiedad reactiva a *craving*. Alteraciones de conducta y episodios de heteroagresividad. Niega ideación autolítica. Abandono de tratamiento psicofarmacológico y de autocuidados. Insomnio global. Consumo perjudicial de tóxicos. Escasa conciencia de enfermedad. Pruebas complementarias (hemograma bioquímica general) normales. Tóxicos en orina, positivo a cocaína. Ingresó en unidad de hospitalización, con evolución favorable, remitiendo alteraciones de conducta y clínica delirante, con reintroducción del tratamiento psicofarmacológico. Dadas las dificultades para la adherencia terapéutica se decide instauración de tratamiento antipsicótico inyectable de larga duración (ILD) con aripiprazol 400 mg/28d. Es dado de alta constando como orientaciones diagnósticas: esquizofrenia paranoide (F20.1) y consumo perjudicial de cocaína (F14.1).

**Discusión:** El consumo de sustancias ensombrece el curso y el pronóstico del trastorno mental, ocasionando un aumento del número de reagudizaciones y hospitalizaciones. La falta de adherencia al tratamiento es un importante factor de riesgo de recaídas y rehospitalizaciones por lo que los antipsicóticos atípicos inyectables de larga duración, constituyen una buena alternativa terapéutica.

## LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR Y CONFINAMIENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Isabel Florido Puerto, Clara Menéndez-Sampil Landa, Isabel de Burgos Berdud

*Psiquiatra. Sevilla.*

**Introducción:** La depresión en el adulto mayor es un problema de salud grave, debido a que se encuentra infradiagnosticada o tratada de forma inadecuada e insuficiente. La situación de pandemia producida por COVID-19 se ha asociado con un empeoramiento en el estado de ánimo de la población anciana, y una mayor vulnerabilidad a sufrir episodios depresivos.

**Caso clínico:** Mujer de 72 años de edad, valorada por psiquiatría por intento autolítico mediante ingesta de lejía. Entre sus antecedentes personales, no constaban alergias medicamentosas, realizaba tratamiento farmacológico para hipertensión arterial, y analgésicos por artrosis generalizada. Antecedentes de atención por psiquiatría de forma puntual hace 10 años, en el contexto de duelo tras fallecimiento de su marido. No precisó seguimiento posterior. Viuda. Vive sola. Madre de dos hijos independizados, con los que mantiene buena relación. Independiente para las ABVD. Refiere a raíz de situación de confinamiento por pandemia COVID-19, y en el contexto de situación de aislamiento y abandono de relaciones sociales, empeoramiento progresivo de su estado de ánimo, con tristeza y apatía. Relata en las últimas semanas episodios de inquietud psicomotriz con altos niveles de angustia, así como aparición de ideación autolítica llegando a realizar, de manera impulsiva, ingesta de lejía. Posteriormente avisa de lo ocurrido a su hijo. Pruebas complementarias (hemograma, bioquímica, orina) dentro de la normalidad. Endoscopia digestiva alta: clasificación Zargar IIa (exudados, erosiones y úlceras superficiales). A la exploración, consciente, orientada, abordable y colaboradora. Tendencia al llanto. Funciones superiores conservadas. Discurso fluido centrado en sensación subjetiva de malestar emocional. Niega sintomatología de corte psicótico. No alteraciones sensorio-perceptivas. A nivel afectivo, tristeza, apatía, sentimientos de soledad y desesperanza, anhedonia, tendencia al aislamiento y abandono de autocuidados, Aumento de ansiedad basal. Crítica adecuada del intento, que realiza de manera impulsiva, no planificada, en el contexto de altos niveles de ansiedad y angustia, mostrándose arrepentida, si bien expresa dificultades para el control de impulsos y temor del paso al acto, solicitando contención hospitalaria. Insomnio conciliación. Juicio de realidad conservado. Ante la clínica descrita, y la petición de ayuda de la paciente, se acuerda ingreso hospitalario, con orientación diagnóstica de episodio depresivo e intento autolítico. La evolución fue favorable, tras instauración de tratamiento psicofarmacológico, con remisión de la clínica que motivó su ingreso.

**Discusión:** La situación de soledad obligada por el confinamiento durante la pandemia del COVID-19 ha ocasionado en personas mayores un aumento de sintomatología ansiosa y depresiva. Asimismo el aislamiento, el abandono de relaciones y de actividades, y el miedo al contagio, han favorecido también la aparición de dicha sintomatología, siendo esta población la de mayor riesgo de suicidio. La prevención del mismo, exige un diagnóstico y tratamiento adecuado de los trastornos depresivos en la población mayor, así como el seguimiento de las personas que presentan tentativas previas o factores de riesgo (soledad y aislamiento, enfermedades físicas, estrés mantenido en el tiempo...).

### A PROPÓSITO DE UN CASO: "CUANDO LAS VECINAS LLAMAN A MI PUERTA..."

A. Piña Baena, A. Pérez Romero, M.J. Valdés Florido

*Psiquiatra. Huelva.*

**Caso clínico:** María es una mujer de 70 años, sin antecedentes previos de salud mental que, sin aparente desencadenante ni estresor, comienza con un discurso centrado en ideas e interpretaciones delirantes autorreferenciales y de perjuicio, en su entorno más cercano, con graves alteraciones de conducta. Su marido, Miguel, la acompaña a consulta, muy angustiado, describiendo todo lo acontecido en las últimas semanas. 'Dice que las vecinas quieren hacerle daño, no come, no duerme, no hace otra cosa que estar pendiente de ellas... Exploración psicopatológica: en consulta, tranquila, adecuada, colaboradora y educada. Discurso coherente, lógico y fluido, inicialmente, tornándose a verborreico y rumiativo cuando se explora temática de perjuicio. Describe ideas e interpretaciones delirantes autorreferenciales y de perjuicio en su entorno cercano (vecindario), con gran

repercusión afectiva y conductual, insomnio de mantenimiento, retraimiento afectivo, incluso en los últimos días ideas de carácter celotípico con respecto a su marido, lo que ha llevado a alteraciones conductuales consistentes en heteroagresividad verbal y física puntualmente. En consulta la paciente se encuentra orientada en las tres esferas, minimizadora de conductas descritas por el marido. Orefia conservada. Desbordamiento a nivel familiar, cuidador único y principal: su marido. Evolución: ante esta situación, se realizan pruebas complementarias, y se objetiva en resonancia magnética craneal una importante atrofia generalizada, sobre todo en el área subcallosa y circunvolución frontal superior izquierda, sin otros hallazgos de interés. Se aborda con la paciente, y principalmente con el familiar, posibles estrategias terapéuticas que permitan un control adecuado de las alteraciones conductuales, a nivel de pautas de conducta y recomendaciones generales, y tratamiento psicofarmacológico para una mayor contención. A su vez, se explica la importancia del cuadro y la evolución del mismo, con el objeto de orientar el diagnóstico hacia un cuadro delirante en el contexto de un deterioro cognitivo. Juicio clínico: síndrome alucinatorio delirante secundario a deterioro cognitivo.

**Discusión:** Los síntomas psicológicos y conductuales pueden ser la primera manifestación clínica de la enfermedad de Alzheimer o de cualquier cuadro de demencia. Suele existir dificultad para identificarlos, si bien la gravedad de los mismos determinan en gran parte la sobrecarga que supone la demencia a nivel emocional, social y económico, y pudiendo suponer un aumento en la rapidez del deterioro funcional del sujeto enfermo. Es importante, en este sentido, la detección temprana, con el objeto de un diagnóstico y tratamiento precoz y un acercamiento a nivel familiar/cuidador para poder transmitir la información fiable, veraz y acorde con las necesidades existentes, evitando el desbordamiento familiar y una garantía de un adecuado control de los síntomas del paciente.

### Bibliografía

1. T. Okura, B.L. Plassman, D.C. Steffens, D.J. Llewellyn, G.G. Potter, K.M. Langa. Prevalence of neuropsychiatric symptoms and their association with functional limitations in older adults in the United States: the aging, demographics, and memory study. *J Am Geriatr Soc.*, 58 (2010), pp. 330-337.

### A PROPÓSITO DE UN CASO: "DICEN QUE TENGO LA COVID"

A. Piña Baena, I. Pans Molina, C. Muñoz Cauqui

*Psiquiatra. Huelva.*

**Caso clínico:** Varón de 41 años en seguimiento en salud mental por problemática de consumo de múltiples tóxicos y problemática afectiva. En la última consulta, acude angustiado, acompañado de su mujer, refiriendo empeoramiento anímico y mayor angustia en relación con las ideas delirantes autorreferenciales 'todo el mundo dice que tengo el virus, que voy contagiando a la gente y que, aunque no lo perciba, estoy enfermo'. Su mujer intenta confrontar esta situación, con gran sentimiento de frustración al respecto, si bien persiste su discurso centrado en temática descrita. Al parecer continúa con consumo de tóxicos (múltiples), habiendo empeorado sintomatología con aumento del consumo en últimas semanas<sup>1</sup>. Exploración psicopatológica: consciente, orientado y colaborador. Educado. Ligeramente intranquilo a nivel psicomotriz. Discurso verborreico centrado en ideas delirantes de perjuicio y autorreferenciales, con gran repercusión afectiva y conductual, con escasa capacidad de confrontación e impermeabilidad. IR alterado. Buen apoyo familiar. Insomnio mixto, con actitud hiperalerta y preocupación excesiva en el contexto de delirios. Evolución: ante empeoramiento clínico y gran repercusión afectiva y conductual, se aborda posibilidad de tratamiento farmacológico, más allá de tratamiento ansiolítico que tenía prescrito y pautado previamente. Aparecen *de novo* síntomas de la esfera psicótica, impresionando de reactividad al consumo de tóxicos. Se

aborda con el paciente la posibilidad de iniciar tratamiento antipsicótico con aripiprazol oral, pudiendo valorarse tolerancia, adherencia y posterior administración intramuscular mensual, con mejoría clínica y funcional en todas las áreas del sujeto. Juicio clínico: trastorno mixto de la personalidad. Trastorno por consumo de sustancias.

**Discusión:** Estudios sugieren la existencia de comorbilidad entre el trastorno por uso de sustancias y la aparición de síntomas psicóticos, con la consecuente gran repercusión afectiva y conductual del sujeto, tal cual se evidencia en el caso descrito<sup>2</sup>. En la intervención llevada a cabo con éste, se debe priorizar y garantizar la abstinencia a tóxicos, además de abordar el inicio de un tratamiento farmacológico que pueda mejorar dicha sintomatología, para un desarrollo y continuidad funcional del sujeto. Si además se puede plantear y garantizar una adherencia al tratamiento farmacológico, ello permitiría una ganancia adicional, con una estabilidad clínica y psicopatológica, como se evidencia en el caso presentado: existe una mejoría clínica y funcional del mismo evidente y progresiva.

#### Bibliografía

1. P. Falkai. Delusional disorders due to medical conditions or substance abuse. *WPA Journal*. 2 suppl. 1 (2003).
2. O. Bowden-Jones, M.Z. Iqbal, P. Tyrer, N. Seivewright, S. Cooper, A. Judd, et al. Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction*, 99 (2004), pp. 1306-1314.

### “LA VIDA ES UN JUEGO DE CARTAS”. KETAMINA EN LA IDEACIÓN AUTOLÍTICA

Ana María Ruiz Moliner, Reyes Gálvez Medina, Andrés Carranza Pérez-Tinao, Miguel Zacarías Pérez Sosa, Diego de la Vega Sánchez

*Psiquiatra. Sevilla.*

**Introducción:** Según la OMS, se estima que cada año fallecen por suicidio alrededor de 800.000 personas en el mundo. Estas cifras se multiplican por 20 si hablamos de tentativas de suicidio. A lo largo de los años, la producción científica se ha centrado en la elaboración de guías para la prevención del suicidio a largo plazo. Sin embargo, a nivel terapéutico, existen grandes limitaciones para el manejo de la ideación autolítica en el momento agudo. En el año 2000, la ketamina comienza a usarse como antidepressivo de vía glutamatérgica. Posteriormente, tras observarse su efecto reductor de la ideación suicida, diversos estudios han evidenciado que dosis repetidas de la misma logran mantener este beneficio en el tiempo.

**Objetivos:** Exponer un caso clínico de elevado riesgo suicida manejado mediante ketamina intravenosa.

**Material y métodos:** Revisión HC. Varón de 58 años, residente de zona rural, funcional para actividades de la vida diaria. No consumidor de alcohol ni tóxicos. Antecedentes somáticos: HTA controlada. Sin antecedentes personales ni familiares de Salud Mental. Medicación: enalapril. Buen apoyo familiar. Es traído al Servicio de Urgencias por un familiar por manifestar ideación autolítica estructurada, siendo interceptado en el momento del paso al *acting*. En consulta refiere la muerte como única salida a la denuncia por homicidio imprudente interpuesta contra él. Tras la exploración psicopatológica y ante la ausencia de crítica, se decide ingreso en USM del H.U. Virgen Macarena. Durante el mismo, se acuerda iniciar tratamiento con ketamina intravenosa en un total de 6 sesiones, 2 por semana. Intervención: se administran 5 dosis de ketamina (38 mg) vía intravenosa en una cadencia de 2 sesiones/semana. Entre los efectos durante y después del tratamiento destacan: somnolencia, cefalea, sequedad de boca y alucinaciones disociativas. Escalas: para la evaluación de los resultados nos servimos de las siguientes escalas evaluadas al inicio, mitad y fin del tratamiento: Escala de Evaluación de Actividad Global Previa, Escala de Ideación Suicida (SSI), Escala MADRS, Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y MOCA.

**Resultados:** Durante el tratamiento descrito, observamos una reducción significativa de la ideación autolítica del paciente desde la primera sesión y de forma progresiva con las dosis consecutivas, como podemos ver en las escalas reflejadas anteriormente. Durante la quinta sesión, pese a un buen control inicial de la tensión arterial, la aparición de una crisis hipertensiva nos obligó a suspender la última dosis programada. Sin embargo, esta complicación no tuvo repercusiones en la favorable resolución de la ideación suicida del paciente.

**Conclusiones:** La ketamina es una alternativa terapéutica válida para el momento agudo de la ideación autolítica. No obstante, son necesarios más estudios para establecer una guía óptima de uso. La magnitud y el impacto del suicidio contrastan con la ausencia de un plan específico para la conducta suicida. Por este motivo, consideramos su elaboración el principal objetivo a alcanzar.

### EL SUICIDIO COMO DEBUT DE UNA DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

Andrés Carranza Pérez-Tinao, Ana Pérez Romero, Reyes Gálvez, Ana María Ruiz Moliner, Miguel Zacarías Pérez Sousa, Diego de la Vega Sánchez

*Psiquiatra. Sevilla.*

**Introducción:** Es bien sabida la relación existente entre el suicidio y los trastornos mentales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que la tasa de suicidios de 2016 fue 10,6 suicidios por cada 100.000 personas. Hay muchos estudios que demuestran que los factores individuales, y en particular los trastornos psiquiátricos, son los que tienen el efecto más fuerte sobre las tasas de suicidio, siendo los trastornos del estado de ánimo y los trastornos por consumo de los mayores protagonistas. A continuación, presentamos un caso en el que el suicidio se presenta como debut de una demencia frontal.

**Objetivos:** Repasar desde una perspectiva teórico-práctica la relación entre suicidio y demencia frontotemporal.

**Material y métodos:** Revisión de la literatura existente acerca de la asociación existente entre el suicidio y la demencia frontotemporal, con relación a un caso extraído de la UHSM Virgen Macarena.

**Resultados:** Se trata de una mujer de 41 años, sin antecedentes en salud mental hasta 2019, presentando hasta 8 ingresos en 1 año, por intentos autolíticos, sin que se identificara un factor estresante previo. Todos los ingresos se han caracterizado por una evolución tórpida de los mismos en los que la paciente ha presentado multitud de intentos autolíticos, apreciándose escasos recursos de afrontamiento. Durante estos ingresos se intentaron diversas estrategias terapéuticas, incluido múltiples fármacos como ISRS (citalopram), dual (venlafaxina), ácido valproico, litio y clozapina, llegando a recurrir a otras terapias como el TEC (12 sesiones) y tratamiento con ketamina iv, por ideación suicida persistente, sin conseguir cambios significativos mantenidos en el tiempo. Se han considerado diferentes orientaciones diagnósticas, abordándose inicialmente como un trastorno de personalidad grave, ofreciendo contención y orientación sobre estrategias de apoyo a paciente y su familia desde la UHSM, retomando intervenciones enfocadas al control de la impulsividad y elaboración de experiencias traumáticas desde Hospital de Día. Durante la evolución se ha observado un marcado deterioro en el habla y en la conducta, estando ambas empobrecidas, pasando tiempo sin emitir lenguaje en las entrevistas o completamente abúlica en la sala, con episodios súbitos de agitación, llegando a requerir el uso de contención mecánica. Sorprende la frialdad hacia los familiares, mostrando una completa indiferencia hacia sus emociones que, junto a la escasa espontaneidad con apatía intensa y la inadecuación social, hicieron replantearse el diagnóstico. Ante la sospecha de una posible afectación frontal se contactó con neurología, acordado con ellos la realización de hasta 4 SPECT, con los siguientes resultados: “defectos parcheados de captación distribuidos de forma extensa en corteza

frontal y frontotemporal, acentuándose defectos parietales postero-superiores de predominio izquierdo". Actualmente, ante las características del cuadro respecto a la elevada funcionalidad previa, con marcado deterioro del habla y de la conducta, y los hallazgos de las pruebas complementarias realizadas, se plantea que la etiología del cuadro pueda ser realmente una demencia frontotemporal (DFT)

**Conclusiones:** Se plantea a través de este caso la aparición del suicidio como síntoma precoz o de debut de una demencia frontotemporal, en una paciente de mediana edad, sin historia previa ni antecedentes familiares de salud mental. Si bien este caso es muy infrecuente, sí que evidencia la necesidad de un enfoque específico y estandarizado para la medición de conductas suicidas en pacientes con trastornos neurodegenerativos, en los que los síntomas neuropsiquiátricos a menudo representan características clínicas comunes. Se sabe que los pacientes con demencia tienen un riesgo de muerte por suicidio de 3 a 10 veces mayor. Sin embargo, ha habido pocos estudios que examinen la prevalencia de tendencias suicidas en pacientes con DFT específicamente, evidenciando la necesidad de seguir investigando y explorar el si la genética pudiera desempeñar un papel en este tipo de pacientes.

#### Bibliografía

1. S. Fazel, B. Runeson. Suicide. *N Engl J Med.*, 382 (2020), pp. 266-274.
2. R. Fremont, J. Grafman, E.D. Huey. Frontotemporal Dementia and Suicide; Could Genetics be a Key Factor? *Am J Alzheimers Dis Other Demen.*, 35 (2020), p. 1533317520925982.
3. M. Zucca, E. Rubino, A. Vacca, F. Govone, A. Gai, P. De Martino *et al.* High Risk of Suicide in Behavioral Variant Frontotemporal Dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.*, 34 (2019), pp. 265-271.

### ¡NO SAQUES CONCLUSIONES PRECIPITADAS! LA IMPORTANCIA DE REALIZAR UNA CORRECTA HISTORIA CLÍNICA

Ángela Izquierdo de la Puente, María Martín García,  
Pablo del Sol Calderón, María García Moreno

*Psiquiatra. Madrid.*

**Caso clínico:** Paciente de 62 años que acude a urgencias acompañada por su hija, por lumbalgia. Durante la exploración, la paciente se muestra impaciente y con marcada inquietud psicomotriz, perdiendo el hilo argumental del discurso. Su hija, durante la misma, comenta que encuentra a su madre extraña, desorientada y verbalizando ideas extrañas. La paciente en ese momento, comenta que cree que su marido la maltrata y que la persigue. Al no recoger ningún antecedentes médico de interés y por comentar la paciente que hace 20 años estuvo en tratamiento con antidepresivos pautado por su MAP por el fallecimiento de su mascota, se solicita valoración por Psiquiatría por "episodio psicótico". Se valora a la paciente, en primer lugar se corroboran los antecedentes personales, explicando la paciente, de forma espontánea, que se encuentra pendiente de cita con Endocrinología por estudio de un hipertiroidismo subclínico detectado cuatro meses previos a dicha consulta. Por el episodio actual, explica que desde hacía unos días, se encontraba con sensación de extrañeza con ella misma como con su familia. Además se encontraba confusa en relación a posibles sucesos que habían ocurrido según ella durante esa misma noche. Dudaba sobre si había denunciado a su marido por malos tratos. Por otro lado, en esa última semana, la paciente había estado guardando de forma errática objetos y ropa en bolsas de forma desorganizada. Además, su hija relataba que la encontraban algo olvidadiza. Asimismo había tenido en momentos puntuales discurso incoherente. En los últimos días, la habían encontrado desorientada por momentos. Negaban episodios similares previos. La paciente contaba que desde hacía cuatro meses, tenía sensación de encontrarse más acelerada con pérdida de apetito, mayor inquietud, motivo por el cual se realizó una analítica, resultando el hipertiroidismo subclínico. Un mes previo al diagnóstico del hipertiroidismo

subclínico, su hija menor se independizó del domicilio familiar, mudándose a otra comunidad autónoma. Al hablar de esto, la paciente se emociona, explicando que era posible que esa marcha le había podido afectar. A la exploración psicopatológica, se encontraba consciente, parcialmente orientada en tiempo (desconocía el día, aunque conoce el año y el día de la semana), orientada en espacio y persona. Aspecto ligeramente descuidado. Contacto ligeramente perplejo. Lenguaje fluido y espontáneo con discurso coherente, aunque con tendencia a la pérdida del hilo conductor en alguna ocasión que mejoraba a medida que va transcurriendo la entrevista. Lagunas mnésicas. Ánimo irritable referido, observándose indiferencia de lo relatado por su hija. Tendencia al pensamiento desorganizado, con sensación de despersonalización. No clínica psicótica estructurada. Insomnio crónico. Juicio de realidad fluctuante. Aunque impresionaba de un posible síndrome confusional subagudo, en relación a la alteración tiroidea objetivada cuatro meses antes, sin una analítica reciente en el momento de la valoración, se decide administrar 1mg de lorazepam para el tratamiento de un posible episodio disociativo leve. Tras la misma, la paciente se encontraba con un empeoramiento marcado, no solo en el nivel de alerta, sino en la orientación temporoespacial. Se solicita nuevamente valoración por el Servicio de Urgencias. La paciente ingresa en M. Interna, quienes determinan un síndrome confusional en relación a una crisis tiroidea.

### IDEAS DE MUERTE Y DEPRESIÓN EN LA ADOLESCENCIA EN UN CASO DE FOBIA ESCOLAR

Ana Luisa Pérez Morenilla, Jesús Arroyo Bravo,  
Marta Fernández Monge

*Psiquiatra. Cádiz.*

**Caso clínico:** Paciente de 14 años de edad, derivado por su MAP por "depresión endógena con ideas de muerte". Acude con ambos padres que refieren que su hijo "no tiene ganas de vivir", siempre ha sido introvertido y reservado pero que desde que comenzó el instituto hace dos años se acentuaron esos rasgos y además tiene ánimo triste, llanto frecuente, irritabilidad y continua tensión psíquica, descuidando relaciones sociales, tareas de autocuidado e higiene y alimentación, marcado aislamiento, pérdida de peso. El paciente refiere encontrarse sobrepasado cuando está en el instituto, que padece síntomas físicos como dolor de cabeza, náuseas, vómitos y diarreas cuando tiene que permanecer en esa situación y se angustia mucho. Su único pensamiento es cumplir 16 años y poder dejar los estudios. En casa su actitud es irritable y su comportamiento tendente al aislamiento y la incomunicación con su familia y con entorno social. Lloro a menudo y refiere anhedonia y apatía. Antecedentes y desarrollo evolutivo: embarazo y parto normal. No lactancia materna. Deambulación primer año. Habla tardía, después de los tres años. Control de esfínteres sobre los 4 años, de los 5 a los 7 episodios de enuresis, mejoró con consejo pediátrico y medicación. Colegio con 3 años, relaciones con iguales siempre "complicadas", según los padres, clara preferencia por juegos solitarios. Menor de 4 hermanos. Convive con sus padres, hermana de 24 años con parálisis cerebral y hermano de 21, sano. Refieren escasas muestras de apego hacia figuras paternas y celos a su hermana enferma y dedicación de éstos hacia ella. Académicamente siempre ha tenido dificultades. Repitió 2º de primaria y actualmente 1º de ESO. No destacan enfermedades importantes. Antecedentes familiares: Madre diagnóstico TOC. Hermano depresión, intento de suicidio tras una ruptura. Tías paternas trastornos depresivos, un primo materno con trastornos psiquiátricos sin especificar. Exploración: consciente, colaborador. Buena resonancia afectiva. Atención y memoria sin alteraciones. No dificultades en la concentración. Psicomotricidad normal. Discurso coherente, lineal y adecuado a contexto. Hipotímico. Lloro en consulta. Irritabilidad continua y sensación de desesperanza. Ideas de muerte y autolíticas no estructuradas. Ansiedad flotante psíquica y somática con frecuentes somatizaciones predisuestas situacional-

mente a la permanencia en el instituto, situación que más ansiedad le provoca. Relata experiencias cercanas al pánico. Apetito muy bajo y disminución de peso referida. No problemas de sueño. Retraimiento social, relativamente integrado entre sus iguales en la infancia. Actualmente mantiene alguna amistad pero no comparte tiempo de ocio ni actividades, apenas sale de casa. Se realizó seguimiento desde la Unidad de Salud Mental, evaluación y entrevistas con los padres y paciente para descartar trastorno del espectro autista. Se coordinó con el departamento de orientación del instituto para afrontar el caso conjuntamente y descartar situación de acoso escolar, se introdujo tratamiento farmacológico y fue derivado a Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil, donde comenzó a ser atendido con mayor frecuencia e intensidad tanto en Aula Terapéutica como en el programa de Hospital de Día. Juicios Clínicos: F32.2 Episodio depresivo grave. F40.02 Fobia específica (escolar).

### INTENTO AUTOLÍTICO EN PACIENTE CON TRASTORNO DE LA IDENTIDAD DEL YO SECUNDARIO A EPISODIO PSICÓTICO. DUDA NOSOLÓGICA CON DISFORIA DE GÉNERO

Ana Pérez Morenilla, Jesús Arroyo Bravo,  
Rocío Torrecilla Olavarrieta

*Psiquiatra. Cádiz.*

**Introducción:** Muchos trastornos psiquiátricos comparten síntomas similares, siendo en ocasiones difícil realizar una correcta nosología o diferenciar un trastorno de otro en función de la clínica.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 17 años, ingresado en una Unidad de Psiquiatría tras un intento autolítico mediante sobredosis medicamentosa. El paciente fue inicialmente diagnosticado de psicosis, al presentar una ideación delirante de perjuicio y autorreferencial, afirmando que “lo grababan con cámaras”, que “se sentía perseguido” y “querían hacerle daño o matarlo”. Entre su clínica, también verbaliza que “le gustaría deshacerse de su cuerpo, convertirse en lo opuesto de su género”, que “cuando se mira al espejo no se reconoce”, “le gustaría ser una mujer y vestirse como ella”, y que “por dentro tiene una mujer”. Se ha vestido con ropa de su madre y en algún momento ha llegado a pensar en seccionarse los genitales. En un momento determinado se llega a pensar en un diagnóstico de disforia de género superpuesto al trastorno psicótico, pero finalmente se acaba descartando, al adquirir esta sintomatología un carácter psicótico, como por ejemplo al referir “que tiene una mujer dentro que le da órdenes”, así como al referir alucinaciones auditivas y cenestésicas. Por tanto, en el campo de la psiquiatría, en ocasiones existe una limitación a la hora de realizar diagnósticos, al basarse éstos exclusivamente en criterios clínicos, que en ocasiones son compartidos por varios trastornos. Sería interesante poder abordar este tema en futuras investigaciones, para poder diseñar criterios de clasificación de las enfermedades mentales exhaustivos, que minimicen en la medida de lo posible la ambivalencia diagnóstica.

### CUADRO PSICÓTICO Y ESTADO MENTAL DE ALTO RIESGO EN PACIENTE CON MÚLTIPLES FACTORES FACILITADORES DEL EPISODIO

Asier Corrales, Gerardo Gutierrez, Laura Llovera, Natalia Cancelo,  
Leyre Unzue, María Bastereguieta

*Psiquiatra. Navarra.*

**Caso clínico:** Paciente de 54 años natural de Navarra. En proceso de divorcio desde julio 2020 tras 35 años de matrimonio. Sin hijos. Antecedentes de abuso de sustancias (heroína IV, cocaína y cannabis) hasta el año 2010. Infección VIH estadio C3 conocida desde 1995 con carga viral indetectable desde 2015 y buena adherencia al tratamiento. Trasplantado renal en noviembre de 2019 por insuficiencia renal crónica en

estadio IV desde 2011 que requirió diálisis desde 2017. El paciente ingresó el 3 de febrero en UHP del Complejo Hospitalario de Navarra por desorganización conductual asociada a ideación delirante de una semana de evolución. Al ingreso, se objetivó una ideación delirante de perjuicio y megalomaniaca con un importante grado de repercusión conductual que remitió rápidamente a lo largo de los 5 primeros días de ingreso con risperidona 3 mg/día. Durante la exploración de la historia evolutiva del episodio, se objetivaron unas alteraciones conductuales y cambios comportamentales a lo largo de los meses previos al ingreso en la UHP. El paciente manifestó haber padecido malestar emocional y fallos cognitivos tras el trasplante renal en noviembre de 2019. Los referentes del paciente confirmaron estas alteraciones destacando la separación de la mujer tras 35 años de matrimonio por “un complot” con un juicio por malos tratos en el que fue declarado inimputable y un estilo de vida desorganizado tras el abandono del domicilio familiar con posible consumo de drogas las semanas previas al ingreso. Esta ruptura biográfica los meses previos al ingreso y la presencia de patología orgánica grave y medicación específica (antirretrovirales para el VIH e inmunosupresores para el trasplante renal) nos obligó a descartar la presencia de desencadenantes farmacológicos/orgánicos del episodio psicótico y de los antecedentes de este. Se revisó la bibliografía y se solicitó la colaboración de infecciosas y nefrología para el estudio de la etiopatogenia del episodio. Infecciosas realizó una modificación de la terapia antirretroviral (dolutegravir por raltegravir) por episodios descritos de alteraciones conductuales y psicosis asociadas a neurotoxicidad por dolutegravir. También se revisó bibliografía en la que existía evidencia a favor de alteraciones psiquiátricas asociadas a inmunosupresores que el paciente estaba tomando desde que le realizaron el trasplante renal (micofenolato y tacrolimus) sin que nefrología objetivara la necesidad de modificar la pauta. Asimismo, se le realizó una RMN con el objetivo de descartar patología neurológica en la que no se encontraron hallazgos reseñables.

**Discusión:** Este caso resulta interesante debido a la presencia de múltiples factores (cambio terapia antirretroviral, trasplante renal en noviembre 2019 e inicio de inmunosupresores, factores estresantes familiares, consumo de drogas) que pudieron desencadenar/facilitar un episodio psicótico florido con unos síntomas prodrómicos muy llamativos que pasaron desapercibidos tanto para allegados como para los médicos de infecciosas y nefrología que estuvieron siguiendo la evolución de su patología orgánica.

### A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO: PARANOIA SUICIDA

Batirtze Goitia Aritxa, Diana Crespo Amaro,  
Ignacio Álvarez Marrodán, Violeta Pibernat Serrano,  
Pablo Vázquez Herrera, Tania Escrich Ochoa

*Psiquiatra. La Rioja.*

**Introducción:** El suicidio es un problema de salud pública de primera magnitud y ha alertado sobre el aumento significativo de la mortalidad por suicidio en todo el mundo. A nivel mundial es una de las tres causas principales de muerte entre las personas que se encuentran en los grupos de edad más productivos (15-44 años) y la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 19 años. En España el suicidio es una de las primeras causas de muerte por factores externos. Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre el tema en Pub-Med; utilizando palabras clave: *suicide, suicide prevention*.

**Caso clínico:** Identificación del paciente. Varón de 45 años de edad, sin antecedentes psiquiátricos previos. No antecedentes familiares de autolisis. Profesor de instituto. Enfermedad actual: acude en ambulancia tras haberle encontrado en lo alto de un edificio con intención de tirarse. Él mismo ha llamado a la policía informando de su situación “para que supiesen que era yo quien se iba a suicidar y no pudiesen ocultar mi cuerpo”. Desde hace dos años siente que le vigilan, le siguen y que hay un complot en contra de él. En los últimos meses, se

ha intensificado. Desde hace 15 días sospecha que le quieren matar a él y a su familia por la que ha llegado a cambiar la cerradura de casa. Exploración psicopatológica: hipervigilante y suspicaz. Discurso prolijo sin alteraciones en curso del pensamiento. Ideación delirante de perjuicio, control, persecución y referencialidad, congruente con el estado de ánimo. Marcada angustia psicótica. No alucinaciones auditivas. No se objetiva alteraciones afectivas estructuradas. Insomnio de conciliación y de mantenimiento, con despertares frecuentes por síntomas vegetativos. Nula conciencia de enfermedad. Tóxicos en orina: negativos. Evolución durante el ingreso: Progresivamente ha ido cediendo el impacto emocional; produciéndose un encapsulamiento del delirio y el paciente realiza crítica parcial de la vivencia, entendiendo las graves consecuencias de los actos y presentando buen apoyo; por lo que se decide alta hospitalaria con posterior control diario en este mismo servicio. Diagnóstico: T. crónico por ideas delirantes. Tratamiento al alta: risperdal 8 ml/noche, quetiapina 100 mg/noche. El paciente tras ser dado de alta, 3 meses después, se precipita desde el mismo edificio del cual fue rescatado 3 meses antes.

**Discusión:** La prevención del suicidio y de los intentos de suicidio deber ser una prioridad de salud pública, por su prevalencia, la sobrecarga sobre el sistema de atención de salud y por la gravedad del impacto social. Es importante tratar el suicidio como una prioridad mundial e institucional, con intervenciones multidimensionales, multisectoriales, multidisciplinarias y coordinadas que lograran implicar no solo a Sanidad, sino a Educación, Trabajo, Justicia y Bienestar social.

#### Bibliografía

1. R.T.P. Aguirre, H. Slater. Suicide postvention as suicide prevention: improvement and expansion in the United States. *Death Studies.*, 2010.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Resumen ejecutivo. Ginebra, Suiza, 2014. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/execution\\_summary\\_spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/execution_summary_spanish.pdf)

### EPISODIO MANÍACO REACTIVO A CORTICOTERAPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz Hernández Gajate, Rosa María fiestas Velasco, Ana de Luxán de la Lastra

*Psiquiatra. Córdoba.*

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 60 años, casado, con dos hijas, jubilado desde hace 7 años que anteriormente trabajaba como arquitecto técnico. Antecedentes personales somáticos de dislipemia y SAHS leve. Sin antecedentes psiquiátricos previos. Se trata de un paciente diagnosticado recientemente de neuritis óptica isquémica no arterítica, teniendo que ingresar en Neurología en dos ocasiones. Tras su ingreso se le pautaron corticoides a altas dosis en pauta descendente. Pasado un mes del ingreso acude a urgencias, acompañado de su mujer en 4 ocasiones en una misma semana por ansiedad, disforia, disminución de la necesidad de dormir, verborrea continua, sudoración y taquicardia. El paciente comenta tener “el ánimo perfecto”, se compró un Mercedes, un ordenador para hacer diseños, decía estar hablando con el presidente del gobierno por teléfono y tener la cura contra la COVID-19. Exploración psicopatológica: Entrevista conjunta con su mujer. Bien vestido y aseado. Consciente, orientado en las tres esferas, colaborador. Respeta parcialmente límites físicos y verbales. Reconducible verbalmente. No auto ni heteroagresividad en consulta. Torpeza psicomotriz. No alteraciones amnésicas. Taquipsiquia. Discurso saltigrado, verborreico, de contenido megalomaniaco de clarividencia, poder y grandiosidad. Tono y tasa aumentados, con aumento de presión del habla. No ASP ni otras formaciones psicóticas. Afecto disfórico, congruente con estado de ánimo. No ideación autolítica activa. Insomnio global sin especificar. Juicio de realidad aparentemente alterado, fuga de ideas. Autoestima aumentada. Nulo insight. Buen apoyo familiar. Es valorado por neuro-

logía, quién refiere que no es posible disminuir dosis de corticoides por lo que se decide manejo ambulatorio del paciente con quetiapina y olanzapina. Acude nuevamente a urgencias por palpitaciones, donde se encuentra taquicardia importante con fibroflutter auricular paroxístico por toma de corticoides, quedando ingresado en servicio de Cardiología. Pasado el tiempo, tras suspensión completa de corticoides, el paciente acude nuevamente a consultas de salud mental de manera urgente por empeoramiento afectivo con clínica depresiva grave por estar muy limitado funcionalmente debido a la pérdida de visión permanente. En consulta se muestra rumiativo con discurso centrado en posible ruina económica y otros temas domésticos relacionados con su pérdida de visión. Franco empeoramiento clínico. Acatisia importante, no es capaz de permanecer sentado en consulta. Discurso repetitivo de contenido negativo, con ideas sobrevaloradas de ruina y catástrofe. Sueño poco reparador. Anhedonia. Apatía. Apetito descendido. Negativa a actividades. Ideas de muerte como alivio de malestar. Se decide ingreso en unidad de salud mental por evolución tórpida y alto riesgo de viraje maniaco que dificulta tratamiento ambulatorio. Tras su ingreso, se pauta fluoxetina 20 mg, mirtazapina 15 mg y olanzapina 7,5 mg.

**Discusión:** Los corticoides son fármacos muy usados en la práctica clínica habitual, pero su uso a veces puede provocar graves efectos adversos neuropsiquiátricos, por lo que es importante dar a conocer su existencia así como los posibles métodos de prevención y tratamiento de estas complicaciones para su rápida detección y manejo clínico. Por otro lado cabe destacar la necesidad de un abordaje multidisciplinar en el estudio de la patología de cada paciente.

### GRUPOS MULTIFAMILIARES DURANTE LA PANDEMIA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Belén Rodríguez López, Carmen Ballesteros Carmona, Jorge Mira Pérez

*Psiquiatra. Madrid.*

**Introducción:** El grupo multifamiliar (GMF) es un espacio terapéutico clave en Hospital de Día. Realizado de forma semanal, con una hora y media de duración, requería una asistencia presencial. Debido a la situación de pandemia en la que nos encontramos inmersos hoy en día, decidimos implantar este espacio grupal a través de un formato online. Específicamente nuestro objetivo es compartir la contención de una situación de crisis psicótica de una paciente dentro de este GMF online.

**Caso clínico:** C es una paciente de 25 años, natural de Colombia. Hija única, fue adoptada a los 3 años de edad. Tiene un diagnóstico de trastorno bipolar, trastorno mixto de personalidad y trastorno del vínculo. C irrumpe en una sesión del GMF con un discurso cargado de angustia en el que aparecen frases inconexas donde hace alusión a un secreto familiar. Se muestra irritable hacia su madre, quien está sentada a su lado, en el sofá del salón de casa. El equipo y resto de participantes intenta tranquilizarla mediante intervenciones de apoyo y comprensión, consiguiendo que permanezca en el grupo.

**Discusión:** Analizando la historia personal de C, podríamos pensar en la constitución de relaciones de apego desorganizado con las figuras de cuidado desde los primeros años de vida. Durante año y medio la asistencia de C y sus padres adoptivos fue regular al GMF. Este hecho, nos hace pensar que pudo construirse como un espacio seguro para la paciente. El cambio de formato nos ha abierto un abanico de hipótesis a debatir. Desde aquí queremos compartir algunas de ellas. ¿Sería posible establecer el GMF como un espacio seguro, si la asistencia hubiera sido desde un inicio telemática? ¿Cómo pudo influir a la paciente estar participando en el grupo desde su propia casa?, ¿aumento su sensación de seguridad? La crisis de C nos sirvió para aprender y ganar seguridad como terapeutas en este nuevo formato online. Pese a todos nuestros temores y las dificultades tecnológicas que se dieron, a lo largo de las

sesiones fue creándose un ambiente de sintonía y trabajo terapéutico. Comprobamos que podíamos sentir la emoción y fomentar el diálogo familiar, sino igual, de forma muy parecida a los GMF presenciales.

#### Bibliografía

1. Bowlby J. El apego y la pérdida 1: El apego. Barcelona: Paidós, 1998.
2. J.E. García Badaracco. Psicoanálisis multifamiliar: los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo. Barcelona: Paidós, 1992.

### LA MUJER DE NEGRO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Belén Refoyo Matellán, Enrique Barrueco Otero, Iraia Berasategi Noriega, Laura Lacal Alejandre, Raquel Cuevas Bernad, Aurora Viñas Arboleda, Laura Calvera Fandós

*Psiquiatra. Huesca.*

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 47 años de origen ecuatoriano que reside desde hace 20 años en España. Diagnosticada de trastorno límite de la personalidad y trastorno de adaptación con síntomas mixtos ante circunstancias vitales estresantes o adversas. Antecedentes de dos ingresos en Unidad de Agudos hace veinte años. Ha mantenido estabilidad clínica y funcional durante años hasta que, en mayo de 2020 (confinamiento) requiere un nuevo ingreso ante la presencia intensa de ideas autolíticas. Durante el ingreso lleva a cabo conductas autoagresivas graves (cortes, automutilaciones) incluso estando con contenciones mecánicas y supervisión por el personal. En su evolución ha requerido cinco ingresos posteriores de características similares. La paciente refiere 'ver una señora de negro que le ordena matarse'. Se plantea este caso como paradigma de los recursos hospitalarios que se disponen a día de hoy para el manejo de las conductas autolesivas.

### INCONSCIENTE EN VÍA PÚBLICA

Clara Menéndez-Sampil Landa, Beatriz Losilla Rodríguez, Isabel de Burgos Berdud

*Psiquiatra. Sevilla.*

**Caso clínico:** Varón de 48 años traído al servicio de Urgencias por ambulancia al ser encontrado inconsciente en vía pública. Se contacta con familiares quienes refieren que el paciente ha sustraído unos 500 mg de metadona pertenecientes a su hermano y que ha podido realizar una ingesta medicamentosa con fines autolíticos, además de haber encontrado varias latas de cerveza en casa. Sin seguimiento en el momento actual, consta episodio de urgencias hace años con orientación diagnóstica de episodio psicótico exotóxico. En tratamiento con olanzapina 10 mg 0-0-1. Consumidor de múltiples sustancias: cocaína, base y alcohol. Convive con su madre y un hermano menor desde hace un mes, tiene una hija. A su llegada al servicio de urgencias, se administra perfusión de naloxona así como se procede a intubación orotraqueal por bajo nivel de conciencia e inestabilidad hemodinámica. Una vez monitorizado, estabilizado y extubado, permaneciendo en Cuidados Intensivos durante 5 días, es valorado por psiquiatría de guardia. Expresa malestar psíquico de larga data con empeoramiento en el último mes y medio por la confluencia de varios factores externos de estrés: reciente separación matrimonial, situación socioeconómica muy precaria con paro y varias deudas activas así como aumento de frecuencia en consumo de sustancias. Realiza ingesta de metadona perteneciente a su hermano con intencionalidad autolítica, en contexto de consumo de alcohol y cocaína, de forma impulsiva, sin premeditar, sin provisión ni previsión de ayuda. Amnesia del episodio, no recuerda por qué salió a la calle ni quién contactó con los servicios de emergencias. En el momento de la entrevista se muestra tranquilo, hace crítica completa del episodio y muestra sentimientos de arrepentimiento. A la exploración psicopatológica, consciente y orientado en las tres esferas. Colaborador y abordable. Discurso coherente y fluido, que no traduce alteración en

la forma ni contenido del pensamiento. Tristeza reactiva a varios factores estresantes confluyentes, con tendencia a la apatía. Ansiedad flojante con exacerbaciones. Rasgos impulsivos de personalidad. Ideas pasivas de muerte de carácter crónico que aparecen como fantasía de escape pero que no conforman una ideación autolítica estructurada en el momento actual. Realiza crítica completa de la ingesta, que fue realizada en contexto de consumo de alcohol y de forma impulsiva. No sintomatología de rango psicótico. Normorexia. Insomnio de mantenimiento. Orientación diagnóstica: trastorno por uso de sustancias. Rasgos personales disfuncionales. Plan: no existían en el momento de la entrevista datos de alarma que condicionaran un ingreso hospitalario. El paciente expresa deseo de alta hospitalaria. Se remite al paciente a CTA de zona y se mantiene mismo tratamiento.

### TENTATIVA SUICIDA EN ADOLESCENTES

Manuela de la Mata Hidalgo, Agustín Bermejo Pastor, Marina Agustín Alcaín, Macarena Pacheco Holguín, Rocío Tenorio Villegas

*Psiquiatra. Huelva.*

**Introducción:** La depresión mayor es un trastorno frecuente en niños y adolescentes, que puede tener consecuencias muy graves e incluso mortales. La depresión mayor es la primera causa de suicidio en el mundo y este último es la tercera causa de muerte en niños y en adolescentes. Los ISRS, como fluoxetina, sertralina, citalopram y escitalopram han demostrado su eficacia en su tratamiento.

**Caso clínico:** Mujer de 16 años que ingresa en planta tras gesto autolítico con cortes a nivel del antebrazo izquierdo y en zona periumbilical. La paciente refiere ideas pasivas de muerte de varios meses de evolución en el contexto de sintomatología depresiva. Refiere disminución progresiva del ánimo sin factor aparente estresor desencadenante. Entre los antecedentes psiquiátricos destaca seguimiento desde hace 6 meses en consultas de salud mental infanto-juvenil y tentativa suicida hace dos meses mediante ingesta medicamentosa voluntaria de 15 comprimidos de diazepam 10 mg. A la exploración psicopatológica consciente, orientada y parcialmente colaboradora. Contacto adecuado. Irritabilidad. Facies hipomímica. Nula reactividad afectiva. Lenguaje bien articulado. Discurso fluido y espontáneo, centrada en tristeza vital, desesperanza, anhedonia y disminución de la energía. A la exploración se observan cortes que no llegan a planos profundos en antebrazo izquierdo pero que precisan sutura y cortes superficiales a nivel de abdomen central. En el gesto se observa una hiperplanificación del acto, dejando una carta a un amigo, aunque con baja letalidad al realizar el gesto en el aparcamiento de un hospital. En las dos semanas previas había comenzado con tratamiento de fluoxetina 20 mg con respuesta parcial. Durante el ingreso se observa importante rigidez cognitiva y sintomatología compatible con depresión mayor. Se plantea la etiología y la presentación en adolescentes junto con los posibles ajustes a nivel farmacológico.

### DEPRESIÓN PSICÓTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Diana Crespo Amaro, Batirtze Goitia Aritxa, Pablo Vazquez Herrera, Violeta Pibernat Serrano, Carmen Gómez Eguilaz, Ignacio Álvarez Marrodan

*Psiquiatra. La Rioja.*

**Introducción:** La depresión psicótica (DP) es un subtipo grave de depresión mayor unipolar. Los síntomas psicóticos consisten en delirios y/o alucinaciones que frecuentemente son congruentes con el humor depresivo (de culpa y minusvalía). Las investigaciones han encontrado que en la DP hay un aumento en los intentos de suicidio en comparación con la esquizofrenia y el trastorno bipolar, así como un

mayor riesgo de suicidio consumado en comparación con la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

**Caso clínico:** Paciente traída a urgencias tras verbalización de ideas de suicidio. Desde hace 5 meses cuidadora de un familiar con sobrecarga emocional y progresivamente menor energía, debilidad y bajo ánimo. Empeoramiento gradual, se encuentra débil, “rara” e insomne. Nerviosismo, referencialidad e ideación delirante de perjuicio, persecución y de culpa “los rastreadores vienen a por mí porque tengo COVID” “me van a encarcelar si salgo a la calle” “la gente de la ventana me vigila” “todo es por mi culpa”. Antecedentes personales: no contacto previo con salud mental. Hace 1 mes valorada en Urgencias por malestar general, sensación de visión borrosa y de dificultad para comprenderla noticias de la TV, en otra ocasión describía dificultad para colocar prendas de ropa. Evaluada por Neurología donde se realiza TAC, angioTAC y EEG, con resultados normales. Exploración psicopatológica: alerta, parcialmente orientada en tiempo. Sin déficits mnésicos groseros. Temerosa, ansiosa. Discurso escaso, espontáneo y con respuestas parcas. Ideación delirante de perjuicio poco estructurada. Hiperpreocupación por las ideas delirantes de culpa. Hipotimia. Ideación autolítica continua, aunque poco estructuradas dentro de angustia psicótica. Juicio de realidad mermado. Exploraciones complementarias: RMN y angioRMN con resultados normales. Dada la ausencia de signos y síntomas de focalidad neurológica y la rápida remisión del cuadro no se practicaron exploraciones adicionales. Evolución: durante el ingreso se observaba inhibida, con preocupaciones delirantes de temática catastrofistas y de ruina, mirada fija, casi perpleja, temerosa y con la convicción delirante de tener COVID. Se instauró tratamiento con antidepresivos y antipsicóticos con mejoría progresiva y remisión aparentemente completa de los síntomas afectivos y psicóticos 15 días más tarde. Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre el tema en PubMed de los últimos 5 años, utilizando las palabras claves depresión mayor, síntomas psicóticos y trastornos afectivos psicóticos.

**Discusión:** Estudios epidemiológicos han demostrado que entre el 5,3% y el 42% de los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) presentan síntomas psicóticos, principalmente alucinaciones y/o delirios. Los pacientes con DP tienen síntomas depresivos más graves, mayor riesgo de suicidio, peor evolución de la enfermedad, mayores tasas de recaída, mayor deterioro de la función social y peor respuesta al tratamiento de la depresión lo que sugiere que la coexistencia de TDM y síntomas psicóticos predice un resultado clínico deficiente. Existe una asociación cercana entre el suicidio y la DP, lo que sugiere que el riesgo de suicidio en pacientes con DP debe evaluarse regularmente en la práctica clínica para identificar mejor el riesgo autolítico y prevenirlo desde el comienzo mismo del curso de la enfermedad.

## INTENTOS SUICIDAS EN UN CASO DE TRASTORNO ADAPTATIVO

Covadonga Huergo Lora, Sergio Ocio León, Manuel Gómez Simón, Mario Javier Hernández González, Aida González Suárez, Laura Lago García, Mercedes Valtueña García, Carina Ludwig y Alejandro Vázquez González

*Psiquiatra. Asturias.*

**Caso clínico:** Paciente de 43 años, natural de República Dominicana que reside en actualidad en zona urbana del área de salud mental. Casada con hombre anciano, 3 hijos nacidos en su adolescencia en su país de origen. Trabaja de forma irregular en un bar. Alergia al paracetamol. IQ: ligadura de trompas. Fumadora, consumo esporádico de alcohol y de cocaína, niega otros hábitos tóxicos. Cuenta con varios ingresos en la unidad de hospitalización. El primero ocurre en julio de 2018 tras toma de 15 cps de lorazepam 1 mg, 15 cps de glucocorticoides del tratamiento del marido y un chupito de lejía reactivo a discusión con su pareja. En enero de 2019, nuevo ingreso tras toma de varios cps de lorazepam 1 mg tras discusión con esposo. En septiem-

bre de 2019, nuevo ingreso tras intento de ahorcamiento con cinturón por motivos similares a ingresos previos. Aquí se realiza parte dentro del protocolo de violencia de género de la provincia ya que refiere malos tratos en la relación de pareja. En octubre de 2019, nuevo intento mediante toma de 10 cps lorazepam 1 mg. En noviembre de 2019, nuevo intento tras toma de 40 cps de hidrocloruro de metadona y 15 cps lorazepam 2 mg. La tónica que predomina en el motivo de ingreso es que son actos impulsivos, sin premeditar, tras discusión en el entorno familiar. En algunos motivos de ingreso, fruto de la impulsividad y la nula premeditación, fueron autointoxicaciones serias precisando permanecer en observación tanto en servicio de urgencias como en servicio de medicina interna. Con diagnóstico de trastorno adaptativo cursa un seguimiento ambulatorio en el centro de salud mental es escaso e irregular. Como tratamiento psicofarmacológico, se pauta paroxetina 20 mg (1 cp cada 24 horas) y lorazepam 1 mg (1 cp si ansiedad y/o insomnio) con escasa adherencia al mismo.

## PRIMERA TENTATIVA DE SUICIDIO EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID 19. UN CASO CLÍNICO

Elena Lanza Quintana, María Alejandra Reyes Cortina, Natalia Álvarez Alvargonzález, Celia Rodríguez Turiel, Aitana M. González Álvarez

*Psiquiatra. Asturias.*

**Caso clínico:** La situación de alarma sanitaria por COVID-19 ha tenido consecuencias sobre la salud y bienestar de la población a nivel mundial. Además de las implicaciones a nivel físico, económico y social, la literatura científica se ha hecho eco del posible impacto psicológico de la pandemia en la población general. Se presenta el caso de una mujer de 55 años que protagonizó una primera tentativa de suicidio en el contexto de la pandemia por COVID-19. Pese a haber realizado múltiples pruebas diagnósticas con resultado negativo, la paciente presentaba el firme convencimiento de que tanto ella como sus padres octogenarios padecían la infección por el virus. En el momento de su valoración en el servicio de urgencias reconoce haber tomado pastillas con finalidad utilitarista, con la intención de llamar la atención sobre la injusta situación que sufre su familia. Se trata de una mujer viuda, sin hijos, cuidadora principal de sus progenitores, parcialmente dependientes, con los que convive. En su historia se hace referencia a diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria durante su adolescencia y clínica ansioso-depresiva a tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos en los últimos años. La paciente es ingresada de forma urgente en la unidad de hospitalización de psiquiatría y diagnosticada de episodio psicótico. Una vez resuelta la situación de riesgo se le da el alta con seguimiento estrecho por parte del equipo de prevención del suicidio. Es posible que muchos factores, derivados de esta crisis sin precedentes, hayan aumentado la aparición de ideas suicidas e intentos de suicidio. Desde varios ámbitos, se teme una epidemia de suicidios secundaria a esta situación. Algunos estudios sugieren que pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica tienen un mayor riesgo de presentar depresión, ansiedad, estrés e insomnio, preocupación por la salud física, ira e irritabilidad, así como ideación suicida.

## LA INFLUENCIA DEL ALCOHOL EN LA CONDUCTA SUICIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Elena Gil Benito, Javier Herranz Herrer, Teresa Ponte López, Almudena Arrieta Artigas, Paula Fernández-Guisasola Poza, Mónica Álvarez, Giacomo Valero Rose

*Psiquiatra. Madrid.*

**Introducción:** El consumo de alcohol está asociado a un mayor riesgo de ideación, planificación e intentos de suicidio. Este riesgo

aumenta más en consumidores excesivos en comparación con bebedores ocasionales. El presente caso clínico describe la estrecha relación entre el consumo de alcohol y la conducta suicida.

**Caso clínico:** Mujer de 39 años que ingresa en Unidad de Patología Dual tras realizar sobreingesta medicamentosa con finalidad autolítica de 18 comprimidos de diazepam. Paciente inmigrante, separada y madre de un niño de dos años. En situación de paro desde hace 3 meses. Antecedentes de dos intentos autolíticos en la adolescencia, uno en 2019 tras separación de pareja y otro hace un mes después de sufrir agresión sexual en la calle. Seguimiento irregular en Psiquiatría por sintomatología ansiosa y dependencia a alcohol. Actualmente consumo de 2 L de cerveza al día. No ingresos previos. Varias visitas a la Urgencia por agitación en vía pública en estado de embriaguez. Durante el ingreso centra su discurso en problemática familiar, laboral y abuso sexual reciente, identificándolo como factor estresor en el aumento de consumo de alcohol. A la exploración psicopatológica inicial elevada impulsividad, labilidad emocional e hipotimia moderada de carácter reactivo a estresores referidos. Se inicia pauta descendente de desintoxicación con benzodiacepinas y vitaminoterapia con buena respuesta. Pautamos tratamiento con duloxetina a dosis de 60 mg y topiramato a 200 mg con mejora de la clínica afectiva. Trabajamos conciencia del consumo, reconociendo finalidad evasiva y ansiolítica en el mismo. Describe que los intentos autolíticos han ocurrido de forma impulsiva y precedidos por el consumo de alcohol. Según transcurre el ingreso se objetiva distanciamiento progresivo de ideas autolíticas, realizando crítica completa del intento y mayor capacidad para trabajar sobre estresores. Proponemos tratamiento deshabitador al alta y acepta toma de disulfiram que se inicia durante el ingreso.

**Discusión:** Se han descrito algunos de los factores relacionados con la influencia del alcohol y la conducta suicida. Entre ellos se encuentra el incremento de impulsividad, el estrés psicológico y la restricción cognitiva que limita poner en práctica conductas de afrontamiento ante la aparición de ideas autolíticas. En nuestra paciente se pueden observar algunos de los mediadores más importantes en esta relación: situación de desempleo, inmigración y acontecimientos vitales adversos como la agresión sexual. Estos casos son habituales en nuestra práctica clínica, por lo que sería importante detectar el patrón de consumo y la relación con la conducta suicida, realizando un abordaje intensivo centrado en la desintoxicación y deshabitación.

### INICIO DE ARIPIPRAZOL DE LIBERACIÓN PROLONGADA CON DOBLE ADMINISTRACIÓN INTRAMUSCULAR: UN PASO ADELANTE HACIA LA ESTABILIZACIÓN PSICOPATOLÓGICA Y FUNCIONAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Emilio José López Sánchez, Agustín Sánchez Gayango,  
Antonio Guzmán del Castillo

*Psiquiatra. Sevilla.*

**Caso clínico:** Se trata de una paciente mujer de 45 años con antecedente de seguimiento en Psiquiatría desde diciembre de 2018 en la USMC de Los Palacios y Villafranca y con orientación diagnóstica de trastorno afectivo bipolar. Antecedente de adherencia irregular a los tratamientos psicofarmacológicos. Realizaba tratamiento con litio 400 mg (1-0-1) y quetiapina 150 mg de liberación modificada (0-0-1). Sin antecedentes somáticos de interés. Antecedentes familiares de esquizofrenia paranoide (hermano y prima) y trastorno afectivo bipolar (primo). Es atendida por primera vez tras nueva derivación por su médico de Atención Primaria por presentar sintomatología depresiva de larga evolución, con marcada tendencia al aislamiento social, irritabilidad, apatía y anhedonia, así como una

importante dificultad para el control de impulsos heteroagresivos que propiciaban dificultades marcadas para el ajuste conductual. A nivel cognitivo, describió quejas de hipoprosexia y fallos mnésicos de memoria reciente. Debido a los antecedentes de adherencia irregular del tratamiento psicofarmacológico, se planteó la posibilidad de iniciar aripiprazol en formulación oral. Tras comprobar una buena respuesta clínica y la ausencia de reacciones adversas a medicamentos con la formulación oral, se propuso a la paciente iniciar la formulación de liberación prolongada con doble administración intramuscular y suplementación oral en una única dosis de aripiprazol 20 mg. Se realizó una valoración de la psicopatología y el funcionamiento social y personal de la paciente previa al inicio del tratamiento antipsicótico de liberación prolongada utilizando las escalas PANSS y de funcionamiento personal y social (PSP). En la escala PANSS, la paciente presentó un síndrome positivo utilizando el sistema restrictivo, destacando la presencia de los siguientes resultados: Síndrome positivo (23 puntos/Percentil 50), síndrome negativo (11 puntos/Percentil 25) y psicopatología general (35 puntos/percentil 25). En la escala PSP, la paciente obtuvo una puntuación de 25 puntos, presentando dificultades marcadas en los apartados B (relaciones personales y sociales) y C (actividades sociales habituales), y dificultades graves en el apartado D (comportamientos perturbadores y agresivos). Tras tres meses de tratamiento con aripiprazol intramuscular de liberación prolongada, la paciente ha presentado una notable mejoría a nivel psicopatológico y un mejor ajuste conductual, reduciéndose los episodios de heteroagresividad. Realizamos una nueva valoración de la paciente a los tres meses de tratamiento utilizando las escalas PANSS y PSP. En la escala PANSS, la paciente presentó un síndrome mixto con el sistema restrictivo, obteniendo una mejoría en las puntuaciones del síndrome positivo (13 puntos/percentil 25), síndrome negativo (10 puntos/percentil 25) y psicopatología general (25 puntos/percentil 5). Con respecto al funcionamiento personal y social, la paciente obtuvo una puntuación de 55 puntos en la escala PSP, presentando únicamente dificultades manifiestas en los apartados B (relaciones personales y sociales) y C (actividades sociales habituales), y dificultades marcadas en el apartado D (comportamientos perturbadores y agresivos).

### IMPULSIVIDAD Y SOLEDAD COMO DESENCADENANTES DE SUICIDIO

Felipe Bueno Dorado

*Psiquiatra. Cáceres.*

**Caso clínico:** Mujer de 52 años, que convive con su marido en un pueblo de Cáceres, mantiene una relación dificultosa con su familia biológica. Se dedica a la ley de la dependencia, no tiene hijos. Acude a consulta inicialmente por tristeza secundaria a mala relación con su padre y su hermano, con gran sufrimiento interno palpable en la entrevista. Posteriormente se evidencia rigideces cognitivas, dificultades de aceptación de otras alternativas con mecanismos de defensas proyectivos y triangulaciones familiares. Dicho problema familiar unido al estilo de afrontamientos en su día a día, han complicado su relación matrimonial y añadido a que no tienen hijos, ha favorecido el distanciamiento del matrimonio, ya que su marido tampoco toma la iniciativa para comunicarse con ella. Existen en ellos pulsiones de rabia a ira por la situación, marcada por rasgos impulsivos. Todo este cuadro impulsividad y sentimientos de soledad mantenidos han aflorado ideas de muerte estructuradas que hemos tratado en consulta entre psiquiatría y psicología. Meses después de tratamientos con ISRS unido a terapia individual y de grupo, la paciente ha conseguido tener un mejor manejo de la situación y ha descendido su impulsividad e ira contenida.

## MÁS VALE PREVENIR QUE DESCOLGAR

Lucía Ibarra, Eugenia Nicolau, Carla Albert, María Irigoyen, Roberto Palacios

*Psiquiatra. Lleida.*

**Caso clínico:** Mujer de 25 años, con antecedentes de consumo de tóxicos (CC y OH) y trastorno alimentario. Requirió de dos ingresos hospitalarios hace 7 y 4 años, por sobreingesta medicamentosa con finalidad autolítica. En vías de separación de su pareja y padre de su hijo de 8 meses. La paciente no terminó los estudios universitarios, desempleada. Actualmente mantiene seguimiento con psicóloga privada, sin tratamiento farmacológico. Ingresa esta vez por recaída puntual en el consumo e ideación autolítica con riesgo de paso al acto. La paciente relata dificultades de relación en la pareja de meses de evolución, así como probable clínica depresiva postparto, que la llevan a presentar ideas de muerte, con componente ansioso y cierta aparatosisidad en su expresión emocional. Se evidencian rasgos de personalidad disfuncionales propios del Cluster B: Conductas *acting out*, dificultad adaptativa en la gestión de emociones, dependencia emocional, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y necesidad de inmediatez. La primera semana de ingreso se siente atrapada en un bucle de autocastigo, elevada culpabilidad e ideas de muerte, llegando a protagonizar tres gestos autolíticos en la sala. Estos gestos se produjeron de día y en los cambios de turno del personal. El primero, un intento de ahogamiento con los cordones de sus zapatillas. Los dos siguientes, de ahorcamiento, con un trozo de sábana atado a una de las contenciones. Dado lo descrito, se activa Código de Riesgo Suicida (CRS) y máxima vigilancia. Tras terapia psicoeducativa por parte de psicología e instauración de tratamiento con sertralina y olanzapina, la paciente no volvió a mostrar gestos suicidas. Pero, ¿podríamos haber evitado esta situación?

**Discusión:** El suicidio de un paciente hospitalizado genera un sentimiento de fracaso por considerarlo un evento evitable y prevenible<sup>1</sup>. El momento de hospitalización es el momento de mayor riesgo<sup>2</sup>. La prevención absoluta no es posible aún bajo condiciones óptimas de terapia, comunicación y seguridad<sup>3</sup>. En la bibliografía se han reportado eventos susceptibles que desencadenan en este desenlace fatal: Incumplimiento de procedimientos preventivos por parte del personal (no revisar bien los objetos personales o dejar al paciente un objeto peligroso); comunicación terapéutica insuficiente, como la expresión no adecuada de su frustración o estrés; evaluación insuficiente de la historia previa de autolisis<sup>4</sup>; y sobre todo una falta de vigilancia estrecha en los pacientes de mayor riesgo. Existe controversia sobre si se produce un efecto imitador<sup>1</sup>, los profesionales admiten que el suicidio de un paciente sirve de modelo para otro, incluida la elección de método. Esto sucedió semanas después, otra interna que no había verbalizado intentos autolíticos previos, intentó suicidarse con el mismo método que nuestra paciente. Se trata de una paciente que hizo tres intentos de suicidio en la primera semana de hospitalización, siendo este periodo el de mayor riesgo, pues todavía no ha sido posible conocer al paciente y evaluar su gravedad<sup>1</sup>. Los cambios frecuentes del personal, también aumentan el riesgo, siendo esto lo que motivó a nuestra paciente a cometer los gestos. Así pues, la prevención del suicidio depende de la capacidad que tengamos de reconocer a los pacientes de alto riesgo, para proporcionar un nivel adecuado de supervisión y un tratamiento específico.

### Bibliografía

1. G. Lloyd. Suicide in hospital: guidelines for prevention. *J R Soc Med.*, 88 (1995), pp. 344P-346P.
2. M. Nordentft. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Dan Med Bull.*, 54 (2007), pp. 306-369.

3. M. Wolfersdorf, R. Vogel, R. Vogl, *et al.* Suicide in psychiatric hospitals: Results, risk factor and therapeutic measures. *Nervenarzt.*, 87 (2016), pp. 474-482.
4. C. Tanimoto, S. Yayama, S. Suto, *et al.* Self-harm and Suicide Attempts in a Japanese Psychiatric Hospital. *East Asian Psychiatry.*, 28 (2018), pp. 23-27.

## MEZCLADO Y AGITADO. RIESGO SUICIDA EN LOS EPISODIOS MIXTOS

Lucía Ibarra, Roberto Palacios-Garrán, Laia Tardon, María Teresa Pons, Norma Verdolini, Isabella Pacchiarotti, María Irigoyen

*Psiquiatra. Lleida.*

**Introducción:** El trastorno bipolar (TB) representa uno de los trastornos mentales más graves y es responsable de una gran carga de enfermedad y disfunción psicosocial. El TB es un trastorno crónico del estado de ánimo caracterizado por episodios de manía o hipomanía alternados con episodios de depresión<sup>1</sup>. Una presentación compleja y bastante frecuente del TB son los estados mixtos, históricamente definidos como la coexistencia de depresión y síntomas maníacos. A partir del DSM 5, los estados mixtos suponen un especificador que puede aplicarse a los episodios maníacos o depresivos del TB o a la depresión mayor.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 42 años sin antecedentes psiquiátricos conocidos, que ingresa en la unidad de psiquiatría a raíz de una tentativa autolítica por intoxicación por gas monóxido de carbono emitido por su propio vehículo. El paciente, taxista de profesión, inicia un cuadro depresivo en contexto de dificultades económicas por la disminución de su actividad como conductor profesional secundarias a la limitación de la movilidad por la pandemia de la COVID-19. En este contexto, su médico de cabecera le había prescrito tratamiento con paroxetina 20 mg/día. A la valoración, aunque el ánimo era hipotímico y mantenía ideas de muerte activas, sin realizar crítica del gesto autolítico, el discurso se emitía con elevada presión al habla, taquialia y verborrea, del que se desprendía un pensamiento taquipsíquico e ideofugaz. Presentaba además ideas delirantes catastrofistas respecto al futuro, afirmando que en la pandemia fallecería el 80% de la población y solo sobrevivirían médicos y dentistas. Exteriorizaba elevada inquietud psicomotora y angustia. Además, había presentado una disminución de horas de sueño sin cansancio asociado. Según refería su pareja, a raíz de iniciar tratamiento con antidepresivos, aparecieron los síntomas mixtos observados en la exploración psicopatológica. Haciendo un análisis retrospectivo con el paciente y la familia, se objetivaron otros episodios depresivos e hipomaniacos que no habían recibido tratamiento. Se retiró el tratamiento con paroxetina y se inició lurasidona en dosis ascendente hasta 111 mg/día en combinación con carbonato de litio 800 mg/día (litemia de 0,83 mmol/L, con progresiva mejoría de la clínica. El paciente fue dado de alta tras 15 días de hospitalización, presentando un ánimo eutímico y sin ideas de muerte. El diagnóstico al alta fue de trastorno bipolar, fase depresiva con síntomas mixto.

**Discusión:** Los estados mixtos se han asociado con mayor riesgo suicida que los que episodios de manía pura o hipomanía e incluso para algunos autores suponen también un mayor riesgo que los episodios puramente depresivos. En los estados mixtos pueden coexistir la hipotimia y otros síntomas depresivos con la hiperactivación psicomotora y el aumento de la impulsividad propios de la manía, de forma que se produce la tormenta perfecta del riesgo suicida.

### Bibliografía

1. R.R. Lage, C.M.T. Santana, A.E. Nardi, E. Cheniaux. Mixed states and suicidal behavior: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother.*, 41 (2019), pp. 191-200.

2. N. Verdolini, D. Hidalgo-Mazzei, A. Murru, *et al.* Mixed states in bipolar and major depressive disorders: systematic review and quality appraisal of guidelines. *Acta Psychiatr Scand.*, 138 (2018), pp. 196-222.

## LA HIPOMANÍA ENMASCARADA

Inmaculada Navas Domenech

*Psiquiatra Málaga.*

**Introducción:** Las enfermedades neurodegenerativas constituyen un grupo heterogéneo de trastornos cerebrales orgánicos que a menudo presentan alteraciones psicopatológicas que dificultan y retrasan el diagnóstico y tratamiento, suponiendo un reto para la medicina y la psiquiatría.

**Caso clínico:** Mujer de 60 años sin antecedentes de interés salvo episodio depresivo a los 30 años y ansiedad en 2019. Consulta por sintomatología ansiosa, iniciando tratamiento con paroxetina y lorazepam. Tras esto, comienza con alteraciones del comportamiento, intranquilidad, inatención, conductas repetitivas y desinhibidas, desconfianza del entorno y confusión en el reconocimiento de sus familiares. Su discurso es disgregado y saltigrado sin presentar sintomatología psicótica pero con ánimo expansivo e hiperactividad. Ante la sospecha de posible episodio hipomaniaco secundario a antidepresivos, se decide suspender paroxetina e iniciar risperidona y se realizan pruebas complementarias (TAC craneal, radiografía, ECG y analítica de sangre y orina) sin presentar alteraciones. En consulta de revisión, la paciente mantiene conductas desorganizadas y repetitivas, hiperfamiliaridad y fallos de memoria reciente con desorientación y momentos de ausencia. Se decide reajuste de antipsicótico y derivación a neurología por posible cuadro de deterioro cognitivo. Tras una semana, la paciente acude de urgencias por rigidez, temblor y espasmos de MMSS, pérdida progresiva de la movilidad precisando silla de ruedas, nicturia y alucinaciones visuales. Mantiene discurso incoherente con disminución del habla espontánea. La marcha es inestable con postura distónica y los familiares describen "saltos" en el cuerpo de forma recurrente. La paciente ingresa en neurología con sospecha de deterioro cognitivo de rápida evolución. Durante el ingreso se mantiene desconectada del medio, mutista, emitiendo gruñidos hasta llegar a estado comatoso. A la exploración presenta rigidez, distonía y fasciculaciones. Se realiza punción lumbar con bioquímica y proteína 14-3-3, EEG compatible con encefalopatía difusa con componente focal-periódico y RMN que muestra hiperintensidad cortical en secuencias FLAIR y difusión con aumento de señal en caudados y tercio anterior de putamen. Tras dos meses desde el inicio del cuadro, la paciente fallece. Los hallazgos de las pruebas y la clínica plantean como sospecha diagnóstica enfermedad de Creutzfeld-Jakob que se confirmó tras resultado anatomopatológico cerebral.

**Discusión:** La coincidencia del comienzo de la sintomatología con el inicio del tratamiento antidepresivo hizo suponer la etiología hipomaniaca de origen farmacológico del cuadro, iniciando tratamiento antipsicótico que no solo no consiguió remitir la sintomatología sino que enmascaró la etiología priónica del mismo, achacando la aparición de extrapiramidalismos a los efectos secundarios del tratamiento. Sin embargo, la rápida progresión del cuadro, la resistencia al tratamiento y la aparición de clínica motora, hicieron que se sospechara la Enfermedad de Creutzfeld-Jakob (ECJ). La ECJ es un trastorno neurodegenerativo que se presenta con un rápido y progresivo deterioro de la memoria, cambios de comportamiento, falta de coordinación y/o alteraciones visuales, causada por acumulación de proteína priónica patológica en el sistema nervioso central. El diagnóstico es muy difícil ya que presenta sintomatología fácilmente atribuible a otras enfermedades, siendo imprescindible una adecuada valoración con el fin de evitar retrasos y asegurar una atención adecuada y de calidad a los pacientes.

## CONDUCTAS AUTOLÍTICAS EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Irene Pérez Zapico, Mónica Miñano Meneres,  
Lucía González-Cordero Díaz

*Psiquiatra. Sevilla.*

**Caso clínico:** Se trata de una paciente de 48 años de edad. Sin antecedentes previos en salud mental, que consulta en urgencias a instancias de la familia por ideación autolítica estructurada. En urgencias describe inicio de sintomatología psicótica hace 3 años. Relata estar siendo vigilada en su domicilio, mediante micrófonos y cámaras, así como a través del teléfono móvil. Refiere que al salir a la calle ve como operadores instalan cableado eléctrico para vigilarla, y como otras personas se ríen de ella. La trama delirante incluye a todas las personas del pueblo, presentando múltiples interpretaciones delirantes continuas hacia el entorno e ideación autorreferencial y de perjuicio. Esta clínica genera importante repercusión conductual, permaneciendo aislada en su domicilio en los últimos meses, con alteraciones de conducta que alertan a la familia. En ese contexto se asocia sintomatología afectiva, con tendencia depresiva, aislamiento social y apatía. Aparecen ideas de muerte e ideación autolítica estructurada en relación a la angustia generada por estas vivencias, siendo este el motivo de consulta en urgencias. Se cursa ingreso hospitalario. Iniciamos tratamiento con aripiprazol, llegando a dosis máximas de 30 mg/24 h de forma progresiva, presentando buena tolerancia al mismo. Se realizan entrevistas e intervenciones de orientación y contención, centradas al inicio en el señalamiento del impacto emocional y a nivel de funcionalidad de las ideas y percepciones que ha mantenido, mostrándose progresivamente más tranquila y aceptando la toma de tratamiento para reducir angustia generada. Desaparece la ideación autolítica, expresando deseos de mejoría y planes de futuro. Al alta los contenidos delirantes están más encapsulados, presenta menos angustia en la unidad así como su contacto es más sintónico. Expresa su compromiso a mantener seguimientos por salud mental, lo que también trabajamos durante el ingreso.

**Discusión:** Las conductas autolíticas son comunes entre las personas que experimentan un primer episodio psicótico, por lo que la prevención del suicidio debe ser uno de los objetivos clave en el tratamiento. Tras hacer una revisión sobre este riesgo, se describe que hasta el 90% de los pacientes que sufren un primer episodio psicótico informan de ideación suicida. El riesgo de un intento es mayor durante el mes anterior a la búsqueda del tratamiento (al igual que nuestra paciente) y durante los primeros dos meses siguientes. Creemos que es importante insistir en la intervención temprana sistemática para las personas que experimentan la aparición de psicosis. Existen pruebas sólidas que respaldan la eficacia de los programas coordinados llevando a cabo una atención integral para mejorar los resultados clínicos y funcionales. Los estudios observacionales sugieren que el tratamiento continuo con medicación antipsicótica puede reducir la mortalidad por suicidio entre las personas con trastornos psicóticos. Por tanto, nos parece importante que los programas de intervención temprana presten especial atención a la evaluación y abordaje del riesgo autolítico, así como los profesionales tenemos que ser conscientes del elevado riesgo de mortalidad que existe en este periodo.

## OVNIS Y MONSTRUOS ROSAS: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ALUCINACIONES VISUALES EN LA ENFERMEDAD DE MOYAMOYA

Isabel Bodoano Sánchez, Juan Carlos Romero Fábrega,  
Luis Gutiérrez Rojas, Alba Mata Agudo, Paula Álvarez Gil

*Psiquiatra. Granada.*

**Caso clínico:** La enfermedad de Moyamoya (EMM) está caracterizada por el desarrollo de estenosis en el territorio distal de la arteria

carótida. Es una enfermedad rara con una mayor prevalencia en países asiáticos. Los síntomas más comunes son ictus, crisis epilépticas y cefalea. Sin embargo, los pacientes con EMM también pueden experimentar síntomas psiquiátricos tales como depresión, ansiedad y en unos pocos casos psicosis. Describimos el caso de un hombre de 34 años que sufre de episodios psicóticos recortados en el tiempo, acompañados de alucinaciones visuales. Este hombre fue diagnosticado con EMM y acude a revisiones en el servicio de neurología. Tras realizarse una operación neuroquirúrgica y durante el periodo post-operatorio se realizaron pruebas de neuroimagen en las que se apreció una lesión isquémica aguda en la región derecha frontotemporal por la que fue tratado y dado de alta. Un año más tarde, acudió a nuestras consultas psiquiátricas describiendo alucinaciones visuales y un delirio estructurado en torno a estas. No se observaron cambios en las neuroimágenes. Se inició tratamiento con olanzapina y la sintomatología cesó. A nuestro entender, este es el primer caso de alucinaciones visuales en una persona con EMM. Este caso es especialmente interesante porque las alucinaciones no se asociaron con una lesión occipital ni con actividad epiléptica.

### TESTOSTERONA, IMPULSIVIDAD Y CONDUCTA SUICIDA

Isabel de la Montaña Santos Carrasco, Laura Gallardo Borge, Joana Isabel Gonçalves Cerejeira, Carmen Capella Meseguer, Eva Rodríguez Vázquez, María Queipo de Llano de la Viuda, Abril Gonzaga Ramírez, Guillermo Guerra Valera, Carmen Vallecillo Adame, Teresa Jiménez Aparicio, Celia de Andrés Lobo

*Psiquiatra. Valladolid.*

**Introducción:** La testosterona es una hormona esteroide que interviene en la diferenciación testicular, cerebral y en el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Gran parte de la literatura describe el efecto de esta hormona sobre las conductas de agresividad, dominancia, impulsividad, libido, entre otras. Varios estudios sugieren una asociación entre la testosterona y la conducta suicida. Revisión de la bibliografía disponible acerca de la relación entre los niveles de testosterona y su relación con la impulsividad y conducta suicida a través de un caso clínico.

**Caso clínico:** Se presenta el caso clínico de una paciente de 33 años, de etnia gitana, soltera, con una hija de 11 años. Reside en piso compartido con una amiga. Como antecedentes biográficos importantes, destaca que la paciente abandonó su familia y lugar de origen hace años por no estar de acuerdo con su cultura y costumbres. Cuenta con antecedentes psiquiátricos de un ingreso en Psiquiatría en 2010, diagnosticada de trastorno depresivo NE y trastorno de personalidad NE. Desde entonces en seguimiento irregular en consultas de Salud Mental, hasta abandono de manera voluntaria del seguimiento. Actualmente, 9 años más tarde, solicita una nueva consulta, por iniciativa propia, por disforia de género. Refiere no sentirse identificada con su cuerpo, desde hace tiempo y sentir cierto rechazo hacia sus caracteres sexuales primarios y secundarios. Se realiza interconsulta al Servicio de Endocrinología para valoración de inicio de tratamiento hormonal con testosterona 16,2 mg/g 2 pulsos al día. A los 4 días de iniciar el tratamiento realiza un intento autolítico medicamentoso. La paciente no había presentado intentos autolíticos previos ni ideación suicida.

**Discusión:** La literatura muestra que hombres jóvenes que poseen una alta concentración de testosterona también presentan una mayor frecuencia de conductas tales como: agresión, mayor dominancia y mantenimiento del estatus social, inclinación por competir con otros individuos, aumento en la expresión de conductas de riesgo, incremento de la hostilidad hacia otros individuos, identificación de posibles competidores, entre otras. Resultados similares han sido reportados también en mujeres con altas concentraciones de testos-

terona. Es razonable proponer que el comportamiento suicida en hombres jóvenes puede estar asociado con mayores niveles de testosterona, mientras que en hombres mayores los niveles disminuidos de testosterona se relacionan con síntomas depresivos y reducción del funcionamiento cognitivo. Estas condiciones están asociadas con la conducta suicida y podrían mediar en el efecto del descenso de testosterona en el suicidio.

### COVID COMO DISPARADOR DE TOC VS. TRASTORNO ADAPTATIVO TOC LIKE

Isabel Caparros del Moral, Gabriel Gomez Jimenez, Rafael Jose Carrillo Molina

*Psiquiatra. Jaén.*

**Caso clínico:** Mujer de años 60 años. Trabajaba como administrativo, sin empleo en la actualidad. Padres separados. Son 3 hermanos. Casada, vive con su marido. Un hijo independizado. Buena dinámica relacional socio familiar. Ausencia de estresores en el momento de la valoración. Acude de forma urgente derivada por su Médico de Familia a nuestra USMC. Carece de antecedentes orgánicos de interés. No consume tóxicos. No presenta antecedentes de valoraciones previas en Salud Mental. La paciente presenta cogniciones de contaminación que, en las últimas semanas, van a en escalada, con consecuentes rituales de limpieza e higiene personal. Llegando a evitar interaccionar con su esposo, no lo roza, ni roza ningún elemento del domicilio. No come comida fresca, solo enlatada que puede desinfectar con lejía. No ventila la casa, ni tiende la ropa para secar, pensando que "el virus puede entrar y depositarse en todo" (no hay una justificación intelectual de las interpretaciones que realiza). Hay una marcada pérdida ponderal e insomnio mixto. Hay resonancia en afecto, presentando hipotimia con sintomatología ansiosa que origina taquipsiquia con taquifasia, disprosexia y escrutinio visual del entorno en consulta. Los síntomas que presentan y las conductas evitativas por miedo al contagio hacen que evite acudir a consulta, permaneciendo de pie y con a la puerta abierta. La sintomatología es egodistónica y hay una búsqueda de ayuda para alivio de su sufrimiento. Se analiza la sintomatología presentada y la evolución del cuadro. No existen rasgos anancásticos ni diagnósticos previos de TOC. Presenta un nivel cultural y techo cognitivo alto. Si bien, el diagnóstico se realiza en el mes de abril de 2020, solapándose los síntomas presentados, con las recomendaciones oficiales y una sobreexposición a múltiples fuentes de noticias, que haría comprensible parcialmente la clínica, encuadrando en contexto histórico y social. La sintomatología, adquiere una entidad de gravedad clínica, con interferencia en funcionalidad habitual, en resonancia afectiva y marcado desajuste conductual. Se evidencia menor capacidad de *insight* que en un cuadro de TOC típico, que determina un distanciamiento con la realidad que llega a producir síntomas psicóticos. Hasta la actualidad la evolución ha sido errática, con mejora parcial en síntomas. Se han realizado diversos ensayos farmacológicos, siendo el tratamiento actual: clomipramina 75 mg cada 8 horas, risperidona 2 mg en dosis única nocturna y alprazolam 0,5 mg cada 8 horas. Se realizó batería analítica completa y prueba de imagen para descartar patología estructural intracraneal, no evidenciando sintomatología que justificara el síndrome obsesivo.

**Discusión:** Se nos plantea la duda diagnóstica de si la situación de pandemia actual, ha actuado como disparador de casos larvados de TOC. O, por el contrario, se trata de pacientes que, ante la exigencia del medio, situación de estrés mantenido y ausencia de reforzadores naturales de manejo de malestar emocional, manifiestan aspectos más vulnerables de identidad con hipertrofia de defensas obsesivas, tratándose de un cuadro adaptativo. Sería necesario realizar un acompañamiento de los casos que nos generen duda diagnóstica, evaluando su mejoría una vez, ceda el estresor, en este caso, estabilizada la situación de pandemia.

## SOBRE LA PANDEMIA... Y LOS INTENTOS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Isabel Caparros del Moral, Gabriel Gomez Jimenez,  
Dacil Hernandez Garcia

*Psiquiatra. Jaén.*

**Caso clínico:** Paciente de 23 años de edad. Soltero, sin hijos. Estudios: formación profesional. En la actualidad en desempleo. Tiene un hermano menor, con el que convive, así como con sus padres. Buena dinámica relacional familiar. Escasa red social fuera del núcleo familiar. Acude de forma urgente derivado por médico de Atención Primaria para valoración a nuestra USMC. El paciente verbaliza sintomatología aguda de componente delirante-alucinatorio. Carece de antecedentes somáticos de interés. No consume tóxicos. No tiene antecedentes personales ni familiares de valoración por Salud mental. Presenta un fenotipo característico, por lo que solicitamos valoración por Medicina Interna, para despistaje orgánico (cariotipo, estudio hormonal, batería analítica completa y prueba de imagen (TAC cráneo) sin alteraciones significativas). Impresiona de bajo techo cognitivo, si bien, reside un núcleo rural aislado, existe una escasa demanda del medio con gran contención, y nunca se ha determinado capacidad intelectual, ni si ha hecho explícita esta cuestión en medio familiar. El paciente en situación de pandemia, pierde estímulos y reforzadores naturales de contención, recurriendo a juegos de ordenador, con los que ha pasado horas llegando a una pérdida total del sueño. No verbaliza estresores. Se realiza gráfico vital, no destacan aspectos caracteriales, desajuste conductual o pródromos compatibles con estructura psicótica. Verbaliza un síndrome delirante-alucinatorio, en el que entremezcla escenas confuso oníricas con elementos de estrategia correspondientes al juego, interpretaciones autorreferenciales del medio, ideación de perjuicio y persecución de sicarios, atribuye a un resalte óseo en zona frontal la significación de microchip por donde ejecutan órdenes que se relacionan con el control del virus... si bien el contacto, la resonancia afectiva y conductual son disonantes al discurso y hay cierta crítica. Por inicio brusco, correlato temporal, con situación de pandemia, abuso de juego, aspecto dismórfico, y estructuración del constructo delirante y verbalización de síntomas se intuye un trasfondo disociativo. La evolución es desfavorable, no tolera secundarismos de múltiples ensayos terapéuticos (benzodiazepinas y antipsicóticos: risperidona, paliperidona, aripiprazol, quetiapina, olanzapina, etc.). Persiste sintomatología cambiante, conductas erráticas, evidenciando sintomatología negativa y deterioro. Procedemos al ingreso hospitalario con motivo de observación y filiación diagnóstica. Presentando finalmente mejor control sintomático con lurasidona a razón de 37 mg/día.

**Discusión:** La actual situación de pandemia, que supone un estado permanente de activación del "sistema de alerta y amenaza" requiere de mecanismos adaptativos y estrategias de afrontamiento. En poblaciones especiales, ante dificultades emocionales o cognitivas de resolución de conflictos y manejo de estrés, el intento fallido de autorregulación emocional, puede conducir como en el caso actual, al afrontamiento desadaptativo mediante adicciones comportamentales. En este caso, el juego patológico, lejos de mitigar la angustia previa, supone, un distanciamiento con la realidad. La persistencia en el tiempo de la situación estresante, la ausencia de otros mecanismos reguladores y la dificultad de abordaje por situación actual y aspectos fisiológicos individuales suponen un factor mantenedor de sintomatología. Sería importante continuar una evolución a largo plazo, para comprobar el efecto contenedor del medio y cómo la sustitución por conductas reguladoras más adaptativas intervienen como factor pronóstico.

## TRASTORNO DELIRANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

José Campos Moreno, Patricia Fernández Sotos,  
Carolina Sánchez Mora, Nora Inés Muros Cobos,  
Juan del Águila Águila, Luz María González Gualda,  
María Aliño Dies, María Isabel Macizo Soria

*Psiquiatra. Albacete.*

**Introducción:** El trastorno delirante (TD) es una patología psiquiátrica grave cuya característica principal es la presencia de ideas delirantes bien sistematizadas, sin alucinaciones prominentes ni alteraciones del lenguaje o el pensamiento, y que no conlleva deterioro de la personalidad. Es relativamente poco frecuente, con una prevalencia estimada del 0,02%, representando el 2-4% de los ingresos psiquiátricos. La adopción de una actitud empática y el ofrecimiento de ayuda facilitan la reducción de la ansiedad y de los síntomas depresivos que a menudo acompañan al delirio.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un mujer de 52 años, sin antecedentes psiquiátricos previos, que es traída por sus familiares a servicio de Urgencias de Psiquiatría. Comenta que hace 20 años se mudó a su domicilio actual y que 2-3 años después comenzó a tener problemas con una vecina, con la que tiene un juicio resuelto. Refiere que ésta tiene las llaves de su casa, pasan y le roban ropa, joyas y cosas valiosas, que luego usan delante de ella. Comenta que sabe que pasan porque las oye dentro de la casa. Por este motivo han cambiado en dos ocasiones la cerradura de la puerta de entrada, e incluso ha llegado a dormir al lado de la puerta de entrada. Niega problemas con otras personas, tanto en la actualidad como en el pasado, incluso aseguraba no haber padecido una merma importante en su funcionalidad. Tratamiento: se plantea tratamiento con olanzapina llegando a dosis de 15 mg/día. En el trascurso del ingreso se objetiva remisión de clínica ansiosa y paso de autorreferencialidad e idea delirante de perjuicio a un segundo plano vivencial con escasa repercusión en esfera afectiva. Además dado el perfil sedativo del fármaco se consiguió regular el descanso. No se detectaron alteración de parámetros bioquímicos respecto a basal, así como tampoco aumento ponderal.

**Discusión:** Pese a la escasez de ensayos prospectivos que estudien la respuesta al tratamiento en el TD para guiar la práctica clínica. Los datos retrospectivos disponibles indican una buena respuesta a los antipsicóticos de segunda generación. La olanzapina ha demostrado efectividad con equivalentes de clorpromazina medios más bajos que la risperidona. La identificación y abordaje tempranos de la clínica psicótica se hacen indispensables con el fin de garantizar el mejor pronóstico del paciente.

## EL LÍMITE ENTRE LA ESFERA PSICÓTICA Y LA AFECTIVA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Laura Llovera García, Gerardo Gutiérrez Talavera,  
Natalia Cancelo Zariquiey, Leyre Unzué López,  
María Bastegieta Gardeazabal, Asier Corrales Rodríguez

*Psiquiatra. Navarra.*

**Caso clínico:** Presentamos un varón de 53 años, sin antecedentes médicos ni psiquiátricos filiados previamente, derivado a CSM por apatía y estado de ánimo bajo, reactivo a separación matrimonial en contexto de malos tratos por parte de su pareja, con tratamiento antidepresivo e hipnótico. Meses más tarde el paciente ingresó en prisión tras agresión con arma blanca a su exmujer; no tenía antecedentes de conductas heteroagresivas. Durante el internamiento en el centro penitenciario, el paciente realizó un intento autolítico

por ahorcamiento, requiriendo ingreso en UCI. El paciente se mostraba mutista, con desconexión del medio y amnesia lacunar relativa al episodio, sospechando probable origen isquémico cerebral secundario al ahorcamiento. Tras ser valorado por psiquiatría, se programó ingreso en Unidad de Hospitalización por riesgo autolítico sin repercusión emocional e indiferencia afectiva, sin objetivarse en ese momento clínica psicótica ni conductas alucinatorias. En la Unidad de Hospitalización, el paciente refería un cuadro ansioso-depresivo con ideación autolítica recurrente, rumiaciones cognitivas por miedo a su integridad física y anticipación de hechos negativos con intuiciones deliriosas escasamente estructuradas, verbalizando haberle asestado 48 puñaladas a su exmujer. Según información del centro penitenciario, objetivaron delirios paranoides con falsos reconocimientos. Durante el ingreso en Unidad de Hospitalización se inició tratamiento con sertralina y aripiprazol, siendo necesario potenciar este último con dosis crecientes de risperidona y quetiapina ante la falta de respuesta inicial y riesgo autolítico, acompañado de mirtazapina y trazodona. Se objetivó una franca mejoría clínica con adecuada resonancia afectiva y menor repercusión de las ideas delirantes, negando ideación auto y heterolítica. Aunque inicialmente se orientó como un cuadro depresivo, la evolución y exploraciones posteriores pusieron de manifiesto que el paciente presentaba clínica psicótica, con delirios de ruina y paranoides estructurados en una trama según la cual sería engañado por familiares y el personal médico y penitenciario para que ingresara en el módulo de presos comunes, donde sería maltratado por todos. Se derivó a dispositivo rehabilitador para reestructurar la actividad cotidiana trabajando el afianzamiento de los apoyos sociales y la reincorporación laboral.

## TEC EN TRASTORNO PSICÓTICO Y CONDUCTA SUICIDA

Dácil Hernández García, Isabel Caparrós del Moral,  
Laura Alarcó Ubach, Jonatán González Padilla,  
Elena Sandra Pérez Rosales

*Psiquiatra. Santa Cruz de Tenerife.*

**Caso clínico:** Mujer de 34 años, separada, una hija de 8 años. La mayor de dos hermanos. Vive con su hija en un piso, dentro de una vivienda familiar. Grado de discapacidad del 67%. Inactiva laboralmente. Antecedentes médicos: alergia a metoclopramida. En 2014 le diagnostican ataxia crónica y temblor, tras padecer encefalopatía de Wernicke-Korsakoff. Menstruaciones abundantes; síndrome anémico. Hipoacusia de conducción. No intervenciones quirúrgicas. Hábitos tóxicos: niega el uso de sustancias psicoactivas. Antecedentes psiquiátricos: en seguimiento en la USM de Arona desde 2009 por bulimia nerviosa y conductas autolesivas. Cuenta con 3 intentos de suicidio a los 14, 17 y 18 años de edad. Enfermedad actual/exploración psicopatológica: la paciente acude a Urgencias el 26/3/2020 derivada desde su Centro de Salud por alteraciones de conducta sin detonante aparente y con tóxicos en orina negativos. En la exploración psicopatológica en el Servicio de Urgencias se sospecha posible síndrome confusional y así se refiere a Medicina de Urgencias (MU) para que continúe estudios. En los días posteriores se describe mutismo y contacto psicótico de la paciente. El día 29/03/2020 tras la exploración física y pruebas complementarias fue diagnosticada de TEP. Se realiza fibrinólisis e ingresa en Neumología donde se realizó seguimiento por Psiquiatría de Interconsulta y Enlace. Se halla sintomatología psicótica hacia el día 02/04/2020 y se traslada a la Unidad de Internamiento Breve. Evolución: ingresa en la UIB el 06/04/2020. Durante los primeros días presenta contacto empobrecido, inhibición psicomotriz, disprosexia, bradipsiquia, discurso semiinducido e incoherente, pararrrespuestas, pensamiento disgregado, voces alucinatorias, neo-

logismos, afecto aplanado, nula modulación afectiva, falsos reconocimientos, déficit de *insight*. Se inició tratamiento con: venlafaxina 75 mg/día, trazodona 100 mg/día, risperidona 3 mg. A la semana del ingreso, presenta síntomas compatibles con un síndrome catatónico; se disminuye risperidona y se inicia lorazepam, con dosis ascendentes, mejorando notablemente del cuadro catatónico, aunque aflora la sintomatología psicótica. Se inicia gradualmente olanzapina, alcanzando dosis de 10 mg/día. A partir del 06/05/2020, en este contexto clínico paranoide, presenta sintomatología depresiva. Se ajusta el tratamiento antidepresivo y el tratamiento antipsicótico. No mejoró y la patoplastia psicótica y afectiva se materializó en una ideación autolítica persistente. La paciente realizó dos tentativas autolíticas dentro de la UIB. Ante este riesgo autolítico persistente, dada la indicación de TEC, se propuso para dicho tratamiento. El 27/05/2020 comienza la TEC agudo, en régimen hospitalario, recibiendo durante el ingreso, un total de 8 sesiones. Desde la primera sesión de TEC la paciente comienza a realizar crítica de las tentativas autolíticas, la angustia comienza a remitir. En la 8ª sesión de TEC; la paciente se encuentra consciente y orientada; no presenta síntomas psicóticos ni catatónicos; se muestra eutímica, de afecto resonante y elabora planes de futuro en los que contempla el autocuidado. Juicio diagnóstico: síndrome catatónico, en relación a: F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo. F50.2 Bulimia nerviosa. Z73.1 Rasgos de personalidad a estudio. Plan terapéutico: tratamiento psicofarmacológico: trazodona 100 mg/día; olanzapina 12.5 mg/día; venlafaxina 150 mg/día; lorazepam 1 mg si ansiedad o si insomnio. TEC de continuación.

## RIESGO SUICIDA EN EL TRASTORNO PSICÓTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Carrascal Laso, A. Sevillano Jiménez, B. Renau Mínguez  
*Psiquiatra. Salamanca.*

La esquizofrenia es un trastorno mental grave, crónico y en numerosos casos deteriorante, además de estigmatizante. Las consecuencias de dicho trastorno pueden ser devastadoras, tanto para el mismo individuo como para su entorno. El suicidio se considera la consecuencia más grave de la esquizofrenia, consolidándose como la primera causa de muerte prematura entre los pacientes que reciben el diagnóstico. La relación individuo no diagnosticado-individuo diagnosticado de esquizofrenia y suicidio consumado se estima en 1:9, es decir, es nueve veces más probable que un individuo diagnosticado de esquizofrenia muera por suicidio que un individuo no diagnosticado. De hecho, la tasa actual de suicidio consumado en individuos con diagnóstico de esquizofrenia es del 4,9% (habiendo llegado a estimarse hasta 10-13% en un pasado). Entre el 20 y 40% de personas diagnosticadas de esquizofrenia llevan a cabo alguna tentativa de suicidio a lo largo de sus vidas. Cabe destacar que entre un 30% y un 60% de los suicidas tuvieron intentos previos, por lo que el intento suicida previo se establece como uno de los mejores indicadores de riesgo para cometer suicidio. Las personas diagnosticadas de esquizofrenia, además de los factores de riesgo suicida presentes en toda la población como, por ejemplo, desesperanza, características étnicas, apoyo social inadecuado, etc.; presentan otros factores asociados relacionados con el trastorno como el número de exacerbaciones agudas, evolución con niveles elevados de sintomatología, deficiente funcionamiento psicosocial, ser hombre joven, primera década de la enfermedad y múltiples recaídas. En algunos estudios realizados con individuos afectados y familiares, se han postulado algunas causas que aumentan la tendencia hacia el suicidio: Necesidad compulsiva por aliviar la tensión. Situación de vida excesivamente complicada o tensa para poder afrontarla solo. Inca-

pacidad de poder encontrar una mejor salida a sus dificultades. Además, también se ha observado como factores de riesgo la presencia de desesperanza, soledad, depresión, irritabilidad e ideación paranoide. También se han identificado ciertas vulnerabilidades que se traducen en alto riesgo de suicidio entre las que se encuentran: el período inmediato tras un alta hospitalaria, la necesidad de ingresos frecuentes y la resistencia al tratamiento antipsicótico. Algunos estudios arrojan que tanto los fármacos antipsicóticos de primera generación como los de segunda, pueden disminuir el riesgo de suicidio. No obstante, el fármaco más estudiado y con mayor eficacia en la reducción de la tasa de suicidio y del comportamiento suicida persistente, es la clozapina. A pesar de lo expuesto, se ha evidenciado que el tratamiento mediante equipos comunitarios de salud mental es superior en cuanto a una mayor aceptación del tratamiento, la reducción de ingresos hospitalarios y la reducción del suicidio. En el caso presentado, nos encontramos delante de un joven, varón de 35 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide desde hace 9 años (cuando tenía 26). Durante estos nueve años, ha precisado de tres ingresos hospitalarios y ha mostrado una buena adherencia al tratamiento farmacológico.

### FIBROMIALGIA Y SUICIDIO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO EN USMC

Lucía González-Cordero Díaz, Irene Pérez Zapico, Mónica Miñano Meneres

*Psiquiatra. Sevilla.*

**Introducción:** Se presenta un caso clínico atendido en USMC de una paciente con fibromialgia (FM) y antecedente de intento autolítico, a través del cual se expone la relación entre FM y suicidio y se señala la importancia de la atención multidisciplinaria y abordaje del dolor en prevención del riesgo autolítico.

**Caso clínico:** Mujer de 58 años que acude derivada por MAP para valoración dependencia a benzodiazepinas y sintomatología ansioso-depresiva resistente a tratamiento psicofarmacológico (sertralina 100 mg). No refiere AP somáticos de interés. Entre los AP en Salud mental, destaca gesto autolítico mediante ingesta medicamentosa voluntaria de 5 comprimidos de sertralina 100 mg, 7 de alprazolam 1 mg y 8 de diazepam de 10 mg. Ocurrido hace un mes, con provisión de ayuda pero sin provisión de la misma. Recibió atención somática y psiquiátrica urgente. Describía finalidad autolítica del acto ante desesperación por padecimiento de dolor y limitaciones físicas. Al inicio del seguimiento, la paciente describía sintomatología depresiva, tristeza e importante apato-abulia; y de forma secundaria, ansiedad que paliaba con uso abusivo de benzodiazepinas fuera de prescripción médica. Relacionaba clínica descrita con algias y limitaciones físicas secundarias de año y medio de evolución. Se quejaba de dolor en zona lumbar de larga data y en MM.SS, especialmente en manos, predominante la derecha. La paciente también señalaba cefalea de predominio matutino, insomnio de mantenimiento, anergia y sensación de fatiga y cansancio. En tal contexto, verbalizaba ideación autolítica. La orientación diagnóstica del cuadro fue de episodio depresivo moderado sin síndrome somático (CIE-10: F.32.10) y Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sedantes e hipnóticos. Síndrome de dependencia con consumo continuo (CIE-10: F.13.25). Al inicio de su atención, se sustituyó sertralina 100 mg por duloxetine 60 mg y se incluyó pregabalina 75 mg/12 h con el objetivo de reducir BZD de forma progresiva. Se elaboró plan de actuación y manejo de ideación autolítica que incluía tratamiento psicofarmacológico de rescate y atención sanitaria urgente. Se solicitó derivación a reumatología a través de MAP y analítica completa con anticuerpos antinucleares y perfil hormonal tiroideo que arrojó datos dentro del rango de la normalidad. Con posterioridad, la paciente fue valorada por reumatología, siendo diagnosticada de fibro-

mialgia e iniciando seguimiento por Unidad del Dolor, disminuyendo la percepción de dolor y mejorando por tanto funcionalidad diaria y calidad de vida. Tras dicha mejoría somática, la sintomatología depresiva e ideación autolítica remitieron.

**Discusión:** Los pacientes con FM a menudo experimentan estigma, lo que afecta a su bienestar emocional. Además, tienen hasta un 60% más de probabilidades que la población general de experimentar depresión y tienen hasta un 58,3-17,6% más de probabilidades de experimentar ideación y conductas suicidas respectivamente (Levine *et al.*, 2020; Lafuente-Castro *et al.*, 2018). Además del mayor riesgo de tendencias suicidas, los pacientes con FM tienen un mayor riesgo de comorbilidad psiquiátrica y somática, como el abuso de drogas, que se asocian de forma independiente con un mayor riesgo de tendencias suicidas.

### INTENTO DE ALTA LETALIDAD EN TERCERA EDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Luis Soldado Rodríguez, Mercedes Valverde Barea, Sheila Sofía Sánchez Rus

*Psiquiatra. Jaén.*

**Introducción:** El suicidio en la tercera edad muestra las tasas más elevadas en casi todos los países, siendo la franja de (65-74) en comparación a (75-84) la que mayor prevalencia de intentos de suicidio presenta. Se ha observado en múltiples estudios que en la evaluación del rendimiento cognitivo muestra una disfunción ejecutiva. Así como que las alteraciones cognitivas observadas pudiesen ser un factor para aparición de la ideación suicida. Se ha descrito que la toma de decisiones alterada y el reconocimiento social deteriorado que se da en el deterioro cognitivo, son la base de la disminución de la capacidad de resolver problemas lo que puede conducir a la ideación suicida. Esta disfunción ejecutiva y la falta de inhibición lleva la dificultad de control de ideación suicida desencadenando las mismas. Objetivos: exponer el difícil abordaje de intentos autolíticos en tercera edad y los factores de riesgo asociados.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 80 años con antecedentes de HTA, RGE, hipotiroidismo e hipercolesterolemia con antecedente de seguimiento por USMC por trastorno ansioso depresivo, si bien en última consulta se ha apreciado deterioro cognitivo incipiente. Acude a urgencias tras ingesta de cáusticos tras valoración por parte de digestivo; esofagitis zargar IIA, ingreso a cargo de medicina interna y posteriormente tras evaluación se decide ingreso en UHSM. En tratamiento previo con quetiapina y venlafaxina. Exploración y pruebas complementarias: a la exploración de paciente desorientada parcialmente en tiempo y espacio. Animo hipotímico, con facies triste. No alteración del contenido o curso de pensamiento. No alteraciones sensorio-perceptivas. Discurso reiterativo, parco en palabras y de contenido pobre. Refiere ingesta de lejía con intencionalidad autolítica sin provisión ni provisión de rescate, sin crítica del gesto con ideación persistente. Analítica de sangre y hormonas tiroideas sin alteraciones de interés. Minimental test: puntúa menos de 20 puntos. Test del reloj: no realiza esfera de forma correcta y no existe concordancia a la hora de colocar números y agujas. Durante el ingreso se objetivo clínica ansiosa que fluctúa en momentos de lucidez/desorientación produciéndole inquietud al ser consciente de limitaciones y deterioro progresivo. Tratamiento: se decide realizar cambio de antipsicótico iniciando olanzapina a dosis bajas y clonazepam en solución con el que se consigue control de manifestaciones de la ansiedad.

**Discusión:** Los intentos autolíticos en ancianos son difíciles de evaluar debido a los múltiples factores de riesgo asociados que incrementan su complejidad. Entre los factores ellos podemos encontrar: trastornos mentales y neurocognitivos, aislamiento social, sentimientos de abandono, pérdida de familiares, deterioro cognitivo, enferme-

dades físicas crónicas y dolor físico asociado. Es importante promocionar la prevención de conductas suicidas en la tercera edad desde atención primaria, dado el contacto en primer lugar con pacientes añosos.

### **TDAH DEL ADULTO Y DISTIMIA ¿COMORBILIDAD O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL? SERIE DE CASOS**

María García Moreno, Ana de Cós Milas, Laura Beatobe Carreño, M<sup>a</sup> Belén Poza Cano, Ángela Izquierdo de la Puente, Pablo del Sol Calderón

*Psiquiatra. Madrid.*

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 54 años remitida a CSM con diagnóstico previo de distimia y rasgos anómalos de personalidad. Relata historia previa de años de evolución de inestabilidad emocional, pobre tolerancia a frustraciones y fluctuaciones anímicas en rango subdepresivo en contexto fundamentalmente de situaciones vitales desfavorables, así como tendencia a la impulsividad, inquietud, nerviosismo, dificultades atencionales relacionadas siempre con su estado afectivo, alteraciones de la psicomotricidad y dificultad para organizar/planificar actividades cotidianas. Constaban en su historia 2 episodios de sobreingesta medicamentosa voluntaria e intentos previos de tratamientos antidepressivos, todos ellos infructuosos. Se inicia tratamiento con metilfenidato oros con recuperación prácticamente *ad integrum* de la clínica descrita y adecuada tolerabilidad. Caso 2: mujer de 48 años remitida a CSM con diagnóstico previo de distimia que refiere sintomatología ansioso-depresiva de años de evolución en relación básicamente con conflictiva en ámbito familiar, en forma de ánimo triste, apatía moderada, sueño irregular, nerviosismo, fallos cognitivos y desorganización de horarios. En la entrevista se ponen de manifiesto rasgos disfuncionales de personalidad, discurso prolijo, distraibilidad, impaciencia, interrupciones constantes e inquietud psicomotriz. Tras 3 intentos fallidos de tratamiento antidepressivo se inicia pauta de atomoxetina con mejoría de la clínica descrita. Caso 3: mujer de 66 años remitida a CSM con diagnóstico previo de distimia. Aunque describe sintomatología afectiva de larga data una de sus principales quejas desde el inicio del seguimiento son las dificultades de atención, concentración y fallos mnésicos así como dificultad en el establecimiento de relaciones sociales o en la organización de rutinas básicas. Presentaba antecedentes de respuesta parcial a antidepressivos de diferente perfil (citalopram, fluoxetina, bupropión y vortioxetina). Se inicia prueba con metilfenidato de acción inmediata con buena respuesta y sin efectos adversos relevantes por lo que se sustituye por metilfenidato-oros.

**Discusión:** Aunque un elevado porcentaje de pacientes con diagnóstico de TDAH en infancia mantienen los síntomas tras el paso a la edad adulta, sigue siendo un diagnóstico relativamente reciente en dicha población y es a menudo infradiagnosticado y por tanto tratado de manera inadecuada, observando tasas de hasta el 75% de pacientes no diagnosticados. Con frecuencia a muchos adultos que nunca han recibido un diagnóstico adecuado de TDAH se les atribuyen los síntomas típicos de este cuadro a cuestiones afectivas o caracteriales. Existen también estudios que demuestran un solapamiento entre el TDAH y los trastornos afectivos hasta el punto de identificar síntomas de TDAH en más del 20% de los adultos con diagnóstico de distimia y clínica de este cuadro afectivo en el 12% aproximadamente de los adultos que reciben diagnóstico de TDAH. Nos enfrentamos al desafío de ser minuciosos en el diagnóstico diferencial (o comórbido) de ambas categorías de cara a poder ofrecer a nuestros pacientes un abordaje farmacológico y psicoterapéutico lo más ajustado posible a sus necesidades clínicas. Se debe considerar el TDAH dentro de las posibilidades diagnósticas en aquellos pacientes adultos con trastornos afectivos crónicos con síntomas marcados en la esfera cognitiva y con escasa respuesta a diferentes líneas de antidepressivos.

### **GRANDES REPETIDORES: UN RETO CLÍNICO, ASISTENCIAL Y ÉTICO. ¿EL SUICIDIO ASISTIDO CONTEMPLA SUS PECULIARIDADES?**

María Irigoyen, Lucía Ibarra, Eugenia Nicolau, Carla Albert, Margarita Puigdevall

*Psiquiatra. Lérida.*

**Caso clínico:** Se trata de una paciente de 35 años con orientación diagnóstica de trastorno por uso de sustancias con predominio de alcohol y trastorno de personalidad límite. La paciente no presenta antecedentes médicos relevantes pero destaca una biografía compleja con acontecimientos vitales estresantes de repetición y relevancia desde la primera infancia. Desde que es conocida en el servicio de Psiquiatría, se han registrado más de 50 intentos de suicidio mediante sobreingesta medicamentosa y venosecciones superficiales. Gran parte de los intentos de suicidio se producen en contexto de intoxicación etílica previa ya que la remisión del consumo de alcohol no ha podido consolidarse nunca. En los últimos 10 años ha requerido más de 275 asistencias en urgencias de Psiquiatría y de Hospital General así como 39 ingresos en hospitalización completa o parcial siempre con el objetivo de contener la crisis suicida. La paciente no tiene antecedentes familiares de conducta suicida familiar. A día de hoy, vive con su esposo quien a pesar de ser enfermo mental ejerce de cuidador principal y es su único soporte. Progresivamente ha perdido funcionalidad. Previamente trabajó en la hostelería pero recientemente no ha podido mantener mínima ocupación en empleos protegidos. Reiteradamente nos pide que le dejemos morir sin plantear el suicidio asistido de modo formal. Pero, ¿y si lo hiciera?

**Discusión:** La conducta suicida previa es el mejor predictor de futuros intentos (Oquendo *et al.*, 2004) y se define a los grandes repetidores como aquellos que han realizado más de 5 intentos de suicidio en la vida. Representan alrededor del 10% al 15% de todos los intentos de suicidio (Kreitman *et al.*, 1988). Son grandes consumidores de recursos sanitarios, plantean un desafío para los médicos y tienen un mayor riesgo de suicidio (King *et al.*, 1995; Lewinsohn *et al.*, 1994). Presentan un perfil único caracterizado por el género femenino; menor nivel educativo; ira de rasgo elevado, que no se expresa externamente; y la presencia de trastornos alimentarios y dependencia de sustancias (Blasco-Fontecilla *et al.*, 2014a). También se caracterizan por referir diagnósticos psiquiátricos previos y estar en situación de discapacidad. Un estudio reciente relaciona el trauma infantil con la impulsividad y la reincidencia en la conducta suicida (Jiménez-Treviño *et al.*, 2019). En resumen, se trata de una gran repetidora con una evolución tórpida, un elevadísimo empleo de recursos sanitarios que ha resultado poco rehabilitador a nivel psicopatológico y con un sufrimiento persistente que la va incapacitando restándole funcionalidad. Desde la aprobación de la ley de la eutanasia de diciembre de 2020, se permite el suicidio asistido a los mayores de edad con plena capacidad de juicio, con padecimiento grave, crónico e imposibilitante. Pero aunque un trastorno mental no incapacite para la toma de decisiones, sí que están descritos los déficits cognitivos en la toma de decisiones que pueden hacer más vulnerables a los pacientes suicidas (Alacreu-Crespo *et al.*, 2020). Este caso de complejo manejo asistencial puede convertirse en un verdadero conflicto ético y legal en el que la ley no parece estar provista de todas las peculiaridades propias del paciente suicida.

### **DE ESQUIZOFRENIA RESIDUAL A SÍNTOMAS FLORIDOS POR UN TUMOR INFRECLENTE**

María Isabel Navarrete Páez, Pilar Calvo Rivera

*Psiquiatra. Granada.*

**Introducción:** Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos raros. Ocasionalmente secretan catecolaminas en cantidades sufi-

cientes como para causar síntomas. En la mayoría de los casos, con la resección del tumor, los síntomas psicóticos desaparecen y esta remisión está asociada con la reducción de niveles de catecolaminas. Con la presentación de este caso queremos resaltar que los signos que indiquen inestabilidad autonómica en pacientes psicóticos, es condición crucial excluir causas somáticas, a pesar de que el estrés pueda ser concomitante en la psicosis. Además examinamos la posible relación entre los tumores de la cresta neural que secretan catecolaminas y la esquizofrenia.

## MANEJO DEL INSOMNIO SECUNDARIO A MIGRAÑA CRÓNICA CON ESTATUS: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Isabel Navarrete Páez, Pilar Calvo Rivera

*Psiquiatra. Granada.*

**Introducción:** Presentamos un caso de migraña crónica con insomnio crónico secundario, derivando al agravamiento del insomnio en estado migrañoso.

**Caso clínico:** Mujer de 35 años con migraña crónica con discapacidad severa e insomnio secundario, que empeora sin respuesta a diferentes medicamentos preventivos (dos medicamentos orales e infiltraciones de onabotulinumtoxina) que culminó en estatus durante semanas. Existe una clara correlación temporal del insomnio, con el agravamiento tanto en la frecuencia como en la intensidad de las crisis. La mala calidad del sueño sostenía la migraña y el estatus migrañoso. Diferentes hipnóticos fallaron y decidimos tratar el insomnio con niveles altos de melatonina y gotas de cannabinoil que producían un sueño reparador. La paciente recibió anticuerpos CGRP para la migraña, lo que redujo la gravedad del insomnio y el dolor y, como consecuencia, una disminución de la hipersensibilidad central.

**Discusión:** La mala calidad del sueño puede aumentar la sensibilidad al dolor al aumentar la frecuencia de los dolores de cabeza, ya que se ha observado que la gravedad y la frecuencia de los trastornos del sueño aumentan en función de la frecuencia de los dolores de cabeza. Los médicos deben ser sensibles y tratar el insomnio de forma concomitante, ya que los trastornos del sueño pueden actuar como un factor precipitante o perpetuo en la cronificación de la migraña.

## TCA EN PERSONALIDAD ANANCÁSTICA: IDEAS DE MUERTE COMO PENSAMIENTO OBSESIVO

Marta Fernández Monge, Elisa Magistrati Jiménez, Jesús Arroyo Bravo

*Psiquiatra. Cádiz.*

**Caso clínico:** Mujer de 27 años. Acude a consulta derivada por su MAP por “cuadro obsesivo”. La paciente relata que desde hace años sufre de “pensamientos recurrentes de corte obsesivo” relacionados con diferentes temas, principalmente con su aspecto físico, con su relación de pareja y miedo al abandono. Refiere autoestima baja, estar irritable la mayor parte del tiempo y llorar continuamente. También problemas de sueño y alimentación, privándose de algunas comidas por miedo a engordar y realizando cada día ejercicio físico extenuante en cantidades, horario y frecuencia fuera de la normalidad como conductas compensatorias. Numerosas comprobaciones del aspecto físico frente al espejo y preguntando a sus familiares así como del peso. Gran cantidad de respuestas de evitación de situaciones en las que exponer su cuerpo. Ideas sobrevaloradas con respecto al peso y la imagen corporal. La paciente asegura ser una persona muy exigente, perfeccionista, hiperresponsable, miedo al fracaso, baja tolerancia a la inactividad. En tratamiento con sertralina prescrita por su MAP. Refiere que los problemas con la imagen corporal y la autoestima surgieron a raíz de que engordó 30 kilos con uno de los tratamientos

antidepresivos hace unos años. Previamente sí tenía rasgos anancásticos. Antecedentes personales: infancia marcada por un padre rígido, controlador y con problemas mentales. En la adolescencia, refiere problemas para dormir, “pensamientos incontrolables” y excesivas preocupaciones. Consultó a psiquiatra privado. Comenzó a dedicarse, con 14 años a la gimnasia profesional de alto rendimiento, dedicando muchas horas del día a entrenar mientras seguía estudiando. Con 20 años volvió a acudir a psicólogo privado por “obsesiones” y “ansiedad”, incluyendo tratamiento farmacológico. Tuvo varios diagnósticos (fobia social, trastorno ansioso-depresivo, dependiente de personalidad...). Con un tratamiento comenta que engordó 30 kg. Actualmente es monitorea de *fitness*, de actividades físicas y de baile con diferentes grupos, mientras estudia peluquería y estética. Mantiene una relación estable de pareja desde hace 6 años. Antecedentes familiares: padre ha padecido trastornos mentales que no sabe especificar, intento de suicidio en la juventud e ingreso en institución psiquiátrica. Varios tíos paternos consumo perjudicial de tóxicos. Exploración: consciente, orientada. Aspecto cuidado. Colaboradora. Atención y memoria sin alteraciones. No dificultades en la concentración. Discurso coherente, lineal y adecuado a contexto. No trastornos formales del pensamiento. Si imágenes y pensamientos obsesivos y con respecto a su relación con su pareja, a sus logros, a las actitudes de la gente e ideas sobrevaloradas en relación a la imagen corporal, la delgadez o el ejercicio físico. No se detectan pseudopercepciones ni delirios. Hipotimia, irritabilidad y llanto frecuente. Refiere ideas de muerte y autolíticas no estructuradas que interpreta como contenido obsesivo egodistónico, sin intencionalidad. Ansiedad flotante psíquica y somática de intensidad moderada. Apetito conservado, ayunos voluntarios, ejercicio intenso compensatorio. Insomnio de conciliación ocasional. No retraimiento social. Juicio de realidad conservado. Intervención: se realiza seguimiento psicoterapéutico individual centrado en las conductas de evitación, exposición con prevención de respuesta con apoyo de familia y pareja, trabajo cognitivo sobre esquemas desadaptativos, autoconcepto con mejoría importante. Juicios clínicos: F.60.5 Trastorno anancástico (obsesivo-compulsivo) de la personalidad. F50.9 TCA no especificado.

## INTENTOS AUTOLÍTICOS COMO SÍNTOMA ASOCIADO A ENCEFALITIS LÍMBICA AUTOINMUNE

Marta Busto Garrido, Daniel Gutiérrez Castillo, Blanca Molina Peláez

*Psiquiatra. Málaga.*

**Caso clínico:** Mujer de 41 años sin antecedentes psiquiátricos, cuenta únicamente con una intervención de *bypass* gástrico por obesidad mórbida diez años antes. Atendida inicialmente por psiquiatría de guardia, hace seis años, tras valoración por neurología por episodios paroxísticos no epileptiformes, en estos episodios la paciente pierde el conocimiento y presenta crisis aparentemente tónico-clónicas generalizadas, en ocasiones con pérdida de control de esfínteres, con amnesia posterior, el período de amnesia llega a alcanzar diez años antes del episodio. Dada la presentación abigarrada y variable y su aparente relación con crisis de ansiedad se sospecha de un origen psicógeno. Tras una nueva crisis la paciente se deriva al centro de Salud Mental con la orientación diagnóstica de episodio disociativo y la adición de tratamiento neuroléptico a la medicación antiépiléptica. A lo largo de los dos años siguientes la paciente sigue presentando crisis epileptiformes por lo que es tratada por neurología con antiépiléticos, a pesar de la normalidad de las pruebas complementarias, y por psiquiatría por sintomatología ansiosodepresiva en relación a las crisis. En este periodo la sospecha diagnóstica por parte de neurología sigue siendo la de crisis no epileptiformes de probable origen psicógeno. Hace tres años acude nuevamente a urgencias por presentar un incremento de la frecuencia de las crisis y en la exploración refiere la pre-

sencia de una sensación visual súbita, una especie de destello en el campo visual izquierdo con posterior pérdida de visión y que se sigue de pérdida de conciencia con automatismos orodeglutatorios y manuales. Ante la presencia de estos síntomas y la refractariedad tanto a tratamiento epiléptico como psicofarmacológico (se le ha tratado con ansiolíticos, antidepresivos y neurolepticos) y psicoterapéutico se sospecha de epilepsia límbica de origen autoinmune. Se solicitan pruebas complementarias que confirman el diagnóstico y se inicia tratamiento con inmunoglobulinas con mejoría a nivel tanto de las crisis epilépticas como de la psicopatología asociada (ánimo hipotímico, ansiedad, insomnio, alteraciones sensorioceptivas e irritabilidad) sin embargo la mejoría no suele durar más de tres meses. A esto se añade que en los últimos meses la paciente ha comenzado a realizar intentos autolíticos de alta letalidad de forma impulsiva, sin planificación o ideación previa y con amnesia del período anterior al intento autolítico. Estos han consistido en intoxicaciones graves por alcohol y en la administración de insulina en grandes cantidades. Estas conductas autolíticas no se acompañan de sintomatología psiquiátrica destacable salvo insomnio puntual, ansiedad o ánimo hipotímico leve. Todo ello nos hace sospechar que puede tratarse de un síntoma más de la encefalitis autoinmune ya que los intentos de autolisis se están dando a la vez que una reagudización de la encefalitis autoinmune. En este momento la paciente se encuentra ingresada en el servicio de neurología y se ha iniciado un nuevo ciclo de inmunoglobulinas.

## LOS ESTRAGOS PSIQUIÁTRICOS Y SOCIALES DE LA COVID-19 EN UNA EMBARAZADA

Marta Busto Garrido, Blanca Molina Peláez,  
Juan Ignacio Durán Nieto, Daniel Gutiérrez Castillo

*Psiquiatra. Málaga.*

**Caso clínico:** Mujer de 35 años, actualmente embarazada de 30 semanas. Natural de Marruecos, vive en España desde hace 12 años con sus dos hijos, de 7 y 12 años. Divorciada desde 2016, actualmente tiene una nueva pareja, que es el padre del bebé que espera. Como antecedentes en salud mental cuenta atención puntual por un psiquiatra en Marruecos por sintomatología ansioso-depresiva a raíz del divorcio del padre de sus hijos. Desde entonces, ha mantenido tratamiento con escitalopram 15 mg de forma continua, alcanzando la estabilidad a nivel psicopatológico y conservando una buena funcionalidad. Tras conocer el estado actual de gestación, abandonó de forma brusca el tratamiento psicofarmacológico sin consultar previamente con su médico de familia ante el miedo a un posible efecto teratógeno sobre el feto. Cabe destacar que se trata de un embarazo deseado y planificado dentro de un contexto psicosocial estable, lo que reforzaba en ella la idea de prescindir del antidepresivo durante esta etapa. Los primeros cinco meses de gestación han transcurrido sin incidencias, tanto a nivel obstétrico y de desarrollo del feto como en lo que atañe a la salud mental de la futura madre. Sin embargo, desde hace un mes, ha comenzado a desarrollar sintomatología ansioso-depresiva cada vez más incapacitante y consistente principalmente en niveles elevados de ansiedad basal y anticipatoria, irritabilidad, insomnio global e ideas autolíticas que la paciente vivencia como egodistónicas. Han aparecido cogniciones depresivas en lo relativo tanto al cuidado de sus hijos como a las perspectivas respecto al futuro bebé, se culpabiliza por la decisión de haber planificado la gestación, refiere haberse autoagredido para provocar el parto y nos pide insistentemente que se le ingrese para inducirle el parto porque siente que no puede seguir el embarazo. En este contexto, la paciente acude de urgencias a su médico de familia, que decide derivar de forma urgente a su centro de salud mental ambulatorio de zona. Como desencadenante de esta sintomatología señala el contagio de su pareja por SARS-CoV-2, tras el que tuvieron que hacer aislamiento preventivo tanto ella como sus dos hijos. El miedo a contraer la infección y la posible repercusión

sobre el feto es lo que ella identifica como el principal foco de estrés y esto es lo que empieza a limitar su funcionalidad. Tanto ella como sus hijos apenas salen de casa, hasta el punto de que no sus hijos no están acudiendo al centro escolar. Su relación de pareja ha comenzado a verse seriamente afectada. Por todo esto, la estabilidad psicosocial que existía al planificar la gestación se ha visto comprometida. Debido a las potenciales repercusiones que el cuadro afectivo de la paciente pueda tener tanto sobre el desarrollo del feto como sobre la salud mental de la madre y la capacidad de vincularse de forma adecuada al futuro bebé se hace necesario un abordaje intensivo desde salud mental a nivel ambulatorio. Desde el centro de salud mental se le propone un seguimiento semanal con psiquiatría en coordinación con trabajo social, con el fin de dar respuesta a la demanda que se presenta.

## EFFECTO WERTHER Y TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Mercedes Valverde Barea, Ana Alvarado Dafonte,  
Luis Soldado Rodríguez, Antonio España Osuna

*Psiquiatra. Jaén.*

**Introducción:** El suicidio actualmente, es uno de los mayores problemas de salud pública, es la tercera causa de muerte en el grupo de edad de entre los 15 a los 29 años (16,36% de los jóvenes fallecidos en 2013). El 'efecto Werther' se refiere a la conducta mimética del acto suicida, haciendo referencia así a la polémica novela "Las penas del joven Werther" de Goethe, en 1774. La población más susceptible a esta influencia es aquella más vulnerable y ambivalente, como pueden ser, los adolescentes y los jóvenes, las personas que padecen trastornos de personalidad y consumo de tóxicos. Durkheim, consideraba que la imitación no se debía al efecto contagio que suponía hacer públicos los suicidios sino a que las condiciones sociales de algunos lugares, que eran las que provocaban que la gente se suicidara. El objetivo del caso es exponer la vulnerabilidad a la imitación de las conductas suicidas de los jóvenes con trastorno de personalidad y consumo de drogas.

**Casos clínicos:** Exponemos el caso de 4 jóvenes de 18 a 21 años (3 mujeres y 1 hombre) del mismo grupo de amigos que tras el fallecimiento por suicidio de un chico de 20 años en los 2 meses siguientes realizan conductas suicidas mediante la ingesta de medicación que encuentran en casa y consumo de diferentes drogas. Las dos pacientes de 21 años, planificaron al primer mes de aniversario del fallecimiento del amigo, la ingesta de drogas y medicación y dejan una nota de despedida explicando los motivos. Las pacientes precisaron hospitalización en unidad de agudos de salud mental, una paciente desarrollo una miocarditis secundaria a tóxicos, durante la hospitalización realizan tratamiento psicoterapéutico y son evaluadas, llegándose al diagnóstico de trastorno límite de personalidad y trastorno por consumo de múltiples drogas. El paciente 20 años, realizó ingesta medicamentosa al mes del aniversario pero no precisó hospitalización, realizó seguimiento ambulatorio por hospital de día, durante el proceso terapéutico se diagnosticó de Trastorno esquizoide de personalidad. La paciente de 18 años, precisó hospitalización por ideación autolesiva estructurada con riesgo de paso al acto a los 2 meses, se inició tratamiento psicoterapéutico y se diagnosticó de trastorno personalidad límite y consumo perjudicial de drogas. Los 4 jóvenes continúan seguimiento ambulatorio tanto por la unidad de salud mental comunitaria como por el centro de tratamiento de adicciones.

**Discusión:** Observamos en la serie de casos expuesta, la vulnerabilidad de los jóvenes que padecen trastornos de personalidad y consumo de drogas a las conductas suicidas, por lo que se deben identificar los factores de riesgo para la prevención de las mismas y seguir trabajando en la adecuada información de los actos suicidas ya sean consumados o no, para evitar los fenómenos de imitación. Algunas investigaciones científicas parecen corroborar que, a pesar de la exis-

tencia de un efecto contagio, la forma y el contenido de las informaciones puede provocar un efecto preventivo que ayudaría a disminuir los episodios de imitación y a prevenir las conductas suicidas y los suicidios consumados.

## LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN LA TERCERA EDAD. A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

Mercedes Valverde Barea, Ana Alvarado Dafonte,  
Luis Soldado Rodríguez

*Psiquiatra. Jaén.*

**Introducción:** La tercera edad es una etapa de la vida en la que existe una mayor vulnerabilidad en relación a la salud. En los mayores de 65 años son el rango que mayor tasa de suicidios tiene y las conductas suicidas son más letales, con mayor planificación y menor posibilidad de rescate. En el anciano el trastorno depresivo mayor es el diagnóstico más frecuentemente asociado a la conducta suicida. El 15% de los ancianos con un cuadro depresivo consuma el suicidio. La soledad, principal causa de los suicidios en la población de la tercera edad. El objetivo es abordar los factores de riesgo de suicidio en los ancianos a propósito de una serie de casos.

**Casos clínicos:** Tenemos 3 pacientes mayores de 65 años, todos han realizado un intento suicida de gran letalidad como son ingesta de glifosato, sobreingesta medicamentosa de acenocumarol y heridas autoinflingidas en cuello con arma blanca. Varón de 80 años, casado con antecedentes personales de IAM hace 1 mes. No enfermedad mental. Estresantes familiares: enfermedad de su nieta, pérdida del trabajo del hijo. Estresantes personales: Pérdida de autonomía por cardiopatía isquémica. El paciente ingresa en UCI con edema agudo de pulmón secundario al gesto autolesivo mediante la ingesta de glifosato. Exploración psicopatológica: Ánimo decaído en relación a los estresantes presentados, ansiedad paroxística. Mujer de 74 años, viuda y vive sola, se autoinflinge cortes en cuello que precisan sutura quirúrgica e ingresa en unidad de agudos de salud mental. Antecedentes personales: HTA, asma bronquial. No antecedentes de salud mental. Estresantes familiares: Su hija y cuidadora comienza a trabajar en otro pueblo y su otro hijo ingresa por COVID-19. Exploración psicopatológica: Ánimo hipotímico. Apatía. Síntomas cognitivos consistentes en despistes mnésicos y desorientación. En RMN craneal: Encefalopatía vasculodegenerativa y atrofia corticosubcortical. Mujer de 81 años, viuda, con antecedentes personales de fibrilación auricular, degeneración macular, pérdida de autonomía y dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. Realiza sobreingesta medicamentosa de acenocumarol precisando ingreso hospitalario. Exploración psicopatológica: Ánimo hipotímico. Anhedonia, sentimientos de minusvalía. Estresantes familiares: desavenencias entre los hijos respecto al cuidado y herencias. Los 3 casos realizan crítica parcial del intento suicida, reconoce la gravedad y la planificación del mismo. Los 3 cumplen criterios diagnósticos de episodio depresivo moderado.

**Discusión:** Los factores de riesgo de suicidio en personas mayores pueden ser factores médicos (enfermedades crónicas o invalidantes como demencia), psiquiátricos (depresión, síndrome confusional), psicológicos (duelo, sentimientos de soledad e inutilidad), factores del entorno familiar (estar viudo, ausencia de contacto debido a distanciamiento afectivo o disensiones con los hijos) y socioambientales (penosa situación económica). Apenas existen protocolos de actuación específicos que permitan una intervención temprana y la prevención de los suicidios en la tercera edad. Debemos mejorar los cuidados en esta población para que la pérdida de autonomía conlleve la aparición de trastornos depresivos. Los profesionales sociosanitarios debemos trabajar en la elaboración y aplicación de los mismos ya que el suicidio consumado representa un importante problema de Salud Pública en todo el mundo.

## CONDUCTA SUICIDA TRATADA CON TEC

Miguel Zacarías Pérez Sosa, Ana María Ruiz Moliner,  
Andrés Carranza Pérez- Tinao, Diego de la Vega Sánchez

*Psiquiatra. Sevilla.*

**Caso clínico:** Mujer de 36 años con antecedentes personales de hipertensión, obesidad, síndrome de apnea obstructiva del sueño y riñón poliquístico. Antecedentes familiares de primer grado de depresión, pero sin conducta suicida. Está en seguimiento en salud mental desde el año 2013 por un trastorno depresivo recurrente; con dos ingresos por cuadros depresivos en el posparto y otros dos ingresos por intentos de suicidio. Ingresó en abril de 2019 por ideación suicida persistente desde hace varios meses, con gestos suicidas prácticamente a diario en las últimas semanas (ingestas medicamentosas, cortes y autolesiones). Clínicamente además presentaba tristeza de predominio matutino, ansiedad basal elevada, apatía, anhedonia, quejas de tinte cognitivo presentes (concentración y memoria) e insomnio mixto. La paciente había estado con diferentes antidepresivos en los últimos años como la paroxetina, sertralina, vortioxetina y en ese momento estaba con clomipramina (150 mg/día), quetiapina (300 mg/día) y con altas dosis de benzodiazepinas (lorazepam 15 mg/día y lormetazepam 2 mg día). Anteriormente se habían probado otras estrategias farmacológicas como el carbonato de litio y el ácido valproico que fueron ineficaces. Durante el ingreso las pruebas complementarias fueron normales (hemograma, bioquímica, autoinmunidad, coagulación y neuroimagen) y ante el riesgo autolítico elevado y la evolución tórpida se propuso tratamiento con terapia electroconvulsiva que la paciente y su familia aceptaron. Durante la hospitalización se hicieron un total de 10 sesiones con el Thymatron System, programa LOW05, administración bilateral, con una dosis inicial del 35% de energía y una final de un 80%. En las sesiones por lo general se obtuvieron crisis convulsivas con una duración entre 20-30 segundos, registro electroencefalográfico con trazado habitual "polipuntas, punta-onda, crisis irritativa y línea base" y con unos índices de supresión posictal en torno al 90%. Como complicación del procedimiento surgió puntualmente un episodio de desaturación de oxígeno sin repercusión clínica. Posteriormente la paciente entra en el programa de TEC de continuación y tras el alta hospitalaria se hacen ocho sesiones adicionales hasta final del 2019 --se alcanza un 85% de energía-. En el año 2020 pasa a programa de mantenimiento hasta la actualidad con una sesión cada 1-2 meses (condicionado por la pandemia actual) la última el 9 de marzo de 2021.

**Discusión:** Desde el alta hospitalaria de 2019 la paciente no ha vuelto a tener ideas suicidas, mejorando notablemente en la clínica depresiva y la ansiedad, lo que ha permitido disminuir la medicación psicofarmacológica, por ejemplo, actualmente toma 3 mg/día de lorazepam en vez de los 15 mg día. Como efecto adverso del tratamiento la paciente verbaliza quejas mnesticas leves autobiográficas, por lo que se monitorizan las valoraciones cognitivas regladas. La terapia electroconvulsiva (TEC) es un procedimiento médico, seguro y eficaz, dentro del arsenal de recursos biológicos psiquiátricos, pero que actualmente sigue estando infrutilizado. La TEC se recomienda en pacientes con comportamiento suicida y/o alto riesgo de suicidio -Consenso Español sobre la Terapia Electroconvulsiva, 2018.

## LA DIFICULTAD EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA DESDE EL PUNTO DE VISTA TRANSCULTURAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mónica Miñano Meneres, Lucía González-Cordero Díaz,  
Irene Pérez Zapico

*Psiquiatra. Sevilla.*

**Introducción:** Presentamos un caso clínico atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital tras un intento autolítico, a través del cual

nos gustaría abordar la importancia de los aspectos socioculturales que resultan determinantes en el manejo, evaluación y tratamiento de los pacientes inmigrantes así como la idoneidad de un abordaje multidisciplinar.

**Caso clínico:** Varón de 40 años oriundo de Marruecos, refiere que lleva 10 años en España por motivos laborales, desempeñando durante estos años diversas actividades laborales. El 3º de una fratria de 9 hermanos. Relación conflictiva con algunos de los que residen aquí. Actualmente, vive con una de sus hermanas y su marido. Inicia seguimiento en la Unidad de Salud Mental de referencia con OD: episodio depresivo moderado. Crisis disociativas. Las entrevistas están artefactadas por la dificultad idiomática (al paciente le cuesta expresarse con claridad en castellano, teniendo su hermana que intervenir con frecuencia). Refiere que hace tres días se agobió en el contexto del dolor abdominal que tiene (“me dicen que no es nada, son los nervios que se me van al estómago”), realiza sobreingesta de pastillas de matorras con intención autolítica. Refiere que avisó al día siguiente al familiar, porque se arrepintió de lo que había hecho, y quería venir al hospital. Durante la entrevista refiere quejas acerca de su dolor abdominal, y añade que “no voy a volver a hacerme daño, yo soy religioso y no debo quitarme la vida, lo que quiero es que me deje de doler la barriga”. Comenta que desde hace aproximadamente 8-9 años, presenta ocasionalmente crisis de ansiedad y dolores en el epigastrio. Ha tenido que acudir a urgencias en multitud de ocasiones, descartándose patología orgánica aguda. Relaciona estas crisis con situaciones que le generan estrés (conflictos familiares, inestabilidad a nivel laboral, traslado a España...). Comenta que previamente vivía en Marruecos, precisando que nunca le habían ocurrido allí antes. Desde que reside aquí, estas crisis han ido aumentando en frecuencia. Refiere que desde hace 1-2 años presenta tristeza con hiporexia y pérdida de peso. Le cuesta asearse. También refiere que cuando se agobia a veces ha presentando crisis que según el relato que hace el familiar, impresionan de disociativas, comentando “no nos reconoce, como si no estuviera”, “pero luego se pone bien”.

**Discusión:** Según las referencias bibliográficas recogidas, se ha visto que el estrés relacionado con la migración, la edad de migrar y los motivos para hacerlo, las circunstancias en que tiene lugar la migración, las diferencias entre el lugar de origen y el de llegada, son todas ellas, considerados factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología y el riesgo de aparición de ideación autolítica. Teniendo en cuenta esto, parece importante una intervención compleja y multidisciplinar, insistiendo en la fase de acogida y los primeros contactos del paciente con los dispositivos para fomentar una mayor adhesión al tratamiento, colaborando en la asimilación y acomodación a la nueva cultura y el abordaje de problemas relacionados con la salud mental, facilitando la intervención y reducción del riesgo de conducta suicida.

## INGRESO, INGRESO, INGRESO... EL RETO DEL MANEJO DE LAS CRISIS: TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Ignacio Álvarez Marrodán, Batirtze Goitia Aritxa, Violeta Pibernat Serrano, Diana Crespo Amaro, Pablo Vázquez Herrera, Carmen Gómez Eguilaz

Psiquiatra. La Rioja.

**Introducción:** En las personas con trastorno límite de personalidad (TLP) se han encontrado tasas de suicidio de hasta un 10%, mientras que los intentos de suicidio son aún más frecuentes y se consideran uno de los motivos de consulta urgente más importantes de estos pacientes. El 60-70% de los pacientes con TLP llevan a cabo intentos de suicidio, y por término medio realizarán 3,3 intentos de suicidio a lo largo de su vida.

**Caso clínico:** Mujer de 33 años de edad. Ingresó en UMI tras sobreingesta medicamentosa, por signos de broncoaspiración con presen-

cia de cambios graves inflamatorios y contenido en lumen que afecta al bronquio principal izquierdo con su consecuente colapso de pulmón izquierdo. Diagnosticada de trastorno límite de la personalidad, TCA y Trastorno por consumo de tóxicos. Hasta la fecha ha precisado 20 ingresos en múltiples dispositivos y unidades. Seguimiento y toma de tratamiento irregular. Tratamiento habitual: Clopixol depot 200 mg cada 2 semanas, gabapentina 400 mg 1-1-1, sertalina 100 mg 1-0-0, rivotril 0,5 mg 1-1-1. Rx tórax al ingreso: velamiento completo el pulmón izquierdo. Tras alta en UMI ingresa en la unidad de agudos del Hospital San Pedro. Exploración psicopatológica al ingreso: discurso sin alteraciones en curso ni en contenido del pensamiento, centrado en el empeoramiento de su grave inestabilidad vital generalizada; consumo diario de anfetaminas, toma anárquica de medicación con ocasionales sobreingestas voluntarias, restricción alimentaria severa con distorsión de imagen corporal y deseos de continuar perdiendo peso. No realiza ninguna crítica y expresa intención autolítica “tirarme por un puente, pastillas” si no ingresa, de un modo claramente instrumental. No sintomatología de rango psicótico. Durante la entrevista presenta actitud pueril y demostrativa; muestra una actitud inadecuada y estado anímico inadecuado e incoherente con los hechos que relata, con risas y actitud jocosa. Continuas demandas con necesidad de inmediatez. Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre el tema en PubMed; utilizando palabras clave: *borderline personality disorder*. Al alta, seguimiento irregular en CSM. Tendencia a conductas inadecuadas por la necesidad de inmediatez ante todo, excesiva frustración ante cualquier negativa, comportamiento caprichoso y cambiante. Poco reactiva ante intervenciones psicoterapéuticas, predominando el miedo al abandono como principal factor disparador de psicopatología.

**Discusión:** El manejo del trastorno límite de personalidad es todo un reto para el clínico. El ingreso hospitalario no siempre es beneficioso en este tipo de pacientes, aunque sí se debe considerar después de un intento de suicidio grave o cuando existe un importante riesgo de suicidio, en pacientes con escaso apoyo, en casos de comorbilidad con enfermedades psiquiátricas, cuando existe riesgo inminente para otras personas y en casos de fracaso de tratamiento ambulatorio.

### Bibliografía

1. J. Paris, H. Zweig-Frank. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 42 (2001), pp. 482-487.
2. Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder (2012). National Health and Medical Research Council. 2013 [consultado 10 Jun 2018]. Disponible en: <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/mh25>

## IDEACIÓN SUICIDA EN LA INFANCIA

Nieves Baez Amuedo, Marta Fernández Monge, Isabel G. López Salas

Psiquiatra. Jerez de la Frontera.

**Caso clínico:** Luis de 10 años, acude a primera consulta acompañado por su madre. Derivado por su Pediatra porque desde hace un mes observan mayor retraimiento. Han llamado a los padres desde el colegio por encontrarle triste y aislado. Han descubierto que está visitando páginas sobre el suicidio. No hay informe escolar pero sí mucha alarma. Durante el primer mes de seguimiento ha escrito dos cartas en las que manifiesta sus deseos de reunión en el cielo con su gato: “sé que soy un estorbo para mi familia”, “sé que me estás esperando en el cielo”). Luis convive con sus padres y hermana pequeña de 4 años. Son una familia tradicional de clase media y entorno rural, que otorgan mucha importancia al rendimiento académico de su hijo. Madre refiere que tienen broncas cada dos por tres porque no quiere estudiar, no quiere entrar en clase... Padres describen que “siempre ha sido como mayor a su edad”, “ha visto el peligro desde chico... le ha costado la vida integrarse porque con los niños de su

edad no se encuentra... aunque a él no le tose nadie en el colegio". Les asusta algunas de sus reacciones: habla de adolescentes que se han suicidado, dice que no va a llegar a viejecito. Exploración y pruebas complementarias: contacto tímido y actitud que impresiona mayor edad. Buena capacidad de expresión verbal y escrita. Oscilaciones anímicas importantes en un mismo día, disforia, apatía y abulia desde hace un mes (no quiere ir al colegio, ni hacer la tarea). Sentimientos de soledad. Ideación autolítica como medio evasivo malestar, sin estructuración. No hay ningún estresor ambiental destacable precipitante. Ansiedad de rendimiento (se inhibe en la realización tareas académicas, miedo a confundirse...) y neurovegetativa (presión precordial). Baja autoestima ("hago un dibujo y me da miedo enseñarlo pensando que se van a reír de mí"). Miedos evolutivos no resueltos (especialmente a la oscuridad). Bien aceptado-valorado por grupo de iguales, tendencia al aislamiento. Coeficiente Intelectual medio-alto (test de Raven). Juicio clínico: episodio depresivo moderado. Diagnóstico diferencial: F32.1 Episodio depresivo moderado. F93.8 Otros trastornos de las emociones.

**Discusión:** El suicidio en la infancia y adolescencia se ha convertido en un serio problema de salud pública. En la franja de los 5-14 años el suicidio es la quinta causa de muerte. En el caso que presentamos resultó esencial el trabajo con los padres, que pudieran conectar con el sufrimiento real de su hijo. La coordinación con el colegio fue otro foco de intervención. Se realizó un seguimiento semanal con menor durante los primeros meses, realizando funciones de sostén y promoviendo la narcisización necesaria para reequilibrar sistema motivacional narcisista gravemente dañado.

#### Bibliografía

1. E. Dio Bleichmar. Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Barcelona: Paidós, 2005.

## SÍNDROME CHARLES BONNET U OTROS TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES EN EDAD TARDÍA

María Nieves Báez Amuedo, Cristina Romero Pérez, Isabel Guiomar Lopez Salas

*Psiquiatra. Cádiz.*

**Introducción:** A través de un caso clínico de un paciente pretendemos establecer un diagnóstico diferencial con el síndrome Charles Bonnet.

**Caso clínico:** Paciente de 82 años, con antecedentes de trasplante de córnea en ojo izquierdo, Hipertenso y Diabético, sin antecedentes previos de salud mental, que acude solo a consulta de salud mental, presentaba síntomas de ansiedad en relación al fallecimiento de su esposa hacía aproximadamente un año, ánimo hipotímico en relación al duelo, alteración del ciclo sueño-vigilia y refería ver "sapos por la casa que le tocaban las piernas y le arañaban" " bichos pequeños y también refería ver sombras como espíritus que se ponían en la cama y le tocaban " esto sucedía tanto de noche como de día, no teniendo una repercusión afectiva importante con respecto a las alucinaciones visuales complejas pero sí con vivencias egodistónicas " no me angustia pero sí que me llega a molestar...". Sin ideación delirante de perjuicio ni autorreferencial, no alteraciones conductuales. Funcionalidad conservada (vive solo y acude a centro de escuela de adultos). Se realiza Minimental 35/35, y Fototest: 30, se solicitó TAC craneal con los siguientes resultados: Cortes desde base a convexidad, moderado aspecto atrófico cortico-subcortical por otro lado esperable para la edad del paciente, como expresa el aspecto de surcos y cisuras del sistema ventricular. No hay otros hallazgos patológicos establecidos. Juicio clínico valorado por Neurología: deterioro cognitivo ligero sin criterios actualmente de demencia. Se inició tratamiento con risperidona a dosis bajas (2-3ml), quetiapina que no llegó a tolerar con escasos cambios. Finalmente obtuvo mejor tolerancia con vortioxetina 10 mg noche, lormetazepam 2 mg noche y aripirazol 5 mg por la mañan-

na. Se realiza seguimiento del paciente durante al menos 36 semanas. Durante el seguimiento ha presentado bastantes dificultades debido a que no se podía asegurar el tratamiento de forma correcta y no existía un apoyo a nivel familiar que pudiera asegurar la toma de tratamiento, con el último reajuste de tratamiento el paciente refiere encontrarse más o menos igual que siempre relacionándolo con que sigue con pseudoalucinaciones cenestésicas y visuales " los espíritus que me atacan todas las noches y me hacen daño en las piernas", visuales " últimamente no los veo pero otras veces si son como patas de ranas". Manifiesta repercusión afectiva no conductual de forma leve " me molestan no es que me angustie, ya estoy hasta acostumbrado a ello pero estoy harto". No expresa delirio sistematizado al respecto, aunque no hace crítica. No autorreferencialidad ni suspicacia. Sueño fragmentado y poco reparador.

**Discusión:** A lo largo de su seguimiento, ha sido diagnosticado de Otros trastornos de ideas delirantes (F22.8 CIE-10), aunque se ha realizado un diagnóstico diferencial entre inicio de un cuadro de demencia que se ha descartado con evaluación de neurología, aunque se podría seguir haciendo una evaluación neuropsicológica así como hemos planteado la posibilidad de que se tratara de un cuadro neurofisiológico, como síndrome de Charles Bonnet (aunque el paciente a pesar de tener un trasplante de córnea OI, el fondo de ojo fue normal y las revisiones de oftalmología también). El síndrome de Charles Bonnet (SCB) es un cuadro clínico caracterizado por alucinaciones visuales (simples o complejas) en pacientes con problemas visuales, de avanzada edad y que son conscientes de que dichas alucinaciones no son reales. En el caso descrito anteriormente pensamos en este diagnóstico al tratarse de estas alucinaciones visuales simples y complejas, tener conservada las funciones superiores del paciente y tratarse de un paciente con antecedentes de trasplante de córnea y ser diabético, sin embargo todas las exploraciones somáticas descartaron esta posibilidad. Aun así el síndrome de Charles Bonnet es un cuadro infra-diagnosticado y desconocido, cuya prevalencia puede llegar a ser del 10% en los pacientes con discapacidad visual. El diagnóstico diferencial es complejo. No existen criterios diagnósticos universalmente definidos por lo que la identificación del mismo es por exclusión y por las características de las alucinaciones. No se ha demostrado un tratamiento farmacológico que incida en la evolución del síndrome pero es importante transmitir la naturaleza benigna del cuadro así como tenerlo en cuenta cuando en nuestra clínica diaria.

## PSICOSIS E IDEAS DE MUERTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Olalla Frade Pedrosa, Ana María Sáenz Ballobar, Licet Tatiana Durán Sandoval, Julia González Villatoro, Sandra Figuerola Falcó

*Psiquiatra. Teruel.*

**Caso clínico:** Mujer de 19 años, convive con madre, la pareja de ésta y hermana de 24 años, en la vivienda propiedad de la pareja de su madre. No finalizó los estudios de la Enseñanza Secundaria Obligatoria. Soltera, sin hijos, ni pareja. Pobre grupo social. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Obesidad (IMC 28). Sin antecedentes de interés. En cuanto a los antecedentes personales psiquiátricos, consta asistencia a los 15 años a Psicología Clínica Infanto-Juvenil en dos ocasiones, tras lo que abandonó el seguimiento de motu proprio, siendo diagnosticada de fobia social. Antecedentes familiares: hermana a seguimiento por Psicología Clínica de la misma USMIJ en contexto de un trastorno de adaptación reactivo a una ruptura sentimental, de buena evolución y alta posterior. En la actualidad, madre a seguimiento por psicología de los Servicios Sociales de zona. Primo segundo diagnosticado de esquizofrenia paranoide y un primo tercero con diagnóstico de trastorno del espectro autista de 13 años. Evolución: en una primera entrevista la joven hace un discurso centrado en las vivencias de los

últimos meses, donde se expone la presencia de sintomatología compatible con un episodio psicótico. Tras ello, es necesaria la realización de varios ajustes farmacológicos hasta lograr una parcial remisión de los síntomas, precisando un ingreso hospitalario en la Unidad de Corta Estancia de Teruel, donde se contiene la forma más aguda de la enfermedad. Sin embargo, a las dos semanas, inicio de sintomatología depresiva franca, con reactivación de la sintomatología psicótica de forma más atenuada y con presencia de ideas delirantes de ruina, pérdida. Ansiedad psicótica, con inicio de consumo enólico de forma impulsiva para su mitigación. Sintomatología negativa marcada, unido a estresor familiar de ruptura sentimental de la madre y cambio de domicilio. Situación que sobrepasa los recursos de afrontamiento de la joven, con aparición de ideación autolesiva activa y marcados sentimientos de desesperanza. Por ello, procedemos a la realización de cambio de tratamiento antipsicótico previo ante la pobre respuesta por cariprazina a dosis de 6 mg 1-0-0, vortioxetina 20 mg 1-0-0 y quetiapina de liberación prolongada 300 mg 0-0-1. Tras la instauración completa del tratamiento de forma óptima, y el acompañamiento psicoterapéutico hacia la paciente y la madre, permite que se logren una marcada mejoría en las alteraciones conductuales y de la impulsividad, un buen control del consumo tóxico. Desaparición de las ideas de muerte y de la ideación autolesiva planificada, de la sintomatología de la esfera psicótica y delirante, mejoría de la angustia, todo ello unido a una regulación de los biorritmos circadianos y del apetito, con descenso del peso de forma progresiva y controlada por el personal de enfermería de salud mental.

## UN SUICIDIO FRUSTRADO TRAS INFECCIÓN POR COVID-19. A PROPÓSITO DE UN CASO

Olalla Frade Pedrosa, Licet Tatiana Durán Sandoval, Ana María Sáenz Ballobar, Sandra Figuerola Falcó, Julia González Villatoro

*Psiquiatra. Teruel.*

**Caso clínico:** Mujer de 68 años de edad, casada desde hace 42 años, convive con su esposo, ambos jubilados, ella siempre se dedicó a las labores del hogar y a la crianza de los dos hijos del matrimonio, una mujer de 39 años de edad y un varón de 36. Ambos independizados. No presentan factores estresores económicos, ni laborales, ni familiares. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. Dislipemia. Infección por COVID-19 resuelta. No otros antecedentes de interés. No contactos previos con la especialidad de psiquiatría. Antecedentes familiares: los niega. Tratamiento domiciliario: simvastatina 10 mg 0-0-1. Anamnesis: durante la primera entrevista la paciente viene acompañada por su hijo, para valoración urgente por la especialidad, ya que en la noche de ayer la paciente intentó tirarse por el hueco de las escaleras de su edificio desde la quinta planta. Este acto fue evitado por el hijo, que estaba en esos momentos con el matrimonio, al notar extraño el comportamiento de su madre. La mujer refiere que desde el confinamiento por infección de su esposo y ella por COVID-19, inició tras ello un decaimiento afectivo, un enlentecimiento psicomotriz, crisis de ansiedad y sentimientos de inutilidad, que derivó en dicho intento autolesivo. Exploración psicopatológica: consciente. Orientada en las tres esferas. Abordable y colaboradora. Discurso coherente, pero parco en palabras, precisando de una entrevista dirigida ante la inhibición que presenta. Aseada, pero con un aspecto descuidado. Hipomimia. Llanto. Ánimo depresivo franco. No irritabilidad. Labilidad emocional. No presencia de alteraciones de la esfera psicótica. Ni ideación delirante. Ansiedad basal moderada. Angustia. Ideas de muerte, sin ideación autolítica planificada. Manifestando arrepentimiento del acto y verbalizando deseos de mejora como plan a corto plazo. No heteroagresividad. Insomnio de 1ª y 3ª fase. Hiporexia, con descenso

de peso cuantificado en los últimos meses de aproximadamente 20 kg (IMC 19). Buen *insight*. Juicio de la realidad conservado. Impresión diagnóstica: intento autolesivo. Trastorno depresivo mayor. Tratamiento: sertralina 100 mg en ascenso progresivo hasta alcanza dosis de 1-1-0, mirtazapina 15 mg 0-0-1 y lorazepam 1 mg 1-1-1. Evolución: a lo largo de las sucesivas semanas y consultas, se objetiva una mejoría marcada en la paciente, la cual manifiestan sus acompañantes y la propia paciente, que nos permite retirar las benzodiazepinas de forma escalonada y en 5 semanas tras su instauración. Donde decidimos mantener el tratamiento antidepressivo íntegro debido a que la evolución de la enfermedad está siendo rápida, plena y satisfactoria, para la paciente y los familiares, reconoce retorno de los aspectos de la personalidad previos de la paciente, como la coquetería, luciendo un aspecto muy cuidado, la realización de las tareas domésticas de forma eficiente. Un discurso coherente, con normolalia, y desaparición de la bradipsiquia. Donde la paciente expresa "he vuelto a ser la de siempre...".

## PARAFRENIA. UN DIAGNÓSTICO OLVIDADO

Alberto Raya Platero, María Ángeles Arenas Jiménez, Aida Busaileh Salas

*Psiquiatra. Granada.*

**Introducción:** La parafrenia es una entidad que se enmarca dentro de los trastornos psicóticos crónicos. Es menos común que otros, como la esquizofrenia, se da con mayor frecuencia en mujeres y suele debutar a edades superiores a 45 años. Aunque no se trata de un término bien delimitado, las características peculiares de este cuadro permiten establecer una diferencia con la esquizofrenia. El término fue acuñado por Kahlbaum, pero fue utilizado posteriormente por Kraepelin para designar un cuadro psicótico intermedio entre la paranoia (trastorno por ideas delirantes) y la demencia precoz (esquizofrenia) y que se caracterizaba por una alta actividad alucinatoria acompañado con un delirio muy rico sin existencia de deterioro significativo. Aunque en los manuales diagnósticos actuales este término no aparece y se engloba dentro del diagnóstico de esquizofrenia paranoide, es utilizado en ocasiones por los profesionales de Salud Mental, ya que hace alusión a un perfil concreto de pacientes con características comunes. La parafrenia presenta un cuadro de alucinaciones y delirios que no suele asociar otros síntomas mayores de la esquizofrenia ni síntomas negativos. La clínica delirante es la más intensa y es la que gobierna el cuadro, pero la alucinatoria también suele ser intensa y, ocasionalmente, abigarrada. Los delirios son típicamente muy ricos en detalles, consistentes y están bien estructurados y sus temáticas son variadas, aunque característicamente se relacionan con temas mágicos, fantásticos y esotéricos. Estas características se traducen, en líneas generales, en pacientes mejor conservados y más funcionales globalmente, lo que hace que este término, aunque obsoleto, siga utilizándose para establecer una diferencia con los pacientes con esquizofrenia, cuyo deterioro es marcado y la funcionalidad se ve afectada en mayor o menor medida. No obstante, comparte con la esquizofrenia la tendencia a la cronicidad y la persistencia sintomática, pero el pronóstico funcional es mejor a largo plazo.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 28 años que es traída al servicio de urgencias hospitalarias por su hermano, y a instancias de las fuerzas del orden público, por haber protagonizado un episodio de heteroagresividad en el domicilio familiar asociado a conductas extrañas. Tras la entrevista realizada en el servicio de urgencias, se procedió al ingreso de la paciente en la unidad de hospitalización de salud mental, donde se realizó reintroducción del tratamiento psicofarmacológico y, tras la estabilización de la fase aguda, se dio alta con seguimiento en la unidad de salud mental comunitaria.

## INTENTO DE SUICIDIO EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO RECIENTE DE ANOREXIA NERVIOSA

Pablo del Sol Calderón, Ángela Izquierdo de la Puente, María García Moreno, Olga Méndez González, Rocio Blanco Fernandez, María Martín García

*Psiquiatra. Madrid.*

**Introducción:** Este trabajo tiene el objetivo de exponer la anorexia nerviosa como una patología con mayor riesgo de suicidio así como la psicopatología asociada.

**Caso clínico:** Mujer de 16 años que acude inicialmente a consultas externas de psiquiatría por sintomatología de restricción alimentaria. No antecedentes médico quirúrgicos de interés, salvo amenorrea secundaria desde hace 8 meses. No tiene antecedentes personales ni familiares psiquiátricos. Hija única, de padres casados. Padre informático y madre funcionaria. La paciente cursa 1 de bachillerato, con excelentes resultados académicos. Esfera social: tímida, con rumiación y anticipación ante interacciones sociales. Tiene un grupo social estable. Se identifica con un rol pasivo y con cierta sumisión. Personalidad previa: Insegura, perfeccionista, con dificultad para compartir estado emocional interno. Sus padres la definen como cariñosa y "muy obediente y nunca ha dado problemas". Enfermedad actual: la paciente reconoce que en navidad de 2019 comienza con preocupación en torno la imagen corporal. Lo relaciona con que sus amigas comenzaron a ampliar relaciones sociales lo que detonó marcada ansiedad y miedo al rechazo, que fue gestionado a través de la necesidad de adelgazar. Comenzó a restringir cuanti y cualitativamente las ingestas y a aumentar el ejercicio físico llegando a realizar unas 3 horas de deporte al día. Esto se intensificó durante el confinamiento por COVID-19. Comenzó entonces con síntomas depresivos y dificultad para desconectar de la necesidad de realizar conductas anorexígenas. Mantuvo elevada exigencia en torno a esto y los resultados académicos. En entrevista inicial, resalta la amenorrea de 8 meses de evolución, IMC 16 sin constantes alteradas y la marcada rigidez cognitiva junto con la escasa capacidad de la familia para imponer límites. Por ello se decide ingreso urgente en unidad de adolescentes. Durante el mismo, de 35 días de evolución, se inicia sertralina en dosis de 100 mg y se regulan las ingestas y los hábitos. Tras el ingreso la paciente mantiene estabilidad, con adecuada reincorporación a las clases y la vida social y familiar. Se da una recuperación ponderal e impresiona de normalización de las ingestas. Sin embargo al recuperar la menstruación, la paciente refiere distorsión de la imagen corporal con necesidad de nuevo de realizar restricciones y compensación con dificultad para integrar nuevas narrativas. Presenta elevada ansiedad que ante la negativa de su familia de permitir de nuevo estas dinámicas la paciente comienza con autolesiones en forma de rascado, explosiones de rabia ante los límites, llegando a un intento autolítico en forma de sobreingesta medicamentosa., precisando de ingreso en unidad de agudos.

**Discusión:** Se ha demostrado que la presencia de anorexia nerviosa aumenta la probabilidad de ideación autolítica, siendo estos mayores cuanto mayor es la gravedad de la anorexia, dándose también más sintomatología depresiva. Se estima que 3-20% de pacientes con anorexia realizarán un intento de suicidio, siendo factores de riesgo importante la insatisfacción corporal y el perfeccionismo.

## CONDUCTA AUTOLESIVA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD A PROPÓSITO DE UN CASO

Gala Velázquez Basterra, Diana Crespo Amaro, Carmen Gómez Eguilaz, Violeta Pibernat Serrano, Batirtze Goitia Aritxa

*Psiquiatra. La Rioja.*

**Introducción:** El trastorno límite de la personalidad ha sufrido diferentes reformulaciones a lo largo de los años, siendo actualmen-

te uno de los trastornos con más divergencia y discusión entre especialistas tanto en su génesis como en su abordaje. Como menciona Linehan en 1993, el trastorno límite de la personalidad representa un patrón de inestabilidad y desregulación a nivel conductual, emocional y cognitivo. Dicha desregulación tiene su origen en la vulnerabilidad emocional que poseen estos pacientes; con una raíz multifactorial tanto biológica como social; predominantemente, originadas de ambientes invalidantes a los que pertenecen. Alrededor del 80% de pacientes con trastorno límite de la personalidad, realizan conductas autolesivas en algún momento, aproximadamente un 40% cometió intentos de suicidio de poca gravedad y un 55% tuvo intentos de suicidios graves. Sin embargo, es importante que seamos conscientes de que las personas con un diagnóstico de trastorno límite de personalidad por tanto no solo realizan conductas autolesivas para quitarse la vida, sino que a menudo las utilizan como un medio ansiolítico para sentir dolor físico, como castigo, para controlar sentimientos, superar el dolor emocional, expresar enfado, calmarse a sí mismo, o incluso, para prevenir un potencial suicidio. Para nuestra práctica clínica es útil descifrar lo que la persona está comunicando al autolesionarse, conocer el medio en que se desarrolla y como interviene el ambiente. Nuestra misión es identificar el riesgo suicida de estas conductas, tratando de detectar cambios en el patrón, frecuencia, el tipo y el nivel de las autolesiones y determinar así el riesgo que presenta el paciente.

**Caso clínico:** Exponemos un caso clínico de una paciente de 18 años con diagnóstico de TLP, en seguimiento por USM desde 2016, con múltiples ingresos y asistencias al Servicio de Urgencias a causa de autolesiones y conductas suicidas. Haremos hincapié en lo referente al manejo, intervención y evolución de esta paciente. A su vez analizaremos la bibliografía referente a los cambios del neurodesarrollo detrás de este tipo de conductas en los pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad.

## EL COVID, UNA PIEDRA EN EL CAMINO EN LA INTERACCIÓN SOCIAL EN PACIENTE CON TEA

Isabel Laporta Herrero, Soraya Rebollar González, Diana Leza Bruis, Eric Vives Hidalgo, Sofía Belló Pérez, Marta Villodres Moreno

*Psiquiatra. La Rioja.*

**Introducción:** El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del desarrollo neurológico que se caracteriza por déficits en la comunicación y la interacción social, así como por patrones de comportamiento e intereses restringidos y repetitivos. El autismo fue descrito por primera vez por Leo Kanner en 1943. Las personas con TEA a menudo experimentan el cambio de rutinas como un desafío importante. La necesidad de adaptación durante la pandemia por el COVID-19 les puede haber causado problemas.

**Caso clínico:** Paciente de 37 años, diagnosticada de TEA, con alteraciones cualitativas en las relaciones interpersonales y en la conducta no verbal, limitado contacto visual, expresión emocional restringida; dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de espontaneidad; intereses restringidos y repetitivos, pautas rígidas de comportamiento, rigidez y concreción de pensamiento; movimientos estereotipados y conducta ritual cada vez que entra y sale de la consulta; tics y reacciones disfóricas, que han mejorado tras la instauración de topiramato, aripiprazol y bromazepam. Progresivamente, la paciente ha ido mejorando en su interacción y comunicación social, ya que se apuntó a clases en la escuela de adultos, estableciendo relaciones interpersonales; si bien, con las restricciones causadas por la pandemia, la paciente ha retrocedido en los avances logrados hasta la fecha. Aparte de la interacción social, se han visto afectadas otras rutinas que realizaba, como ir al cine o al gimnasio, incrementándose su nivel de ansiedad y necesidad de readaptación.

**Discusión:** Los resultados de varios estudios muestran un potencial impacto psicológico de la pandemia en estos pacientes. Las rutinas y estilos de vida de las personas con TEA se han visto afectados por la restricción de las redes sociales y la comunicación cara a cara. Como consecuencia de las limitaciones de los servicios que atienden a estas personas, éstas pueden experimentar una regresión en el desarrollo, y otras incluso pueden retirarse de la sociedad. Cuando los servicios vuelven a su capacidad anterior, pueden tener dificultades para reajustarse y aclimatarse. Por ello, las personas con autismo son un grupo importante que podría requerir apoyo adicional durante la COVID-19.

## LA TREPANACIÓN COMO ACTING DELIRANTE

Rocío Torrecilla Olavarrieta, Isabel Guiomar López Salas, Jesús Arroyo Bravo

*Psiquiatra. Cádiz.*

**Introducción:** La trepanación humana ha sido una práctica en culturas primitivas hasta tiempos modernos. Se utiliza para fines místicos religiosos y posteriormente para “curar” psicosis y cefaleas. Hasta que en el siglo XX surgió un movimiento que defendía la trepanación para aumentar las capacidades cognitivas.

**Caso clínico:** Paciente varón de 38 años que es ingresado en la planta de neurocirugía por realizarse una auto-trepanación. Valiéndose de diversos artilugios se realizó una trepanación a la altura de la calota que llegó hasta zonas blandas del cerebro, y después se colocó una moneda a modo de válvula. El orificio craneal le permitiría alcanzar un nivel de conciencia superior, según preconizaba el Dr. Hughes. Su petición se argumenta en la teoría de la evolución craneal lanzada en 1962, que venía a decir que la adquisición de la postura erguida por nuestros antepasados se tradujo en una merma del flujo sanguíneo en la masa encefálica, debido a la fuerza de la gravedad. Comenta que hace años comienza a preocuparse por la salud, momento en el que empieza a leer libros de dietética, medicina oriental y occidental. Refiere a sus familiares su preocupación por la trepanación, ya que de esta forma podría estar en contacto con Dios, aumentar sus capacidades intelectuales, y llegar a ser un “Iluminado”. Los motivos de la arriesgada operación fueron, según refiere el paciente, de naturaleza médica y religiosa. Religiosa, porque el paciente verbaliza que al realizarse la trepanación, existía también una intención purgativa, ya el líquido que se expulsa en dicha cirugía simboliza la serpiente y las sustancias tóxicas. A su vez, la luz llega a la duramadre y el cerebro se expande y le llega más oxígeno. Siendo el resultado una mayor paz espiritual y aumento de sus capacidades cognitivas. En la exploración psicopatológica relata ideación delirante estructurada de tipo megalomaniaco y mesiánica y a su vez amplio conocimientos de anatomía cerebral. Juicio clínico durante el ingreso: psicosis no orgánica sin especificación (F29), como diagnóstico provisional en espera de la evolución clínica.

**Discusión:** El caso clínico expuesto refleja la construcción de un delirio, como a partir de la antigua práctica de la trepanación se forma un sistema delirante muy elaborado y estructurado, que lleva al paciente al *acting delirante*. En el proceso de sistematización el sujeto delirante va estableciendo conexiones entre unas interpretaciones predelirantes y otras, teniendo todas ellas en común su relación temática con la macroestructura (nuevo *self delirante*) del discurso que constituye el delirio. A partir del “núcleo inicial” de la “idea directriz” se van estableciendo pautas cognitivas que permiten y almacenan la confirmación y la consolidación del delirio. La función es restablecer su identidad, calmar la angustia que le provoca el estado predelirante. El componente primario de dicho estado es una cognición intrínseca que contiene el núcleo de una pregunta que el enfermo tiene que responder creando así el delirio.

## USO DE ARIPIPRAZOL PARA EL TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN EPISODIO MANIACO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz Hernández Gajate, Virginia Millán Aguilar

*Psiquiatra. Córdoba.*

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 33 años. Vive solo. Pareja en Italia, sin hijos. Estudios de veterinaria. Niega hábitos tóxicos. Como antecedentes familiares tiene madre con trastorno bipolar. Como antecedentes personales de interés es VIH+, niega consultas previas a SM. El paciente acudió a Urgencias por iniciativa de su compañera de carrera al encontrárselo desnudo en domicilio. El paciente comenta insomnio global de una semana de evolución explicando que “no duerme por miedo a abandonar su cuerpo al dormir”. Inicialmente el paciente muestra en Urgencias actitud desconfiada “ya que todo lo que diga podrá ser utilizado en su contra” insistiendo en un lenguaje con tono y tasa elevados “que no está loco”. Solicita poner en consulta canciones “necesito ruido para expresarme” refiriendo “que las canciones me hablarán porque las canciones nos hablan y nos dicen lo que debemos hacer”. Tras consentimiento oral del paciente se administran 5 mg de olanzapina sublingual y se solicita analítica 3 series y TAC de cráneo para despistaje orgánico con resultados normales. Tras volver del TAC el paciente explica que hace una semana tuvo examen final para terminar carrera de veterinaria.” Llevaba muchos años acumulando estrés y tras realizar el examen ve todo diferente, siento como las cosas han cambiado, son muchas energías y muchos conocimientos”. Ha aprendido a relajarse y a meditar para poder “contribuir al cambio”. Verbaliza que quería acabar con el hambre del mundo y con las injusticias, reconociendo que necesita ayuda de la sociedad para ello. EPP: COC. Respeto, buen control impulsos en consulta. Humor expansivo. Labilidad emocional, risas inmotivadas. Ideas delirantes de perjuicio y grandiosidad. Autorreferencialidad. Interpretaciones delirantes con la música. Niega ASP. Habla en tono y tasa elevados. Discurso desorganizado y tangencial. Insomnio global. Apetito disminuido. Niega ideas autolíticas. JD: episodio maniaco con síntomas psicóticos. PT: Se acuerda manejo ambulatorio con control de la medicación por parte de la familia debiendo solicitar cita urgente en CSM. Se inicia de tratamiento aripiprazol 5 mg/día y clonazepam 1 mg/12h. Tras episodio el paciente comenzó seguimiento en CSM. El primer día de seguimiento estaba más tranquilo pero continuaba con insomnio de mantenimiento, con tasa de habla aumentada pero reductible, cierta inadecuación y familiaridad excesiva. Familia disfuncional por lo que se traslada de nuevo a domicilio propio. Se aumenta tratamiento: aripiprazol 10 mg/día y se inicia valproato 500 mg/día comenzando reducción de clonazepam hasta suspender. Posteriores días de seguimiento, continuando con mismo tratamiento el paciente presentaba importante mejoría clínica con buena capacidad funcional. Más tranquilo, biorritmos conservados. Juicio de realidad conservado y conciencia de enfermedad haciendo crítica del episodio de Urgencias. Continuará con misma medicación y seguimiento. Niega efectos secundarios.

**Discusión:** Numerosos estudios han investigado el aripiprazol como tratamiento del TB, sugiriendo que el aripiprazol es eficaz y seguro en el tratamiento de la manía. En nuestro caso hemos podido comprobar la remisión clínica sin efectos secundarios del paciente con aripiprazol en monoterapia antipsicótica junto a pequeña dosis de valproato.

## IDEACIÓN SUICIDA PERSISTENTE: ENTRE LA BIPOLARIDAD Y LO BORDERLINE. REVISIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Sheyla Sofía Sánchez Rus

*Psiquiatra. Jaén.*

**Introducción:** El suicidio es una de las más graves consecuencias de evolución de un trastorno mental. Entre las causas más habituales

de suicidio, están la depresión y el consumo de alcohol, pero en los últimos años, con el auge de los trastornos de personalidad se multiplican las consultas por pensamientos o intentos autolíticos. Las características de la ideación/gesto suicida indican la intencionalidad del episodio. Atender los pensamientos suicidas es siempre nuestra prioridad como clínicos, pero ¿nos ayudaría al diagnóstico especificar más sobre cada gesto o idea? Objetivos: analizar diferentes episodios autolíticos en paciente con trastorno bipolar (TB) y trastorno límite de personalidad (TLP): intencionalidad y letalidad del gesto, en relación con descompensación afectiva o rasgos caracteriales. Valorar la gravedad del riesgo autolítico según: naturaleza, frecuencia, intensidad, duración y persistencia de ideación suicida.

**Caso clínico:** Evaluación de “episodios suicidas” en mujer de 28 años con AP de TB y TLP. En seguimiento desde la infancia, más de 10 gestos autolíticos, algunos con ingreso hospitalario. Analizamos 4 intentos graves en edad adulta: forma, letalidad, afectación emocional y consecuencias del gesto. Escalas: Sad-Persons (urgencias); Intencionalidad Suicida de Beck (ingreso). 19 años: “su madre la echa de casa”, consumo de alcohol y corte muñeca, sutura (ira, reactividad). Comienza a vivir con los abuelos y el padre. 22 años: “su padre la sustituye por una pareja”, ingesta paracetamol, no control de dosis, daño hepático (sensación de abandono, rechazo). Empieza a vivir con nueva pareja. 23 años: “no encuentra su lugar”, ingesta medicamentosa, dosis alta BZP, ingreso en UCI (sensación de vacío, depresión). Vuelve a casa de la madre. 25 años: “ruptura con el amor de su vida”, precipitación, politraumatismo (impulso vs. depresión reactiva). Ingreso hospitalario prolongado.

**Discusión:** Los pacientes con ideas suicidas repetidas, tienen una probabilidad 4 veces mayor de recurrencia (de hacer 2 o más intentos), denominándose “ideación persistente”. La asociación de un trastorno de personalidad y un trastorno afectivo, como en este caso, multiplica los gestos autolesivos en la evolución. Existen diferencias apreciables entre los intentos por descompensación de TB (más letales y planificados aunque más “silenciosos”) y los producidos por frustración propios del TLP (menos graves, de tipo impulsivo y exhibitivo). El uso de armas o productos tóxicos (medicamentos) no conocidos, supone una alerta de ideación seria, más cuando implica planificación previa. Si bien es cierta una tendencia parasuicida, en pacientes con TLP, la elección de métodos menos letales no significa necesariamente que la intención de suicidio sea menos seria. Por tanto, hay que prestar atención siempre, a las amenazas y tentativas realizadas. A las causas conocidas (depresión y consumo enólico), deberíamos añadir los rasgos de inestabilidad (disfunción familiar y conflictos no resueltos), como factores predisponentes a ambas causas. El “trastorno del comportamiento suicida” incluido en el DSM-V dentro del trastorno depresivo mayor, debería contemplarse por su frecuencia también en otros trastornos, como el consumo de tóxicos o el TLP, y lo que podría ser más útil: definir e incluir “ideación suicida persistente” como especificador añadido al trastorno que lo ocasiona.

## COVID-19 Y REPERCUSIONES HIPOCONDRÍACAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Shaila Carrasco Falcón, Belén del Carmen Alemán Gutiérrez, Pablo Reyes Hurtado, María Amparo González Yago, María Elena Gutiérrez Hernández

*Psiquiatra. Las Palmas.*

**Introducción:** Las crisis sanitarias y económicas afectan de forma importante a la calidad de vida de la población, con especial impacto en los subgrupos poblacionales en riesgo de desarrollar patología mental. La actual pandemia por SARS-CoV-2, con el confinamiento y las restricciones de movilidad y socialización, ha sido un claro ejemplo de ello, precipitando numerosos cuadros fóbicos y ansioso-depre-

sivos. Se presenta el caso de una mujer de 63 años, previamente sana, que comienza con sintomatología de corte hipocondríaca.

**Caso clínico:** La sintomatología se inicia tras la etapa de confinamiento, cuando la paciente empieza a mostrar convencimiento de haber padecido dicha infección a raíz de una carraspera faríngea persistente. Se somete a varias pruebas PCR y serológicas obteniendo resultados repetidamente negativos. La paciente comienza un periplo por múltiples especialistas para intentar dilucidar lo que le ocurre, alegando sentirse anérgica, débil, mareada y con visión borrosa, llegando a ser vista en varias ocasiones por otorrinolaringólogos, neumólogos, internistas y oftalmólogos. Finalmente, por insistencia de los profesionales y de su familia, decide acudir a psiquiatría. A pesar del tratamiento prescrito, la situación de deterioro y autoabandono es cada vez mayor, de forma que la paciente se encierra en casa, pierde el contacto con su familia, pasa el día en actitud de clinofilia y deja de realizar sus tareas habituales. Convencida de que lo que le ocurre es algún tipo de síndrome de sensibilidad a fármacos decide abandonar todo tratamiento, momento en el que el cuadro se exacerba. Es tal el grado de angustia que llega a sufrir, que comienza con ideas pasivas de muerte que se van estructurando hacia la planificación suicida, llegando a materializar estas ideas con una amenaza de paso al acto mediante defenestración, la cual impide su familia. La paciente se debate en la ambivalencia entre el deseo de morir para cesar el sufrimiento y, por otro lado, el miedo a la propia muerte por una supuesta enfermedad que la medicina no consigue diagnosticar.

**Discusión:** Existen múltiples y variadas reacciones emocionales relacionadas con la pandemia por SARS-CoV-2 que han podido predecir problemas de salud mental como depresión, ansiedad, síntomas obsesivo-compulsivos o síntomas somáticos. No tan frecuentemente se ha informado de la aparición de cuadros hipocondríacos graves, que también deben ser tenidos en cuenta dada su frecuente aparición tras estresores vitales, su severidad y su tendencia a la cronicidad. En muchas ocasiones estos cuadros coexisten con trastornos afectivos de tipo depresivo, que junto con la angustia experimentada por la búsqueda infructuosa de la supuesta enfermedad somática subyacente, puede precipitar los intentos de suicidio. La hipocondría es un trastorno mental en el que aparece preocupación persistente acerca de tener enfermedades somáticas, aquejando al paciente síntomas somáticos o preocupaciones excesivas por el aspecto físico. El enfermo tiende a pedir exploraciones y pruebas complementarias para dilucidar la enfermedad subyacente que cree padecer. En algunos casos el cuadro se complica con trastornos afectivos, especialmente con episodios depresivos, que pueden llegar a precipitar intentos autolíticos y/o suicidios consumados.

## IMPACTO DE LA COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Shaila Carrasco Falcón, Pablo Reyes Hurtado, Belén del Carmen Alemán Gutiérrez, María Amparo González Yago, María Elena Gutiérrez Hernández

*Psiquiatra. Las Palmas.*

**Introducción:** La COVID-19 ha impactado en la vida de las personas alrededor del mundo, incluidos niños y adolescentes de una manera sin precedentes. La pandemia ha supuesto que los gobiernos implementen medidas como cerrar escuelas, distanciamiento social y la cuarentena domiciliaria. Es conocido que existe una asociación clara entre la soledad o el aislamiento y problemas de salud mental en niños y adolescentes. Presentamos el caso de una niña que precisó valoración urgente por psiquiatría durante el confinamiento por sintomatología ansiosa.

**Caso clínico:** Menor de 11 años que acude a urgencias del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria, con sus progenitores, por temor a hacerse daño. No antecedentes de interés. Convive con sus padres.

Estudia 6º de primaria, con buenos resultados académicos. Tío materno con depresión. Presenta desde el día anterior miedo a hacerse daño, llanto profuso y temblores. Refiere que comenzó a escuchar “mi voz por dentro”, que le decía que se ahorcara, que empujara a su madre o que su abuela iba a morir. Reconoce estos pensamientos como “absurdos”, duran minutos y después desaparecen, aunque pueden reaparecer. Ceden si se distrae haciendo alguna actividad. Esto le genera gran angustia, llorando, notando que el cuerpo le tiembla y con sensación de falta de aire. Niega que le haya ocurrido con anterioridad, sin embargo, los padres refieren desde que se decretara el estado de alarma la notan más nerviosa y con insomnio. Normalmente pasa mucho tiempo en la calle con sus amigos, le gusta jugar al fútbol y acudir a actividades extraescolares y que no ha podido salir desde que comenzó el confinamiento. Durante la entrevista está orientada en las tres esferas. Tranquila y colaboradora, aunque se angustia al narrar los síntomas y su preocupación por si se mantienen en el tiempo. Lenguaje fluido y coherente. Imágenes y pensamientos intrusivos, que reconoce como absurdos y que generan gran angustia, a modo de fobias de impulsión. Niega deseos de morir. Afecto hipotímico en relación a la sintomatología que presenta. No clínica de la esfera psicótica. No ideación autolítica. Al alta se recomiendan realizar paseos controlados, cerca del domicilio. En caso de crisis, puede tomar infusión de tila/valeriana, y de no obtener respuesta, administrar clonazepam solución 2 gotas.

**Discusión:** Los estudios publicados revelan que la pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto sobre la salud mental en niños y adolescentes. Las reacciones emocionales relacionadas con la COVID-19, como la preocupación, el miedo a contraer el virus y el estrés predijeron problemas de salud mental como depresión, ansiedad, síntomas TOC, síntomas somáticos e intensificación de alteraciones de conducta. Se han publicado tasas de depresión del 22,6-43,7%, y de sintomatología ansiosa 18,9-37,4%. El alcance de este impacto depende de factores como la edad, la educación, la salud mental preexistente, el nivel económico o estar en cuarentena debido a la infección. Es necesario planificar estrategias para mejorar el acceso de este grupo poblacional a los servicios de salud mental durante la crisis actual, así como después de ella.

## EN EL FIN DEL MUNDO

Sofía Gómez Sánchez, Lorena Carrascal Laso,  
Mónica Lázaro Perlado, Eduardo Mayor Toranzo,  
Laura García García, Manuel Ángel Franco Martín

*Psiquiatra. Zamora.*

**Introducción:** Han sido múltiples las líneas de evidencia que indican que la enfermedad por coronavirus 2019 ha tenido graves efectos psicológicos y sociales. Probablemente estos efectos persistan meses y años. Se asocia la situación con angustia, ansiedad, miedo, depresión, insomnio... que unido al aislamiento social y la incertidumbre agravan o propician trastornos psiquiátricos en la población que consecuentemente es más vulnerable a las conductas suicidas. Mi objetivo es la descripción de un caso clínico en el que estos síntomas conllevaron un acto suicida en la paciente.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 62 años que acude al servicio de urgencias el 24 de abril de 2020 tras autointoxicación medicamentosa. La paciente refiere que desde el inicio del confinamiento ella y su marido han estado muy angustiados, de hecho, estaban convencidos de que iban a “morir” y de que era “el fin del mundo”. Manifiesta angustia constante con bajo estado de ánimo. Presenta insomnio global y una pérdida ponderal de 8 kg. Reside con su marido en ámbito rural. Tiene tres hijas independizadas. Trabaja en servicio de limpieza del ayuntamiento de su pueblo. Antecedentes de consulta en psicología hace 10 años tras fallecimiento de su madre. Actualmente en tratamiento con alprazolam 0,25 mg pautado por su MAP. Al alta de urgen-

cias la paciente regresa a domicilio y comienza seguimiento en consultas externas (tanto con psiquiatría como con psicología) siendo precisa la instauración de tratamiento con sertralina dada la sintomatología depresiva moderada-grave que presenta. Desde primera entrevista realiza crítica de lo acontecido reconociendo que en aquel momento la situación en su domicilio era catastrófica. Su marido presentaba los mismos síntomas y además estaban pendientes de la realización de pruebas diagnósticas en relación a un nódulo pulmonar. La paciente presenta una buena respuesta al tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico habiendo recuperado en la actualidad su funcionalidad previa.

**Discusión:** La crisis de COVID-19 puede aumentar las tasas de suicidio durante y después de la pandemia. Es probable que las consecuencias para la salud mental de la crisis de COVID-19, incluida la conducta suicida, estén presentes durante mucho tiempo y alcancen su punto máximo después de la pandemia real. Para reducir los suicidios durante la crisis del COVID-19, hay que disminuir el estrés, la ansiedad, los miedos y la soledad en la población en general. La salud mental se ha mantenido en un segundo plano y debería haber campañas tradicionales y en las redes sociales para promoverla.

## Bibliografía

1. L. Sher. Psychiatric disorders and suicide in the COVID-19 era. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7337853/>
2. L. Kola. Global mental health and COVID-19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7266571/>
3. L. Sher. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7313777/>

## ACOMPañAR EN LA RUPTURA

Violeta Pibernat Serrano, Batir Goitia Aritxa, Diana Crespo Amaro,  
Carmen Gómez Eguílaz, Ignacio Álvarez Marrodán

*Psiquiatra. La Rioja.*

**Caso clínico:** Paciente de 34 años en seguimiento en Salud Mental desde hace dos años tras un primer episodio psicótico, que realiza intento autolítico mediante sobreingesta medicamentosa de 30 comprimidos de bupropión. Antecedentes: Episodio psicótico hace dos años. Presentó ideación delirante de perjuicio en forma de complot, referencialidad e interpretaciones delirantes de contenido sexual y místico, fenómenos de influencia del pensamiento, trastornos formales del pensamiento y alucinaciones auditivas comentadoras. En este ingreso inició tratamiento con aripiprazol 10 mg diarios, clonazepam 0,5 mg diarios y bupropión 150 mg diarios. Situación actual: tras el alta del primer ingreso ha continuado seguimiento ambulatorio y de forma progresiva ha empeorado su estado anímico. Afirma presentar intensos sentimientos de minusvalía, dificultades para relacionarse en el entorno social y familiar e intenso temor a no recuperar su estado previo. Ha realizado proceso terapéutico en hospital de día durante 6 meses con mejoría parcial durante el mismo. Tras el alta en hospital de día y a pesar de tratamiento antidepresivo, presenta de nuevo empeoramiento afectivo, quejas cognitivas, falta de iniciativa social y ocupacional con marcada inhibición. Expresa sentimientos de incurabilidad y desesperanza, dificultades para realizar un proyecto vital, contexto emocional en el cual realiza la sobreingesta medicamentosa mediante 30 comprimidos de bupropión con fines autolíticos. No consumo de tóxicos. Exploración psicopatológica: Consciente y orientado en las tres esferas, colaborador. Facies hipomímica. Dificultades de atención y memoria, sobre todo en lo comunicacional. Discurso dirigido, bien hilado y sin alteraciones formales del pensamiento. No presenta clínica psicótica estructurada; temor congruente con su estado afectivo a que los demás perciban sus dificultades. Tristeza sin polaridad circadiana, apatía, tendencia al encamamiento. Falta de motivación e ilusión. Sentimiento de pérdida de capacidades, desesperanza y deseos de muerte con ideación autolítica como única

salida. Enlentecimiento psicomotor. Juicio de realidad conservado. Evolución: se interviene con el paciente acompañando en el proceso de dar sentido al episodio psicótico, integrándolo en la línea vital y trabajando los elementos de duelo presentes. Se ajustó al alza el tratamiento antidepressivo, con mejoría parcial de su estado afectivo. Fue derivado a un dispositivo de rehabilitación psicosocial.

**Discusión:** La psicosis supone una sucesión de pérdidas, ante las que el sujeto se siente desvalido, dolido y poco acompañado. Se asocian pérdida de confianza en vínculos, pérdida de confianza en expectativas de futuro, en su propia mente y en su identidad. Trabajar las pérdidas que experimenta una persona que ha presentado un episodio psicótico puede suponer un marco terapéutico dirigido a la reconstrucción de la identidad y de las fortalezas que permitan hacer frente a dicho proceso.

## UNA VISIÓN SISTÉMICA EN LA CONDUCTA SUICIDA

Violeta Pibernat Serrano, Batirtze Goitia Aritxa,  
Diana Crespo Amaro, Ignacio Álvarez Marrodán,  
Pablo Vázquez Herrera, Carmen Gómez Eguílaz

*Psiquiatra. La Rioja.*

**Introducción:** las conductas de las personas, incluidas las consideradas desadaptativas, ejercen su función dentro de su sistema vincular significativo, en especial en la familia. Estos sistemas familiares encuentran su equilibrio en unas dinámicas interpersonales estables entre sus miembros, quienes adquieren determinados roles para que dicho equilibrio sea posible. El enfoque sistémico puede ayudarnos a establecer cuáles son los circuitos de interacción que perpetúan los problemas y a fomentar cambios, pudiendo aminorar el malestar que a menudo precede a la conducta suicida y parasuicida.

**Caso clínico:** Mujer de 18 años que acude a Salud Mental por clínica ansiosa y pensamientos autolíticos. Ha realizado seguimiento en salud mental infantojuvenil por síndrome ansioso depresivo y rasgos anancásticos de personalidad. En tratamiento con sertralina 100 mg diarios y lorazepam 1 mg si precisa. Es la menor de dos hermanos y estudia bachillerato. Su hermano presenta un trastorno por abuso de sustancias y alteraciones conductuales. Situación actual: Desde hace dos años presenta cuadro conformado por fluctuaciones en el estado de ánimo condicionadas por sentimientos de fracaso, pensamientos autodevaluativos y ansiedad flotante. En los últimos dos meses ha requerido dos atenciones en urgencias tras sobreingesta medicamentosa voluntaria en contexto de ansiedad, y ha presentado tres episodios de autolesiones superficiales en domicilio. A la exploración se encuentra consciente y orientada en las tres esferas. Tranquila, colaboradora. Dificultades atencionales relacionadas con la clínica presente. Discurso espontáneo, coherente y bien hilado, sin alteraciones morfosintácticas. Percepción de vacío, sensación de fracaso y pensamientos rumiativos de carácter pesimista. Tendencia a la autoexigencia, ansiedad anticipatoria, sentimientos de culpa cuando experimenta haber defraudado expectativas. Pensamientos de muerte sin ideación autolítica estructurada. Personalidad introvertida y distante, se objetivan rasgos fóbico-obsesivos de personalidad. Evolución: se propone un encuadre de psicoterapia quincenal, focalizada en aspectos dinámico-familiares y personales, empleando herramientas terapéuticas sistémicas, además de intervención psicofar-

macológica. A lo largo de la intervención se valoran abundantes elementos ansiosos actuales y pasados asociados al rendimiento académico. Se van dilucidando los conflictos interpersonales familiares relacionados con las conductas disruptivas de su hermano, que han hecho necesaria una atención familiar centrada en él. Así, la paciente focaliza sus esfuerzos en el rendimiento académico y los resultados se convierten en su fuente de valía y atención por parte de los demás, asociando así intenso temor al fracaso. Ante el empeoramiento en su rendimiento académico aparecen angustia y ansiedad, autodesprecio y pensamientos de muerte que ocasionalmente culminan en gestos autolíticos. Se proponen cambios destinados a la identificación emocional y nuevos caminos a través de los que atenuar el temor al abandono y expresar necesidades y deseos de forma adaptativa.

**Discusión:** El uso de estrategias terapéuticas sistémicas, aún en terapia individual, permite dar sentido a las pautas de relación más significativas. Una vez identificadas las pautas repetitivas y las conductas disfuncionales, se puede acompañar al paciente en el proceso de cambio que permita la emergencia de nuevas experiencias y dinámicas de relación más satisfactorias.

## INTENTOS SUICIDAS EN UN CASO DE DISTIMIA

Covadonga Huergo Lora, Sergio Ocio León, Manuel Gómez Simón,  
Mario Javier Hernández González, Aida González Suárez,  
Laura Lago García, Mercedes Valtueña García,  
Carina Ludwig y Alejandro Vázquez González

*Psiquiatra. Asturias.*

**Caso clínico:** Se comenta el caso de una mujer de 47 años, ama de casa, casada, vive en zona urbana del área de salud mental, 2 hijos, uno de ellos padece discapacidad intelectual leve y síndrome de Brugada. Alergia a ácaros, polen, polvo, marisco, lactosa, yodo. Edema de Reinke, protrusiones discales a nivel lumbar, proctitis ulcerosa leve, enfermedad celiaca. IQ: pólipo endometrial. Fumadora, no otros hábitos tóxicos. Antecedentes de violaciones repetidas por su padre durante la adolescencia. Diagnosticada de distimia durante el seguimiento en centro de salud mental. Tratamiento psicofarmacológico que sigue: lorazepam 5 mg (1 cp cada 24 horas), diazepam 10 mg (1cp cada 8 horas), alprazolam 2 mg (1 cp cada 6 horas), aripiprazol 20 mg (1 cp cada 24 horas), olanzapina 10 mg (1 cp cada 24 horas), sertralina 100 mg (1cp cada 24 horas). Conocida en también en la unidad de hospitalización por múltiples ingresos previos, el primero en el año 2015, y luego entre 4-5 ingresos cada año a partir de 2016 hasta el último a principios de diciembre de 2020. En los primeros ingresos, el motivo de ingreso es que era encontrada tras autointoxicaciones medicamentosas a base de ansiolíticos, antidepressivos y neurolepticos precisando en varias ocasiones atención en cuidados intensivos. Posteriormente, la paciente cuando presenta crisis aguda de desesperanza y pulsiones suicidas, acude a su psiquiatra y éste, tras valoración del caso, la deriva a la unidad de hospitalización hasta estabilización del mismo. La causa de estas pulsiones, desesperanza es debido, dentro de una caracteropatía frágil y sensible, al recuerdo vivo del maltrato y violaciones sufridas por el padre en su juventud y que sigue predominando en su vida actual, ya que con bastante frecuencia le invaden esos recuerdos presentando un riesgo suicida elevado siendo controlado, de momento, por la buena alianza con su terapeuta en el seguimiento estrecho del caso.