



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Restrepo B., Diana; Cardeño C., Carlos; Páramo D., Lina; Escobar G., Lina; Cortés, Vladimir; Duque G., Marle

Psicosis y quemaduras autoinfligidas

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 40, núm. 4, diciembre, 2011, pp. 798-806

Asociación Colombiana de Psiquiatría

Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622345015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Reporte de caso

Psicosis y quemaduras autoinfligidas

Diana Restrepo B.¹

Carlos Cardeno C.²

Lina Páramo D.³

Lina Escobar G.⁴

Vladimir Cortés⁵

Marle Duque G.⁶

Resumen

Introducción: La relación entre quemaduras y trastorno mental es compleja. Los trastornos mentales pueden predisponer a las quemaduras, y las quemaduras, facilitar la aparición de trastornos mentales. **Método:** Reporte de casos y revisión de la literatura. **Resultados:** Se presentan cuatro casos de mujeres con quemaduras autoinfligidas y síntomas psicóticos. El promedio de edad de estas mujeres fue de 39,2 años. La quemadura fue por llama en el 100% de los casos y el porcentaje de quemadura fue del 27,2% de superficie corporal total. Tres de las pacientes (75%) tenía un trastorno afectivo bipolar con síntomas mixtos y en el 50% de las pacientes la enfermedad mental debutó con la quemadura autoinfligida. **Conclusiones:** En todo paciente quemado debe explorarse una psicopatología de base que explique la ocurrencia de las lesiones o pueda entorpecer el proceso de recuperación y rehabilitación posterior.

Palabras clave: quemaduras, trastornos mentales, alucinaciones.

Title: Psychosis and Self-inflicted Burns

Abstract

Introduction: The relationship between mental disorder and burns is complex. Mental disorders may predispose to burns and burns can facilitate the development of mental disorders. **Method:** Case report and literature review. **Results:** We present four cases of women with self-inflicted burns and psychotic symptoms. The average age of these women was 39.2 years. Burns were caused by flames in 100% of the cases and 27.2% of the total body surface was burned. Three of the patients (75%) had a bipolar disorder with mixed symptoms and in 50%

¹ Psiquiatra de enlace, Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

² Psiquiatra de enlace, Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

³ Psiquiatra, Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

⁴ Psiquiatra, Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

⁵ Psiquiatra, Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

⁶ Residente de Psiquiatría de tercer año, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

of the patients the mental illness debuted with the self-inflicted burns. **Conclusions:** Basic psychopathology that may explain the occurrence of the injury and could hamper the process of recovery and rehabilitation should be explored in all burned patients.

Key words: Burns, mental disorders, hallucinations.

Introducción

Las quemaduras severas hacen parte de las lesiones más devastadoras y generadoras de intenso dolor físico y psicológico. La relación entre quemaduras y trastorno mental es compleja. Primero, los trastornos mentales pueden predisponer a las quemaduras: los pacientes con abuso o dependencia de sustancias tienen un riesgo elevado de lesiones, incluidas las quemaduras (1); los pacientes suicidas, quienes en un alto porcentaje sufren de enfermedad mental, pueden quemarse intencionalmente (2-4); los pacientes con trastornos de personalidad y trastornos de la conducta alimentaria (5) pueden quemarse, y los pacientes con síntomas psicóticos pueden “actuar” sus delirios y producirse la quemadura al intentar escapar de la ansiedad, miedo que les genera los síntomas psicóticos (6).

También, las quemaduras pueden predisponer a trastornos mentales: la prevalencia de depresión es alta en pacientes con trauma físico y pacientes médicamente enfermos (7,8). Los pacientes severamente quema-

dos tienen alto riesgo de desarrollar síntomas depresivos y trastorno por estrés postraumático (9). Finalmente, los trastornos mentales por sí mismos pueden complicar el tratamiento agudo y la rehabilitación de los pacientes quemados (10).

Metodología

El objetivo es describir las características demográficas, psicopatológicas y de tratamiento de cuatro pacientes psicóticas con quemaduras autoinfligidas, que ingresaron a la Unidad de Quemados del Hospital Universitario de San Vicente Fundación, en el periodo comprendido entre 2004 y 2010, y hacer una revisión del tema. Las pacientes fueron identificadas luego de que sus médicos tratantes solicitaron interconsulta al grupo de psiquiatría de enlace, y evaluadas por los autores del artículo. El diagnóstico de síntomas psiquiátricos se realizó mediante entrevista clínica no estructurada, siguiendo criterios diagnósticos DSM IV. Las pacientes fueron seguidas hasta la resolución o mejoría de los síntomas, y en una de las pacientes, hasta su muerte, por complicaciones médicas derivadas de las quemaduras autoinfligidas.

Resultados

Las características sociodemográficas se presentan en la tabla 1. Las cuatro pacientes fueron de sexo femenino, la edad promedio fue 39,2

años (21-53), el 100% de las pacientes procedía de zona rural, eran solteras y practicaban la religión católica. Las características de las quemaduras se presentan en la tabla 2. El promedio de superficie corporal quemada fue de 27,25% (15%-39%), grado II profundo y grado III. El método de las quemaduras fue por llama en todos los casos. El prome-

dio de hospitalización fue de 50,2 días (42-69); todas las pacientes necesitaron procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de sus quemaduras. Dos pacientes (50%) ingresaron a cuidados intensivos y una de las pacientes (25%) falleció como consecuencia de las severas quemaduras y las complicaciones clínicas que presentó.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Característica	Paciente				Promedio
	A	B	C	D	
Edad	21	53	42	41	39,25 años (21-53)
Ocupación	D	D	D	D	100%
Estado civil	S	S	S	S	100%
Procedencia	R Sonsón	R Andes	R Sonsón	R Liborina	100%
Religión	C	C	C	C	100%

D: desempleada; S: soltera; R: zona rural; C: religión católica.

Tabla 2. Características de las quemaduras

Característica	Paciente				Promedio
	A	B	C	D	
Porcentaje de superficie corporal	15%	30%	39%	25%	27,25
Grado	II profundo	III	II profundo y III	II profundo	II profundo
Método de quemadura	Llama	Llama	Llama	Llama	100% llama
Días de hospitalización	69	47	43	42	50,25
Cirugías	Sí	Sí	Sí	Sí	100%
Ingreso a UCI	Sí	Sí	No	No	50%
Evolución	Mejoría	Muerte	Mejoría	Mejoría	

En cuanto a los diagnósticos encontrados (tabla 3), a tres pacientes (75%) se les dictaminó trastorno afectivo bipolar con síntomas mixtos, y a una paciente (25%), depresión psicótica. En el 50% de las pacientes la quemadura autoinfligida fue la forma como se manifestó por primera vez la enfermedad mental. Dos de las pacientes (50%) presentaron un episodio de *delirium* durante la hospitalización. Todas las pacientes y sus familias recibieron apoyo psico-

lógico (tabla 4). En cuanto al manejo farmacológico, lo más frecuente fue el uso de antipsicóticos. El promedio de psicofármacos por paciente fue de 4,5 (3-6). Las características psicopatológicas de las pacientes se muestran en la tabla 4.

Discusión y revisión de la literatura

La evaluación del paciente quemado no solo comprende la cuanti-

Tabla 3. Diagnóstico psiquiátrico y tratamiento farmacológico

Característica	Paciente			
	A	B	C	D
Diagnóstico	TAB mixto	Depresión psicótica	TAB de manía psicótica	TAB mixto
Otros diagnósticos	Delirium	No	No	Delirium
Psicofármacos	O + Q + L + C	F + H + T + Le + B	H + O + L + C	O + D + P
Intervención familiar	Si	Si	Si	Si

Abreviaturas: O: olanzapina; Q: quetiapina; L: litio; C: clonazepam; F: fluoxetina; H: haloperidol; T: trazodona; Le: levomepromazina; D: divalproato de sodio; P: pipotiazina; B: biperideno

Tabla 4. Hallazgos psicopatológicos

Hallazgos psicopatológicos	Paciente A	Paciente B	Paciente C	Paciente D
Afecto	Irritabilidad	Hipotímico	Euforia	Hipotímico
Sensopercepción	Alucinaciones auditivas	Soliloquios Alucinaciones auditivas	Alucinaciones auditivas	Alucinaciones auditivas de comando
Ideas delirantes	Daño Culpa	Nihilistas	Grandiosas persecutorias	Daño, perjuicio
Motivo de la quemadura	Cumplir una alucinación	Actuación del delirio	Actuación del delirio	Cumplir una alucinación

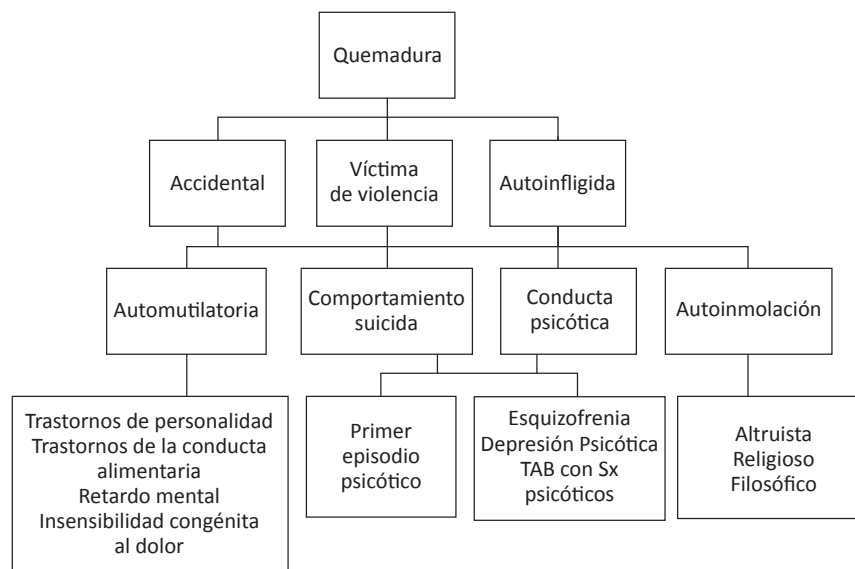
ficación del daño tisular y las complicaciones físicas y psicológicas derivadas de este. Es importante determinar las circunstancias en que se presentaron las quemaduras. De forma general, las quemaduras pueden ocurrir de forma accidental, por violencia y como resultado de lesiones autoinfligidas. Este último tipo de quemaduras es el foco principal de este reporte de casos y revisión de la literatura (figura 1).

Una quemadura autoinfligida puede buscar diferentes fines: a. suicidio, b. autodaño sin intencionalidad suicida, c. actuar una idea delirante o una alucinación, d. autoinmolación. A continuación se ampliará un poco cada uno de ellos.

Quemadura autoinfligida con fines suicidas

Cuando una persona está contemplando la posibilidad del suicidio, el acceso que pueda tener a un método específico puede ser el factor decisivo que permite trasladar los pensamientos suicidas en un acto suicida. Son múltiples los métodos que se utilizan para llevar a cabo los intentos de suicidio, el fuego es una forma específica de buscar este objetivo. El suicidio por llama es frecuente en algunos países, como Cuba (11) e India (12); sin embargo, es escasa la literatura médica.

Figura 1. Causas de las quemaduras



Quemadura autoinfligida como una forma de autodaño sin intencionalidad suicida

Los comportamientos de auto-daño se han descrito en una amplia gama de patologías psiquiátricas, como el retardo mental o los trastornos de personalidad antisocial o límite. Los estudios disponibles sobre el tema han señalado diferencias en cuanto a métodos, frecuencia y tipo de daño corporal entre los comportamientos con finalidad suicida y los de daño autoinfligido que no conducen al suicidio ni se acompañan de ideación de muerte. En general, los actos de daño autoinfligido, sin intencionalidad suicida, consisten en comportamientos automutilatorios. Por ejemplo, cortarse la piel de antebrazos, piernas, abdomen, plantas de los pies, dedos; provocarse otras lesiones, como arañarse o pincharse, quemarse con cera, cigarrillos o plásticos calientes; golpearse la cabeza u otras partes corporales contra superficies, o pellizcarse compulsivamente la piel hasta sangrar o sentir dolor (5).

Quemadura autoinfligida como una forma de actuar las alucinaciones de comando

El cumplimiento de alucinaciones de comando implica comportamientos peligrosos, violentos e ilegales, por esto su comprensión, modificación y control reviste gran interés clínico, social, legal y político.

En un pequeño estudio que incluyó a 25 pacientes, Kasper y colaboradores encontraron que 92% de los pacientes con alucinaciones de comando que les ordenaban violencia contra sí mismo las obedecían, frente a 67% de cumplimiento cuando la violencia era ordenada contra otros (13).

Para esta serie de casos merecen una atención especial las quemaduras autoinfligidas en pacientes con síntomas psicóticos. Las alucinaciones de comando se caracterizan por la necesidad de obedecer las voces que se perciben. La característica esencial que distingue las alucinaciones de comando de otro tipo de alucinaciones es que la voz se percibe como una orden y no como un comentario, por lo tanto, existe una probabilidad significativa de que quien la experimente pueda cumplir lo ordenado (14). Es escasa la literatura en relación con alucinaciones de comando. Este tipo de alucinaciones frecuentemente no son reportadas a los grupos médicos o son mal interpretadas (15). Algunos de los factores que se han asociado con la actuación de una alucinación de comando se expresan a continuación.

Creencias relacionadas con la voz

- Bondad/maldad: La creencia que el individuo tenga acerca de las voces que percibe puede influenciar el cumplimiento de ellas. Al parecer, las voces

percibidas como malévolas son resistidas y las percibidas como benévolas son cumplidas (16).

- Poder: El poder percibido de la voz es un factor que, según se cree, influencia el cumplimiento. A mayor poder de la voz de comando, mayor tendencia del individuo a cumplirla; por ejemplo, voces percibidas como omnipotentes (17).
- Reconocimiento de la voz: Cuando un individuo reconoce la voz como familiar ello puede influenciar positivamente el cumplimiento de esta (18).
- Contenido de la instrucción: Además de la creencia acerca de la voz, el contenido de la instrucción influencia positivamente el cumplimiento (19).

Delirio congruente

- Como parte de la creencia acerca de la voz, la severidad del comando y el ambiente en el cual es percibida, la presencia de una idea delirante congruente con la alucinación de comando se considera una influencia positiva para el cumplimiento de la alucinación de comando (17).

Emoción

- De acuerdo con una mirada cognitiva, la cognición y el comportamiento están directamente relacionados con el afecto. Ro-

gers y colaboradores, en 1990, observaron que en los sujetos con alucinaciones de comando, los contenidos de las alucinaciones eran más agresivos y de autocastigo (20). También, para algunos investigadores, la respuesta afectiva a las voces depende del carácter benévolo o malévolo de estas (21).

Otras teorías cognitivas

En la exploración de lo que vincula alucinación de comando y comportamiento se han planteado algunas explicaciones cognitivas que ilustran el proceso mental que puede llevar al sujeto a la acción: a. el sujeto atribuye realidad a lo que experimenta; b. la culpa por el no cumplimiento o resistencia a la alucinación; c. la omnipotencia que se le atribuye a la voz y la relación de subordinación que se asume frente a ella (22-24).

Autoinmolación

La autoinmolación en algunos países y culturas aparece como una forma de protesta frente a las dificultades sociales, religiosas, políticas y de subordinación que viven las personas. La expresión “quemarse a lo bonzo” tiene su origen en la ola de suicidios de monjes budistas, por su nombre en francés *bonze*, durante la ocupación de Indochina, en protesta contra el régimen vietnamita. El monje Thich Quang Duc se quemó vivo

en una zona concurrida de Saigón, el 11 de junio de 1963. Este método ha sido repetido por muchas otras personas en el mundo entero como método de protesta, particularmente de carácter político.

En el caso de las mujeres, la autoinmolación se presenta como una tentativa a huir de un matrimonio forzado, de la violencia doméstica o sexual a las que son sometidas. Esto ocurre con frecuencia en países como Afganistán, donde las víctimas son jóvenes entre 18 y 20 años, pobres y sin educación. En la provincia de Herat se presenta el número más alto de autoinmolaciones del país; en un periodo de seis meses, en el 2006, se presentaron 345 casos de mujeres autoinmoladas.

Conclusiones

El paciente quemado experimenta un profundo sufrimiento físico y mental, como consecuencia de las lesiones físicas. El cuidado integral de estos pacientes es complejo y requiere un grupo multidisciplinario capaz de tratar y rehabilitar al paciente, no solo desde el punto de vista físico, sino, también, psicológico. Si bien el objetivo del tratamiento inicial es la estabilización y recuperación de los tejidos y la función de los órganos y sistemas comprometidos con las quemaduras, creemos como psiquiatras de enlace que es necesario preguntarse con cada paciente quemado por las circunstancias que rodearon la quemadura, y, du-

rante todo el proceso de atención del paciente, buscar activamente la psicopatología causante de la quemadura o secundaria a la difícil experiencia vivida.

En los pacientes con quemaduras autoinfligidas, la presencia de psicopatología es común. Los síntomas psicóticos son frecuentes en estos pacientes y las quemaduras en ellos con frecuencia ocurren como resultado de la actuación de un delirio y/o alucinación.

Referencias

1. Haum A, Perbix W, Hack HJ, et al. Alcohol and drug abuse in burn injuries. *Burns*. 1995;21:194-9.
2. Palmu R, Isometsa E, Suominen K, et al. Self-inflicted burns: an eight year retrospective study in Finland. *Burns*. 2004;30:443-7.
3. Laloe V. Patterns of deliberate self-burning in various parts of the world: a review. *Burns*. 2004;30:207-15.
4. Suominen K, Henriksson M, Suokas J, et al. Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;94:234-40.
5. Rodríguez M, Guerrero S. Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. *Rev Col Psiqui*. 2005;34:343-54.
6. Palmu R, Suominen K, Vuola J, et al. Mental disorders among acute burn patients. *Burns*. 2010;36:1072-9.
7. Fauerbach JA, Lawrence J, Haythornthwaite J, et al. Preburn psychiatric history affects posttrauma morbidity. *Psychosomatics*. 1997;38:374-85.
8. Perry S, Difede J, Musngi G, et al. Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *Am J Psychiatry*. 1992;149:931-5.
9. Baur KM, Hardy PE, Van Dorsten B. Posttraumatic stress disorder in burn populations: a critical review of

- the literature. *J Burn Care Rehabil.* 1998;19:230-40.
10. Tarrier N, Gregg L, Edwards J, et al. The influence of preexisting psychiatric illness on recovery in burn injury patients: the impact of psychosis and depression. *Burns.* 2005;31:45-9.
 11. Barreiro H, Barreiro A, Viera E, et al. Quemaduras y etiología médicolegal. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2006;22.
 12. Shaha KK, Mohanthy S. Alleged dowry death: a study of homicidal burns. *Med Sci Law.* 2006;46:105-10.
 13. Kasper ME, Rogers R, Adams PA. Dangerousness and command hallucinations: an investigation of psychotic inpatients. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1996;24:219-24.
 14. Braham LG, Trower P, Birchwood M. Acting on command hallucinations and dangerous behavior: a critique of the major findings in the last decade. *Clin Psychol Rev.* 2004;24:513-28.
 15. Zysook S, Byrd D, Kuck J, et al. Command hallucinations in outpatients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 1995;56:462-5.
 16. Beck-Sander A, Birchwood M, Chadwick, P. Acting on command hallucinations: A cognitive approach. *Br J Clin Psychol.* 1997;36:139-48.
 17. Birchwood M, Meaden A, Trower P, et al. The power and omnipotence of voices. Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychol Med.* 2000;30:337-44.
 18. Rudnick A. Relation between command hallucinations and dangerous behavior. *J Am Acad Psychiatry Law.* 1999;27:253-8.
 19. Rogers R, Gillis JR, Turner RE, et al. The clinical presentation of command hallucinations in a forensic population. *Am J Psychiatry.* 1990;147:1304-7.
 20. Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices: a cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry.* 1994;164:190-201.
 21. Link B, Steuve A, Phelan J. Psychotic symptoms and violent behaviors: probing the components of "threat/ control-override symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33:S55-60.
 22. Carlsmith JM, Gross AE. Some effects of guilt on compliance. *J Pers Soc Psychol.* 1969;11:232-9.
 23. Birchwood M, Meaden A, Trower P, et al. The power and omnipotence of voices. Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychol Med.* 2000;30:337-44.

Conflictos de interés: Los autores manifiestan que no tienen conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 12 de junio del 2011
Aceptado para publicación: 28 de octubre del 2011

Correspondencia
Diana Restrepo B.
Hospital Universitario San Vicente Fundación
Calle 64 con carrera 51D
Medellín, Colombia
dianarestrepobernal@gmail.com