



# XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría Interpsiquis 2017

## **PASO AL ACTO EN FORMA DE ARSONISMO TRAS RETIRADA DE CLOZAPINA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Villagrasa B, Aguado B, Bello S, Vicente D, Salas A, Marco C, Campos R.

[beavibla@gmail.com](mailto:beavibla@gmail.com)

### **RESUMEN**

Se presenta el caso clínico de un paciente de 41 años, con antecedentes de esquizofrenia paranoide con asistencia psiquiátrica desde que tenía 15 años, sin ingresos previos y en situación de estabilidad clínica hasta que debido a un descenso en el recuento de leucocitos fue retirada la clozapina. Dos semanas más tarde, acude a Urgencias acompañado por las fuerzas del orden público por presentar graves alteraciones en la vía pública en forma de acto incendiario que conllevó serios destrozos en inmuebles y vehículos. Tras la primera valoración, se constató la presencia de un estado de angustia masiva en relación con vivencias delirantes de contenido bélico y apofánico. Se objetivaba un discurso disgregado y el juicio de realidad se encontraba profundamente mermado. No existía planificación previa en los actos delictivos cometidos. La impresión diagnóstica fue que se trataba de una reagudización psicótica e ingresó en calidad de detenido y fue pasado al Módulo Penitenciario hasta que recibió la libertad provisional. Durante su ingreso se objetivaron fenómenos de lectura del pensamiento y alteraciones sensoperceptivas auditivas y olfatorias. El cuadro psicótico agudo fue cediendo con la administración de tratamiento antipsicótico pero se hizo patente una evolución residual de su patología. El presente caso plantea el arsonismo o delito de incendio sintomático de la clínica del paso al acto psicótico y se revisa bibliográficamente de forma específica el perfil clínico de los sujetos con conductas incendiarias.

### **INTRODUCCIÓN**

El término arsonismo (procedente del inglés "arson") o delito de incendio, hace referencia al incendio provocado de forma intencionada o deliberada. El arsonismo supone un crimen que causa importantes pérdidas tanto materiales como personales, en algunos casos es un acto cuidadosamente planificado, en otros, es consecuencia de un acto impulsivo. En ocasiones, aparece como manifestación clínica de un episodio psicótico, como es el caso que se presenta.

## **PASO AL ACTO EN FORMA DE ARSONISMO TRAS RETIRADA DE CLOZAPINA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **HISTORIA CLÍNICA**

#### **Motivo de consulta**

Paciente de 41 años, que fue llevado al Servicio de Urgencias en calidad de detenido por las fuerzas del orden público por presentar graves alteraciones en la vía pública e forma de acto incendiario que conllevó serios destrozos en inmuebles y vehículos.

#### **Antecedentes personales**

Se trataba de un paciente en seguimiento psiquiátrico desde los 15 años cuando tuvo su primer desencadenamiento psicótico en forma de productividad alucinatorio-delirante de contenido paranoide y autorreferencial. No precisó ingreso y recibió tratamiento con neurolépticos clásicos (haloperidol, perfenacina, tioridacina, flufenacina...) que le produjeron efectos extrapiramidales y clínica de embotamiento y depresión asociada (se pautó también tratamiento con amitriptilina). Previamente a este primer episodio se había producido un deterioro en el rendimiento académico (antes brillante, tuvo dificultades para acabar bachillerato aunque lo finalizó) y dificultades en las relaciones con sus compañeros. Se hacía patente una personalidad premórbida con tendencia a la introversión así como una sobreprotección por parte de sus progenitores. Es importante señalar que, tras este primer episodio no se obtuvo una remisión de la clínica y persistieron manifestaciones de clínica positiva (aunque vivenciadas con menos angustia) así como una disminución del nivel psicoenergético previo (apatía, menor capacidad para la concentración, pérdida de iniciativa y capacidades ejecutivas, aislamiento...). En definitiva, se produjo una ruptura histórico-biográfica y una evolución procesual. En este contexto de gravedad, a los 17 años se inició tratamiento con clozapina (en dosis de 200-350mg al día) y un acompañamiento psicoterápico individual. Siempre se negó a acudir a otros dispositivos de rehabilitación psiquiátrica. Cuando tenía 32 años, le fue concedido el reconocimiento de discapacidad debido a la evolución caracterizada por la persistencia de la clínica ya descrita (contenido paranoide y autorreferencial, filosófico y metafísico (quienes somos, de dónde venimos, cómo sabemos que es lo real...)) y también referido al convencimiento de tener una grave enfermedad contagiosa. Toda esta temática era vivenciada con sufrimiento mantenido y con serias dificultades para mantener lazos sociales. El paciente se había mantenido durante esa etapa estable de su clínica psiquiátrica. Se encuentra soltero y siempre ha vivido con sus padres. El único antecedente médico de interés era la dislipemia que se controlaba con tratamiento dietético.

#### **Antecedentes familiares**

No constan antecedentes familiares de interés aunque describe que su abuelo paterno tenía rarezas con respecto a la dieta (vegetariana) y una misión muy particular de entender el mundo.

#### **Enfermedad actual**

El episodio actual se inició cinco meses antes de la visita a Urgencias, cuando se detectó una disminución del recuento leucocitario y se decidió disminuir progresivamente la dosis de

## **PASO AL ACTO EN FORMA DE ARSONISMO TRAS RETIRADA DE CLOZAPINA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

clozapina (asociándose de forma solapada con quetiapina) hasta su retirada completa dos meses después. Así, tres meses antes del suceso, se había producido un empeoramiento de su clínica habitual (angustia intensa ante vivencias delirantes que conllevaba insomnio). Todo ello llevó a que se reinstaurara la clozapina y que se intensificaran las visitas que pasaron a ser semanales. Se obtuvo mejoría y cierta estabilización hasta que, tres días antes, sus progenitores advertían que el paciente se encontraba inquieto e irascible, aunque no agresivo, y que rehusaba a tomar la medicación (algo muy inusual en él, pues nunca había habido problemas de adhesión al tratamiento). Describían que apenas dormía por las noches y que progresivamente se iba encontrando cada vez más inquieto y angustiado. La tarde previa a su visita a Urgencias desapareció de casa y estuvo deambulando durante toda la noche, incendiando varios contenedores de basura. Fue detenido cuando se encontraba al lado del depósito de gasolina de una ambulancia con un mechero. Al preguntarle por esos sucesos, en el día del ingreso no sabía que responder. Posteriormente durante el ingreso llegó a afirmar *"estábamos en la Tercera Guerra Mundial, algo malo iba a pasar, es el fin del mundo..."* *"En la ambulancia estaba la Madre de la Tierra, la que nos iba a destruir, se había comido ya a algún humano"*. Refería que *"notaba que las personas iban más lentas, como si se movieran a cámara lenta, algo así como en la película de la vida de John Nash... Oía ruidos fuertes, como de caída de bombas..."*. Es importante señalar que no constaba historia médico-forense previa del paciente, ni de ningún tipo de violencia y que la conducta incendiaria apareció por primera vez concomitantemente con la clínica psicótica aguda.

### **Exploración funciones psíquicas**

Al examen mental a su llegada se apreciaba un estado de angustia masiva e inexplicable ya que describía vivencias delirantes de contenido apofánico en donde estaba convencido de que iba a ocurrir algo malo a él o a sus padres y que estaba en un contexto apocalíptico y bélico. Describía vivencias de despersonalización y desrealización que asemejaba a lo reflejado en la biografía de John Nash. No era capaz de explicar por qué realizó la conducta de prender fuego a contenedores e intentarlo también con una ambulancia. No se apreciaba que hubiera una planificación previa. Su discurso era desorganizado y disgregado, había una conciencia del yo fisurada propia de un desencadenamiento psicótico. El paciente mostraba desorientación alopsíquica, siendo su nivel de conciencia alerta y vigil. Expresaba su desconfianza acerca de los cuidados médicos y en ese momento negaba alteraciones senso-perceptivas. Sus capacidades cognoscitivas y volitivas estaban mermadas, no había conservación del sentido de realidad.

### **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

Se realizó una analítica sanguínea con bioquímica básica, hemograma, vitamina B12, ácido fólico y TSH, encontrándose todos los parámetros determinados en el rango de la normalidad. Se

## **PASO AL ACTO EN FORMA DE ARSONISMO TRAS RETIRADA DE CLOZAPINA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

realizó estudio de serologías de VIH, VHB, VHC y Lúes siendo negativas. La determinación de tóxicos en orina fue negativa.

### **DIAGNÓSTICO PRINCIPAL**

Esquizofrenia paranoide de evolución procesual y actualmente reagudizada.

La principal controversia de este caso es encuadrar el delito de incendio (recogido en el Código Penal artículo 351) dentro de la descompensación psicótica, como manifestación sintomática de la misma.

### **TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN**

En un principio precisó pautas de sedación farmacológica con zuclopentixol acufase y diazepam intramuscular debido a la situación de gravedad así como contención mecánica. A pesar del estado de sedación se evidenciaron alteraciones conductuales (intentó ingerir los botones del pijama). Posteriormente y debido al estado de detenido, ingresó en el Módulo Penitenciario donde permaneció un mes. En el informe constaba que la evolución había sido favorable y que disminuyó el nivel de angustia inicial. Fue capaz de describir con mayor detalle que su conducta estuvo en relación a fenómenos delirantes y alucinatorios que tenían cualidad imperativa (obedecía señales y signos) para protegerse y proteger a los demás de potenciales catástrofes. Tras su estancia en el Módulo Penitenciario fue trasladado de nuevo a nuestra Unidad, donde al inicio expresó alivio por regresar, expresaba también pesar por lo sucedido y por si le hubiera pasado algo a alguien. Al día siguiente de su reingreso presentó un estado de intensa angustia con dromomanía y desorientación temporal. Reaparecieron vivencias delirantes en torno a la aniquilación (envenenamiento) física y mental tanto a través de la medicación como de la comida y aire (estaba convencido de que estaban contaminados). Había fenómenos de pasividad y de lectura del pensamiento, y describía alteraciones sensoperceptivas de tipo auditivo y olfatorio. Estuvo en un estado de agripnia, ya que temía que si cerraba los ojos cayera en la inconsciencia, le operasen y le fuera a pasar algo malo.

La clínica psicótica aguda descrita duró una semana y para su apaciguamiento fue necesaria la administración de zuclopentixol acufase. Se inició pauta antipsicótica con olanzapina 20mg/día. Posteriormente se apreció un estado de desmoralización en el que predominaron elementos obsesivoides en torno a su proyecto vital, a su forma de ser, al hecho de tener una enfermedad mental, a si es posible la lectura del pensamiento... Se inició sertralina a dosis de 50mg al día. Progresivamente se evidenció una mejoría anímica en donde se objetivó una mayor participación en las actividades de la unidad, todo ello en el contexto de su carácter introvertido y caviloso. Se decidió, junto a su psiquiatra de referencia, la opción de mantener el referido tratamiento antipsicótico aunque se barajó la opción de volver a la clozapina y la de instaurar pauta de

## **PASO AL ACTO EN FORMA DE ARSONISMO TRAS RETIRADA DE CLOZAPINA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

antipsicótico de liberación prolongada; pero ante la evolución favorable, los resultados objetivados y la adecuada conciencia de enfermedad se optó por mantener la olanzapina.

Tras objetivar una estabilidad psicopatológica y expresar el paciente su deseo de recibir ayuda en sus dificultades relacionales y en sus múltiples "miedos" se decidió de forma conjunta con su psiquiatra de referencia el acudir a Hospital de Día tanto durante el ingreso como tras el alta, como una forma de facilitar la transición al tratamiento en una Unidad de Media Estancia. En estos momentos, el paciente se encuentra acudiendo a Hospital de Día con una evolución favorable y una adecuada adherencia al tratamiento.

### **REVISIÓN: ARSONISMO Y ESQUIZOFRENIA**

El arsonismo o delito de incendios es definido como el incendio provocado intencionadamente que entraña peligro para la vida de otra persona, su salud o para la destrucción de una propiedad. (En la legislación española aparece recogido en el artículo 351 del Código Penal). Las consecuencias de los actos incendiarios son, en muchas ocasiones devastadoras tanto desde el punto de vista económico como personal para aquellos que los sufren. Se han distinguido, tradicionalmente, seis motivos por los que tendría lugar el acto incendiario: 1) vandalismo, 2) emoción o fascinación por el fuego; 3) venganza; 4) ocultamiento de un crimen; 5) beneficio económico y 6) conductas extremistas. En principio, cualquier acto de arsonismo estaría incluido en una de las seis categorías. En el caso que se ha presentado no se puede encuadrar dentro de estos apartados ya que es indicativo de un paso al acto indicativo de un desencadenamiento psicótico facilitado por la retirada de clozapina. El paciente en cuestión creía que se encontraba en el contexto de una Guerra Mundial y que iba a ser atacado en cualquier momento.

El caso presentado también plantea una cuestión relevante: "¿está el arsonismo o delito de incendios vinculado de forma relevante con la enfermedad psiquiátrica? Así pues, se ha realizado una revisión de la literatura científica publicada acerca de dicha cuestión realizando una búsqueda en la base de datos PUBMED usando para la misma los siguientes términos: "arson" AND "psychosis" Se obtuvieron un total de 43 artículos y se seleccionaron aquellos cuyo abstract se ajustó al objetivo de la revisión: evidenciar la relación existente entre arsonismo y enfermedad psiquiátrica y más específicamente entre arsonismo y esquizofrenia.

Sin embargo, previo a proceder con la exposición de los hallazgos más relevantes de los estudios es preciso hacer una matización e insistir en las diferencias entre arsonismo y piromanía. La piromanía aparece recogida como entidad diagnóstica en la CIE-10 dentro de los trastornos del hábito y del control de los impulsos (F63.1) y en la DSM 5 con el código 312.33. Tanto la piromanía como el arsonismo se fundamentan en la provocación de incendios de forma deliberada e intencionada y en el caso de la piromanía en más de una ocasión. Es cierto que también para el arsonismo en la bibliografía se han registrado importantes tasas de reincidencia (hasta un 25,4% en Ritchie and Huff, 22,4% en Lindberg et al.). Para piromanía se recoge como

## **PASO AL ACTO EN FORMA DE ARSONISMO TRAS RETIRADA DE CLOZAPINA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

criterio diagnóstico la experimentación de tensión o excitación previa al acto, una fascinación, interés o curiosidad o atracción por el fuego y su contexto, la experimentación de placer, gratificación o alivio al provocar incendios o al presenciar o participar en sus consecuencias. La principal diferencia con el arsonismo, es que los pirómanos no provocan un incendio para obtener un beneficio económico, ni como expresión de ideología sociopolítica, ni para ocultar una actividad criminal o expresar rabia o venganza, mejorar las condiciones de vida personales, ni en respuesta a delirio o alucinación o por una alteración del juicio (dentro de esta última se recogen tanto trastornos mentales orgánicos, como discapacidad intelectual o intoxicaciones). Se excluye también del diagnóstico de piromanía aquellos actos que se explican mejor por un trastorno de la conducta, un episodio maníaco o un trastorno disocial. En la revisión bibliográfica se obtuvo que las tasas de piromanía eran muy bajas. Linderg et al (5) recogían 12 casos de piromanía entre los 401 que habían cometido un delito de incendio, mientras que la prevalencia de piromanía en la muestra de Ritchie y Huffera de 1,3%, siendo la mayoría de los actos incendiarios registrados encuadrados dentro del concepto de arsonismo.

En cuanto a la posible relación existente entre las conductas incendiarias y la patología psiquiátrica, se recoge que los sujetos que comenten actos incendiarios tienen tasas más altas de trastorno mental cuando se les compara con sujetos sin antecedentes penales (miembros de la comunidad). Así en el estudio de Ducat et al (6) se recogen las Odds Ratio calculadas para la mayoría de los trastornos mentales, siendo estadísticamente significativas en todos ellos, adquiriendo una mayor relevancia la correspondiente a los trastornos psicóticos (7,4), el abuso de sustancias (15,6) y los trastornos de personalidad (21,36; tanto límite como disocial).

Puesto que el caso presentado recoge la conducta incendiaria como manifestación de un episodio psicótico en el contexto de una esquizofrenia paranoide, se pretende también revisar de forma más específica la relación existente entre arsonismo y trastornos psicóticos y, específicamente con la esquizofrenia. Ha sido ampliamente recogida en la bibliografía, la relación existente entre crímenes como el homicidio y la psicosis, señalando que el riesgo de cometer un homicidio entre individuos con psicosis es de 10 a 20 veces superior que en la población general<sup>i</sup>. Estas cifras se reducen considerablemente cuando se excluyen a los pacientes psicóticos violentos que no hubieran consumido sustancias psicoactivas. En el caso del arsonismo, los estudios son más escasos. Sin embargo, en todos ellos se encuentra una relación positiva con los trastornos psicóticos y en especial, con la esquizofrenia. Ya se ha recogido con anterioridad la OR correspondiente al estudio de Ducat et al. En el caso de la esquizofrenia, en el estudio de Anwar et al se recoge una OR ajustada de 22,6 en hombres y de 38,7 en mujeres, esto es, el riesgo de cometer un acto incendiario es 22,6 veces mayor en el caso de hombres con esquizofrenia y de 38,7 veces en mujeres con esquizofrenia que en controles sin antecedentes. En el caso de la esquizofrenia las conductas incendiarias se han vinculado con diversos síntomas psicóticos tanto en los días previos al acto como en el momento del acto. Así destaca la ideación delirante como

## **PASO AL ACTO EN FORMA DE ARSONISMO TRAS RETIRADA DE CLOZAPINA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

el síntoma más relevante (hasta en un tercio de los casos) (4). Además, se recoge también que en un alto porcentaje se produjo el abandono de medicación en los días previos al acto. El motivo principal de los recogidos al principio de esta breve revisión es la venganza, entendida en el contexto de la ideación delirante. Un reciente estudio ha puesto de manifiesto que los adolescentes que tuvieron un antecedente de arsonismo, tuvieron una propensión significativa para la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo.

Tras la lectura y revisión, como conclusiones principales se extraen que el arsonismo está vinculado de forma significativa con los trastornos psiquiátricos, si bien es cierto que no toda conducta incendiaria es meramente producto de una enfermedad mental, y que es preciso un cuidadoso análisis de cada caso. En relación a la salud mental, la mayoría de los estudios recogidos señalan que es de suma importancia realizar durante las entrevistas una evaluación del riesgo de paso al acto en general y de arsonismo en particular, especialmente en aquellos pacientes que ya han tenido conductas previas de este tipo. En el estudio de Ducat et al se recogió que más de un tercio (37%) de las personas con conductas incendiarias estaban registradas en el registro de Salud Mental, más que en el caso de otros delitos o de los miembros de la comunidad. Una adecuada indagación sobre las conductas incendiarias desde las consultas de Salud Mental podría evitar de alguna manera las consecuencias de este tipo de actos. Además es importante señalar la especial precaución debido al riesgo de reagudización en la discontinuación de tratamientos antipsicóticos en general y muy concretamente con la clozapina. Estas descompensaciones a veces tienen su manifestación en forma de graves e inesperados actos médico-legales como el descrito.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Huff TG, Gary G, Icové D. The myth of pyromania. Monograph, National Center for the Analysis of Violent Crime. Quantico, VA: FBI Academy.1997.
2. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. 1992.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. 2013. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
4. Ritchie E, Huff TG. Psychiatric Aspects of Arsonists. J ForensicSci.1999; 44(4):733-740.
5. Lindberg N, Holi MM, Pekka T, Virkkunen M. Looking for pyromania: Characteristics of a consecutive sample of Finnish male criminals with histories of recidivist fire-setting between 1973 and 1993. BMC Psychiatry. 2005; 5:47.
6. Ducat L, Ogloff JRP, McEwan T. Mental illness and psychiatric treatment amongst firesetters, other offenders and the general community. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2013; 47(10):945-953.
7. Schanda H, Knecht G, Schreinzer D, Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Waldhoer T. Homicide and major mental disorders: a 25-year study. Acta Psychiatr Scand. 2004; 110:98-107.

**PASO AL ACTO EN FORMA DE ARSONISMO TRAS RETIRADA DE CLOZAPINA: A  
PROPÓSITO DE UN CASO**

8. Anwar S, Långstrom N, Grann M, Fazel S. Is Arson the Crime Most Strongly Associated With Psychosis?- A national Case-Control Study of Arson Risk in Schizophrenia and Other Psychoses. Schizophrenia Bulletin. 2011; 3 (37)580-586.
9. Thomson A, Tiihonen J, Miettunen J, Virkkunen M, Lindberg N. Fire-setting performed in adolescence or early adulthood a register-based follow-up study of pre-trials offenders. Nord J Psychiatry. 2016; 27:1-6.