



VI ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA

conducta suicida

Sevilla, 17 y 18 de abril de 2015

Biblioteca
Online



PSIQUIATRÍA
BIBLIOTECA
SALUD MENTAL

VI Encuentros en Psiquiatría

Conducta Suicida

Sevilla, 17 y 18 de abril de 2015

Actas

VI ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA CONDUCTA SUICIDA

Sevilla 17 y 18 de abril de 2015



No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación y otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal)

VI Encuentros en Psiquiatría. Conducta Suicida.

© Varios autores, 2015

© Biblioteca de Salud Mental, 2015

© BibliotecaOnline SL, 2015

Calle Aquisgrán 2

28232 Las Rozas Madrid

(España)

Primera edición: Diciembre de 2015

ISBN: 978-84-15998-41-9

Diseño de cubierta: BibliotecaOnline SL

Composición: BibliotecaOnline SL

Contenido

PO-001. Perfil y predictores clínicos de suicidabilidad durante el año 2011 en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete	17
PO-002. Alerta suicidio	20
PO-003. Suicidios en red: conect@dos.....	23
PO-004. Valoración de un programa sobre detección, prevención e intervención de las conductas suicidas implantado en la Unidad de Salud Mental Comunitaria Carmona.	26
PO-005. Tentativa de suicidio en área metropolitana Barcelona: 2011-2014.....	29
PO-006. Características demográficas y clínicas de los pacientes atendidos en la interconsulta psiquiátrica de un hospital general por tentativa de suicidio	32
PO-007. Séneca y el suicidio racional	35
PO-008. Relación entre antecedentes vitales de intentos de suicidio y consumo actual de diferentes sustancias tóxicas en una muestra amplia de pacientes psiquiátricos hospitalizados.	37
PO-009. Tentativas autolíticas atendidas en urgencias en un hospital general el Área Metropolitana de Barcelona.	40
PO-010. Intentos de suicidio en el área II de Valladolid. Estudio comparativo quince años después.	43
PO-011. Reacción de adaptación: ¿Cada vez menos adaptativa?	46
PO-012. Conductas autolíticas y trastornos de personalidad.....	49
PO-013. Comportamiento suicida según género en un área rural.	52
PO-014. Intervenciones de Enfermería ante la conducta suicida	

en el anciano.	55
PO-015. Primeras consultas por riesgo autolítico en una unidad de salud mental infanto-juvenil: una serie de casos	58
PO-016. ¿Existen diferencias sociodemográficas y clínicas entre los suicidas que dejan nota y los que no?	61
PO-017. Acontecimientos estresantes y suicidios consumados en Navarra	64
PO-018. Consulta de prevención de riesgo suicida: Datos preliminares de un año de actividad	67
PO-019. Derivación directa a Atención Primaria de pacientes tras intento de suicidio.....	70
PO-020. Suicidios consumados en área metropolitana Barcelona: 2009-2014.....	73
PO-021. Derivaciones desde Atención Primaria a un ESM por ideación autolítica.....	76
PO-022. Conducta suicida en el paciente extranjero	78
PO-023. Descripción de la conducta suicida con afectación somática moderada-severa	81
PO-024. Ketamina y suicidio: una combinación explosiva	84
PO-025. Manejo de la conducta suicida en población infantojuvenil desde un dispositivo de urgencias generales	87
PO-026. Aspectos clínicos del paciente suicida que ingresa en agudos	90
PO-027. Una mirada social del paciente que ingresa en agudos tras intento de suicidio	93
PO-028. Factores de riesgo asociados con la idea suicida en pacientes que acuden de forma no programada.	96
PO-029. Suicidio y Trastorno bipolar	99
PO-030. El suicidio en la Seguridad Clínica	

de Salud Mental.....	102
PO-031. Protocolo de conducta suicida en una unidad de hospitalización breve	105
PO-032. La Hoja Roja. Un estudio.....	108
PO-033. Una Urgencia Psiquiátrica Cada Vez Más Prevalente.	110
PO-034. El suicidio en los antiguos estados socialistas.....	112
PO-035. Revisión de los principales factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes.....	114
PO-036. Estado mental suicida y creencias actitudinales ante el suicidio: un dilema ético para el profesional de salud mental.....	117
PO-037. Ideas suicidas y suicidio en personal sanitario: Características definitorias.....	120
PO-038. Equipos de atención primaria: elementos claves de prevención.....	123
PO-039. Modelo de intervención activa en la búsqueda de supervivientes tras un suicidio.....	126
PO-040. Perfil del paciente suicida en la provincia de Castellón.....	129
PO-041. ¿Por qué me corto? Aproximación a las conductas autolesivas.....	132
PO-042. Factores de riesgo suicida asociados al paciente psicótico.....	135
PO-043. Análisis descriptivo de la conducta suicida en Málaga.....	138
PO-044. Calidad de vida, ingresos y conducta suicida en pacientes que acuden a un centro de rehabilitación psicosocial.....	141
PO-045. Impulsividad, riesgo de violencia y autoagresividad en trastorno mental leve.....	144
PO-046. Eficacia de un programa de Gestión de casos de	

tentativas de suicidio.....	147
PO-047. Análisis de las variables cronológicas, biológicas y sociológicas del total de ingresos por gestos autolíticos durante los diez últimos años en el Complejo Hospitalario de Ávila.....	150
PO-048. Análisis de las variables clínicas y hospitalarias del total de ingresos por gestos autolíticos durante los diez últimos años en el Complejo Hospitalario de Ávila.	152
PO-049. Análisis de las diferencias entre variables en función del sexo y edad, del total de ingresos por gestos autolíticos durante los diez últimos años en el Complejo Hospitalario de Ávila.	155
PO-050. Valoración del riesgo suicida en urgencias.....	158
PO-051. Prevalencia de ideación autolítica e intentos autolíticos en pacientes en seguimiento en los centros de tratamiento de adicciones.....	161
PO-052. Prevalencia de conductas suicidas en población adolescente: Un riesgo a tener en cuenta.....	164
PO-053. Facebook y suicidio: hacia una nueva relación. ...	167
PO-054. Conducta suicida y diagnósticos asociados en una consulta específica de psiquiatría de alta resolución.....	170
PO-055. Suicidio, martirio y terrorismo religioso islámico.	173
PO-056. Riesgo de Conducta Suicida en Disforia de Género	176
PO-057. Factores de riesgo para la repetición de las conductas suicidas: un estudio prospectivo.	179
PO-058. Análisis descriptivo de los intentos autolíticos mediante intoxicación medicamentosa.....	182
PO-059. Utilidad de la escala de Personalidad y de acontecimiento vitales (PAV) breve en la predicción de los re-intentos de suicidio.....	185

PO-060. Intoxicación de alcohol en el año después de un intento de suicidio: un estudio prospectivo.....	188
PO-061. Suicidio y enfermedades neurológicas.	191
PO-062. Suicidio, literatura y genialidad.	194
PO-063. Conducta suicida y adolescencia: Factores que favorecen la resiliencia vs Factores de riesgo.	197
PO-064. Clozapina y Suicidio. Revisión de la evidencia.	200
PO-065. Nuevas tecnologías y suicidio.....	202
PO-066. Menor Índice de Masa Corporal en suicidio consumado en comparación con controles fallecidos por otra causa.....	204
PO-067. Uso de los servicios de urgencias durante las semanas previas al suicidio	207
PO-068. Análisis de la atención ambulatoria tras un intento autolítico en la provincia de Huelva.....	210
PO-069. Ciberacosad@s.	213
PO-070. Amigos peligrosos.....	216
PO-071. Paliperidona oral en el tratamiento de síntomas psicóticos en mayores de 65 años.....	219
PO-072. El papel de la inflamación en la depresión mayor y la acción de los antidepresivos.	222
PO-073. Eficacia de paliperidona oral en depresión refractaria.	225
PO-074. Síndrome de Capgras: modelos etiológicos.....	228
PO-075. Mejora de la sintomatología negativa y de los parámetros metabólicos con la adición o el cambio a paliperidona en una muestra de pacientes psicóticos.	231
PO-076. Factores asociados a los intentos autolíticos a los 6 y 12 meses en primeros episodios psicóticos.	234
PO-077. La desesperanza en intentos autolíticos.....	237

PO-078. Mantenimiento de la actividad y severidad de los síntomas en primeros episodios psicóticos.	240
PO-079. Awareness of mental illness and personality dimensions: Predictors of attempts of suicide?	243
PO-080. Conductas autolíticas en urgencias en pacientes con trastorno mental grave.....	246
PO-081. Tasa de suicidio entre pacientes con esquizofrenia en un programa de trastornos mentales graves: 6 años de seguimiento. Centro de Tratamiento Integral-AGC. SM V-SESPA.	249
PO-082. Adherencia y actitud hacia la medicación del paciente con TMG.....	252
PO-083. El delirio como respuesta a sentimientos y acontecimientos íntimos.....	255
PO-084. Opciones de tratamiento en paciente con TDAH y Síndrome de La Tourette.....	258
PO-085. La psicopatología plasmada en el surrealismo: un análisis psicopatológico de la obra de Salvador Dalí....	260
PO-086. Incremento de peso, funcionalidad y actitud hacia el tratamiento en pacientes con antipsicóticos.	263
PO-087. TLP.COM: Compartiendo emociones.	266
PO-088. Devuélvame mi epilepsia, doctor!!	269
PO-091. ¿Una muerte digna?.....	271
PO-092. Pérdida de conexión: el síndrome de Marchiafava-Bignami. A propósito de un caso.	273
PO-093. Más allá de la mente: a propósito de un caso de un paciente con hemocromatosis.....	276
PO-094. Entre espíritus: a propósito de un caso.	279
PO-095. A propósito del caso de un paciente con cuadro maniforme orgánico.....	282
PO-096. Jugando a un juego peligroso.....	285

PO-097. Uso de Paliperidona en las alteraciones conductuales del Trastorno del Espectro Autista, a propósito de un caso.....	288
PO-098. Acoso escolar y conducta suicida.	291
PO-099. Conciencia de enfermedad y riesgo suicida en esquizofrenia en la adolescencia.	294
PO-100. Intoxicación por litio, a propósito de un caso.....	297
PO-101. Aplicación de técnicas farmacogenéticas en la práctica clínica: a propósito de un caso.	300
PO-102. Factores psicosociales en la conducta suicida adolescente, a propósito de un caso.	303
PO-103. ¿Posesión demoniaca o encefalitis por anticuerpos antiNMDA?.....	305
PO-104. Trastorno por consumo de alcohol, trastorno afectivo e ideación suicida. Caso clínico.....	308
PO-105. Caso clínico: fenomenología en esquizofrenia. ...	311
PO-106. Caso clínico: síndrome de Charles Bonnet.	314
PO-107. A propósito de un caso: Afrontar la realidad dentro de un sistema delirante.	317
PO-108. Intentos suicidas con finales inesperados.....	320
PO-109. Manía e hipertiroidismo subclínico: a propósito de un caso.....	323
PO-110. Proyecto ¿vital? A propósito de un caso.....	326
PO-111. Psicosis e interferón, el paciente complejo: A propósito de un caso.....	329
PO-112. Por las noches oigo la televisión... apagada.	332
PO-113. Desesperanza Depresiva y Determinación Maníaca. Caso Clínico.	335
PO-114. Suicidio y violencia de género.....	338
PO-115. Comorbilidad entre el Trastorno de la	

Alimentación, Trastorno Obsesivo-Compulsivo e Hipocondría: presentación de un caso clínico.	341
PO-116. No me acuerdo de nada A propósito de un caso.....	344
PO-117. Psicosis cicloide: a propósito de un caso.....	347
PO-118. Intencionalidad autolítica vs finalidad instrumentalizadora del ambiente en pacientes diagnosticados de distimia, a propósito de un caso.....	350
PO-119. Duetto suicida. Paradigma de un suicidio ampliado.....	353
PO-120. El lamento en el cuerpo.....	356
PO-121. Conducta suicida en paciente con TOC y encefalopatía postanóxica.....	359
PO-122. Typus Melancholicus de Tellenbach, endofenotipos y conducta suicida.	362
PO-123. Crónica de una muerte anunciada.....	366
PO-124. El Espectro Bipolar y el Trastorno Límite de Personalidad. A propósito de un caso.	369
PO-125. Abordaje del Trastorno Mental Grave en Hospital de Día.	372
PO-126. Suicidio y sales de litio: la doble cara de Jano en un fármaco sexagenario.....	373
PO-127. Trastornos neuropsiquiátricos: caso clínico de Corea de Huntington.	376
PO-128. Esclerosis sistémica y psicosis que casi le cuesta la vida.....	379
PO-129. La vida antes y después de un intento de suicidio frustrado.	382
PO-130. Autopsia Psicológica - A propósito de un caso.	385
PO-131. Grandes respondedores. Tratamiento con Clozapina asociado a Factor estimulante de Colonias de Granulocitos.	387

PO-132. ¿Dejarse morir es intentar suicidarse?.....	390
PO-133. Silencio y estigma, a propósito de un caso.....	393
PO-134. Este cuchillo estaba en la salita... Suicidio por Harakiri en un paciente con Esquizofrenia ebefrénica. Fundación Hospital de Jove, Servicio e Psiquiatría, AGCSM V-SESPA.....	395
PO-135. Dismorfofobia y suicidio, a propósito de un caso.....	397
PO-136. Redes Sociales o Enfermedad? Abordaje Clínico - Terapéutico de la Racionalización Delirante de Brote psicótico en un paciente con trastorno Esquizotípico de la Personalidad. Fundación Hospital de Jove, Servicio de Psiquiatría. SM Área V- SESPA.....	399
PO-137. Pedro y el lobo.....	401
PO-138. TEC y ganas de vivir.....	404
PO-139. ¿Y ahora que va a ser de mí? La paradoja del Insight.....	407
PO-140. Manifestaciones extracutáneas del Síndrome de Darier White.....	410
PO-141. Sálvese quien pueda: familia y suicidio.....	413
PO-142. Tristeza, duelo y Parkinson.....	416
PO-143. Special K.....	418
PO-144. Suicidios literarios: El caso de Ernest Hemingway.....	421
PO-145. Automutilación genital suicida: A propósito de un caso.....	424
PO-146. Alucinosis tras sobreingesta medicamentosa. A propósito de un caso.....	427
PO-147. Hablando a través de mi piel.....	430
PO-148. Potenciación farmacológica en el trastorno depresivo mayor. A propósito de un caso.....	433

PO-149. Conducta suicida en el trastorno bipolar.	436
PO-150. Depresión vascular. Similitudes y diferencias con la demencia vascular.....	439
PO-151. Doctor, mi madre no me ve.....	442
PO-152. La rabia y el suicidio.....	445
PO-153. Ludomanía.....	448
PO-154. Del diagnóstico transversal al diagnóstico longitudinal, a propósito de un caso de trastorno bipolar.	451
PO-155. Discapacidad intelectual, alteración de conducta y uso de Paliperidona; a propósito de un caso.....	454
PO-156. Si no estuviese viva mi madre, yo me quitaría de en medio.	457
PO-157. El riesgo de la sabiduría médica, a propósito de un caso.....	460
PO-158. No me encuentro bien, vengo a ingresarme.	463
PO-159. Trastorno bipolar de inicio en la senectud secundario a enfermedad cerebrovascular por hiperhomocisteinemia: una muy rara causa de suicidio.....	466
PO-160. ¡Mi comandante, el cuartel se ha llenado de bichos!.....	469
PO-161. Otras percepciones.....	472
PO-162. Consideraciones Forenses al respecto de Internamientos Involuntarios Urgentes frecuentes en un mismo paciente.....	475
PO-163. Ideaciones autolíticas en víctima de acoso. Modificación de la responsabilidad penal.	477
PO-164. Abordaje del suicidio basado en factores que favorecen la resiliencia en adolescentes. A propósito de un caso.....	479

PO-165. Comorbilidad entre Trastorno Bipolar y Trastorno Límite de la Personalidad en la adolescencia.....	482
PO-167. Conducta suicida. Sobreviviente ante el suicidio.....	485
PO-168. Inflamación y citocinas: biología del suicidio.	488
PO-169. Valoración del riesgo de suicidio mediante técnicas de neuroimagen.	491
PO-170. Bipolaridad, suicidio y arte: a propósito de Robert Schumann.....	494
PO-171. Retrato de un escritor bipolar: Hemingway.	496
PO-172. Ideación suicida en patología dual: una aproximación diferente.	499
PO-173. Siempre la locura de por medio.....	502
PO-174. Eficacia de la psicoterapia y tratamiento farmacológico en patología dual con ideación suicida.....	505
PO-175. Stefan Zweig: un acercamiento al suicidio desde la psiquiatría y la sociología.	508
PO-176. Demencia y suicidio. A propósito de un caso.....	511
PO-177. Cuando el suicidio es el mito familiar: a propósito de un caso.....	514
PO-178. Esquizofrenia, depresión y autolisis. A propósito de un caso.....	516
PO-179. Cuando no hay otra opción... ..	519
PO-180. Morir es una arte y yo lo hago excepcionalmente bien	522
PO-181. Gran Invalidez en el ámbito social en paciente con Depresión Mayor y múltiples intentos autolíticos.....	525
PO-182. Problemas de comunicación entre dispositivos: Fracaso en el abordaje de un TMG.	529
PO-183. Ictus en sustancia blanca y esquizofrenia: a propósito de un caso.....	532

PO-184. Manifestaciones neuropsiquiátricas del LES.....	535
PO-185. Esquizofrenia y Trastorno Obsesivo Compulsivo. ¿Solapamiento diagnóstico o nueva entidad? A propósito de un caso clínico.....	538
PO-186. La vida de nadie: Un suicidio frustrado.	540
P-1.1. Riesgo suicida en los primeros episodios psicóticos	543
P-1.2. Conducta suicida asociada al trastorno bipolar.....	545
P-1.3. Características de los intentos de suicidio médicamente graves.....	547
P-2. SUICIDIO CONSENSUS: un proyecto de la SEP	549
P-3.1. Mediadores entre el maltrato infantil y la conducta suicida del adulto	551
P-3.2. Abordaje y prevención a nivel institucional de la conducta suicida	553
P-3.3. La improbable prevención de un suicidio	555
P-4.1. Evaluación y seguimiento en dispositivos ambulatorios	556
P-4.2. Abordaje y evaluación de la atención urgente	558
P-4.3. Vigilancia, evaluación y derivación desde el ingreso	560
P-5. Antidepresivos y suicidio.....	562

PO-001. Perfil y predictores clínicos de suicidabilidad durante el año 2011 en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Cano Ruiz, P; Cañas Fraile, S; Gómez Peinado, A; Romero rodenas, P; Tolosa Pérez, MT, Lucas Pérez-Romero, M.

Introducción

Según la OMS el promedio de suicidios se ha incrementado en los últimos 50 años en un 60%. Es una de las tres principales causas de muerte entre jóvenes (15-34 años). La OMS y la AIPS consideran como factor más predisponente la depresión, pero hay otros muchos que aumentan la propensión al suicidio; el TB, abuso de drogas, esquizofrenia, contextos socio-económicos pobres o una salud física débil. En las últimas décadas, el suicidio y las conductas relacionadas con el mismo se han convertido en una de las principales causas de demanda sanitaria en los servicios de urgencias. Esto implica la necesidad de establecer definiciones precisas e identificación de factores de riesgo, teniendo en cuenta que las bases del acto son multifactoriales y complejas.

Objetivos

1. Conocer las características sociodemográficas de la población atendida en urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

2. Evaluar la existencia de un posible perfil de riesgo suicida común.

Material y Método

Se realizó un estudio transversal retrospectivo y descriptivo de las características socio-demográficas de los individuos que habían consumado el suicidio en Albacete durante el año 2011. Se recogieron los datos del instituto nacional de estadística a nivel nacional.

Resultados

Se evaluaron diferentes variables socio-demográficas de forma retrospectiva (edad media, sexo, estado civil, ámbito, previsión de rescate, lugar y patología previa).

Conclusiones

Datos de este estudio nos permitirían conocer el perfil de pacientes con mayor riesgo suicida con el fin de poder así realizar intervenciones preventivas adecuadas en pacientes que acudan solicitando ayuda psiquiátrica urgente.

Bibliografía

- Geijo MS, Franco MA. Suicidio. En: Cervera S, Conde V, Espino A, Giner J, Leal C, Torres G, editores. Manual del residente de Psiquiatría. Madrid: Litofintes, 1997; P. 1269-81.
- Gutiérrez AG, Contreras CM, Orozco RC. El Suicidio, conceptos actuales. Salud Mental, Septiembre-Octubre, 2006/Vol 29, número 005. PP. 66-74.

PO-001 **Perfil y predictores clínicos de suicidabilidad durante el año 2011 en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete**



Autores: Cano Ruiz, P¹; Cañas Fraile, S¹; Gómez Peinado, A¹; Romero Rodenas, P^{1*}; Tolosa Perez, MT^{1*}; Lucas Pérez-Romero, M^{1**}.

*Médico Residente Psiquiatría CHUA
**Médico adjunto Psiquiatría CHA



INTRODUCCIÓN

Según la OMS el promedio de suicidios se ha incrementado en los últimos 50 años en un 60%, en particular en los países en desarrollo. Es actualmente una de las tres principales causas de muerte entre jóvenes de 15 a 34 años. La OMS y la AIPS (asociación internacional de la prevención del suicidio) consideran que el factor más predominante es la depresión, pero hay otros muchos que aumentan la propensión al suicidio, como el TB, abuso de drogas, esquizofrenia, antecedentes de enfermedad psiquiátrica, contextos socio-económicos y educacionales pobres o una salud física débil. En las últimas décadas, el suicidio y las conductas relacionadas con el mismo se han convertido en una de las principales causas de demanda sanitaria en los servicios de urgencias!. Esto implica la necesidad de establecer definiciones precisas que lleven a la identificación de los factores de riesgo, teniendo en cuenta que las bases del acto son multifactoriales y complejas².

OBJETIVOS

- Conocer las características sociodemográficas que define la población de que son atendidos en el servicio de urgencias del CHUA (Complejo Hospitalario Universitario de Albacete)
- Evaluar la existencia de un posible perfil de riesgo suicida común en pacientes fallecidos por suicidio.

MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio transversal retrospectivo, descriptivo de las características socio-demográficas, así como análisis de los datos de la historia clínica tanto psiquiátrica como forense de los pacientes e individuos que habían consumado el suicidio en la provincia de Albacete durante el año 2011.
- Datos del instituto nacional de estadística a nivel nacional, en la comunidad de Castilla La Mancha y en la provincia de Albacete (todas las edades, ambos sexos y nº de defunciones por suicidio)

RESULTADOS

Año	suicidios/lesiones autoinflingidas
2011	3180
2008	3457
2006	3246
2004	3507
2002	3371
2000	3393

Tabla 1. DATOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Número de fallecidos por suicidio/ lesiones autoinflingidas en los últimos 11 años.

INE 2011	muerte por todas las causas	Suicidio/lesiones autoinflingidas	total población	% de población suicida
Albacete	3454	29	401.580	0.0072%
Ciudad Real	5005	44	526.628	0.0083%
Cuenca	2287	12	215.165	0.0055%
Toledo	5472	44	705.516	0.0062%
Guadalajara	1835	16	257.442	0.0062%

Tabla 2. INE 2011. Resultados de fallecimientos en la provincia de Castilla La Mancha

•Según datos obtenidos en el INE (Instituto Nacional de estadística 2011) en la provincia de Albacete ocurrieron 29 defunciones por suicidio. De estos 29 sujetos, se analizaron a un total de 28 de forma retrospectiva, en uno de ellos no se registraron los datos.

•Se evaluaron diferentes variables socio-demográficas de forma retrospectiva, obteniéndose los siguientes datos:

- Edad media: 52,89 años**
- Sexo: 75%** varones , 25% mujeres
- Estado civil:** separado sin pareja→7 / Viudo sin pareja→5 /Soltero sin pareja→6 / casado o vida en pareja→10
- Ámbito:** 67,86% urbano, 32,14% rural
- Carta:** 17,85%
- Previsión de rescate:** 32,14%
- Lugar:** Domicilio→10 / Vía pública→11 / Campo →3 / Tren→1 /Carretera →1/ Trabajo 1 →residencia 1
- Patología previa:**
 - Patología psiquiátrica: **68,96%**
 - 35%TDM
 - 15% T.Adaptativo
 - 28,57% no enf psiquiátrica**

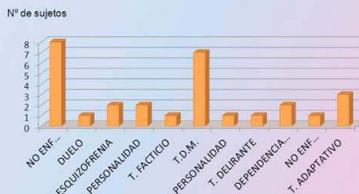


Gráfico 1. Prevalencia de patología psiquiátrica previa por diagnóstico.

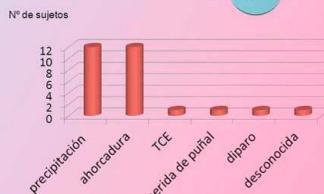


Gráfico 2. Causa que derivó la muerte según el análisis forense

CONCLUSIONES

- Los datos procedentes de este estudio permitirán conocer el perfil de pacientes con mayor riesgo suicida con el objetivo de poder así realizar intervenciones preventivas adecuadas con el fin de evitar el suicidio consumado en pacientes que acuden solicitando ayuda psiquiátrica urgente.
- Se requieren nuevos estudios más prolongados y comparativos que reduzcan también la mortalidad suicida.

BIBLIOGRAFIA

1. Geijo MS, Franco MA. Suicidio. En: Cervera S, Conde V, Espino A, Giner J, Leal C, Torres G, editores. Manual del residente de Psiquiatría. Madrid: Litofontes; 1997. P. 1269-81
2. Gutiérrez AG, Contreras CM, Orozco RC. El Suicidio, conceptos actuales. Salud Mental. Septiembre-Octubre. 2006;Vol.29. número 005. PP.66-74.

PO-002. Alerta suicidio

Cañas Frailes, Silvia; Cano Ruiz, Paloma y Gómez Peinado, Alicia.

Introducción

El trastorno esquizotípico de la personalidad constituye un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excéntricas del comportamiento. Estas características no aparecen en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, una esquizofrenia, un trastorno generalizado del desarrollo ni un trastorno psicótico.

Objetivos

Analizar las características clínicas, epidemiológicas, abordaje diagnóstico del cuadro, su evolución y riesgo suicida así como el tratamiento del trastorno esquizotípico de la personalidad.

Resultados

Se trata de sujetos que cumplen cinco o más de los siguientes puntos: Ideas de referencia, creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales, experiencias perceptivas inhabituales, pensamiento y lenguaje raro, suspicacia o ideación paranoide, afectividad inapropiada o restringida, comportamiento o apariencia rara y excéntrica, falta de amigos íntimos, ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con temores paranoides. El tratamiento es psicoterapéutico y farmacológico para el tratamiento de la inestabilidad afectiva y la depresión transitoria, en la impulsividad y la

agresividad, en los síntomas psicóticos y distorsiones cognitivas y en la ansiedad de estos sujetos.

Conclusiones

Un 10% de los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad acaban suicidándose. Se considera como una pre-esquizofrenia. La detección de este trastorno y su tratamiento precoz es fundamental para que el paciente pueda llevar una vida normal y conseguir la normalización de las relaciones sociales, familiares y prevenir el suicidio.

Bibliografía

Luis H. Ripoll et al. Empathic accuracy and cognition in schizotypal personality disorder. *Psychiatry research*, 2013.

Voglmaier, M.M., Seidman, L.J. et al: A comparative profile analysis of neuropsychological function in men and women with schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Research*, 2009.

VI ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA



conducta suicida
Sevilla, 17 y 18 de Abril 2015

ALERTA SUICIDIO

S. Cañas, P. Cano, A. Gómez
Servicio de Psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete



INTRODUCCIÓN

El trastorno esquizotípico de la personalidad constituye un patrón de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. Estas características no aparecen en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, una esquizofrenia, un trastorno generalizado del desarrollo ni un trastorno psicótico.

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas, epidemiológicas, abordaje diagnóstico del cuadro, su evolución así como el tratamiento del trastorno esquizotípico de la personalidad.

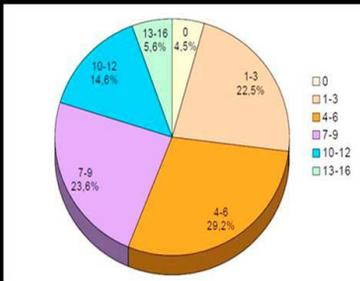


Figura 1: Porcentaje de sujetos en categorías según el número de experiencias vivenciadas

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la temática y artículos recientes sobre trastorno esquizotípico de la personalidad en guías y revistas de Psiquiatría.

RESULTADOS

Se trata de sujetos que cumplen cinco o más de los siguientes puntos: Ideas de referencia, creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales, experiencias perceptivas inhabituales, pensamiento y lenguaje raro, suspicacia o ideación paranoide, afectividad inapropiada o restringida, comportamiento o apariencia rara y excéntrica, falta de amigos íntimos, ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con temores paranoides. El tratamiento es psicoterapéutico y farmacológico para el tratamiento de la inestabilidad afectiva y la depresión transitoria, en la impulsividad y la agresividad, en los síntomas psicóticos y distorsiones cognitivas y en la ansiedad de estos sujetos.

CONCLUSIONES

Un 10% de los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad acaban suicidándose. Se considera como una pre-esquizofrenia. La detección de este trastorno y su tratamiento precoz es fundamental para que el paciente pueda llevar una vida normal y conseguir la normalización de las relaciones sociales, familiares y prevenir el suicidio.



Referencias:

- Luis H. Ripoll et al. Empathic accuracy and cognition in schizotypal personality disorder. Psychiatry research, 2013.
- Vogtmaier, M.M., Seidman, L.J., et al: A comparative profile analysis of neuropsychological function in men and women with schizotypal personality disorder. Schizophrenia Research, 2009
- Fossati, A. et al: Taxonic structure of schizotypal personality disorder: a multiple-instrument, multi-simple study based on mixture models. Psychiatry Research, 2005

PO-003. Suicidios en red: conect@dos

Romero Guillena, Samuel Leopoldo; Mata Saénz, Beatriz; Fashho Rodríguez, Elena; Casas Barquero, Nieves.

Introducción

La tasa de suicidio entre jóvenes ha aumentado de forma constante desde el año 2000, en algunos países como España ocupa ya el primer lugar como causa de muerte entre los jóvenes. Pudiendo ser considerado un problema de salud pública y convirtiendo la adopción de medidas de prevención de suicidio en un reto social urgente.

Los adolescentes buscan apoyo en las relaciones por internet, pero el aumento del uso de internet, ¿está relacionado con una mejor salud mental?

Objetivos

Nuestro objetivo es analizar acerca de la influencia de internet, y más concretamente de las redes sociales, en los suicidios en jóvenes, a través de una búsqueda de artículos relacionados en Pubmed y NHSEvidence.

Resultados

Un primer punto de alarma es la existencia de gran cantidad de webs prosuicidio fáciles de localizar y con información detallada. Se establecen relaciones de identificación con otros iguales o con celebridades y patrones de imitación.

Otro fenómeno es el de las notas que algunos usuarios cuelgan en sus perfiles tras un intento autolítico, siendo internet el vehículo de esta información, con el añadi-

do de que, por su difusión abierta, permite alertar y actuar. Pero las redes sociales son también una herramienta para el cambio y para baremar diferentes indicadores desde una perspectiva más real.

Conclusiones

Internet se convierte en un elemento cada vez más relevante en relación al suicidio, siendo posible su empleo en la prevención a través de iniciativas como "National Suicide Prevention Lifeline", en Facebook, y debiendo ser conocidas por los profesionales de Salud Mental para su aplicación.

Bibliografía

- Hajime Sueki. The association of suicide-related Twitter use with suicidal behaviour: A cross-sectional study of young internet users in Japan. *Journal of Affective Disorders*, 2015; 170: 155-160.
- Ahuja AK, Biesaga K, Sudak DM. Suicide on Facebook. *Journal of Psychiatric Practice*, 2014; 20: 141-146.

PO-003

SUICIDIOS EN RED: CONECT@DOS

Romero Guillena S.L.¹, Mata Sáenz B.,² Fashho Rodríguez E.¹, Casas Barquero N.¹

¹ F.E.A. Psiquiatría U.G.C. Salud Mental H.U.V. Macarena

² M.I.R. Psiquiatría U.G.C. Salud Mental H.U.V. Macarena

INTRODUCCIÓN

La tasa de suicidio entre jóvenes ha aumentado de forma constante desde el año 2000, en algunos países como España ocupa ya el primer lugar como causa de muerte entre los jóvenes. Pudiendo ser considerado un problema de salud pública y convirtiendo la adopción de medidas de prevención de suicidio en un reto social urgente.

En este contexto las redes sociales se erigen como protectoras, difusoras y alertadoras del suicidio, siendo a su vez herramienta de comunicación y modelo a imitar.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es reflexionar acerca del papel del internet, y más concretamente de las redes sociales, en el suicidio en jóvenes.

MÉTODO

Para ello realizamos un búsqueda en NHS Evidence y Pubmed con los términos "internet" AND "suicide". También realizamos una búsqueda en Google de las noticias relacionadas con la publicación de suicidios en internet o el uso de internet como elemento de prevención.

RESULTADOS

Webbs "prosuicidas"

¿Cómo suicidarse sin dolor? - Yahoo Respuestas
 ¿Cómo suicidarse sin dolor? - Yahoo Respuestas
 ¿Cómo suicidarse? - Yahoo Respuestas
 ¿Cómo suicidarse? - Yahoo Respuestas
 ¿Cómo suicidarse? - Yahoo Respuestas

5 Formas Fáciles de Suicidarse - Video Podcast - YouTube
 Como suicidarse sin dolor | Seducción y Autoayuda
 Como suicidarse un dolor es muy fácil. Analizamos la psicología detrás del suicidio, los componentes físicos y mentales y otras historias. El suicidio y...

- Cuente de verdad
 Que puede ocasionar estos actos, por lo menos a su realización es una que precede antes en su país, es reducido. Recuerdo la vez que propuse una sustracción con la que se creó en el día, entre nada para dudar entre suicidarse. Así que me lleva a pensar que debe haber un ser humano que se debe observar al suicidio, ya se está cada vez con el entorno de la decisión, nada para que antes de tomar decisiones, a su vez, que sea un suicidio.
 Para evitar este estado (que para mí es el menos recomendable), se debe tener en cuenta que es un estado muy malo, por lo que debe pensarse en la forma que utilizarlo para el momento, si se quiere el hecho, aunque muchos modelos explican que se trata de un estado de ánimo, pero a veces que se puede. Darse un golpe. Además debemos tener herramientas que se usen para realizar los actos, debemos descartar el suicidio para la mayoría, que se requiere una simple lista de ideas, más por razones de salud, si se quiere en una habitación compartida, es más que seguro que al menos de las computadoras, y poder completar también, hasta cuando sea la hora de dormir, y entre debemos recordar de la gran plaga de este estado el virus del VIH, lo recomendable es recordar el VIH.
 Finalmente podemos decir que este estado se va a seguir una muerte rigida, como muchas relaciones que ocurren, por lo cual lo recomendable, además de esto es saber que se va a seguir una lista de ideas y realidad, por lo que pensamos es necesario decir, que se puede ser, un suicidio y finalmente siempre, siempre o finaliza, es vez de ser a su, "suicidio" y "de la vida, finalmente.

Efecto contagio

El Suicidio de una Directora • Nosty y Tu Amor TERMINADA
 Hoy quiero compartirles una historia que me ha tocado mucho por lo que la comparto por ser la historia.

míércoles, 2 de enero de 2013
Directora se suicida
 Hoy esta es mi primera publicación en el blog, he decidido hacerla porque estoy harta de que tantas direcciones, o simplemente gente que sufre bullying por sus gustos me parezca muy injusto, voy a explicarles la historia de Charlotte Tennant...
 Ella era Charlotte Tennant de 21 años, falleció el 23 de Octubre de este año, pero recién se hizo presente su fallecimiento "mundialmente".
 Ella como cada día tenía que soportar el acoso escolar, por ser Directora en cada día aguantaba menos y se demoraba más, un día no aguantó más y al terminar las clases fue a su casa y según luego entendido se suicidó acordándose mientras escuchaba la canción Little Things. Si quieren ver fotos cliquen en este link <https://www.google.es/search?>

Webbs prevención

Suicide Prevention News and Comment
 Home About Us Contact Us Privacy Policy Terms of Service
 902 50 00 02
 Teléfono de la Esperanza

Informar acerca de contenido sobre suicidio
 1. Buscar contenido...
 2. Buscar contenido...
 3. Buscar contenido...

CONCLUSIONES

Internet se convierte en un elemento cada vez más relevante en relación al suicidio, siendo posible su empleo en la prevención a través de iniciativas como "National Suicide Prevention Lifeline", en Facebook, y debiendo ser conocidas por los profesionales de Salud Mental para su aplicación.

PO-004. Valoración de un programa sobre detección, prevención e intervención de las conductas suicidas implantado en la Unidad de Salud Mental Comunitaria Carmona.

Romero Guillena, Samuel Leopoldo; de Ingunza Barreiro, Evelio; García Salguero, María; Jiménez Hernández, José Hilario; Guillen Benítez, Manuel y Asensio Cabrera, Vicente.

Introducción

El suicidio es un problema importante de salud pública que constituye una de las principales causas de años de vida perdidos por enfermedad y la tercera causa de mortalidad en adultos jóvenes.

El porcentaje estimado de conducta suicida entre las personas con esquizofrenia oscila entre el 20 y 40%, mientras que en el trastorno bipolar varía entre el 25 y el 50% y en los trastornos límites de personalidad al menos el 70% tienen comportamientos suicidas

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es analizar la implantación de un programa de detección, prevención e intervención de las conductas suicidas en pacientes en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria "Carmona".

Método

Se incluyen en el programa aquellos pacientes que presentaron a lo largo del año 2014 riesgo de suicidio.

Como medida para valorar la efectividad del programa comparamos el número de intentos suicidas, gestos suicidas, ideación autolítica persistente e ingresos hospitalarios el año previo a la puesta en marcha del programa, con el año posterior al comienzo de su implantación.

Resultados

De los pacientes incluidos en el programa (40) se produjo una reducción del 77,5% en las tasas de intentos de suicidio. Existe una disminución del 80% de los ingresos programados en la unidad de hospitalización, por presentar ideación autolítica o haber realizado un intento de suicidio

EL 90% de los pacientes y familiares valoran de forma muy satisfactoria la inclusión en este programa

Conclusión

El desarrollo del programa y actuaciones dirigidas a la detección, prevención e intervención de las conductas suicidas, demuestran un gran potencial para reducir las tasas de suicidios. Debemos continuar desarrollando este tipo de programas.

Bibliografía

Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. Escuela andaluza de salud pública; 2010.

VALORACIÓN DE UN PROGRAMA SOBRE DETECCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS IMPLANTADO EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL COMUNITARIA CARMONA PO-004

Samuel Leopoldo Romero Guillena¹, Evelio de Ingunza Barreiro¹, María García Salguero², José Hilario Jiménez Hernández², Manuel Guillén Benítez¹, Vicente Asensio Cabrera²

¹ F.E.A. Psiquiatría, ² D.U.E. Salud Mental, ³ T.A.E. U.S.M.C "Carmona", U.G.C. Salud Mental Área Hospitalaria Virgen Macarena, Sevilla.

INTRODUCCIÓN:

El suicidio es un problema importante de salud pública que constituye una de las principales causas de años de vida perdidos por enfermedad y la tercera causa de mortalidad en adultos jóvenes.

El porcentaje estimado de conducta suicida entre las personas con esquizofrenia oscila entre el 20 y 40%, mientras que en el trastorno bipolar varía entre el 25 y el 50% y en los trastornos límites de personalidad al menos el 70% tienen comportamientos suicidas

OBJETIVO:

El objetivo del presente trabajo es analizar la implantación de un programa de detección, prevención e intervención de las conductas suicidas en pacientes en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria "Carmona"

MATERIAL Y MÉTODO:

Se incluyen en el programa aquellos pacientes en seguimiento en nuestra unidad de salud mental comunitaria que presentaron a lo largo del año 2014 riesgo de suicidio (un total de 40 pacientes)

Como medida para valorar la efectividad del programa comparamos el número de intentos suicidas, gestos suicidas, ideación autolítica persistente e ingresos hospitalarios el año previo a la puesta en marcha del programa, con el año posterior al comienzo de su implantación. A si mismo preguntamos a los pacientes y a sus familiares el nivel de satisfacción con la inclusión en este programa.

RESULTADOS:

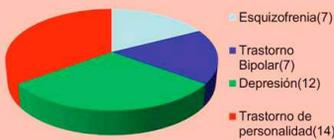


Gráfico 1- Distribución según el diagnóstico de los pacientes incorporados al programa en el 2014



Gráfico 2- Número de intentos de suicidios previos y posteriores a la incorporación al programa



Gráfico 3- Número de ingreso programados previos y posteriores a la incorporación al programa



Gráfico 4- Satisfacción de pacientes y familiares en relación a la valoración del programa

- De los pacientes incluidos en el programa (40): 14 presentaban un diagnóstico de trastorno de personalidad, 12 estaban diagnosticados de depresión, 7 de trastorno Bipolar y 7 de esquizofrenia (Gráfico 1)
- Se produjo una reducción del 71,0% en el número total de intentos autolíticos (Gráfico 2)
- Existe una disminución del 70% de los ingresos programados en la unidad de hospitalización, por presentar ideación autolítica o haber realizado un intento de suicidio(Gráfico 3)
- EL 90% de los pacientes y familiares valoran de forma muy satisfactoria la inclusión en este programa. (Gráfico 4)

CONCLUSIÓN:

El desarrollo del programa y actuaciones dirigidas a la detección, prevención e intervención de las conductas suicidas, demuestran un gran potencial para reducir las tasas de intentos de suicidios.

Debemos continuar desarrollando este tipo de programas dentro de las Unidades de Salud Mental Comunitarias.

Referencias:

Servicio Andalúz de Salud. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la conducta suicida. Escuela andaluz de salud pública; 2010.

PO-005. Tentativa de suicidio en área metropolitana Barcelona: 2011-2014.

Vicens Pons, Eric; Marzari Trentalance, María Belén y Carlos Carmona Palau.

Resumen

Se recogieron los datos de pacientes atendidos por tentativa autolítica en Urgencias psiquiátricas en un Hospital General del área metropolitana de Barcelona. Los datos corresponden a los años 2011, 2012, 2013 y 2014.

Las variables analizadas fueron; número de casos atendidos en urgencias por tentativa; derivación realizada (ingreso a Agudos, Hospital de Día, Centro de Salud Mental, médico de familia; centro de drogodependencias); vinculación con el Centro de Salud Mental y su diagnóstico.

Se recogen un total de 238 tentativas de suicidio atendidas en Urgencias del Hospital de Parc Taulí para una población de referencia de 105.000 habitantes mayores de 18 años de edad (5,7 por 10.000 habitantes/año) con un aumento significativo a partir del año 2012. Las tentativas realizadas por mujeres (154) doblan a las de los hombres (84). En un 57% las urgencias son derivadas al centro de salud mental de referencia, un 8% ingresa en unidad de agudos de psiquiatría y un 1,7% de los casos en cuidados intensivos. La visita en el CSM es programada en un plazo inferior a 7 días desde la atención en urgencias con una clara mejora del absentismo en los dos últimos años (4%). De los suicidios consumados (37 en los 4 años recogidos) destacan los 16 ocurridos en el año 2012 (1,5 por 10.000 habitantes) que supone 1 suicidio consumado por cada 4 tentativas.

En cuanto a la severidad de las patologías sólo un 7,5% de las tentativas cumplen criterios de Trastorno Mental Severo. De este grupo se mantiene la mayor distribución de mujeres destacando el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad comórbido con patología afectiva asociada (50%).

Los resultados obtenidos muestran la necesidad de disponer de un procedimiento de coordinación entre los servicios de salud mental que garantice la identificación e intervención precoz de las personas con riesgo de conducta suicida.

Bibliografía

- Anseán A. Suicidios. Manual de prevención, intervención i postvención de la conducta sucicia. Ed Fundación Salud Mental España. 2014.
- Departament de Sanitat. Codi Suïcidi. Conselleria Salut. 2013.

TENTATIVAS AUTOLÍTICAS ÁREA METROPOLITANA BARCELONA:2011-2014

E. Vicens, M.B. Marzari, C. Carmona

Introducción

Presentamos un estudio sobre tentativas autolíticas atendidas en urgencias en un Hospital General del área metropolitana de Barcelona correspondientes a los años 2011, 2012, 2013 y 2014.

Objetivos

El objetivo del estudio es conocer las características epidemiológicas y de derivación postintervención en urgencias.

Metodología

Se recoge el número de urgencias atendidas por tentativa; derivación realizada (ingreso en Agudos, Hospital de Día, Centro de Salud Mental, médico de familia; centro de drogodependencias) y su diagnóstico.

Resultados

Se recogen un total de 238 tentativas de suicidio atendidas en Urgencias del Hospital de Parc Taulí para una población de referencia de 105.000 habitantes mayor de 18 años de edad (57 por 100.000 habitantes/año) con un aumento significativo a partir del año 2012.

De los suicidios consumados (37 en los 4 años recogidos) destacan los 16 ocurridos en el año 2012 (15 por 100.000 habitantes) que supone 1 suicidio consumado por cada 4 tentativas.

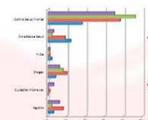
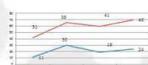


Conclusiones

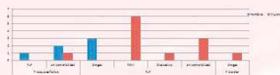
- El número de tentativas autolíticas en el territorio estudiado coincide con la bibliografía existente.
- El perfil encontrado corresponde a mujeres sin diagnóstico de gravedad de trastorno mental.
- Los datos muestran la necesidad de disponer de un procedimiento de coordinación entre los distintos servicios de salud que garantice la identificación y intervención precoz de las personas con riesgo de conducta suicida.

Bibliografía

Anseán A. Suicidios. Manual de prevención, intervención i postvención de la conducta suicida. Ed Fundación Salud Mental España. 2014.
Departament de Sanitat. Codi Suicidi. Conselleria Salut. 2013.



En cuanto a la severidad de las patologías sólo un 7,5% de las tentativas cumplen criterios de Trastorno Mental Severo. De este grupo se mantiene la mayor distribución de mujeres destacando el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad comórbido con patología afectiva asociada (50%).



PO-006. Características demográficas y clínicas de los pacientes atendidos en la interconsulta psiquiátrica de un hospital general por tentativa de suicidio

Lázaro Pascual, Yolanda; Olivares Gerechter, Luis; Gimeno Álvarez, Diana y del Río Vega, Julia

Introducción

Los intentos autolíticos con alto grado de letalidad se han venido relacionando con determinados factores clínico-demográficos como la edad, el sexo, la psicopatología y los acontecimientos adversos, entre otros.

Los pacientes atendidos en la interconsulta psiquiátrica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid tras una tentativa constituyen una buena muestra para el estudio de dichos factores.

Objetivos

Describir y analizar características demográficas y clínicas asociadas a los intentos de suicidio graves así como a los métodos empleados.

Método

Estudio observacional de cohorte naturalística, retrospectivo y descriptivo sobre los 23 pacientes que han ingresado a lo largo de 2014 en distintos servicios médicos o quirúrgicos de un hospital general a consecuencia de las lesiones producidas por una tentativa de suicidio.

Resultados

Total 23 pacientes, 61% varones, edad media 54,1; 60% requirió UCI; el método más frecuente consistió en ingesta medicamentosa múltiple 40%, asociada a tóxicos 30%, la mayoría a alcohol. Predomina la época estival y el diagnóstico de cuadros adaptativos (Reacción a Estrés Agudo y T. Adaptativo).

Discusión

Al igual que sucede con los suicidios consumados prevalece el sexo masculino y la época estival. En cuanto al método el más frecuente ha sido la ingesta medicamentosa, tanto en hombres como en mujeres. Nos ha sorprendido el diagnóstico más frecuente de reacciones a estrés.

Concluimos que los hallazgos encontrados podrían orientar a un cambio progresivo en la patología presuicida.

Bibliografía

- Kumar CT, Mohan R, Ranhit G, Chandrasekaran R: Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital J Affect Disord 2006, 91(1):77-81.
- Moscicki E: Epidemiology of suicide. In suicide prevention and intervention: summary of a workshop. Edited by Goldsmith S. Health IoMoBaB: National Academy Press; 2001.

Características demográficas y clínicas de los pacientes atendidos en la interconsulta psiquiátrica de un hospital general por tentativa de suicidio

Lázaro Pascual Y. ¹, Olivares Gerechter L. ¹, Gimeno Álvarez D. ², del Río Vega J. ².
¹ Residente de Psiquiatría - Adjunto de Psiquiatría
² Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Introducción

Los intentos autolíticos con alto grado de letalidad se han venido relacionando con determinados factores clínico-demográficos como la edad, el sexo, la psicopatología y los acontecimientos adversos, entre otros.

Los pacientes atendidos en la interconsulta psiquiátrica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid tras una tentativa constituyen una buena muestra para el estudio de dichos factores.

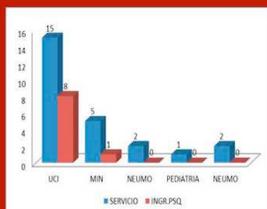


Objetivos

Describir y analizar características demográficas y clínicas asociadas a los intentos de suicidio de consecuencias graves así como a los métodos empleados.

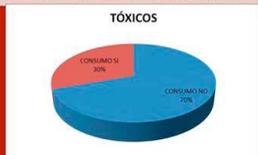
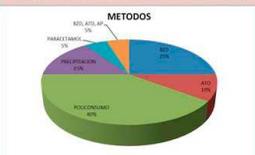
Método

Estudio observacional de cohorte naturalística, retrospectivo y descriptivo sobre los 23 pacientes que han ingresado a lo largo de 2014 en distintos servicios médicos o quirúrgicos de un hospital general a consecuencia de las lesiones producidas por una tentativa de suicidio.



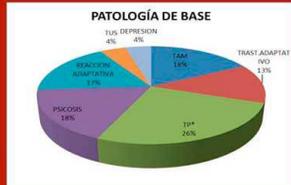
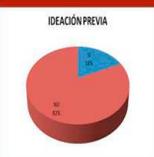
Resultados

De un total de 503 interconsultas, 23 pacientes fueron atendidos por intentos de suicidio; 61% varones, edad media 54,1; 60% requirió UCI; el método más frecuente consistió en ingesta medicamentosa múltiple 40%, asociada a tóxicos 30%, la mayoría a alcohol. Predomina la época estival y el diagnóstico de cuadros adaptativos (Reacción a Estrés Agudo y T. Adaptativo). La mayoría negó ideación autolítica previa.



Discusión

Al igual que sucede con los suicidios consumados prevalece el sexo masculino y la época estival. En cuanto al método el más frecuente ha sido la ingesta medicamentosa, tanto en hombres como en mujeres. Nos ha sorprendido el diagnóstico más frecuente de reacciones a estrés. Concluimos que los hallazgos encontrados podrían orientar a un cambio progresivo en la patología presuicida.



Bibliografía

Kumar CT, Michan R, Rathi G, Chandrasekaran R. Characteristics of high intent suicide attempters admitted to a general hospital. *J Affect Disord* 2008; 91 (1):77-81.
 Meehan E. Epidemiology of suicide, in suicide prevention and intervention: summary of a workshop. Edited by Goldsmith G, Insel V&McGad. National Academy Press 2001.

PO-007. Séneca y el suicidio racional

Ángel Baena Mures, Rafael; Mesían Pérez, Idir; Pérez Tejada, Ana; Rubio Corgo, Sandra; Rodríguez Quijano, Jose; Olivares Gerechter, Luis; Strada Herrera, Germán; Rubio Mendoza, Luz; Matas Ochoa, Aurelia y Lázaro Pascual, Yolanda.

Introducción

Séneca es uno de los pensadores que menos indiferente nos deja acerca de la importancia del suicidio, dado que vertebrata la obra de este gran pensador cordobés. Con su pensamiento inaugura una visión que hoy es fuertemente defendida por aquellos que abogan por la calidad de la vida frente a la santidad.

Objetivos

Analizar mediante su obra cumbre "Las cartas a Lucilio" los principales "dogmas" sobre el suicidio, entendiendo éste como la puesta en práctica de la libertad que posee el ser humano para abandonar una vida que considera ya indigna e impropia de su razón

Séneca y el “suicidio racional”

Baena R.¹, Lázaro Y.¹, Pérez A.¹, Rubio S.¹, Olivares L.¹, Strada G.¹, Rodríguez J.¹, Matas A.¹, Mesian I.¹
¹Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Introducción

Séneca, pensador cordobés, que desarrolló una brillante obra filosófica, vertebrada uno de los temas más debatidos y cuestionados tanto en la historia de la filosofía como en la actualidad por su importancia bioética, como es el suicidio. Encuadrado en el marco de los estoicos, desarrolla en una de sus obras maestras “Cartas a Lucilio” como la calidad de vida ha de triunfar sobre la cantidad de la misma.



Objetivos

Realizar un análisis de los principales dogmas acerca del suicidio en “Cartas a Lucilio”.

Resultados

Ya en el siglo I d.C., Séneca inicia una corriente de pensamiento en la que se defiende el suicidio como el último reducto de libertad en el hombre para abandonar esta vida por nuestros propios medios; en contraposición a la tradicional “visión” griega que defendía la santidad de la vida, y que ésta en última instancia pertenecía a los dioses por lo que el suicidio no era considerado como una opción de salida de este mundo. Introduce la importancia de la libertad del individuo a decidir sobre el curso de su vida.



Conclusiones

El suicidio racional es para Séneca y la escuela estoica una modalidad suicida ante determinadas circunstancias adversas inadmisibles e inmutables, de modo que la persona opta por poner fin a su vida como única posible vía de escape. Se trata de un tema controvertido y polémico por sus implicaciones éticas y legales, ya que existen en nuestros días importantes debates acerca de la medicalización y “psiquiatrización” de determinados problemas sociales y formas de actuación del hombre. Desde nuestro punto de vista se entiende el suicidio racional como aquel que deriva del análisis objetivo y pormenorizado de una situación existencial límite e irresoluble, llevado a palabras de Séneca “No se puede ser esclavo, ni siquiera del vivir, ya que la vida, si falta la valentía para morir es servidumbre”

Bibliografía

- 1 Brun, Jean (1997) El estoicismo, José Blanco Regueira (trad)
- 2 Séneca, Lucio Anneo (2001) Epistolae morales a Lucilio, 2 tt. Madrid, Gredós

PO-008. Relación entre antecedentes vitales de intentos de suicidio y consumo actual de diferentes sustancias tóxicas en una muestra amplia de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

Gómez Llonin, Anne; Ibañez Plans, Ingrid; Plans Pujol, Laura; Gallardo Guillén, María y Nieto Rodríguez, Evaristo.

Introducción

Estudios previos han establecido que el consumo de varias sustancias tóxicas puede ser un factor de riesgo para la existencia de conducta suicida.

Objetivos

Determinar si en los pacientes psiquiátricos hospitalizados existe alguna relación entre el consumo de diferentes sustancias tóxicas antes del ingreso y la existencia de antecedentes de intentos de suicidio

Método

Sujetos: Se incluyeron en el estudio todos los pacientes ingresados en nuestra Unidad Psiquiátrica desde el año 2009 al 2014 (N=2510).

Procedimiento: En todos los pacientes, al ingreso, se recogen los antecedentes de intentos de suicidio previos, así como los hábitos tóxicos incluyendo el tabaquismo. En la mayor parte de los pacientes (N=1880) en que se sospechó consumo de tóxicos se realizó al ingreso la de-

terminación de tóxicos en orina incluyendo alcohol, cannabis, cocaína y BDZ.

Análisis estadístico: Con la Chi-cuadrado se determinó la relación entre los antecedentes de intentos de suicidio previos y el consumo actual de sustancias tóxicas (según la determinación de tóxicos en orina)

Resultados

Se halló una relación muy significativa del positivo a BDZ en el análisis de orina ($P < 0.000$) y de ser fumador ($P < 0.001$) con la existencia de antecedentes de intentos de suicidio previos. Por el contrario se halló una relación muy significativa entre el positivo a thc y la ausencia de intentos de suicidio previos ($P < 0.000$)

Conclusiones

En los pacientes psiquiátricos hospitalizados el tabaquismo y el consumo activo de BDZ antes del ingreso se asocian de forma consistente a la existencia de antecedentes de intentos de suicidio.

Bibliografía

Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. Kokkevi A1, Richardson C, Olszewski D, Matias J, Monshouwer K, Bjarnason T. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Aug; 21(8):443-50. doi: 10.1007/s00787-012-0276-7. Epub 2012 Apr 26.



RELACIÓN ENTRE ANTECEDENTES VITALES DE INTENTOS DE SUICIDIO Y CONSUMO ACTUAL DE DIFERENTES SUSTANCIAS TÓXICAS EN UNA MUESTRA AMPLIA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS

A. Gomez, I. Ibañez, L. Plans, M. Gallardo, E. Nieto
División de Salud Mental de Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa



ENCUENTROS
EN PSIQUIATRÍA
C.O.P. Nº 0158 REGISTRO
Sevilla, 16 y 17 de Abril 2013

OBJETIVOS

Determinar la existencia de relación entre consumo de diferentes sustancias tóxicas antes del ingreso y antecedentes de intentos de suicidio en pacientes psiquiátricos hospitalizados.

METODOLOGÍA

PACIENTES

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes (N=2510) ingresados en la unidad de psiquiatría desde el año 2009 hasta el 2014.

PROCEDIMIENTO

En todos los pacientes, al ingreso, se recogen los antecedentes de suicidio previos, así como los hábitos tóxicos incluyendo el tabaquismo.

En los pacientes que se sospechó consumo de tóxicos (N=1880), se realizó al ingreso determinación de tóxicos en orina (alcohol, cannabis, cocaína, opiáceos y BDZ).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Mediante el análisis con la Chi-cuadrado se determinó la relación entre los antecedentes de intentos de suicidio previos y el consumo activo de sustancias tóxicas determinado en screening de tóxicos en orina.

RESULTADOS

Se halló una relación muy significativa entre la **EXISTENCIA** de antecedentes intentos de suicidio previos y

- El consumo previo de BDZ (P<0.000) (verificado en orina)
- Hábito tabáquico (P<0.001)

Se halló una relación muy significativa entre la **AUSENCIA** de intentos de suicidio previos y el consumo de THC.

CONCLUSIONES

En los pacientes psiquiátricos hospitalizados el hábito tabáquico y el consumo activo de BDZ previos al ingreso se asocian de forma consciente a la existencia de antecedentes de intentos de suicidio.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. Kokkevi A1, Richardson C, Olszewski D, Mallias J, Monshouwer K, Bjarnason T. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2012 Aug.

PO-009. Tentativas autolíticas atendidas en urgencias en un hospital general el Área Metropolitana de Barcelona.

Carlos Carmona Palau, Angels Fumat, Enric Vicens, Joan Alvarós.

Resumen

Presentamos un estudio de la población atendida en urgencias de un Hospital general del Área Metropolitana de Barcelona por tentativa autolítica. El objetivo era conocer las características epidemiológicas y derivación post intervención relacionadas con las tentativas de suicidio.

Se analizaron las visitas en urgencias por tentativas autolíticas del territorio Garraf con una población de referencia de 120.000 habitantes mayores de 18 años. Las características estudiadas fueron: edad, sexo, existencia patología psiquiátrica y gravedad clínica y derivación post intervención en urgencias.

Se atendieron un total de 88 tentativas de suicidio en urgencias del Parc Sanitari Sant Joan de Deu. Las tentativas realizadas por mujeres es de 2 ½ veces superior a la de los hombres: 72 % mujeres (63), 28 % hombres (25).

La edad media de los pacientes atendidos en urgencias fue 45,17 años, siendo la franja de edad de 35-44 años con un 31; 82%(28), la más relevante seguida de la de 45-54 años con 25% (22 pacientes).

En cuanto a la gravedad de las patologías un 28,41 % (25) atendidas por tentativa autolítica cumple, criterios de Trastorno Mental Severo.

La distribución según el destino al alta: en un 84 % (74 pacientes) son derivadas al CSM, al MAP (médico asistencia primaria) o al PSP (programa de apoyo a la primaria). El 15 % (13 pacientes) son hospitalizados en la unidad de agudos de psiquiatría, 1 % es derivado a otro hospital.

Los datos epidemiológicos de intentos autolíticos (73 x 100.000hab) son coincidentes con la referida en la literatura (50-90 x 100.000hab). Destaca un subgrupo de trastornos mentales graves. Los resultados muestran la necesidad de establecer un procedimiento para potenciar la continuidad asistencial postalta de urgencias de los pacientes con conducta suicida y la vinculación a los centros de salud mental que permita disminuir la tasa de tentativas y muy especialmente de las patologías más severas.

TENTATIVAS AUTOLITICAS ATENDIDAS EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL GENERAL DEL ÁREA METROPOLITANA DE BARCELONA

Carlos Carmona Palau, Angels Fumas, Enric Vicens, Joan Alvarós.

Introducción

Presentamos un estudio de la población atendida en urgencias por tentativa autolítica en el año 2014 en un Hospital general del Área Metropolitana de Barcelona, de la comarca de Garraf con una población de referencia de 120.000 habitantes mayores de 18 años.



Metodología

Se recogen los datos de las tentativas autolíticas visitadas en urgencias correspondientes a: edad, sexo, existencia de patología psiquiátrica, gravedad clínica y derivación post intervención en urgencias.

Resultados

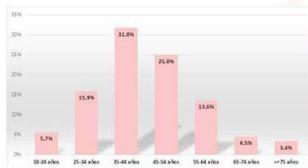
Se han atendido un total de 88 tentativas de suicidio en urgencias del Parc Sanitari Sant Joan de Déu que corresponden a una tasa de 73 x100.000habitantes año. Los datos epidemiológicos coinciden con los referidos en la literatura (50-90 x 100.000hab).

En esta muestra destaca un subgrupo de trastornos mentales graves.

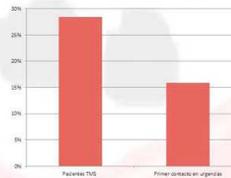
Las tentativas realizadas por mujeres es de 2 ½ veces superior a la de los hombres: 72 % mujeres (63), 28 % hombres (25).



La edad media de los pacientes atendidos en urgencias es de 45,17 años, siendo la franja de edad de 35-44 años con un 31,82% (28), la mas relevante seguida de la de 45-54 años con 25% (22).



En cuanto a la gravedad de las patologías un 28,41 % (25) cumple criterios de Trastorno Mental Severo. El 16% (14) de pacientes la atención en urgencias ha sido su primer contacto con salud mental.



La distribución según el destino al alta: en un 84% (74) son derivados al CSM o al MAP (Médico Asistencia Primaria) - PSP (Programa de Apoyo a la Primaria), el 15% (13) son hospitalizados en la unidad de agudos de psiquiatría, 1% es derivado a otro hospital (1).



Conclusiones

Los resultados muestran la necesidad de establecer un procedimiento para potenciar la continuidad asistencial postalta de urgencias de los pacientes con conducta suicida y la vinculación a los centros de salud mental y así disminuir la tasa de tentativas y muy especialmente en las patologías más severas.

Bibliografía

Anseán A. Suicidios. Manual de Prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. Ed Fundación Salud Mental. España . 2014
 Departament de Sanitat. Codi Suicidi. Conselleria Salut. 2013

Parc Sanitari Sant Joan de Déu • Carrer Doctor Antoni Pujadas, 42 08830 Sant Boi del Llobregat (Barcelona)
 Tel. 93 640 63 50 - 93 661 58 60 • pssjd@pssjd.org • www.pssjd.org

hospitalitat

QUALITAT

RESPECTE

RESPONSABILITAT

ESPIRITUALITAT

PO-010. Intentos de suicidio en el área II de Valladolid. Estudio comparativo quince años después.

Casado Ramírez, Virginia; Domínguez Álvarez, Elena; Gallardo Borge, Laura; Cepeda Casado, Javier; Hernández García, Marta; Isidro García, Guillermo y Blanco Garrote, José Antonio.

Introducción

El intento de suicidio junto con la depresión son los dos principales factores de riesgo de suicidio consumado. La conducta suicida es un fenómeno complejo en el influyen múltiples factores. La crisis económica actual podría relacionarse con un incremento de conductas suicidas. Pretendemos valorar prospectivamente la epidemiología del intento de suicidio en el Área II de Valladolid y comparar las tendencias con otro período previo, quince años antes.

Material y métodos

Se recogieron todos los intentos de suicidio atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Valladolid durante 6 meses del año 2013. Utilizamos un protocolo específico que incluía variables sociodemográficas, factores de riesgo, características clínicas y de resultado. Comparamos estos resultados con los obtenidos en el año 1996 con una metodología similar.

Resultados

La tasa anual estimada de intentos de suicidio fue del 81,5 por 100.000 hb., con un incremento del 27% sobre el período previo. Se mantuvieron los principales factores de riesgo, aunque con incremento significativo de la

edad media, con rangos situados en edad laboral, sobre todo en varones. Además de la conflictiva familiar, destacaban como estresores ambientales en 2013 los problemas económicos y el desempleo.

Conclusiones

La prevalencia de intentos de suicidio se ha incrementado notablemente desde el quindenio anterior, indicando la importancia de la creación de programas de prevención en nuestro medio. El perfil de pacientes con intento de suicidio muestra la influencia de la grave crisis económica que afecta en mayor medida a los sectores más desfavorecidos de la población.

INTENTOS DE SUICIDIO EN EL ÁREA II DE VALLADOLID. ESTUDIO COMPARATIVO QUINCE AÑOS DESPUÉS

E. Domínguez Álvarez*; V. Casado Ramírez*; L. Gallardo Borge*; J. Cepeda Casado*; M.S. Hernández García*; G. Isidro García*; JA. Blanco Garrote**

* MIR Psiquiatría Hospital Clínico Universitario de Valladolid

** LE Psiquiatría Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN

El intento de suicidio junto con la depresión son los dos principales factores de riesgo de suicidio consumado. La conducta suicida es un fenómeno complejo en el que influyen múltiples factores. La crisis económica actual podría relacionarse con un incremento de las conductas suicidas.

OBJETIVOS

Pretendemos valorar prospectivamente la epidemiología de los intentos de suicidio en el Área II de Valladolid y comparar las tendencias con otro periodo previo, quince años antes.

MÉTODOS

- Se recogieron todos los intentos de suicidio atendidos en el Servicio de Urgencias durante 6 meses.
Junio 2013 → Noviembre 2013

- Se utilizó un protocolo específico en el Servicio de Psiquiatría de Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

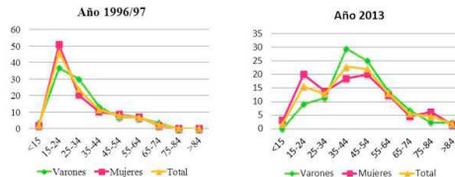
- El protocolo incluía variables sociodemográficas, factores de riesgo, características clínicas y método utilizado.

- Se realiza una comparación de estos datos con los recogidos durante 6 meses en el año 1996/97 con una metodología similar en este mismo hospital.

- ❖ Hay un incremento del 27% de intentos de suicidio respecto al periodo previo.

Año	Muestra	Por 100.000 habitantes	% Urgencias Psiquiátricas	Total Urgencias
1996/97	89	64	13%	0,18%
2013	109	81,5	15,6%	0,15%

- ❖ Hay un incremento significativo con respecto a la edad media.



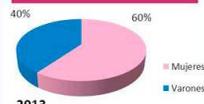
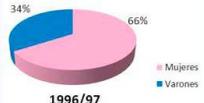
TENDENCIAS DE SUICIDIO EN EL ÁREA II DE VALLADOLID

	1996/97 (%)	2013 (%)		1996/97 (%)	2013 (%)
Historia familiar psiquiátrica	30	39	Estresores vitales (3 m)		
Historia familiar de suicidio	10	18	Conflictos familiares	66	55
Intentos de suicidio previos	44	44	Desempleo/Problemas económicos	17	34
Tratamiento psiquiátrico	67	76	<i>Situación personal</i>		
Depresión	36	40	Soltero	32	33
Ansiedad	12	11	Casado	55	33
Trastorno Adaptativo	8	35	Divorciado/Separado	9	22
Trastorno de la conducta alimentaria	15	7	<i>Situación laboral</i>		
Trastorno de Personalidad	13	8	Activo	32	26
			Desempleado	14	34
			Jubilado	16	9
			Ama de casa	34	21

- ❖ Los problemas económicos y el desempleo son los principales factores estresantes en 2013.

RESULTADOS

GÉNERO



➤ Hay una distribución similar por sexo en ambos periodos.

CONCLUSIÓN

- ✓ La prevalencia de intentos de suicidio se ha incrementado notablemente desde el quinquenio anterior, indicando la **importancia de la creación de programas de prevención en nuestro medio.**
- ✓ **El desempleo y los problemas económicos son dos factores estresores más relevantes,** posiblemente en relación con la grave crisis económica que sufre España en los últimos años, que afecta en mayor medida a los sectores más desfavorecidos de la población.

BIBLIOGRAFÍA:

- Organización Mundial de la Salud. El suicidio. Cuadernos de Salud Pública. nº59. Ginebra: OMS. 1976
- Blanco Garrote JA, Soto Loza A, Conde López VM. El intento de suicidio en el Área II de Valladolid. Psiquiatría Pública 1999; 11(4):64-71



PO-011. Reacción de adaptación: ¿Cada vez menos adaptativa?

Olivares Gerechter, Luis; Lázaro Pascual, Yolanda; Gimeno Álvarez, M^o Diana y del Río Vega, Julia.

Introducción

Los estudios de la OMS sobre los trastornos mentales en la conducta suicida estiman que el 60% de esos pacientes presentan trastorno afectivo, la mayor parte se encuadran en trastorno afectivo mayor (TAM), seguidos de los trastornos de personalidad (TP) y trastornos del control de impulsos.

Objetivos

Analizar la prevalencia de los diferentes diagnósticos psiquiátricos en los intentos atendidos en la interconsulta de un hospital general durante el 2014 y compararla con otros estudios específicos.

Metodología

Estudio descriptivo retrospectivo, con pacientes ingresados en 2014 en el hospital, por las lesiones producidas en tentativa suicida.

Resultados

De un total de 23 pacientes, 12(55 %) presentaron síntomas del espectro afectivo, con diagnóstico de TAM 5(24%) y de cuadro adaptativo 7(31%). Los TP se encontraban en segundo lugar, seguidos de los cuadros no afectivos.

Discusión

Los resultados obtenidos corroboran los estudios previos. Los diagnósticos más frecuentes son los trastornos afectivos, seguidos de los TP y de los cuadros psicóticos, respectivamente.

Destacamos que en nuestra muestra no ha sido el TAM el predominante, sino los cuadros adaptativos. Esto nos hace plantearnos la posibilidad de la existencia de un cambio en la concepción del suicidio de la población general, de la disminución de la tolerancia a la frustración y/o el adelantamiento de las ideas de muerte en el curso de la patología afectiva.

Bibliografía

- Nock M, Hwang I, Sampson N, Kessler R, Angermeyer M, Beautrais A, Borges G, Bromet E, Bruffaerts R, Girolamo G, et al.: Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 2009 6(8):e1000123.
- Alberdi-Sudupe J, Pita-Fernández S, Gómez-Pardiñas SM, Iglesias-Gil-de-Bernabé F, García-Fernández J, Martínez-Sande G, et al. Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007). *BMC Psychiatry* 2011; 11: 51.

REACCIÓN DE ADAPTACIÓN: ¿CADA VEZ MENOS ADAPTATIVA?

Olivares Gerechler L.¹, Lázaro Pascual Y.¹, Gimeno Álvarez D.², del Río Vega J.²
¹ Residente de Psiquiatría, ² Adjunto de Psiquiatría
Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Introducción

Los estudios de la OMS sobre los trastornos mentales en la conducta suicida estiman que el 60% de esos pacientes presentan un trastorno afectivo, la mayor parte se encuadran en un trastorno afectivo mayor (TAM), seguidos de los trastornos de personalidad (TP) y de los trastornos del control de impulsos.

Objetivos

Analizar la prevalencia de los diferentes diagnósticos psiquiátricos en los intentos de suicidio atendidos en la interconsulta de psiquiatría de un hospital general durante el 2014 y compararla con otros estudios específicos.

Método

Estudio descriptivo retrospectivo de cohorte naturalística, con pacientes ingresados en 2014 en el hospital general Clínico San Carlos de Madrid, por las lesiones producidas tras una tentativa suicida.

Resultados

De un total de 503 interconsultas atendidas, 23 pacientes habían realizado una tentativa suicida que requirió ingreso hospitalario; 61% fueron varones. 12 pacientes (55%) presentaron síntomas del espectro afectivo, con diagnóstico de TAM en 5 (22%) y de cuadro adaptativo en 7 (31%). El diagnóstico de TP se objetivó en segundo lugar, seguidos de los cuadros no afectivos, principalmente del espectro esquizofrénico.



Discusión

Los resultados obtenidos corroboran los estudios previos. Los diagnósticos más frecuentes son los trastornos afectivos, seguidos de los TP y de los cuadros psicóticos, respectivamente.

Lo más destacable en nuestra muestra ha sido que dentro de los cuadros afectivos no ha sido el TAM el predominante, sino cuadros que a priori se podrían considerar de menor gravedad como son los trastornos adaptativos.

Esto nos hace plantearnos la posibilidad de la existencia de un cambio en la concepción del suicidio de la población general, de la disminución de la tolerancia a la frustración y/o el adelantamiento de las ideas de muerte en el curso de la patología afectiva.



Bibliografía

Nock M, Hwang I, Sampson N, Kessler R, Angermeyer M, Beautrais A, Borges G, Bromet E, Bruffaerts R, Girolamo G, et al.: Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 2009 6(8):e1000123

Alberdi-Sudupe J, Pita-Fernández S, Gómez-Pardiñas SM, Iglesias-Gil-de-Bernabé F, García-Fernández J, Martínez-Sandé G, et al. Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: a ten-year cross-sectional study (1997-2007). *BMC Psychiatry* 2011; 11: 51

PO-012. Conductas autolíticas y trastornos de personalidad

Pérez Zapico, Irena; García De La Borbolla, Víctor y Fernández Burraco, Clara.

Resumen

Las causas de la conducta suicida son muy complejas, tanto las que se refieren a las tentativas como las relativas al suicidio consumado. En los últimos años ha habido un aumento importante de las consultas a Urgencias por conductas autolíticas, contando un porcentaje considerable de estos pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad entre sus antecedentes.

Nuestro objetivo en este estudio es analizar este porcentaje de pacientes que consultan por ideas autolíticas y diagnóstico de trastorno de personalidad. Se trata de un análisis descriptivo en el que se revisan todos los pacientes atendidos por el servicio de Urgencias de Psiquiatría del Área Hospitalaria del Hospital Nuestra Señora de Valme, que ofrece asistencia sanitaria aproximadamente a 400.000 habitantes.

Como resultados encontramos que durante el año 2014 se atendieron un total de 490 urgencias por intento de autolisis, de los que el 40% fueron hombres y el 60% mujeres. El rango de edad más prevalente fue entre 40 y 59 años (57%). Del total de estos pacientes, el 18% contaba con diagnóstico de trastorno de la personalidad. De ellos, aproximadamente el 6% tenían diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de tipo límite, mientras que el 12% restante incluían diagnóstico de otro tipo de trastorno de personalidad. De todos ellos, 7 pacientes estaban incluidos en el proceso asistencial TMG.

Bibliografía

Zeng R et al. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Res.* 2015 Jan 28. pii: S0165-1781(15)00062-1. doi: 10.1016/j.psychres.2015.01.020

Hayashi N et al. Pathways from life-historical events and borderline personality disorder to symptomatic disorders among suicidal psychiatric patients: A study of structural equation modeling". *Psychiatry Clin Neurosci.* 2015 Jan 27. doi: 10.1111/pcn.12280.

CONDUCTAS AUTOLÍTICAS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

I. Pérez Zapico*, V. García De La Borbolla*, C. Fernández Burraco*

*Residente de Psiquiatría UGC-Salud Mental. Área Hospitalaria Nuestra Señora de Valme. Sevilla

INTRODUCCIÓN:

Las causas de la conducta suicida son muy complejas, tanto las que se refieren a las tentativas como las relativas al suicidio consumado. Hay individuos que parecen especialmente vulnerables al suicidio ante sucesos ambientales o acontecimientos vitales difíciles, o bien cuando están expuestos a una combinación de distintos estresores. En los últimos años ha habido un aumento importante de las consultas a Urgencias por conductas autolíticas, contando un porcentaje considerable de estos pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad entre sus antecedentes. Los trastornos de personalidad representan un amplio campo de interacción entre el entorno y los factores biológicos, lo que sitúan al individuo en un nivel de mayor riesgo de realizar conductas suicidas. La manera en que estos factores interaccionan para que se produzca la conducta suicida es verdaderamente compleja y muchas veces no bien comprendida.

Nuestro objetivo en este estudio es analizar el porcentaje de pacientes que consultan por ideas autolíticas y entre sus antecedentes figura un diagnóstico de trastorno de personalidad durante el año 2014, recogiendo diferentes variantes que pueden ser de interés.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Durante el año 2014 se atendieron un total de 490 urgencias por intento de autolisis, de las que aproximadamente el 40% fueron hombres y el 60% mujeres. El rango de edad más prevalente fue el comprendido entre 40 y 59 años (57%).

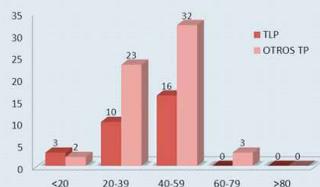
Del total de estos pacientes, el 18% contaba con diagnóstico de trastorno de la personalidad entre sus antecedentes. De ellos, aproximadamente el 6% tenían diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de tipo límite (TLP), mientras que el 12% restante incluían diagnóstico de otro tipo de trastorno de personalidad (OTROS TP). De todos ellos, 7 pacientes estaban incluidos en el proceso asistencial Trastorno Mental Grave. Dentro de este pool de pacientes, el 58% eran mujeres, mientras que el 42% eran hombres. El rango de edad más prevalente entre estos pacientes también corresponde al comprendido entre 40 y 59 años (53%).

El método usado con más frecuencia fue la ingesta medicamentosa voluntaria.



METODOLOGÍA:

Para ello, realizamos un análisis observacional retrospectivo en el que se revisan todos los pacientes atendidos por el servicio de Urgencias de Psiquiatría de nuestra Área Hospitalaria, que ofrece asistencia sanitaria aproximadamente a 400.000 habitantes, independientemente de la edad y el sexo, que acudieron durante el año 2014 y cuyo motivo de consulta fue una conducta suicida.



BIBLIOGRAFÍA:

Zeng R et al. Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric patients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Res.* 2015 Jan 28. pii: S0165-1781(15)00062-1. doi: 10.1016/j.psychres.2015.01.020

Hayashi N et al. Pathways from life-historical events and borderline personality disorder to symptomatic disorders among suicidal psychiatric patients: A study of structural equation modeling". *Psychiatry Clin Neurosci.* 2015 Jan 27. doi: 10.1111/pcn.12280.

PO-013. Comportamiento suicida según género en un área rural.

Alicia Quirós López, Adela María Hans Chacón, Rafael Lara Flores.

Introducción

Una importante diferencia entre sexos ha sido relatada en la literatura en cuanto al comportamiento suicida, con una sobrerrepresentación de mujeres en cuanto a verbalización de ideación suicida y tentativas autolíticas de baja letalidad y una preponderancia de hombres en el suicidio consumado (1).

La información disponible sobre el riesgo de suicidio en mujeres es limitada y a menudo simplemente extrapolada de estudios realizados en hombres. Sin embargo, la validez del proceso de ampliación de los factores de riesgo identificados entre casos de suicidios masculinos y extendidos al sexo femenino, es confusa (2).

Material y métodos

Análisis descriptivo y retrospectivo del registro de urgencias psiquiátricas del Hospital de La Merced (Osuna) en los años 2013 y 2014.

Resultados

El estudio incluye un total de 449 pacientes atendidos en el servicio de urgencias con comportamiento suicida. Ideación autolítica: 22,16 % del total.

- Varones: 58,33 %
- Mujeres: 41,67 %

Tentativa suicida: 77,83 % del total.

- Varones: 36,3 %
- Mujeres: 63,7 %

Conclusiones

De manera generalizada se acepta que los porcentajes de suicidios son típicamente más altos en varones que mujeres. En el caso de nuestro estudio los datos son diferentes encontramos un mayor porcentaje de mujeres que acuden al servicio de urgencias con tentativas suicidas y más hombres con verbalización de ideación suicida.

Las intervenciones son necesarias para el desarrollo de estrategias de prevención que conduzcan a una reducción del comportamiento suicida. Estas actividades preventivas deberían considerar la ocupación para el grupo femenino y el consumo de tóxicos en el grupo masculino (3).

Bibliografía

- Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BG. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord.* 2012 Apr;138(1-2):19-26.
- Dalca IM, McGirr A, Renaud J, Turecki G. Gender specific suicide risk factors: a case-control study of individuals with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2013 Dec;74(12):1209-16.
- Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, Sinyor.

COMPORTAMIENTO SUICIDA SEGÚN GÉNERO EN UN ÁREA RURAL

A. Quirós Lopez ¹, A. Hans Chacón ¹, R. Lara Flores ¹
¹ Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla

Introducción

Una importante diferencia entre sexos ha sido relatada en la literatura en cuanto al comportamiento suicida, con una sobrerrepresentación de mujeres en cuanto a verbalización de ideación suicida y tentativas autolíticas de baja letalidad y una preponderancia de hombres en el suicidio consumado (1).

La información disponible sobre el riesgo de suicidio en mujeres es limitada y a menudo simplemente extrapolada de estudios realizados en hombres. Sin embargo, la validez del proceso de ampliación de los factores de riesgo identificados entre casos de suicidios masculinos y extendidos al sexo femenino, es confusa (2).

Material y Métodos

Análisis descriptivo y retrospectivo del registro de urgencias psiquiátricas del Hospital de La Merced (Osuna) en los años 2013 y 2014.

Resultados

El estudio incluye un total de 449 pacientes atendidos en el servicio de urgencias con comportamiento suicida.

a) Ideación autolítica: 22,16 % del total. Fig 1.

- Varones:58,33 %

-Mujeres:41,67 %

b) Tentativa suicida: 77,83 % del total. Fig 2.

- Varones:36,3 %

- Mujeres:63,7 %

Fig 1. Ideación autolítica



Fig 2. Tentativa suicida



Conclusiones

De manera generalizada se acepta que los porcentajes de suicidios son típicamente más altos en varones que mujeres. En el caso de nuestro estudio los datos son diferentes encontramos un mayor porcentaje de mujeres que acuden al servicio de urgencias con tentativas suicidas y más hombres con verbalización de ideación suicida.

Las intervenciones son necesarias para el desarrollo de estrategias de prevención que conduzcan a una reducción del comportamiento suicida. Estas actividades preventivas deberían considerar la ocupación para el grupo femenino y el consumo de tóxicos en el grupo masculino (3).

Bibliografía

1. Schrijvers DL, Bollen J, van der Pijl A. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord*. 2012 Apr;136(1-2):16-20.
2. Dalca JM, McGirr A, Renaud J, Turker K. Gender specific suicide risk factors: a case-control study of individuals with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2013 Dec;74(12):1209-16.
3. Rhodes AE, Boyle MH, Bridge JA, Sinfor M, Ueki PS, Johnny L, Skinner R, Bethell JM, Carlisle C, Goodday S, Hottes TS, Newton A, Bennetts, Connor J, Cheung AH, Szatmari P. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World J Psychiatry*. 2014 Dec 22;4(4):120-32.

PO-014. Intervenciones de Enfermería ante la conducta suicida en el anciano.

Diana Manzanares Romero, M^a del Carmen del Moral Lechuga, José Antonio Camacho Alcántara.

Introducción

Tanto las conductas suicidas como el suicidio consumado representan un importante problema de Salud Pública en todo el mundo. Por ello, es importante conocer sus factores determinantes, centrándonos nosotros en este trabajo en los referidos a los ancianos.

En cuanto a las enfermeras, la valoración de enfermería y los factores de riesgo que nos lleven a un diagnóstico precoz, son las herramientas que debemos aplicar para la prevención del suicidio en los ancianos.

Objetivos

1. Dar a conocer la labor de la enfermera ante el riesgo de suicidio en el anciano.
2. Destacar los rasgos distintivos de la conducta suicida en la vejez.

Resultados

Se ha realizado un estudio descriptivo, mediante la búsqueda bibliográfica rigurosa de información, utilizando bases de datos científicas, así como su posterior revisión. De esta manera llegamos a una serie de resultados.

Así pues encontramos que la conducta suicida en los ancianos tiene una serie de rasgos distintivos:

- Utilizan métodos letales.
- El acto suicida es bien meditado, no impulsivo.
- Reflejan señales más difíciles de detectar.
- En ocasiones asumen la forma de suicidios pasivos: encamándose o transgrediendo el régimen terapéutico.
- Tener en cuenta la pluripatología física que el anciano debe afrontar, así como la depresión, que es la más común de las enfermedades mentales en la vejez

Conclusiones

Se concluye que la enfermera debe dar respuesta a esta petición de ayuda por parte del anciano, elaborando un Plan de cuidados adecuado para el diagnóstico "Afrontamiento individual inefectivo".

Las intervenciones pertinentes son:

- 5230 Aumentar el afrontamiento.
- 6340 Prevención del suicidio.

Bibliografía

- Sánchez E. El suicidio en ancianos. Prevención e intervención psicológica. En: V Jornadas Mundial de la Prevención del Suicidio. Madrid; 2013.p.1-10.
- Pérez Barrero SA. Factores de riesgo suicida en el anciano. Ciencia & Saúde Coletiva. 2012; 17(8):2011-2016.
- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. 2ªed. Madrid: ELSEVIER ESPAÑA; 2013.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ANTE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL ANCIANO

AUTORES: Diana Manzanera Romero, M^a del Carmen del Moral Lechuga, José Antonio Camacho Alcántara.

El concepto de "conducta suicida" hace referencia a un "continuum" de conductas, que incluye las ideas de suicidio, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado, conductas que se solapan entre ellas. Hay dificultades para llegar a un consenso en la definición; en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) la OMS propone como criterios operativos de un suicidio: a) un acto con resultado letal; b), deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto; c), sabiendo o esperando el resultado letal y d), la muerte es un instrumento para obtener cambios deseables en la actividad consciente y en el medio social (1). Tanto las conductas suicidas como el suicidio consumado representan un importante problema de Salud Pública en todo el mundo. Por ello, es importante conocer sus factores determinantes, centrándonos nosotros en este trabajo en los referidos a los ancianos (2). A pesar de la presión popular sobre el suicidio en la juventud y las numerosas investigaciones en torno a este fenómeno, el suicidio entre los ancianos constituye una significativa causa de muerte. En la medida en que las personas mayores conforman el segmento de más rápido crecimiento de la población, el número absoluto de sus suicidios continuará incrementándose y se pronostica que para el 2030 será el doble por lo que se hace necesario profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo propios de la vejez para atenuar en cierta medida dicha predicción (3).

Desde el punto de vista de las enfermeras, el diagnóstico precoz a través de las valoraciones de enfermería y de los factores de riesgo es la mejor herramienta para la prevención del acto suicida (4).

OBJETIVOS:

- Dar a conocer los rasgos distintivos de la conducta suicida en el anciano.
- Poner de manifiesto la labor de la enfermera ante la conducta suicida en el anciano.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un estudio descriptivo, mediante la búsqueda bibliográfica rigurosa de información, utilizando bases de datos así como su posterior revisión.

RESULTADOS:

Se sabe que la conducta suicida en el anciano tiene los siguientes rasgos distintivos (3):

- Los ancianos realizan menos intentos de suicidio que los jóvenes.
- Utilizan métodos mortales, sobretodo ahorcamiento, armas de fuego y precipitación de lugares elevados. Por lo general son métodos de fácil disponibilidad.
- Reflejan menos señales de aviso y éstas son más difíciles de detectar: es importante conocer las particularidades de la comunicación suicida en la vejez. Así pues es habitual que las personas mayores expresen sus intenciones suicidas refiriendo que son una carga para los demás, que no desean seguir siéndolo y que los demás estarían mejor si ellos estuvieran muertos.
- Los actos suicidas no son impulsivos, sino meditados. De hecho las amenazas, los gestos, los intentos de suicidio y el suicidio accidental son raros en la vejez, mientras que son muy frecuentes y habituales los suicidios frustrados considerados como tal, o sea, aquellos actos suicidas que no ocasionan la muerte debido a la ocurrencia de circunstancias fortuitas, casuales e imprevistas.
- Pueden asumir la forma de suicidios pasivos: no ingerir alimentos, encamarse, transgredir regímenes terapéuticos tales como no inyectarse la insulina en el caso de diabéticos insulino-dependientes o no tomar los antihipertensivos aquellos que padecen de hipertensión arterial.
- Son frecuentes los pactos suicidas entre cónyuges afeos que están deprimidos o situaciones de homicidio-suicidio, en los que el perpetrador ha presentado manifestaciones depresivas relevantes.
- Hay que tener muy presente los problemas físicos que el anciano debe afrontar: la patología artrítica, que afecta su locomoción; las enfermedades cardiovasculares que limitan el ejercicio físico; las enfermedades neurológicas que bloquean las funciones intelectuales y el cáncer que ocasiona dolor y dependencia.
- Otro factor de riesgo suicida en la vejez es el maltrato, que puede realizarse de diversas maneras, entre las que sobresalen el maltrato físico, el psicológico, el sexual, el económico, el emocional o por omisión, desuido o negligencia en su cuidado. El maltrato al anciano es perpetrado por los familiares y los cuidadores que tienen una historia de violencia y conducta antisocial.
- Los problemas emocionales que padece el anciano incluyen la depresión, que es la más común de las enfermedades mentales en la vejez y el mejor predictor del suicidio en el anciano. Se considera que dos tercios de los suicidios geriátricos están asociados con la depresión.
- A la depresión se pueden añadir otros factores como las propias presiones sociales derivadas de la jubilación, dependencia, muerte de seres queridos, familiares o amigos, la pérdida de la seguridad económica, que componen un caldo de cultivo adecuado para que se manifieste la conducta autodestructiva.

CONCLUSIONES:

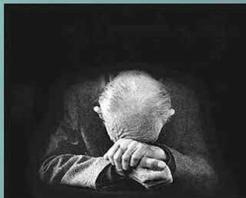
A partir de los 65 años los factores sociales y sanitarios se encuentran asociados a un mayor riesgo de suicidio. Concluimos que el personal de enfermería, como parte de la sociedad y la cultura, posee una serie de actitudes y creencias que deben dar respuesta a esta petición de ayuda. Para ello realizaremos un plan de cuidados acorde con el diagnóstico "Riesgo de suicidio":

Los criterios de resultado y las intervenciones asociadas son los siguientes (5):

- Autocontención del suicidio (1408):
 - ✓ Aumentar el afrontamiento.
 - ✓ Ayuda para el control del enfado.
 - ✓ Disminución de la ansiedad.
 - ✓ Técnicas de relajación.
- Control de los impulsos (1405):
 - ✓ Entrenamiento para controlar los impulsos.
 - ✓ Establecer límites.
 - ✓ Identificación de riesgos.
 - ✓ Manejo de la conducta.
- Represión de la automutilación (1406):
 - ✓ Escucha activa.
 - ✓ Manejo ambiental: seguridad.
 - ✓ Modificación de la conducta.
 - ✓ Establecimiento de objetivos comunes.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Soler Insa PA, Cascón Barrachina J. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales III. 3ªed. Catalunya: Ars Médica;2005.
- (2) Sánchez E. El suicidio en ancianos. Prevención e intervención psicológica. En: V Jornadas Mundial de la Prevención del Suicidio. Madrid;2013.p.1-10.
- (3) Pérez Barrero SA. Factores de riesgo suicida en el anciano. Ciencia & Saúde Coletiva. 2012; 17(8):2011-2016.
- (4) Rigol, A; Ugalde, M. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. 2ª edición. Ed. Elsevier Masson. Barcelona, 2007.
- (5) NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación. 2ªed. Madrid: ELSEVIER ESPAÑA;2013.



PO-015. Primeras consultas por riesgo autolítico en una unidad de salud mental infanto-juvenil: una serie de casos

Beatriz Mata Sáenz, Lara Cabanillas Carrillo, M^a José Blanco-Morales Limones, Lucía Bala-do Millán, Virginia Rodríguez Graván, Ricardo Jarast Kaplan

Introducción

El suicidio en los adolescentes continúa siendo una de las principales causas de muerte y un asunto primordial a nivel de la prevención aunque las cifras suelen infraestimarse.

Como factores que parecen influir en los suicidios en adolescentes encontramos: enfermedades mentales, bullying, el fenómeno del contagio y el uso de sustancias.

Objetivos

Nuestro objetivo principal es analizar la prevalencia y las características de las primeras consultas relacionadas con intencionalidad autolítica en nuestra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Para ello consultamos las primeras consultas atendidas entre el 1 de marzo de 2014 y el 28 de febrero de 2015 recogiendo los siguientes datos clínicos y demográficos: edad, género, antecedentes psiquiátricos y de suicidio, método empleado y diagnóstico psiquiátrico recibido.

Resultados

El número de primeras consultas atendidas en nuestra Unidad en el periodo recogido fue 32 (78,1% por ideación autolítica y resto por intentos autolíticos), 81,2% fueron mujeres con edad media de 13,72 años. Los meses con más consultas fueron mayo (21,9%) y abril (18,8%) de 2014.

Los métodos más empleados fueron la ingesta medicamentosa (43,8%) y la venoclisis (40,6%). El 28,1% de los pacientes refieren intentos autolíticos previos (por venoclisis 50%, ingesta medicamentosa 40%). Un 28,1% de los pacientes tenían antecedentes de atención previa en Salud Mental, predominando los trastornos de conducta (33,3%). Durante su seguimiento, los diagnósticos principales fueron depresión, ansiedad y trastornos de conducta (15,6% respectivamente).

Conclusiones

A semejanza de otras edades existe disparidad entre el género y el método empleado en intentos autolíticos y en suicidios consumados siendo no obstante, dada la importancia de este número de pacientes así como su edad, prioritaria la utilización de campañas de prevención y detección de estos casos.

Bibliografía

McLoughlin AB, Gould MS, Malone KM. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. QJM Advance Access, 2015.

PRIMERAS CONSULTAS POR RIESGO AUTOLÍTICO EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL: UNA SERIE DE CASOS

Mata Sáenz B.¹, Cabanillas Carrillo L.¹, Blanco-Morales Limones M.J.², Balado Millán L.³, Rodríguez Graván V.³, Jarast Kaplan R.³

¹M.I.R. Psiquiatría, U.G.C. Salud Mental H.U.V. Macarena

²F.E.A. Psicología, U.G.C. Salud Mental H.U.V. Macarena

³F.E.A. Psicología, U.G.C. Salud Mental H.U.V. Macarena

PO-015

INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadística, el número de suicidios en menores de 29 años se ha mantenido oscilante entre 2005 y 2012.

El suicidio en los adolescentes continúa siendo una de las principales causas de muerte siendo por ello un asunto primordial a nivel de la prevención. Las cifras suelen infraestimarse y aparentar ser un problema de menor cuantía de lo que es en realidad.

Como en adultos, es mayor el número de mujeres que presentan ideación autolítica pero es mayor el número de hombres que lo cometen y se suicidan. *Stordeur et al* resaltan en los intentos autolíticos de niños en comparación con los adolescentes la alta letalidad en contraste con una baja intencionalidad.

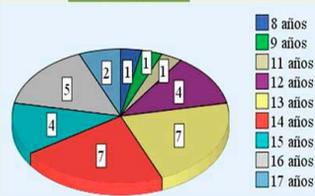
OBJETIVO

Nuestro objetivo principal es analizar la prevalencia y las características de las primeras consultas relacionadas con intencionalidad autolítica en nuestra Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil.

Para ello consultamos las primeras consultas atendidas entre el 1 de marzo de 2014 y el 28 de febrero de 2015 recogiendo los siguientes datos clínicos y demográficos: edad, género, antecedentes psiquiátricos y de suicidio, método empleado y diagnóstico psiquiátrico recibido.

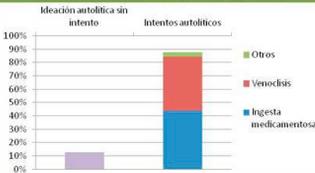
RESULTADOS

EDAD



El número de primeras consultas derivadas por este motivo y atendidas en nuestra Unidad en el periodo recogido fue 32, el 18,8% fueron varones.

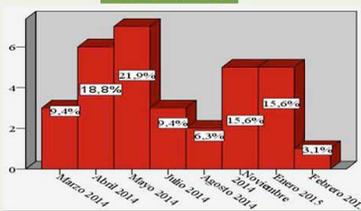
IDEACIÓN vs INTENTO AUTOLÍTICO



En un 21,9% de los casos el motivo era ideación autolítica o autolesiva mientras que en el 78,1% restante el paciente había llegado a realizar un gesto autolítico. El método empleado en el 43,8% de los casos fue la ingesta medicamentosa, el 40,6% venoclisis y el 3,1% restricción alimentaria. Tan solo el 28,1% de los pacientes refieren intentos autolíticos previos, predominando en este caso la venoclisis (50% de los pacientes) sobre la ingesta medicamentosa (40%) y cáusticos (10%).

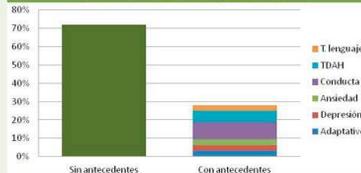
No se encuentra relación estadísticamente significativa entre el género del paciente y la ideación autolítica o la realización de un gesto autolítico. Tampoco entre la ideación autolítica y los gestos autolíticos y tener o no antecedentes psiquiátricos o haber realizado o no intentos previos.

CONSULTAS/MES



Los meses que más consultas se atendieron fueron mayo (21,9%) y abril (18,8%) de 2014. Los meses que menos fueron febrero de 2015 (3,1%) y agosto (6,3%) de 2014.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS



Un 28,1% tenían antecedentes de atención previa en Salud Mental, predominando el antecedente de trastornos de conducta (33,3% de los pacientes), TDAH 22,2%, depresión/adaptativo/ansiedad TEL 11,1% respectivamente. Durante su seguimiento, el 15,6% recibió el diagnóstico de depresión, 15,6% de ansiedad, 15,6% trastornos de conducta, 12,5% trastorno de personalidad, 12,5% intento autolítico, 9,4% trastorno adaptativo y 6,3% otros diagnósticos, 3,1% TDAH, un 9,4% tuvieron diagnósticos no psiquiátricos (ausencia de patología o problemática sociofamiliar).

CONCLUSIONES

A semejanza de otras edades existe disparidad entre el género y el método empleado en intentos autolíticos y en suicidios consumados siendo no obstante, dada la importancia de este número de pacientes así como su edad, prioritaria la utilización de campañas de prevención y detección de estos casos.

PO-016. ¿Existen diferencias sociodemográficas y clínicas entre los suicidas que dejan nota y los que no?

*Adriana Goñi Sarriés, José Javier López Goñi,
Miriam Blanco Beregaña, Rubén Peinado Jaro,
Leire Azcárate Jiménez*

Introducción

El análisis de las diferencias entre las personas que dejan nota y quienes no lo hacen tiene una larga trayectoria en los estudios sobre el suicidio. El porcentaje de las personas que dejan notas, así como el estudio de sus características, varía según culturas y momentos históricos.

Objetivos

Describir las principales variables sociodemográficas (edad, sexo, medio de residencia, nivel educativo, situación laboral-profesión, estado civil y situación de convivencia), clínicas (atención recibida, diagnóstico, intentos de suicidio y consumo de tóxicos) y método del suicidio, en función de la existencia de notas en las personas que se suicidaron en Navarra.

Método

Revisión de los datos disponibles en la Historia Clínica Informatizada del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea de los 180 suicidios consumados en Navarra en el periodo 2010-2013.

Resultados

Un 18,3% de la muestra (n = 33) dejó una nota de despedida. No se aprecian diferencias estadísticamente

significativas en variables sociodemográficas, en intentos previos, ni en la atención recibida. Dos datos resultan especialmente llamativos: 1) nadie con diagnóstico de psicosis o de trastorno mental orgánico dejó nota de suicidio; 2) se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 16,3$; g.l. = 5; $p < 0,01$) en algunos métodos de suicidio empleados. Quienes se precipitaron al vacío dejaron menos notas, y quienes emplearon armas de fuego o se intoxicaron por gases dejaron más notas

Conclusiones

Este estudio avala la ausencia de diferencias sociodemográficas y clínicas relevantes entre los suicidas que dejan nota y los que no. Dejar nota es un acto poco común, pero puede estar relacionado con la planificación de la conducta suicida, ya que se han encontrado en una mayor proporción en métodos que requieren de una mayor planificación.

Bibliografía

Cerel J, Moore M, Brown MM, van de Benn J, Brown SL. Who leaves suicide notes? A six year population-based study. Suicide Life-Threat In Press.

¿EXISTEN DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS ENTRE LOS SUICIDAS QUE DEJAN NOTA Y LOS QUE NO?

Adriana Goñi Sarriés¹, José Javier López Goñi², Miriam Blanco Beregaña³, Rubén Peinado Jaro⁴, Leire Azcárate Jiménez⁵
¹Psicóloga Clínica Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, ²Universidad Pública de Navarra, ³Psicóloga Clínica Centro Neurológico de Atención Integral, ⁴Psicólogo Clínico Fundación Argibide, ⁵Psicóloga Clínica Osakidetza



INTRODUCCIÓN

El análisis de las diferencias entre las personas que dejan nota y quienes no lo hacen tiene una larga trayectoria en los estudios sobre el suicidio. El porcentaje de las personas que dejan nota, y sus características, varía según culturas y momentos históricos.

MATERIAL Y MÉTODO

Los datos se obtienen de la información suministrada por el Instituto Navarro de Medicina Legal y la revisión de las Historias Clínicas Informatizadas del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Se identifican 180 suicidios consumados en Navarra entre los años 2010-2013.

OBJETIVO

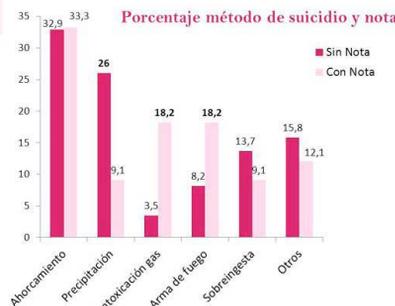
Describir las principales variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, situación de convivencia, medio de residencia y nivel educativo), clínicas (diagnóstico clínico actual, consumo de tóxicos, intentos autolíticos previos y atención recibida) y método del suicidio, en función de la existencia o no de notas en las personas que se suicidaron en Navarra.

	Total (N=180)	Sin Nota (n=147)	Con Nota (n=33)	X ² (gl)			
	N (%)	n (%)	n (%)	t			
Edad	53,2	18,7	52,8	18,8	55	18,6	0,7
Sexo							
Hombre	135	75,4	113	77,4	22	66,7	
Mujer	44	24,6	33	22,6	11	33,3	1,7
Estado Civil							
Soltero/a	52	39,7	47	44,8	5	19,2	7,7
Casado/a	43	32,8	33	31,4	10	38,5	
Separado/a	24	18,3	18	17,1	6	23,1	
Viudo/a	12	9,2	7	6,7	5	19,2	
Convivencia							
Consta	122	67,8	102	69,4	20	60,6	
Solo/a	32	26,2	26	25,5	6	30,0	2,2
Pareja/hijos	48	39,3	35	34,3	13	65,0	
Otros	42	34,4	41	40,2	1	5,0	
Residencia							
Consta	171	95,0	139	94,6	32	96,7	0,1
Urbano	104	60,8	85	61,2	19	59,4	
Rural	67	37,2	54	38,8	13	40,6	
Educación							
Consta	72	40,0	58	39,5	14	42,4	1,3
Sin /Primarios	30	41,7	27	46,6	6	42,9	
Secundarios	28	38,9	21	36,2	7	50,0	
Universitario	14	19,4	10	17,2	1	7,1	

	Total (N=180)	Sin Nota (n=147)	Con Nota (n=33)	X ² (gl)			
	N (%)	n (%)	n (%)	t			
Diagnóstico							
Consta	106	58,9	90	61,2	16	48,5	
T. Afectivos	33	31,1	28	31,1	5	31,3	
T. Ansiedad	28	26,4	21	23,3	7	43,8	
T. Tóxicos	14	13,2	11	12,2	3	18,8	
T. Psicóticos	13	12,3	13	14,4	0		
T. Personalidad	11	10,4	10	11,1	1	6,3	
T. Orgánicos	7	6,6	7	7,8	0		
Consumo tóxicos							
Consta	163	90,5	131	89,1	32	97,0	
Sí	88	54,0	72	55,0	16	50,0	2,0
Intento previo	53	29,6	44	30,1	9	27,3	0,1
Atenc. recibida							
No atención en salud mental	63	35,0	50	34,0	13	39,4	
Atención en primaria	18	10,0	13	8,8	5	15,1	
Atención en salud mental	99	55,0	84	57,2	15	45,5	

CONCLUSIONES

Este estudio avala la ausencia de diferencias sociodemográficas y clínicas relevantes entre los suicidas que dejan nota y los que no. Dejar nota es un acto poco común (18,3%) pero puede estar relacionado con la planificación de la conducta suicida, ya que se ha encontrado en una mayor proporción en métodos que requieren mayor planificación, como la intoxicación por gas y el arma de fuego frente a la precipitación al vacío que dejaron menos notas ($X^2 = 16,3; p < 0,01$).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cerel J, Moore M, Brown MM, van de Venne J, Brown SL. Who leaves suicide notes? A six year population-based study. Suicide Life in Threat 2014, en prensa.
- Kuwabara H, Shiori T, Nishimura A, Abe R, Nushida H, Ueno Y, et al. Differences in characteristics between suicide victims who left notes or not. Journal of Affective Disorders 2006(94): 145-149.

PO-017. Acontecimientos estresantes y suicidios consumados en Navarra

*Adriana Goñi Sarriés, José Javier López Goñi,
Leire Azcárate Jiménez, Rubén Peinado Jaro,
Miriam Blanco Beregaña*

Introducción

El suicidio a menudo va precedido de eventos estresantes. El trastorno mental, los factores psicológicos (impulsividad, desesperanza...) y los intentos previos son factores predisponentes que, junto a eventos estresantes, pueden interactuar y aumentar el riesgo.

Objetivos

Describir los estresores psicosociales identificados en las personas que se suicidaron y su relación con las principales variables sociodemográficas (edad, sexo, medio de residencia, nivel educativo, situación laboral-profesión, estado civil y situación de convivencia), y clínicas (diagnóstico clínico, intentos previos y atención recibida).

Método

Revisión de los datos disponibles en la Historia Clínica Informatizada del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea de los 180 suicidios consumados en Navarra en el periodo 2010-2013.

Resultados

En un 67,8% de la muestra (n = 122) se identificaron estresores psicosociales en los momentos previos al suicidio. Los problemas sociales (27,0%; n = 33), el diagnóstico o empeoramiento de una enfermedad física pro-

pia (25,4%; n = 31) y el diagnóstico o empeoramiento de una enfermedad mental propia (23,8%; n = 29) fueron los principales estresores psicosociales encontrados. En una menor proporción se encontraron la enfermedad o muerte de una familiar, de la pareja o un amigo (12,3%; n = 15) y las discusiones o rupturas sentimentales (11,5%; n = 14). Se presentan las principales características sociodemográficas, de diagnóstico clínico y circunstancias del suicidio en cada estresor

Conclusiones

Este estudio avala la importancia de contar con protocolos preventivos para la conducta suicida que incluyan factores personales y sociales asociados al riesgo suicida.

Bibliografía

- Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmson K, Allebeck P. Life events and psychological factors in elderly suicides, a case control study. *Psychological Medicine*. 2001(31):1193-202.
- Parra Uribe I, Blasco-Fontecila H, García-Parés G, Giró Batalla M, Llorens Capdevila M, Cebrià Meca A, et al. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *Journal of Affective Disorders*. 2013(150):840-6.

ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES Y SUICIDIOS CONSUMADOS EN NAVARRA

Adriana Goñi Sarries¹, Jose Javier López Goñi², Leire Azcárate Jiménez³, Rubén Peinado Jaro⁴, Miriam Blanco Beregaña⁵

¹Psicóloga Clínica Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, ²Universidad Pública de Navarra, ³Psicóloga Clínica Osakidetza, ⁴Psicólogo Clínico Fundación Argibide, ⁵Psicóloga Clínica Centro Neurológico de Atención Integral

INTRODUCCIÓN

La literatura recoge que en un alto porcentaje de casos el suicidio va precedido por estresores psicosociales. El trastorno mental, los factores psicológicos (impulsividad, desesperanza, rigidez cognitiva...) y los intentos previos son factores predisponentes que, junto a eventos estresantes, pueden interactuar y aumentar el riesgo.

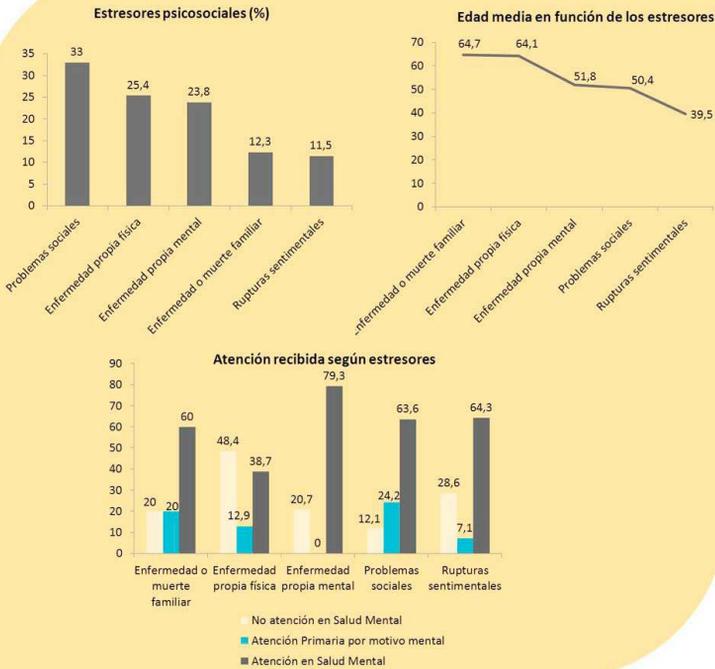
OBJETIVOS

Describir los estresores psicosociales identificados entre quienes se suicidaron y su relación con variables sociodemográficas y clínicas.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de los datos disponibles en la Historia Clínica Informatizada del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea de los 180 suicidios consumados en Navarra en el periodo 2010-2013

RESULTADOS



CONCLUSIONES

1. Se confirma la presencia de eventos estresantes en los momentos previos al suicidio en el 67,8% de la muestra (n=122)
2. Los problemas sociales, el diagnóstico o empeoramiento de una enfermedad física propia y el diagnóstico o empeoramiento de una enfermedad mental propia han sido los principales estresores encontrados.
3. Hay diferencia estadísticamente significativa en relación a la edad y los estresores identificados (F=7,6; p<0,001).
4. No se encuentran diferencias con relación al resto de variables sociodemográficas y clínicas estudiadas.
5. Las personas que presentaban un diagnóstico o empeoramiento de una enfermedad física propia no estaban siendo atendidas en los recursos de salud mental.
6. Se avala la importancia de protocolos preventivos que incluyan factores personales y sociales asociados al riesgo suicida.

BIBLIOGRAFÍA

- Rubenowitz E, Waern M, Wilhelmson K, Allebeck P. Life events and psychological factors in elderly suicides, a case control study. *Psychological Medicine*. 2001(31):1193-1202.
- Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, et al. Attempted and completed suicide: Not what we expected? *Journal of Affective Disorders*. 2013(150):840-846.

PO-018. Consulta de prevención de riesgo suicida: Datos preliminares de un año de actividad

María Irigoyen, María Mur, Ester Castán, Gemma Vall, Francesc Estrada, Enrique Baca-García.

Introducción

Según datos de últimos 6 años de pacientes valorados tras intento suicida en servicio de urgencias generales de Lérida se objetiva que 50'5% eran reincidentes y 78'3% presentaban antecedentes psiquiátricos. Solo 17% ingresa en agudos.

Objetivos

Demostrar que seguimiento intensivo específico ambulatorio después de intento suicida disminuye reincidencia y ofrece buena contención ambulatoria posibilitando alta a Atención Primaria.

Diseño

Recogida de datos sociodemográficos, clínicos y psicométricos de pacientes que realizan intento suicida y son derivados a consulta monográfica de riesgo suicida durante año 2014. Visita preferente en menos de 7 días. Seguimiento semanal-bisemanal durante 3 meses estipulándose 6 visitas. Redefinición de estrategia terapéutica a los 3 meses.

Resultados

114 pacientes. Media 42 años. 70'17% mujeres. 82% procedían de dispositivos de urgencias y 8% hospita-

lización. 35'96% seguimiento psiquiátrico previamente al intento. 44'74% tratamiento antidepressivo. 34% 1 ó 3 visitas a MAP por sintomatología psiquiátrica previamente. 62'28% sobreingesta medicamentosa, 17% ideación suicida sin gesto, 5% metodología violenta. 58'77% no intentos previos. 50% se deriva psicología. 5 visitas de media. 30% abandono antes de sexta visita. Trastornos adaptativos 35'96, cuadros depresivos 27%, trastornos de personalidad 17'54. 57'89% se alta a Atención Primaria. Ningún suicidio consumado. 7'02% han reincidido (trastornos de personalidad).

Conclusión

Intervención en crisis y seguimiento ambulatorio intensivo permite redefinir estrategia terapéutica para disminuir reincidencia. Posibilidad de derivación a Atención Primaria lograda estabilización psicopatológica. Abordaje multidisciplinar para detección precoz desde Atención Primaria. Efectivo en trastornos adaptativos y clínica afectiva. Promover derivación desde unidades de hospitalización.

Bibliografía

Madoz, A.; Baca, E.; Díaz, C, et al. (1999): "Attempted suicide and previous contact with health system". *Actas Esp Psiquiatr*, 27: 329-33.

CONSULTA DE PREVENCIÓN DE RIESGO SUICIDA: DATOS PRELIMINARES DE UN AÑO DE ACTIVIDAD

Irigoyen M¹, Mur M¹, Castan E¹, Vall G¹, Estrada F¹, Baca-García E²

¹ Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa María de Lleida
² Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Introducción: Según recogida de datos de los últimos 6 años de pacientes valorados tras intento de suicidio en el servicio de urgencias generales de Lleida se objetiva que el 50.5% eran reincidentes y el 78.3% presentan antecedentes psiquiátricos. Tan solo el 17% ingresa en la unidad de Agudos. Desde el 2 diciembre de 2013 se crea la consulta ambulatoria monográfica de prevención de suicidio.

Objetivos: Demostrar que el seguimiento intensivo específico ambulatorio después de un intento de suicidio disminuye la reincidencia y la necesidad de hospitalización, ofreciendo una buena contención ambulatoria que posibilite el alta a Atención Primaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Recogida de datos sociodemográficos, clínicos y psicométricos de pacientes que realizan intento de suicidio y son derivados a la consulta monográfica de riesgo suicida durante el 2014. Se realiza visita preferente en menos de 7 días tras el intento de suicidio o el alta de hospitalización. Se realiza un seguimiento semanal-bisemanal durante 3 meses estipulándose 6 visitas. Se procede a la redefinición de estrategia terapéutica a los 3 meses según evolución clínica.

RESULTADOS

- Se visitan **114 pacientes** durante el año 2014.
- Variables sociodemográficas:** La media de edad era 42 años. El 70.17% eran mujeres.
- Respecto a la **procedencia y situación previa al intento:** el 82% procedían de dispositivos de urgencias psiquiátricas o generales y el 8% de hospitalización. El 35.96% estaba realizando seguimiento psiquiátrico previamente al intento de suicidio. El 44.74% tenía prescrito tratamiento antidepressivo. Hasta el 34% acudió 1 ó 3 veces al médico de Atención Primaria por sintomatología psiquiátrica los 3 meses previos al gesto.
- Metodología:** 62.28% empleó la sobreingesta medicamentosa, el 17% refería ideación suicida sin proceder al gesto, el 5% utilizó metodología violenta (ahorcamiento, precipitación, venosección).
- Conducta suicida previa:** el 58.77% no referían intentos previos. El 22.81% había realizado un intento, el 9.64% entre 1 y 3 intentos y el 8.77% más de tres intentos de suicidio a lo largo de su vida.
- Antecedentes previos y diagnóstico:** El 35.96% eran Trastornos adaptativos, cuadros depresivos el 27%, trastornos de personalidad el 17.54%. El 77.2% nunca había ingresado en una unidad de Agudos. El 15.79% al menos había ingresado una vez a lo largo de la vida y el 4.38% había ingresado en más de 3 ocasiones.
- Evolución clínica:** Tan solo el 5.9% no se presentó a primera visita. El 30% abandonó antes de la sexta visita. Se realizaron 5 visitas de media. El 50% se derivó a Psicología y el 71.9% a Trabajadora Social debido a sus dificultades socioeconómicas.
- Redefinición de la estrategia terapéutica a los 3 meses del seguimiento:** el 57.89% se altaron a Atención Primaria. El 34.13% fue derivado a Psiquiatra para consolidar la mejoría (4 hospitalizaciones parciales en Hospital de Día y dos ingresos en unidad de Agudos). Dos fallecieron por muerte natural (neoplasia).
- Tras un año, **ningún paciente falleció por suicidio consumado.** El 7.02% han reincidido (trastornos de personalidad)

CONCLUSIONES

- La intervención en crisis y el seguimiento ambulatorio intensivo permite redefinir la estrategia terapéutica para disminuir reincidencia y reducir los ingresos.
- Posibilidad de derivación a Atención Primaria una vez lograda la estabilización psicopatológica.
- El abordaje multidisciplinar permite la detección precoz desde Atención Primaria.
- Mejores resultados en pacientes con trastorno adaptativo y clínica afectiva.
- Promover la derivación desde unidad de hospitalización de pacientes suicidas.

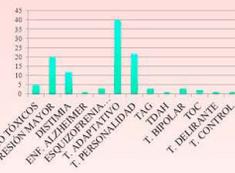
BIBLIOGRAFÍA

- Madoz, A.; Baca, E.; Diaz, C. et al. (1989): "Attempted suicide and previous contact with health system". *Actas Esp Psiquiatr*, 27: 329-33.
- Baca-García, E.; Diaz-Sastre, C.; Resa, E. G. et al. (2004): "Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt". *Psychiatr Serv*, 55 (7): 792-7

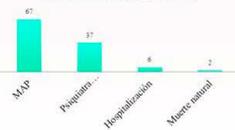
Procedencia



Conducta suicida previa



Derivación tras seguimiento



PO-019. Derivación directa a Atención Primaria de pacientes tras intento de suicidio

María Irigoyen, Víctor Ferrer, María Mur, Francesc Estrada, Núria Tarraubella, Ester Castán.

Introducción

Conducta suicida previa mayor factor riesgo suicida. Pacientes evaluados por psiquiatra en urgencias generales tras intento suicida desde 2009 hasta 2014 tan solo 9% se derivó a Atención Primaria sin visita con psiquiatra.

Objetivos

Analizar evolución pacientes derivados a Atención Primaria sin seguimiento psiquiátrico tras intento suicida. Demostrar necesidad prevención terciaria

Diseño

Variables sociodemográficas y clínicas de pacientes valorados por Psiquiatría tras intento suicida desde 2009 hasta 2014 y derivados a Atención Primaria sin vincular. Se revisa reincidencia a 3 meses y al año, ingresos, toma actual de psicotropos y seguimiento actual en Psiquiatría.

Resultados

62 pacientes. Edad media 36. 63% mujeres. 59'68% con pareja. 43'55% activos laboral o académicamente. 46'16% antecedentes psiquiátricos (tóxicos y síndrome ansiosodepresivo) existiendo diferencias significativas entre diagnóstico y reincidencia posterior a ($p < 0'05$). 25'8% conducta suicida previa. 72'58% sobreingesta medicamentosa, 11'3% metodología violenta. Mayor reincidencia a los 3

meses en sobreingestas medicamentosas con o sin alcohol ($p < 0.05$). Influencia del alcohol a la hora de indicar ingreso ($p < 0.05$). 93.55% afectación somática leve. 43.55% en tratamiento antidepresivo. 12.9% acudió al MAP por clínica psiquiátrica 3 meses previos. 3.2% acudió previamente urgencias psiquiatría. 8% reincidieron a 3 meses. 21% reincidieron al año. 19.35% se visitan actualmente en Psiquiatría y 33.87% en tratamiento antidepresivo. 16.13% ingresaron en Agudos por comportamiento suicida y 3.22% suicidio. A mayor edad, mayor reincidencia al año y mayor indicación de ingreso en agudos posterior ($p < 0.05$).

Conclusión

Conveniencia de prevención terciaria por psiquiatra desde primer intento suicida. Elevada reincidencia posterior que finalmente requiere atención especializada e ingreso.

Bibliografía

Baca-García, E.; Díaz-Sastre, C.; Resa, E. G. et al. (2004): "Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt", *Psychiatr Serv*, 55.

DERIVACIÓN DIRECTA A ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES TRAS INTENTO DE SUICIDIO

Irigoyen M¹, Ferrer V¹, Mur M¹, Estrada F¹, Tarraubella N², Castán E¹

¹ Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa María de Lleida
² Medicina de Familia y Comunitaria de Lleida

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Introducción: La conducta suicida previa es el mayor factor de riesgo suicida. De los pacientes evaluados por Psiquiatría de Enlace en urgencias generales de Lérida tras intento suicida desde el 2009 hasta el 2014, tan solo el 9% se derivó a Atención Primaria sin visita con psiquiatra. Los objetivos son:

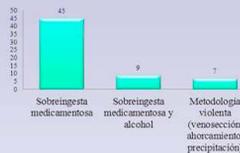
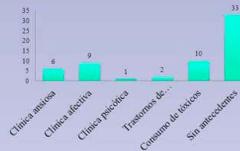
1. Analizar la evolución clínica de pacientes que fueron derivados a Atención Primaria sin seguimiento psiquiátrico tras intento suicida.
2. Demostrar la necesidad de prevención terciaria vinculándolos a la red de Psiquiatría tras intento reciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se recogen variables sociodemográficas y clínicas de todos los pacientes que fueron valorados por Psiquiatría tras intento suicida desde 2009 hasta 2014 en urgencias generales de Lérida y fueron derivados a Atención Primaria sin vincular a especialista. Se revisa la reincidencia a los 3 meses y al año, los ingresos totales, la prescripción actual de psicofármacos y si hoy día se visitan en Psiquiatría. Limitaciones: Pacientes no valorados por psiquiatra de enlace en ausencia del mismo los días festivos.

RESULTADOS

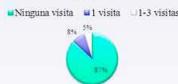
- Muestra de 62 pacientes.
- **Variables sociodemográficas:** Edad media 36 años. El 63% eran mujeres. El 59/68% tenían pareja. El 43/55% activos laboral o académicamente.
- **Variables clínicas:** El 46/16% referían antecedentes psiquiátricos (consumo de tóxicos y síndrome ansiosodepresivo) existiendo diferencias significativas entre diagnóstico y reincidencia posterior a ($p < 0.05$). El 94% presentó afectación somática leve.
- **Metodología:** 72/58% sobreingesta medicamentosa, 11/3% metodología violenta.
- **Antecedentes de conducta suicida y situación previa y posterior al intento:** El 25/8% refería conducta suicida previa. Mayor reincidencia a los 3 meses en sobreingestas medicamentosas con o sin alcohol ($p < 0.05$). Influencia del alcohol a la hora de indicar ingreso ($p < 0.05$). El 43/55% estaban en tratamiento antidepresivo y el 12/9% acudió al médico de Atención Primaria por clínica psiquiátrica los 3 meses previos al intento. El 3/2% acudió previamente al servicio de urgencias de psiquiatría.
- **Evolución posterior al intento:** El 8% reincidieron a los 3 meses y el 21% reincidieron al año. El 19/35% se visitan actualmente en Psiquiatría. El 33/87% está en tratamiento antidepresivo actualmente. El 16/13% posterior/mente ingresó en Agudos por comportamiento suicida y el 3/22% fallecieron por suicidio. A mayor edad, mayor reincidencia al año y mayor indicación de ingreso en agudos posterior ($p < 0.05$).



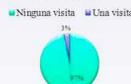
Afectación somática



Visitas a Atención Primaria los 3 meses previos



Visitas a urgencias de Psiquiatría los 3 meses previos



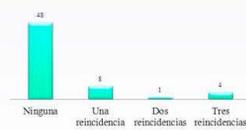
Reincidencia a los 3 meses



CONCLUSIONES

- Conveniencia de realizar prevención terciaria por psiquiatra desde el primer intento suicida a pesar de tratarse de gestos de baja afectación somática.
- Elevada reincidencia posterior que finalmente requiere atención especializada e ingreso hospitalario.
- Necesidad de realizar un abordaje multidisciplinar con Atención Primaria para promover la detección precoz ya que se ha observado que algunos pacientes acuden a sus referentes previamente al intento.
- Promover la identificación de los factores de riesgo como prevención secundaria.

Reincidencia al año



BIBLIOGRAFÍA

- Baca-García, E.; Diaz-Sastre, C.; Resa, E. G. et al. (2004): "Variables associated with hospitalization decisions by emergency psychiatrists after a patient's suicide attempt", *Psychiatr Serv*, 55 (7): 792-7

PO-020. Suicidios consumados en área metropolitana Barcelona: 2009-2014

*Belén Marzari Trentalance; Enric Vicens Pons,
Carlos Carmona Palau*

Presentamos un estudio sobre conducta suicida desde el año 2009 al 2014 de personas mayores de 18 años que han realizado suicidio consumado en las poblaciones de Cerdanyola, Ripollet, Montcada con un total de 107.000 habitantes. El objetivo del estudio es conocer las características epidemiológicas y comportamentales de la conducta suicida.

Se utilizan los registros judiciales de los médicos forenses del territorio. Los datos se contrastan con los existentes en el Centro de Salud Mental de zona. Se analizan los suicidios consumados, estratificación por género y edad, método aplicado y existencia de antecedentes psiquiátricos.

En estos años se han notificado 45 suicidios lo que supone una media de 7,5 suicidios/año (tasa 5,8 por 100.000 habitantes). En los últimos tres años (2012-2014) los suicidios consumados se han triplicado respecto al periodo anterior (2009-2011) y muy especialmente en el año 2012 con una tasa de 14,9 por 100.000 habitantes.

Los suicidios en hombres (31) duplican al de las mujeres (14) a diferencia de lo que ocurre con las tentativas (102 en hombres y 210 en mujeres). El 29% de suicidios se realizan entre los 36 y 45 años de edad. Señalar que en los hombres el 36% se realizan a partir de los 65 años en cambio en las mujeres el 86% de los casos ocurre antes de los 55 años.

Los tres métodos más utilizados (80%) son precipitación, ahorcamiento y arrollamiento de tren. El ahorcamiento es el método más utilizado en hombres (32%), en las mujeres la precipitación (36%). En un 66% de los suicidios tenían antecedentes de tratamientos psiquiátricos previos.

Los resultados obtenidos señalan un incremento en los últimos tres años de los suicidios consumados así como de las tentativas. Esto llevaría a la necesidad de analizar factores causales o explicativos de este incremento.

El patrón de suicidio consumado difiere en relación al género.

1. Anseán A. Suicidios. Manual de prevención, intervención i postvención de la conducta sucicia. Ed Fundación Salud Mental España. 2014.

2. Departament de Sanitat. Codi Suïcidi. Conselleria Salut. 2013.

SUICIDIO CONSUMADO EN ÁREA METROPOLITANA DE BARCELONA: 2007/2014

M. B. Marzari, E. Vicens, C. Carmona

Introducción

Presentamos un estudio sobre conducta suicida entre los años 2009 al 2014 de personas mayores de 18 años que han consumado el suicidio en las poblaciones de Cerdanyola, Ripollet, Montcada con un total de 107.000 habitantes.

Objetivo

El objetivo del estudio es conocer las características epidemiológicas y comportamentales de la conducta suicida.

Metodología

Se utilizan los registros judiciales de los médicos forenses del territorio. Los datos se contrastan con los existentes en el Centro de Salud Mental de zona. Se analizan los suicidios consumados, estratificación por género y edad, método aplicado y existencia de antecedentes psiquiátricos.

Resultados

En estos años se han notificado 45 suicidios consumados lo que supone una media de 7,5 suicidios/año (tasa 5,8 por 100.000 habitantes). Entre los años 2012-2014 los suicidios consumados se han triplicado respecto al periodo anterior (2009-2011) y muy especialmente en el año 2012 con una tasa de 14,9 por 100.000 habitantes.

Los suicidios en hombres (31) duplican al de las mujeres (14) a diferencia de lo que ocurre con las tentativas (102 en hombres y 210 en mujeres). El 29% de suicidios se realizan entre los 36 y 45 años de edad. Señalar que en los hombres el 36% se realizan a partir de los 65 años en cambio en las mujeres el 86% de los casos ocurre antes de los 55 años.

Los tres métodos más utilizados (80%) son precipitación, ahorcamiento y arrollamiento de tren. El ahorcamiento es el método más utilizado en hombres (32%), en las mujeres la precipitación (36%). En un 66% de los suicidios tenían antecedentes de tratamientos psiquiátricos previos.

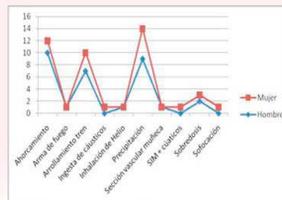
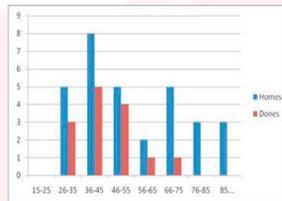
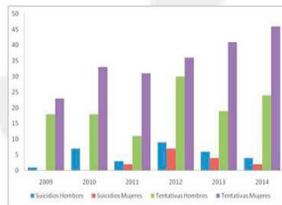
Conclusiones

Los resultados obtenidos señalan un incremento de los suicidios consumados así como de las tentativas en los últimos tres años. Esto llevaría a la necesidad de analizar factores causales o explicativos de este incremento.

El patrón de suicidio consumado, así como su relación con las tentativas de suicidio difiere en relación al género.

Bibliografía

Anseán A. Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. Ed Fundación Salud Mental España. 2014.
 Departament de Sanitat. Codi Suïcidi. Conselleria Salut. 2013



PO-021. Derivaciones desde Atención Primaria a un ESM por ideación autolítica

*Leticia Tolosa Gutiérrez, Carmen Ayala Lebrón,
Amanda Rocha Asensio*

Introducción

Durante un período de 3 meses, en un ESM, hemos realizado un registro de todas las órdenes clínicas que nos han ido llegando por parte de Atención Primaria. Nuestro objetivo se centra en analizarlas, hacer un estudio descriptivo de la población que consulta con Salud Mental, a través de las órdenes clínicas e identificar aquellos casos derivados por presentar ideación autolítica. Se toman algunos datos más relacionados con los factores de riesgo asociados a la conducta suicida: a) Factores individuales (trastorno mentales, intentos previos autolíticos o ideación suicida, edad, género, enfermedad física). b) Factores familiares y contextuales (historia familiar previa de suicidio, eventos vitales estresantes); factores sociofamiliares y ambientales (apoyo socio-familiar, nivel socio-económico, educativo y situación laboral, etnia, religión), exposición o "efecto contagio". c) Otros factores (historia de maltrato físico o abuso sexual, orientación sexual, acoso por parte de iguales, fácil acceso a armas, fármacos, tóxicos).

Materiales y métodos

De las 110 órdenes clínicas, se recogen los datos referidos anteriormente, y se procede a realizar un estudio descriptivo, con la ayuda del programa estadístico SPSS 19.

Resultados

Se incluyeron 110 órdenes clínicas de pacientes, con los datos referidos. El motivo de consulta por ideación autolítica supuso el 4.5 % (5 pacientes). De éstos pacientes derivados, se obtuvieron los siguientes datos: a) Factores individuales: los diagnósticos que se hicieron en consulta fueron: E. depresivo (2), T. personalidad C y clínica depresiva (1), T. Bipolar (1); 4 eran hombres; las edades eran: 49, 63, 26 y 50; habían tenido intentos previos o habían tenido ideación autolítica previamente, la mitad de ellos; y en uno de los casos, padecía alguna enfermedad física (neoplasia de faringe). b) En uno, había historia familiar de intento de suicidio; todos los casos estaban relacionado con algún tipo de evento vital estresante y bajo-medio nivel económico. c) Un caso con antecedente de abuso, y dos con consumo de tóxicos.

PO-022. Conducta suicida en el paciente extranjero

Marina Niubó, María Irigoyen, Víctor Ferrer, Javier Salvador, Ester Castán, María Mur

Introducción

Conducta suicida en extranjeros representa 18'8% intentos suicidas atendidos en urgencias generales últimos seis años.

Objetivos

Describir factores de riesgo suicida en población extranjera. Demostrar que los extranjeros con comportamiento suicida no piden ayuda previamente ni suelen vincularse a la red de Psiquiatría posteriormente.

Diseño

Recogida de todos los pacientes extranjeros evaluados por psiquiatra tras intento suicida en urgencias generales desde 2009 hasta 2014 inclusive. Recogida variables sociodemográficas y clínicas así como vinculación posterior al intento con psiquiatra y toma de medicación. Limitación: pacientes que han abandonado territorio.

Resultados

121 pacientes. Media edad 29. 69'42% mujeres. 47'93% europeos, 30'58% americanos, 17'36% africanos. 41'32% emparejados. 52'01% activos laboral o académicamente. 15'7% vivían solos, 81% vivía con familia. 46'28% vivía medio rural. 58'68% antecedentes psiquiátricos (distribución similar para clínica ansiosa, afectiva, psicótica, trastornos personalidad y toxicomanías). 36'36% conducta

suicida previa. 52'9% consultó en Primaria tres meses previos al intento. 28'93% tomaba tratamiento antidepressivo. 64'46% sobreingesta medicamentosa, 19'83% metodología violenta. Solteros metodología más violenta ($p>0'05$). Tener familia no es protector de reincidencia en varones ($p<0'05$). 77'69% afectación somática leve. 14'05% derivado a Primaria, 68'6% a Psiquiatría, el 6'6% ingresó tras intento inicial. 64'46% no se vincularon a Psiquiatra posterior al gesto. El 26'45% reincidieron. 20'66% finalmente ingresó en agudos. Ninguno falleció por suicidio.

Conclusiones

Dificultades socioeconómicas y de adaptación en personas sin antecedentes psiquiátricos realizando intentos impulsivos de baja letalidad. Itinerancia que dificulta conocer y ser conocidos por red sanitaria referente obstaculizando diagnóstico precoz e intervención en crisis. Identificar vulnerabilidad como colectivo para prevención.

Bibliografía

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007): Estrategia de salud mental del sistema nacional de salud, Madrid.

CONDUCTA SUICIDA EN EL PACIENTE EXTRANJERO

Marina Niubo, Maria Irigoyen, Victor Ferrer, Javier Salvador, Ester Casan, Maria Mur

Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa María de Lleida

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Introducción: La conducta suicida es la complicación más grave del paciente mental y supone un problema de salud. El comportamiento suicida en extranjeros representa el 18'8% de los intentos de suicidio atendidos en el servicio de urgencias generales últimos seis años.

Objetivos: Describir los factores de riesgo más asociados a la conducta suicida en la población extranjera. Demostrar que los extranjeros con comportamiento suicida no piden ayuda previamente ni suelen vincularse a la red de Psiquiatría posteriormente. **Limitaciones:** pacientes que no han sido valorados por psiquiatra de enlace en ausencia del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Recogida de todos los pacientes extranjeros evaluados por psiquiatra tras intento suicida en urgencias generales desde 2009 hasta 2014 inclusive. Recogida variables sociodemográficas y clínicas así como vinculación posterior al intento con psiquiatría y toma de medicación. Limitación: pacientes que han abandonado territorio.

RESULTADOS

- Muestra de 121 pacientes.
- **Variables sociodemográficas:** La media de edad era 29 años. El 69'42% eran mujeres. Respecto al continente de origen, el 47'93% eran europeos, el 30'58% eran americanos y el 17'36% eran africanos. El 41'32% estaban emparejados. El 52'01% estaban activos laboral o académicamente. Respecto al núcleo de convivencia, el 15'7% vivían solos y el 81% vivía con familia. El 46'28% vivía medio rural.
- **Variables clínicas:** El 58'68% referían antecedentes psiquiátricos (distribución similar para clínica ansiosa, afectiva, psicótica, trastornos personalidad y consumo de tóxicos). El 36'36% presenta antecedentes de conducta suicida previa.
- **Situación previa al intento:** El 52'9% consultó en Atención Primaria los tres meses previos al intento. El 28'93% tomaba tratamiento antidepressivo.
- **Metodología:** El 64'46% empleó la sobreingesta medicamentosa y el 19'83% metodología violenta (precipitación, ahorcamiento, vesección). Los solteros utilizaban metodología más violenta ($p < 0'05$).
- Tener familia no es protector de reincidencia en varones ($p < 0'05$).
- **Letalidad del intento:** El 77'69% tuvo afectación somática leve precisando asistencia médica de menos de 24 horas de hospitalización.
- **Estrategia terapéutica tras el intento:** El 14'05% fue derivado a Atención Primaria sin control por especialista, el 68'6% se derivó a la red ambulatorio de Psiquiatría, el 6'6% ingresó en la unidad de agudos tras el intento inicial.
- **Evolución posterior:** El 64'46% no se vincularon al seguimiento ambulatorio por Psiquiatría posteriormente al gesto a pesar de ser derivados. El 26'45% repitieron conducta suicida posteriormente. El 20'66% finalmente ingresó en agudos. Afortunadamente, a día de hoy ninguno falleció por suicidio.

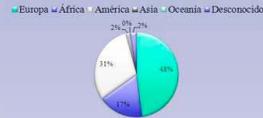
CONCLUSIONES

- Dificultades socioeconómicas y de adaptación en personas sin antecedentes psiquiátricos realizando intentos impulsivos de baja letalidad.
- Probable itinerancia que les dificulta conocer los recursos de la comunidad y ser conocidos por su red sanitaria referente obstaculizando diagnóstico precoz y la intervención en crisis.
- Necesidad de identificar su vulnerabilidad como colectivo para prevención terciaria.

BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007): Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Wasserman, D.; Durkee, T. (2009): "Strategies in suicide prevention

Continente de origen



Vista por sintomatología psiquiátrica en Atención Primaria 3 meses previos al gesto



Antecedentes psiquiátricos



Derivación



¿Acudieron a seguimiento por Psiquiatría después del intento?



Reincidencia posterior



PO-023. Descripción de la conducta suicida con afectación somática moderada-severa

Marta Sales, María Irigoyen, Víctor Ferrer, María Mur, Antonio Alcántara, Ester Castán

Introducción

Afectación somática moderada-severa representa 22'9% de intentos suicidas valorados en urgencias generales de Lérida. Metodología violenta es predictor de posteriores tentativas sobre todo en casos de métodos de alta letalidad ya que suelen volver a usar en acto suicida final.

Objetivos

Demostrar que afectación somática moderada y severa se asocian con género masculino, mediana edad, metodología violenta, reincidencia y mayor necesidad de ingreso y suicidio consumado posterior. Diseño: Descripción de variables sociodemográficas y clínicas de intentos suicidas con afectación somática moderada y severa evaluados por psiquiatra en urgencias generales desde 2009 hasta 2014 inclusive. Limitación: pacientes que ingresan sin ser evaluados en urgencias por psiquiatra.

Resultados

179 pacientes. Media edad 39. 52'51% mujeres. 45'25% emparejados. 82'12% españoles. 39'1% activos laboral o académicamente. 19% incapacitados. 11'17% jubilados. 84'36% antecedentes psiquiátricos (36'87% afectivos, 21'23% trastornos personalidad, 15'64% toxicomanías, 6'15% psicóticos). 45'25% conducta suicida previa. Promedio intentos previos 1'84. Promedio ingresos en agudos

2'32.59'21% sobreingesta medicamentosa, 28'5% metodología violenta, 12'3% sobreingesta con alcohol. 63'13% ingresó MI, 13'97% UVI, 3'36% Cirugía, 2'23% COT.99% conservaron autonomía tras intento. 37'99% a agudos y 37'99% CSM.24'58% reincidieron posteriormente. 7'26% finalmente se suicidaron. 27'93% seguimiento psiquiátrico actualmente. A mayor número de intentos, más ingresos ($p<0'05$). Edad no relacionada con mayor número de intentos ni mayor número de ingresos ($p<0'05$).

Conclusiones

Mayor reincidencia y empleo de metodología violenta que presenta mayor letalidad con necesidad de ingreso en planta médico-quirúrgica y estabilización psicopatológica en agudos. Reincidencia posterior más letal con posibilidad de consumarse suicidio más letal con posibilidad de consumarse el suicidio.

Bibliografía

Runeson, B. et al. "Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study". BMJ. 2010. 341:p.3222.

MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA CON AFECTACIÓN SOMÁTICA MODERADA-SEVERA

Sales M, Irigoyen M, Ferrer V, Mur M, Alcántara A, Castán E
Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa María de Lleida

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La afectación somática moderada-severa representa el 22,9% de los intentos suicidas valorados en urgencias generales de nuestra provincia. La metodología violenta es un predictor de posteriores tentativas sobretudo en casos de métodos de alta letalidad ya que suelen volver a usarlos en el acto suicida final.

El objetivo del estudio es demostrar que la afectación somática moderada y severa se asocian con género masculino, mediana edad, metodología violenta, reincidencia y mayor necesidad de ingreso y suicidio consumado posterior.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de las variables sociodemográficas y clínicas de los intentos suicidas con afectación somática moderada y severa evaluados por psiquiatra en urgencias generales desde 2009 hasta 2014 inclusive.
Limitación: pacientes que ingresan directamente sin ser evaluados en urgencias por psiquiatra.

RESULTADOS

- Se visitan **179 pacientes** durante el periodo 2009-2014.
- **Variables sociodemográficas:** La media de edad era 39. El 52,51% eran mujeres. El 45,25% estaban emparejados. El 82,12% eran españoles. En el ámbito académico/laboral el 39,1% estaban activos, el 19% incapacitados y el 11,17% jubilados.
- **Antecedentes previos:** El 84,36% tenían antecedentes psiquiátricos (36,87% afectivos, 21,23% trastornos personalidad, 15,64% toxicomanías, 6,15% psicóticos, 4,47% ansiosos). El 45,25% había presentado conducta suicida previa, siendo el promedio de intentos previos de 1,84. El promedio de ingresos en agudos era de 2,32.
- **Metodología:** El 59,21% empleó la sobreingesta medicamentosa, el 28,5% utilizó metodología violenta (precipitación, venosección y ahorcamiento fundamentalmente) y el 12,3% la sobreingesta combinada con alcohol.
- **Unidades donde fueron atendidos:** El 63,13% ingresó en medicina interna, el 13,97% en UVI, el 3,36% en Cirugía, el 2,23% en COT.
- **Evolución:** Tras el ingreso el 37,99% fueron derivados a hospitalización de agudos de psiquiatría y 37,99% al centro salud mental. El 99% conservaron autonomía tras intento. El 24,58% reincidieron posteriormente y el 7,26% finalmente se suicidaron. Actualmente el 27,93% realizan seguimiento psiquiátrico. A mayor número de intentos, mayor número de ingresos ($p < 0,05$). La edad no está relacionada con mayor número de intentos ni mayor número de ingresos ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

La mayor reincidencia y el empleo de metodología violenta que presenta mayor letalidad, con necesidad de ingreso en planta médico-quirúrgica y estabilización psicopatológica en agudos se relaciona con la reincidencia posterior más letal y posibilidad de consumarse el suicidio. El riesgo es similar en ambos géneros.

BIBLIOGRAFÍA

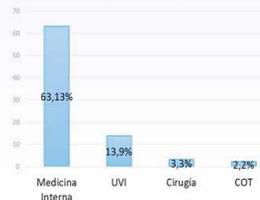
Runeson, B., et al. "Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study". BMJ. 2010. 341:p.3222.



METODOLOGÍA SUICIDA



UNIDADES DE INGRESO



PO-024. Ketamina y suicidio: una combinación explosiva

Idir Mesian Pérez, Yolanda Lázaro Pascual, Ana Pérez Tejada, Sandra Rubio Corgo, Luis Olivares Gerechter, José Rodríguez Quijano, Cristina Pérez Sobrino, Ana Carabias Contreras, Rafael Baena Mures.

Introducción

La ketamina, un anestésico derivado de la fenciclidina, se ha probado en los últimos años como tratamiento único o combinado de la depresión en pacientes resistentes, en especial en enfermos con ideación autolítica o dolor concomitante.

Objetivos

Revisión, a partir de fuentes bibliográficas, de los efectos de la ketamina como posible tratamiento antidepresivo.

Resultados

Se ha demostrado en varios estudios que la ketamina, administrada en dosis subanestésicas, mejora la sintomatología depresiva y la ideación suicida más rápido que los fármacos antidepresivos actuales. Estudiando su mecanismo de acción, la hipótesis que explica la mejoría de los síntomas depresivos es un aumento del glutamato por la acción del fármaco sobre receptores NMDA, AMPA y sigma 1, aunque se desconoce concretamente cuál de las vías es la más determinante. Por otro lado, se cree que la disminución de la ideación suicida se relaciona con la reducción que produce en el metabolismo de la glucosa en la corteza infralímbica.

En contraste, en otros estudios se han descrito efectos secundarios en algunos pacientes como disforia o un aumento paradójico de las ideas suicidas que ponen en duda los beneficios globales del fármaco.

Conclusiones

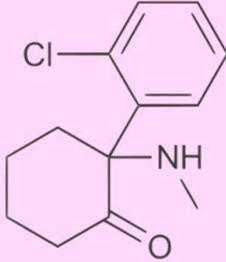
Hasta el momento, a pesar de la mejoría clínica obtenida en muchos pacientes, los estudios realizados no son aún del todo concluyentes acerca de los efectos de la ketamina como tratamiento para la depresión y la ideación suicida por los posibles perjuicios debido a sus efectos adversos. No obstante, los beneficios obtenidos en su uso fuera de indicación abren posibilidades a nuevos estudios que demuestren su eficacia.

Bibliografía

Ballard ED et al. Neural correlates of suicidal ideation and its reduction in depression. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2014 Oct 31;18(1).
Ballard ED et al. Improvement in suicidal ideation after ketamine infusion: relationship to reductions in depression and anxiety. *J Psychiatr Res.* 2014 Nov;58:161-6.

KETAMINA Y SUICIDIO: UNA COMBINACIÓN EXPLOSIVA

I. Mesian¹, Y. Lázaro¹, L. Olivares¹, A. Pérez¹, S. Rubio¹, J. Rodríguez¹, A. Matas¹, G. Strada¹, R. Baena¹
¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España



Introducción

La ketamina, un anestésico derivado de la fenciclidina, se ha probado en los últimos años como tratamiento único o combinado de la depresión en pacientes resistentes, en especial en enfermos con ideación autolítica o dolor concomitante.

Objetivos

Revisión, a partir de fuentes bibliográficas, de los efectos de la ketamina como posible tratamiento antidepresivo.

Resultados

Se ha demostrado en varios estudios que la ketamina, administrada en dosis subanestésicas – tanto por vía oral como por perfusión intravenosa –, mejora la sintomatología depresiva y la ideación suicida más rápido que los fármacos antidepresivos actuales. Tiene especial relevancia el uso compasivo en pacientes terminales con síntomas tales como ansiedad, miedo a morir, depresión mayor e ideas autolíticas. En estos casos, basados en la práctica clínica de algunos profesionales, parece que la combinación de ketamina y opiáceos ofrece mejor respuesta para los pacientes que combinaciones más clásicas de benzodiazepinas y opiáceos. Por otro lado, según numerosos informes de casos publicados, el tratamiento con ketamina también parece mostrar resultados esperanzadores en pacientes con depresión mayor resistente en pacientes diagnosticados de trastorno bipolar.

Estudiando su mecanismo de acción, la hipótesis que mejor explica la mejoría de los síntomas depresivos es un aumento del glutamato por la acción del fármaco como antagonista de receptores NMDA, lo que favorece – junto con la propia acción de la ketamina – una estimulación de los receptores AMPA, que tras activar la cascada de transducción de la proteína quinasa B, acaba por aumentar la densidad de las espinas dendríticas de las neuronas implicadas, lo cual parece estar relacionado con el efecto antidepresivo de la vía. Por otro lado, la ketamina también tiene efecto agonista sobre los receptores sigma 1, dianas de otros tratamientos antidepresivos e implicados en trastornos cognitivos y conductuales, así como en el abuso de tóxicos. El efecto global que se cree que se logra con la acción de la ketamina a través de todas las vías mencionadas es una disminución de la ideación suicida por una reducción del metabolismo de la glucosa en la corteza infralímbica, aunque en realidad se desconoce concretamente cuál de las vías es la más determinante en la acción del fármaco.

No obstante, no todos los resultados obtenidos hasta la fecha son igual de positivos. Aunque escasas, hay algunas descripciones de casos en los que se han objetivado efectos secundarios en las siguientes veinticuatro horas de la administración del fármaco tales como disforia, empeoramiento de la ansiedad o un aumento paradójico de las ideas suicidas. Con ninguno de estos efectos adversos se ha podido establecer una hipótesis del mecanismo de acción por el cual se ha llegado a los mismos, pero sí que ponen parcialmente en duda los beneficios globales del fármaco.

Conclusiones

Hasta el momento, a pesar de la mejoría clínica obtenida en muchos pacientes, los estudios realizados no son aún del todo concluyentes acerca de los efectos de la ketamina como tratamiento para la depresión y la ideación suicida por los posibles perjuicios debido a sus efectos adversos. No obstante, los beneficios obtenidos en su uso fuera de indicación abren posibilidades a nuevos estudios que demuestren su eficacia.

Bibliografía

¹Ballard ED et al. Neural correlates of suicidal ideation and its reduction in depression. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2014 Oct 31;18(1)

²Ballard ED et al. Improvement in suicidal ideation after ketamine infusion: relationship to reductions in depression and anxiety. *J Psychiatr Res*. 2014 Nov;58:161-6

³Stephen M. Stahl (2013). Mechanism of action of ketamine. *CNS Spectrums*, 18, pp 171-174

PO-025. Manejo de la conducta suicida en población infantojuvenil desde un dispositivo de urgencias generales

Gemma Montagut, María Irigoyen, Víctor Ferrer, Isabel Molinero, Marta Sales, Marina Niu-bó, Ester Castán

Introducción

Tasas intento suicida aumentan desde infancia a adolescencia y tiende a ser recurrente. Conducta suicida en adolescencia es factor predictor de intentos suicidas en edad adulta sobre todo mujeres. Importante comorbilidad de trastornos afectivos y abuso sustancias. Conducta suicida infantojuvenil representa 6'14% intentos suicidas atendidos en urgencias generales de Lérida.

Objetivos

Describir comportamiento suicida y factores de riesgo en población infantojuvenil así como manejo terapéutico en Lérida.

Método

Recogida variables sociodemográficas y clínicas de pacientes menores de 18 años evaluados en urgencias generales tras intento suicida desde 2009 hasta 2014 inclusive. Limitaciones: pacientes ingresados planta médico-quirúrgica sin ser evaluados o días festivos en ausencia del equipo. Resultados: 48 pacientes. Media edad 16'4. 81'25% mujeres. 31'25% con pareja. 66'67% españoles. 87'5% estudiantes. 6'25% no realiza ninguna actividad. 4'17% desempleo. 62'5% antecedentes psiquiátricos (35'42% rasgos disfuncionales personalidad, 10'42% ansiosos, 6'25% afec-

tivos, 6'25% abuso sustancias, 4'17% psicóticos). 43'75% conducta suicida previa. Mayor reincidencia en rasgos de personalidad disfuncionales ($p < 0'05$). Mayor letalidad en psicóticos ($p < 0'05$). 85'42% sobreingesta medicamentosa. 12'5% metodología violenta (cortes, precipitación), 2'08% sobreingesta combinada con alcohol. 62'5% afectación somática leve, 31'25% moderada y 6'25% severa. 70'83% derivado a centro salud mental infantojuvenil. 8'34% ingresaron en agudos. 37% consultó Atención Primaria por sintomatología psiquiátrica año previo.

Conclusiones

Predominio intentos suicidas de alta impulsividad y baja letalidad fundamentalmente en mujeres. Influencia de rasgos de personalidad disfuncionales caracterizados por dificultad en resolución de conflictos como factor de reincidencia. Necesidad de programas de detección precoz en la red sanitaria de referencia

Bibliografía

O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. "Predicting deliberate self-harm in adolescents: a 6 month prospective study". *Suicide Life Threat Behav.* 2009 Aug;39(4):364-75.

MANEJO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN POBLACION INFANTOJUVENIL DESDE UN DISPOSITIVO DE URGENCIAS GENERALES

Gemma Montagut, María Irigoyen, Víctor Ferrás, Isabel Meltrero, Marta Sales, Marina Nlubbó, Ester Castán

INTRODUCCIÓN: Las conductas suicidas constituyen la vía final común en la que desembocan una serie de problemas del adolescente. Se manifiesta de diversas formas, desde el suicidio consumado a las simples verbalizaciones de ideas de muerte.

El suicidio en edades menores se ha convertido en un serio problema de salud pública. A nivel mundial, las tasas de suicidio entre los jóvenes (15-24 años) va en aumento, siendo una de las tres primeras causas de muertes. Antes de la pubertad las conductas suicidas son excepcionales, posiblemente por la inmadurez cognitiva.

Los adolescentes realizan tentativas de forma más impulsiva, sobrestimando la letalidad de los diferentes métodos (más utilizado, la intoxicación medicamentosa); con frecuencia no hay psicopatología grave asociada ni certeza deseo de morir, y en la mayoría de casos es precipitada por un estresor vital importante (conflicto interpersonal, disputa entre amigos, ruptura relación sentimental, muerte de un ser querido, problemas en la escuela, rendimiento académico bajo...).

El volumen de estudios se ha centrado en los factores de riesgo; es por ello que se sabe poco sobre los protectores. Los únicos factores de riesgo que se asocian al aumento de riesgo de la conducta suicida son: sexo masculino, dificultades socioeconómicas, antecedentes familiares de suicidio, presencia de comorbilidades como trastorno afectivo, abuso de sustancias y trastornos de la conducta/personalidad y antecedentes de tentativas previas (riesgo elevado en los siguientes 6 meses y 30 veces más riesgo en relación a población normal).

Un inicio temprano del comportamiento suicida en la pre-pubertad pronostica comportamiento en los adolescentes y tiende a ser recurrente en la edad adulta.

OBJETIVO: Describir el comportamiento suicida y los factores de riesgo en una población infantojuvenil; así como también el manejo terapéutico establecido posteriormente a la tentativa.

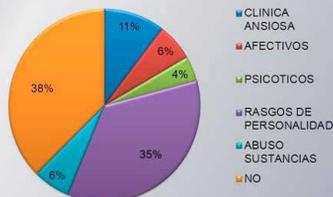
MÉTODO: La conducta suicida infantojuvenil representa un 6'14% de intentos suicidas que fueron atendidos en urgencias generales de Lleida. La muestra fue recogida desde 2009 hasta 2014 inclusive. Posteriormente se realiza una revisión de variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes.

Nos encontramos con ciertas limitaciones para la recogida. Hay pacientes que ingresan en planta médico-quirúrgica directamente, sin ser evaluados por el servicio de interconsulta y enlace de psiquiatría. Los días festivos nuestro equipo esta ausente en el hospital general.

RESULTADO: La muestra consta de 48 pacientes, con una media de edad de 16'4 años. El 81'25% son mujeres. Un 31'25% refieren tener pareja sentimental. El 66'67% de los pacientes atendidos son de nacionalidad española. El 87'5% afirman estar estudiando; el 4'17% se encuentran en situación de desempleo y el 6'25% no realizan ninguna actividad (ni estudian ni trabajan).

Consta que el 62'5% de los pacientes tienen antecedentes psiquiátricos conocidos; 35'42% rasgos disfuncionales personalidad, 10'42% ansiosos, 6'25% afectivos, 6'25% abuso sustancias y 4'17% psicóticos. El 43'75% tienen conducta suicida previa conocida.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS



En cuanto a la metodología, observamos que el 85'42% prefirieron la sobreingesta medicamentosa, el 12'5% por metodología más violenta (cortes, precipitación) y el 2'08% lo hicieron con sobreingesta combinada con alcohol.

El 62'5% fueron catalogados como afectación somática leve, el 31'25% de moderada y el 6'25% de severa. La mayoría de pacientes (70'83%), posteriormente fueron derivado a consultas del Centro de Salud Mental infantojuvenil; el 8'34% ingresaron en la Unidad de Hospitalización.

Encontramos una mayor reincidencia en rasgos de personalidad disfuncionales ($p < 0'05$). Se relaciona mayor letalidad en personas con antecedentes psicóticos ($p < 0'05$).

CONCLUSIONES:

- ✓ Predominio de intentos suicidas de alta impulsividad y baja letalidad fundamentalmente en mujeres.
- ✓ La adolescencia es un periodo de riesgo suicida importante. Es importante conocer los factores de riesgo asociados a estas conductas.
- ✓ Necesidad de programas formativos de sensibilización y detección precoz en la red sanitaria de referencia.
- ✓ Requiere una abordaje multidisciplinar urgente y un seguimiento intensivo posterior al primer intento debido al riesgo de repetición de la conducta suicida y agravamiento progresivo de la misma.

BIBLIOGRAFIA:

- O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. "Predicting deliberate self-harm in adolescents: a six month prospective study". *Suicide Life Threat Behav.* 2009 Aug;39(4):364-75.
- Steele MM, Doey T. "Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention". *Can J Psychiatry.* 2007 Jun;52(6 Suppl 1):35S-45S.



PO-026. Aspectos clínicos del paciente suicida que ingresa en agudos

Isabel Molinero, María Irigoyen, Víctor Ferrer, Núria Doménech, Eva Aguilar, Gemma Montagut, María Mur, Ester Castán.

Introducción

Tras intento suicida determinar necesidad ingreso o no y definir abordaje. En Lérida solo ingresan 17% pacientes evaluados en urgencias generales tras intento.

Objetivos

Analizar asociación entre letalidad, reincidencia y necesidad de ingreso. Describir control evolutivo posterior al alta.

Método

Recogida variables sociodemográficas, clínicas y estrategia terapéutica de pacientes ingresados agudos tras intento suicida evaluado en urgencias generales desde 2009 hasta 2014 inclusive. Limitación: paciente que ingresa sin ser evaluado en urgencias generales por psiquiatra. Resultados: 104 pacientes. Edad media 42'14. 12'5% ancianos. 53'85% mujeres. 42'31% emparejados, 26'92% separados, 20'2% solteros, 9'6% viudos. 90'38% españoles. 30'77% activos laboral o académicamente. 30'77% incapacitados. 10'58% jubilados. 10'58% desempleo. 66'35% conducta suicida previa. Promedio intentos previos 2'29. Promedio ingresos previos 2'79. A mayor número intentos más ingresos ($p < 0'05$). No correlación entre número intentos y estancia media ($p < 0'05$). 66'35% sobreingesta medicamentosa, 24'04% metodología violenta (venosección, ahorcamiento, precipitación), 9'62% sobreingesta com-

binada alcohol. Afectación somática leve 50%, moderada 19'23%, severa 30'77%.Días estancia media 14.31'73% trastornos personalidad,29'8% clínica afectiva mayor,20'19% trastorno adaptativo, 10'58% psicóticos.5'77% toxicomanías.69'23% derivados seguimiento ambulatorio,19'23% larga estancia,4'8% hospitalización parcial.55'77% vinculados actualmente Psiquiatría.32'7% abandono seguimiento (trastornos adaptativos y toxicomanías se vinculan peor ($p<0'05$)).5'8% traslado domicilio.1'92% suicidio.1'92% muerte natural.

Conclusiones

A mayor letalidad, afectación somática y reincidencia, mayor indicación de ingreso. A mayor letalidad, comportamiento similar géneros. Importancia de evitar abandono del seguimiento de pacientes reincidentes por la vulnerabilidad que presentan.

Bibliografía

Blasco-Fontecilla H et al. "Relationship between diverse life events and personality disorders and suicide attempt". *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:149-155.

ASPECTOS CLÍNICOS DEL PACIENTE SUICIDA QUE INGRESA EN UNIDAD HOSPITALARIA DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA

Molinero I¹, Irigoyen M², Ferrer V³, Doménech N⁴, Aguilar E⁵, Montagut G⁶, Mur M⁶, Castan E⁶

¹MIR psiquiatría Hospital Santa María. ²Psiquiatra, Hospital Santa María. ³PIR Salud Mental Hospital Santa María. ⁴Trabajo Social Hospital Santa María. ⁵Universitat de Lleida. ⁶IRB Lleida.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVO

Introducción: Tras realizar un intento suicida es fundamental valorar y determinar la necesidad de ingreso así como definir la estrategia terapéutica. En la provincia de Lérida solo ingresan el 17% de los pacientes evaluados por Psiquiatría de enlace en el servicio de urgencias generales tras conducta suicida.

Objetivos: Analizar el perfil del paciente suicida que ingresa en la unidad de agudos revisando diversas variables sociodemográficas y clínicas incidiendo en la relación existente entre los distintos métodos empleados, la letalidad de los mismos, la reincidencia y la necesidad de ingreso.

MÉTODO

- » Tipo de estudio: Retrospectivo observacional descriptivo.
- » Muestra: 104 pacientes ingresados en unidad de agudos de psiquiatría del Hospital Santa María tras intento suicida evaluado en urgencias generales desde 2009 hasta 2014 inclusive.
- » Criterios de inclusión:
 - Edad mayor a 18 años.
 - Pacientes que presentaron ideación suicida así como gesto o tentativa autolítica.
- » Instrumentos y medidas: Anamnesis, exploración psicopatológica e historia clínica.
 - Variables: Edad; género; nacionalidad; estado civil; diagnóstico; número de tentativas previas y metodología; número de ingresos; días de estancia media de ingreso; severidad del gesto; recursos de derivación al alta.
- » Análisis estadístico: se utiliza paquete informático estadístico SPSS v 19.0. Para valorar la significación estadística utilizamos un nivel alpha de $p = .05$.

RESULTADOS

• **Variables sociodemográficas:** Edad media de 42'14, el 12'5% ancianos. El 53'85% eran mujeres. 42'31% estaban emparejados, 26'92% separados, 20'2% solteros, 9'6% viudos. El 30'77% se mantienen activos laboral o académicamente frente a 30'77% incapacitados temporal o permanentemente. El 10'58% son jubilados y un 10'58% en situación de desempleo.

• **Nacionalidad:** 90'38% españoles.

• **Conducta suicida previa:** El 66'35% de los pacientes había presentado conducta suicida previa, con un promedio intentos previos de 2'29.

• **Antecedentes previos:** Se observa entre los pacientes, un promedio de ingresos previos de 2'79. A mayor número de intentos de observa un mayor número de Ingresos ($p < 0'05$), sin existir correlación entre número de intentos y estancia media ($p > 0'05$).

• **Metodología:** El 66'35% empleó la sobreingesta medicamentosa, el 24'04% metodología violenta (venosección, ahorcamiento, precipitación) y el 9'62% sobreingesta combinada alcohol.

• **Afectación somática:** Presentaron afectación somática leve el 50% de los pacientes, siendo moderada en el 19'23% y severa en el 30'77%.

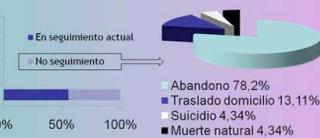
• **Días de estancia y diagnóstico al alta:** Los días estancia media ingreso fueron de 14. El 31'73% de los pacientes se orientaron al alta como diagnóstico principal (según criterios DSM-IV) de trastornos de personalidad, el 29'8% de clínica afectiva mayor, el 20'19% de trastorno adaptativo, el 10'58% de trastorno psicótico y el 5'77% como toxicomanías.

• **Derivación al alta y seguimiento actual:** El 69'23% fueron derivados a seguimiento ambulatorio, el 19'23% a centro de larga estancia y el 4'8% a hospitalización parcial. Actualmente el 55'77% pacientes se mantienen vinculados a Psiquiatría, objetivándose en un 34'59% abandono seguimiento (trastornos adaptativos y toxicomanías se vinculan peor ($p < 0'05$)). El 5'8% se trasladó de domicilio por lo que se desconoce situación de seguimiento actual, el 1'92% fallecieron por suicidio y el 1'92% de muerte natural.

DIAGNÓSTICO AL ALTA



DERIVACIÓN AL ALTA



LIMITACIONES DEL ESTUDIO y PROYECTOS DE FUTURO

- Paciente que ingresa sin ser evaluado en urgencias generales por psiquiatría de enlace.
- Mejorar la recogida de datos con la finalidad de poder describir más exhaustivamente el perfil del paciente suicida.

CONCLUSIONES

- A mayor letalidad, afectación somática y reincidencia, mayor indicación de ingreso. A mayor número de intentos de observa un mayor número de ingresos.
- A mayor letalidad, comportamiento similar en ambos géneros.
- La mayoría de pacientes, posteriormente a ingreso en unidad de agudos tras tentativa suicida, mantienen seguimiento por psiquiatría, siendo dentro de los diagnósticos más prevalentes entre los que lo abandonan el trastorno adaptativo y las toxicomanías.
- Importancia de evitar abandono del seguimiento de pacientes reincidentes por la vulnerabilidad que presentan.

BIBLIOGRAFÍA

Blasco-Fontecilla H et al. "Relationship between diverse life events and personality disorders and suicide attempt". Acta Psychiatr Scand 2009;119:149-155.

PO-027. Una mirada social del paciente que ingresa en agudos tras intento de suicidio

Marta Sales, María Irigoyen, Núria Domènech, Eva Aguilar, Javier Salvador, Isabel Molinero, Gemma Montagut, Marina Niubó, Ester Cas-tán, María Mur

Introducción

Es innegable la repercusión del suicidio en la economía pero también la influencia de la situación económica sobre la conducta suicida. Impacto del desempleo sobre suicidio depende del índice de desarrollo social y de sus recursos sociales. La pobreza, el paro, disminución presupuesto sanitario.

Objetivos

Describir aspectos sociodemográficos, laborales y económicos del paciente que ingresa en agudos tras intento suicida. Identificar factores de riesgo que aumenten la vulnerabilidad del paciente.

Método

Recogida variables sociodemográficas y clínicas tras ser evaluado en urgencias generales desde 2009 hasta 2014 inclusive. Limitaciones: no se incluyen a pacientes no evaluados por trabajadora social. Resultados: 104 pacientes. Edad media 42'14. 12'5% ancianos. 53'85% mujeres. 56'3% vivienda propia o alquiler. 21'8% vivienda familiar. 2'7% institucionalizados. Núcleo convivencia pareja 22'7%, familia nuclear 21'8%, solo 20'9%, familia origen 13'6%, con hijos 5'4%. A nivel económico: invalidez 19'09%, activos

13'6%, incapacidad temporal 13'6%, sin ingresos económicos 11'8%, jubilados 11'8%, paro 4'54%. Promedio intentos previos 2'29. Promedio ingresos previos 2'79. A mayor número intentos más ingresos ($p < 0'05$). No correlación entre número intentos y estancia media ($p < 0'05$). Comorbilidad tóxicos 25'45%. 21'8% antecedentes familiares. Respecto al recurso actual: formal 65'45%, informal 10'9%. 16'36% reconocido grado discapacidad. 25% tenían Grado < 65%, 50% tenían > 65% grado. 31'73% trastornos personalidad, 29'8% clínica afectiva mayor, 20'19% trastorno adaptativo, 10'58% psicóticos.

Conclusiones

Dificultades económicas y ausencia de estructura que promueve sintomatología depresiva y trastornos adaptativos en personas sin antecedentes previos. Invalidez y falta de recursos que dificultan la integración social y los convierte en sector vulnerable

Bibliografía

Yang B, Lester D. Recalculating the economic cost of suicide. *Death Stud.* 2007 Apr;31(4):351-61. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry.* 2010 Mar;23(2):127-30.

Una mirada social del paciente que ingresa en agudos tras intento de suicidio

Sales M, Irigoyen M, Domènech N, Aguilar E, Salvador J, Molinero I, Montagut G, Niubó M, Castán E, Mur M
Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa María de Lleida

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Es innegable la repercusión del suicidio en la economía pero también la influencia de la situación económica sobre la conducta suicida. El impacto del desempleo sobre el suicidio depende del índice de desarrollo social y de sus recursos sociales. La pobreza, el paro y la disminución presupuesto sanitario repercuten en el estado de salud de los pacientes.

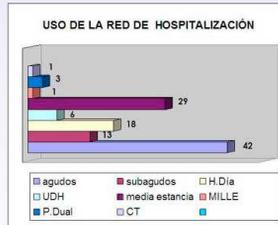
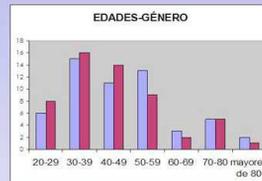
El objetivo es describir los aspectos sociodemográficos, laborales y económicos del paciente que ingresa en agudos tras intento suicida. Identificar factores de riesgo que aumenten la vulnerabilidad y los recursos sanitarios necesarios para abordarlo.

MATERIAL Y MÉTODO

Recogida variables sociodemográficas y clínicas tras ser evaluado en urgencias generales desde 2009 hasta 2014 inclusive. Limitaciones: no se incluyen a pacientes no evaluados por trabajadora social.

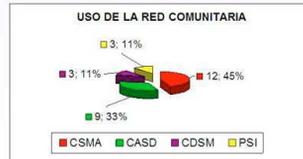
RESULTADOS

- Se visitan **104 pacientes**.
- Variables sociodemográficas:** La media de edad es de 42,14 años. El 53,85% eran mujeres, un 12,5% ancianos. El 56,3% residían en vivienda propia o alquiler, el 21,8% en vivienda familiar y el 2,7% estaban institucionalizados. El núcleo de convivencia era la pareja en el 22,7%, la familia nuclear el 21,8%, el 20,9% vivían solos, el 13,6% con la familia de origen y un 5,4% con hijos.
- A nivel económico:** el 19,09% tenían la invalidez, el 13,6% estaban activos laboralmente, el 13,6% tenían la incapacidad temporal, el 11,8% sin ingresos económicos, el 11,8% jubilados, y el 4,54% en paro.
- Respecto al recurso actual:** Formal en el 65,45%, informal en el 10,9%. El 16,36% tenía reconocido un grado discapacidad. El 25% tenía un grado <65% y el 50% un grado >65%.
- Antecedentes psicopatológicos:** Comorbilidad con tóxicos en el 25,45%. El 31,73% presentaban trastornos personalidad, el 29,8% clínica afectiva mayor, el 20,19% trastornos adaptativos y el 10,58% trastornos psicóticos. El 21,8% presentaban antecedentes familiares. Promedio intentos previos 2,29. Promedio ingresos previos 2,79. A mayor número intentos más ingresos ($p < 0,05$). No existe correlación entre el número intentos y la estancia media ($p < 0,05$).



CONCLUSIONES

- Las dificultades económicas y la ausencia de estructura que promueve sintomatología depresiva y trastornos adaptativos en personas sin antecedentes previos.
- Invalidez y falta de recursos que dificultan la integración social y complican la recuperación funcional.



BIBLIOGRAFIA

I. Yang B, Lester D. Recalculating the economic cost of suicide. DeathStud. 2007 Apr;31(4):351-61. Uetla A. Economic crisis and mental health. Curr Opin Psychiatry. 2010 Mar;23(2):127-30.

PO-028. Factores de riesgo asociados con la idea suicida en pacientes que acuden de forma no programada.

Zamora Rodríguez, Francisco Javier; Tolosa Gutiérrez, Leticia; Ayala Lebrón, Carmen

Introducción

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) (30), en España se suicidan nueve personas al día. Respecto a los intentos de suicidio en España se cifran entre 50-90 por 100.000 habitantes/año, aunque las cifras reales son difíciles de estimar por la dificultad de la recogida de datos. En los estudios de autopsia psicológica, la presencia de trastornos mentales se objetiva en alrededor del 90% de las personas que consuman el suicidio. Por otra parte, diversos estudios destacan la asociación del suicidio con diferentes factores de riesgo psicosocial, como la existencia de situaciones vitales estresantes.

Objetivos

Conocer cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados con la conducta suicida para desarrollar planes de prevención e intervenciones dirigidas a este colectivo, contribuyendo a disminuir el número de consultas no programadas.

Resultados

Estudio descriptivo transversal.

En el equipo de salud mental de Zafrá durante un periodo, se recoge el motivo de consulta y dentro de los pacientes con ideas de suicidio y se recaba una serie de

ítems que describen los factores psicológicos y contextuales de riesgo de conducta suicida. (Tabla)

Conclusiones

Existe una diferencia significativa entre el sexo, acudiendo de forma no programada por ideas suicidas un 66% de mujeres, frente a un 33% de varones. Coincidiendo con los estudios de autopsia psicológica, los trastornos mentales más frecuentemente asociados son; la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad, entre otros. Y dentro de los factores de riesgo psicosociales, las situaciones vitales estresantes más frecuentes son; el fallecimiento de un familiar, lesión o enfermedad personal, drogadicción, cambio de salud de un familiar y separación matrimonial.

Bibliografía

World report on violence and health [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [citado 18 ene 2010].

Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Mayo 2010.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA IDEA SUICIDA en pacientes que acuden de forma no programada

Zamora Rodríguez, Francisco Javier; Tolosa Gutierrez, Leticia; Ayala Lebrón, Carmen
Equipo de Salud Mental Zafra; Área de Salud Llerena-Zafra-Badajoz;
Servicio Extremeño de Salud

**VI ENCUENTROS
EN PSIQUIATRÍA**
conducta suicida
Sevilla, 17 y 18 de Abril 2015

Introducción: Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), los intentos de suicidio en España se cifran entre 50-90 por 100.000 habitantes/año, aunque las cifras reales son difíciles de estimar por la dificultad de la recogida de datos.

Objetivos: Conocer cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados con la conducta suicida de la población en estudio para desarrollar planes de prevención e intervenciones dirigidas a este colectivo, contribuyendo a disminuir el número de consultas no programadas.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal, en el cual, en el equipo de salud mental de Zafra durante el periodo de **Marzo de 2014 a Enero de 2015** se lleva a cabo una valoración a todos aquellos pacientes que acuden sin citación, obteniendo una **población de 310 individuos, de la cual 12 individuos presentaron ideas de suicidio.**

Se recoge el motivo de consulta y se recaba una serie de ítems que describen los **factores psicológicos y contextuales de riesgo de conducta suicida.**

Resultados:

➤ Sexo: **66% de mujeres vs. 33% de varones.**

➤ Trastornos mentales más frecuentes:

- **Depresión: 30%.**
- **Abuso de sustancias: 10%**
- **Trastornos psicóticos: 10%**
- **Trastornos de la personalidad: 20%**
- **Trastornos de ansiedad: 30%**

➤ Factores de riesgo psicosociales:

- **Fallecimiento de un familiar**
- **Lesión o enfermedad personal**
- **Drogadicción**
- **Cambio de salud de un familiar**
- **Separación matrimonial.**

Conclusiones:

Dentro de la atención a las consultas no programadas, se incluye la atención a pacientes con ideas de suicidio. Aunque el proceso de atención en ese momento puntual es importante, sería necesario crear medidas para reducir el número de visitas no programadas y evitar riesgos.

Bibliografía:

- Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009;373(9672):1372-81.
- Sullivan GR, Bongar B. Assessing suicide risk in the adult patient. En: Kleespies PM, ed. Behavioral Emergencies An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization. Washington (DC): American Psychological Association; 2009.
- Oquendo M, Currier D, Posner K. Reconceptualización de la nosología psiquiátrica: el caso de la conducta suicida. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2009;2(2):63-5.

PO-029. Suicidio y Trastorno bipolar

*María José Gordillo Montaña, Elena Guillén
Guillén, Diego De La Vega Sánchez*

En España el número de suicidios en el año 2012 ascendió hasta 3.539 personas.

Este número es el más alto desde que se dispone de datos, el número de suicidios es fluctuante con una tendencia creciente, de modo que el año 2012 es el que tiene un nº de suicidios más alto.

El primer objetivo de esta revisión será darle la importancia que tiene al suicidio porque el suicidio es un problema de salud pública; porque puede ser tomado como la complicación más grave en psiquiatría y porque en la mayoría podemos detectar la presencia de un trastorno mental, así como otros factores de riesgo modificables.

Según los estudios de autopsia psicológica, en el 90% de los suicidios consumados somos capaces de detectar la presencia de un trastorno mental. Entre la $\frac{1}{2}$ y $\frac{1}{3}$ de los suicidios consumados se relacionan con trastornos del humor, esto implica que la prevención del suicidio pasa por la actuación sobre los trastornos del humor.

No obstante, la presencia de un trastorno del humor no basta para explicar la aparición de los comportamientos suicidas. En la población general la ratio entre intento de suicidio y suicidio consumado es de 35:1, mientras que en los bipolares la ratio es de 3:1. Se estima que el riesgo de suicidio en pacientes con TBP es del 8% en los hombre y del 5% en las mujeres al cabo de los 18 años; la población con TBP tiene entre 10 y 30 veces más de riesgo de suicidio consumado que la población general; la mitad de los pacientes con TAB lo intentarán alguna vez en su vida.

El suicidio es un fenómeno complejo y difícil de prever, sin embargo, si identificamos los factores de riesgo y tratamos adecuadamente a los sujetos podemos reducir el riesgo.

PO-029 SUICIDIO Y TRASTORNO BIPOLAR

María José Gordillo Montaño (MIR4), Elena Guillén Guillén (PIR4), Diego de la Vega Sánchez (FEA). Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

Introducción

En España el Instituto Nacional de Estadística es el organismo encargado de recoger los datos relativos a las defunciones en España, entre ellas los suicidios. En Enero de 2014 se publicaron los datos correspondientes al año 2012 y se observaron **3.539 personas**, casi 100 suicidios al día, **de las que 2.724 son hombres y 815 mujeres** (mucho mayor la cifra de hombres que consuman el suicidio).

Este número de suicidios es el más alto desde que se disponen de datos, sobre todo del número de suicidios masculinos, que nunca habían superado los 2.700.

Según los datos de los que disponemos, el número de suicidios es fluctuante aunque con una tendencia creciente, de modo que el año 2012 es el que tiene un nº de suicidios más alto, no siendo el crecimiento de los suicidios proporcional al de la población, pues el crecimiento de la población ha sido de un 25% y el de suicidios del 100%.

El primer objetivo será darle la importancia que tiene al suicidio porque el suicidio es un problema de salud pública; puede ser tomado como la complicación más grave en psiquiatría; en la mayoría podemos detectar la presencia de un trastorno mental, así como otros factores de riesgo (FR) modificables. El suicidio es un fenómeno complejo en el que se han identificado numerosos grupos de FR y sobre el que se han postulado distintas clasificaciones y modelos explicativos. Según los estudios de autopsia psicológica, en el 90% de los suicidios consumados somos capaces de detectar la presencia de un trastorno mental. Entre la 1/2 y 1/3 de los suicidios consumados se relacionan con trastornos del humor, esto implica que la prevención del suicidio pasa por la actuación sobre los trastornos del humor.

Revisión

El primer objetivo de esta revisión será darle la importancia que tiene al suicidio porque el suicidio es un problema de salud pública, porque puede ser tomado como la complicación más grave en psiquiatría y porque en la mayoría podemos detectar la presencia de un trastorno mental, así como otros factores de riesgo modificables.

La magnitud del suicidio en el Trastorno Bipolar. En la literatura encontramos que el TBP confiere el mayor riesgo de suicidio entre los trastornos mentales «mayores» (Goldstein 2012), los Trastornos del espectro bipolar, sobre todo el TD recurrente, son el mayor FR para los intentos de suicidio de repetición (Kheirabadi), el TBP podría ser responsable de 1/4 de todos los suicidios consumados (APA, 2013; Huber et al., 2014), en el DSM 5, "el trastorno bipolar supone un cuarto de todos los suicidios consumados. No obstante, la presencia de un trastorno del humor no basta para explicar la aparición de los comportamientos suicidas. Intervenien otros factores en la aparición del comportamiento suicida.

En un Estudio danés, prospectivo, registraron la incidencia acumulada de suicidio desde el primer contacto psiquiátrico para cada uno de los trastornos investigados, observando una mayor incidencia del suicidio en hombres que en mujeres, que el mayor incremento en la incidencia de suicidio se produce durante los primeros años tras el primer contacto. Las incidencias acumuladas de suicidio eran prácticamente independiente de la edad de inicio de los diferentes trastornos mentales (datos no mostrados). Es el TBP el que presenta un mayor riesgo de suicidio en los hombres y casi igual que la esquizofrenia en mujeres.

Identificar FR para el suicidio en el TBP. En los pacientes bipolares la ideación autolítica y los intentos autolíticos guardan una estrecha relación con la fase del trastorno, de manera que estaban presentes en las fases depresivas o mixtas, y ausentes en euforia o manía. En las revisiones encontramos un mayor riesgo suicida en sujetos con más hospitalizaciones por depresión (Leverich 2003), con episodio depresivo (Valtonen 2006), mayor proporción de tiempo deprimido (Marangell 2006), y sujetos con más hospitalizaciones por depresión. El tiempo en fases de alto riesgo (depresivas o mixtas) puede ser considerado el principal factor de riesgo para las conductas suicidas (Isometsa 2014)

Parece existir una relación dosis/respuesta entre: severidad del trastorno, duración de las fases de riesgo, conductas suicidas. Lo que resulta esencial para la prevención

Sabemos que los pacientes con TM tienen una mayor mortalidad que varía entre el 36 y el 100%, sobretudo debido al suicidio. Las personas con trastorno bipolar tienen un riesgo significativamente mayor de suicidio, casi un aumento de 30 veces en la mortalidad estandarizada que cae con el tratamiento (aunque no lo suficiente) de 30 a aproximadamente 6 veces la mortalidad de la población general (enfermedad cardiovascular).

Resultados

Según los estudios de autopsia psicológica, en el 90% de los suicidios consumados somos capaces de detectar la presencia de un trastorno mental. Entre la 1/2 y 1/3 de los suicidios consumados se relacionan con trastornos del humor, esto implica que la prevención del suicidio pasa por la actuación sobre los trastornos del humor. No obstante, la presencia de un trastorno del humor no basta para explicar la aparición de los comportamientos suicidas. En la población general la ratio entre intento de suicidio y suicidio consumado es de 35:1, mientras que en los bipolares la ratio es de 3:1. Se estima que el riesgo de suicidio en pacientes con TBP es del 8% en los hombre y del 5% en las mujeres al cabo de los 18 años; la población con TBP tiene entre 10 y 30 veces más de riesgo de suicidio consumado que la población general; la mitad de los pacientes con TAB lo intentarán alguna vez en su vida.

Conclusiones

El tratamiento a largo plazo es obligatorio, el suicidio parece ser el tipo de muerte sobre la que el tratamiento parece tener un mayor efecto protector. Incluso con tratamiento, la mortalidad sigue siendo más elevada en los pacientes con TBP.

- Los sujetos con TBP tienen mayor riesgo de suicidio que los sujetos sin trastorno mental.
- Los sujetos con TBP tienen un riesgo muy elevado dentro de las personas que padecen trastornos mentales.
- La intensidad y duración de las fases de riesgo (episodios depresivos y mixtos) guarda relación con el riesgo suicida.
- Hay que explorar la existencia de otros factores de riesgo (más allá de la posible fase de riesgo) y actuar sobre ellos.
- **El suicidio es un fenómeno complejo y difícil de prever, sin embargo, si identificamos los factores de riesgo y tratamos adecuadamente a los sujetos podemos reducir el riesgo.**



VI ENCUENTROS
EN PSIQUIATRÍA
conducta suicida
Sevilla, 17 y 18 de Abril 2015

PO-030. El suicidio en la Seguridad Clínica de Salud Mental.

Diana Manzanares Romero, José Antonio Camacho Alcántara, Myriam Martín García.

Introducción

El comportamiento suicida y auto lesivo se encuentra dentro de los cinco primeros eventos adversos (EA) más comunes, representando algo menos de un tercio de los incidentes en los servicios asistenciales de Salud Mental. La mayoría de ellos fueron notificados desde unidades de hospitalización. De las características inherentes a estos servicios se derivan algunos de sus principales factores de riesgo: la patología mental (esquizofrenia, depresión y abuso de sustancias).

El aumento de la complejidad de las intervenciones en Salud Mental y el creciente volumen de especialización de los procesos y técnicas tienen como consecuencia inevitable que, ocasionalmente, se produzcan efectos adversos (EA) y situaciones iatrogénicas, asociados a los procesos asistenciales.

Objetivos

Identificar y mostrar las principales recomendaciones, estrategias y pautas de actuación que nos permitan orientar nuestra práctica asistencial hacia la seguridad clínica en Salud Mental y disminuir así la incidencia de EA.

Resultado

Se deriva la disminución de la incidencia de eventos adversos relacionados con conductas suicidas en los

servicios de Salud Mental, mediante la modificación y control de los principales factores de riesgo.

Conclusión

A pesar de la alta incidencia de EA relacionados con el suicidio, la aplicación de estrategias específicas permite prevenir y disminuir la aparición de los mismos. Aún así, sigue siendo necesario investigar y promover nuevas líneas de acción que permitan actuar con mayor rapidez, especialización y efectividad para adaptarnos a los avances de la sociedad actual

Bibliografía

Con la seguridad en mente". Servicios de Salud Mental y Seguridad del Paciente. Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente. Sistema Nacional de Salud. Reino Unido. 2011.

Elvira Peña L. Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental. Servicio Extremeño de Salud. 2011.

Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la Conducta Suicida. Servicio Andaluz de Salud. 2010.

EL SUICIDIO EN LA SEGURIDAD CLÍNICA DE SALUD MENTAL

PALABRAS CLAVES:

Suicidio
Salud Mental
Estrategias
Seguridad Clínica

Autores:

Diana Manzanares, José Antonio Camacho, Miriam Martín.
Enfermero Interno Residente de Enfermería en Salud Mental. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

OBJETIVOS:

Identificar y mostrar las recomendaciones, estrategias y pautas de actuación que nos permitan orientar nuestra actuación asistencial hacia la seguridad clínica en Salud Mental.

INTRODUCCIÓN:

El comportamiento suicida y auto lesivo se encuentra dentro de los cinco primeros eventos adversos (EA) más comunes, representando algo menos de un tercio de los incidentes en los servicios asistenciales de Salud Mental. La mayoría de ellos fueron notificados desde unidades de hospitalización. De las características inherentes a estos servicios se derivan algunos de sus principales factores de riesgo: la patología mental (esquizofrenia, depresión y abuso de sustancias).

El aumento de la complejidad de las intervenciones en Salud Mental y el creciente volumen de especialización de los procesos y técnicas como factores internos, y la actual situación social como factor externo, tienen como consecuencia inevitable que, ocasionalmente, se produzcan efectos adversos (EA) y situaciones iatrogénicas, asociados a los procesos asistenciales.



GENERALES	ESTRATEGIAS	ESPECÍFICAS
<ul style="list-style-type: none"> •Construir cultura de seguridad clínica (campañas de buenas prácticas). •Fomentar el liderazgo en equipo de personas. •Integrar tareas de gestión del riesgo en prácticas diarias. •Promover información de eventos adversos. •Involucrar y comunicarse con usuarios y pacientes. •Aprender y compartir lecciones de seguridad. •Implementar soluciones para prevenir daños (Diseño de protocolos). •Desarrollo de taxonomía común de seguridad clínica en Salud Mental y promoción de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> *Evaluación protocolizada del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> *Aspectos estructurales específicos de los dispositivos de Salud Mental. *Aspectos organizativos específicos de los dispositivos de Salud Mental.
DIRECTAMENTE APLICADO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL		

PAUTAS DE ACTUACIÓN	
GENERALES	ESPECÍFICAS
<ul style="list-style-type: none"> *Información a familiares de la prohibición de introducción de elementos que supongan riesgo para el suicidio. *Los despachos y otras dependencias deberán permanecer cerrados y sin restos de medicamentos. *El botiquín permanecerá cerrado en todo momento y su llave custodiada por enfermería. *El carro de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más accesible posible y nunca se dejará a la vista solo. *El personal de enfermería deberá estar pendiente durante las comidas de los elementos de las bandejas, de los que deberán hacer recuento antes y después de las mismas. *Reevaluación constante del riesgo suicida en los pacientes ingresados. 	<ul style="list-style-type: none"> *Existencia y aplicación de protocolo específico ante el riesgo suicida, que implique una actuación del equipo de forma coordinada. *Existencia de un registro donde anotar las medidas tomadas y su seguimiento. *Informar a los pacientes de todas las medidas existentes y de las que se pongan en marcha especialmente. *Correcta ubicación del paciente. *Realización de contención mecánica si fuera preciso. *Registros exhaustivos de cualquier tipo de incidencias. *Control de visitas y salidas. *Registros de situaciones que impliquen un mayor riesgo: toma de medicación, cambios de turno, etc.

RECOMENDACIONES	
<ul style="list-style-type: none"> *Programas específicos de prevención (valoración integral y detección precoz) y monitorización de implementación. *Auditar anualmente los dispositivos de Salud Mental para detectar riesgos y proponer soluciones a los mismos. *Notificaciones de intentos fallidos o no consumidos. *Establecer específicamente con estos pacientes relaciones terapéuticas asentadas en la confianza (sentimientos y comportamientos). *Observación constante. 	<ul style="list-style-type: none"> *Monitorización de implementación de medidas concretas. *Implementar Programa telefónico de seguimiento al alta de los pacientes con riesgo y que permita examinar las dimensiones del problema, explorar posibles soluciones, ayudar en la toma de decisiones y promover el mantenimiento de las medidas terapéuticas. *Chequeos rutinarios de los pacientes y sus habitaciones. *Programas de vigilancia por parte del personal y otros pacientes.

CONCLUSIÓN:

A pesar de la alta incidencia de EA relacionados con el suicidio, la implantación y aplicación de estas medidas y estrategias se derivan la disminución de la incidencia de eventos adversos relacionados con conductas suicidas. Aún así, sigue siendo necesario investigar y promover nuevas líneas de acción que permitan actuar con mayor rapidez, especialización y efectividad.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sieso Sevilla, Fernández Parrado C, Zohno López V, Prado Falcón ME. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. DISEÑO, IMPLANTACIÓN Y VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE SEGUIMIENTO TELEFÓNICO POR LA ENFERMERÍA ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL PARA DISMINUIR EL RIESGO SUICIDA EN PACIENTES QUE HAN COMETIDO UN INTENTO AUTOLÍTICO. Bib Las Casas. 2012;1(8).
2. Eves Peña L. Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental. Servicio Extremeño de Salud 2011.
3. Recomendaciones sobre la detección, prevención e intervención de la Conducta Suicida. Servicio Andaluz de Salud 2010.
4. Con la seguridad en mente". Servicios de Salud Mental y Seguridad del Paciente. Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente. Sistema Nacional de Salud. Remo Unido 2011.



PO-031. Protocolo de conducta suicida en una unidad de hospitalización breve

Laura Mella Domínguez, Carlos Rodríguez Gómez-Carreño, Fátima Vargas Lozano, Erica López Lavela, Isabel Morales Saenz

Introducción

El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. Según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística, lo sitúan en España como la primera causa no natural de defunción.

En la actualidad, el gold standard para la valoración de la conducta suicida es la evaluación clínica. Sin embargo, el uso de protocolos y escalas ha demostrado ser muy útil para mejorar la forma en que se documenta la información y aumentar la exhaustividad de la evaluación. Además, puede tener valor legal y servir para sustentar la decisión clínica.

Objetivos

Con la creación del protocolo del riesgo suicida en la UHB se pretende mejorar la eficiencia en la detección y tratamiento de los intentos de suicidio y auto agresivo, así como recomendaciones de seguridad, para la prevención del intento auto lítico dentro de la UHB HGU Ciudad Real.

Resultados

Se ha creado un protocolo de evaluación con una tipificación de los grados de riesgo suicida: Grado I. Riesgo grave o inminente. Grado II. Riesgo medio. Grado III. Posibilidad de conductas autoagresivas. Utilizamos diversas escalas hetero/auto administradas

como parte de la evaluación (Plutchik, C-SSRS, SAD PERSONS, Intencionalidad suicida de Beck...).

Conclusiones

El uso de protocolos de evaluación del riesgo suicida permite la detección, valoración y adecuado manejo a seguir dependiendo del riesgo suicida del paciente. También protegen al personal sanitario legalmente y mejoran el funcionamiento general de la planta de hospitalización.

Bibliografía

Propuesta de elaboración de un protocolo para la prevención del suicidio en una unidad de hospitalización breve de salud mental incluida en un hospital general. *Avances en Salud Mental Relacional Advances in Relational Mental Health* ISSN 1579-3516-Vol.11-Núm.3-Diciembre 2012.

Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC) Área de Psiquiatría, Facultad de Medicina, U. Oviedo.

Protocolo de suicidio en una planta de Hospitalización Breve

Autor/es: **Melia Domínguez, LC; *Luzgo Lozano, MF; *López Lavilla, E; **Morales Sáenz, I; **Rodríguez Gómez-Carreño, C; *Reséndes MIR, ** Piquero Adjunto Hospital General Universitario de Ciudad Real

Introducción

El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública. Según datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), lo sitúan en España como la primera causa natural de defunción (INE, 2013).

Alrededor de un 50% del total de las personas que se suicidan lo hacen en una planta de hospitalización, las semanas anteriores a cometer el acto.

En la actualidad, el **gold standard** para la valoración de la conducta suicida es la **evaluación de riesgo**. Sin embargo, el uso de escalas y listas de chequeo no se ha demostrado ser muy útil para mejorar la forma en que se documenta la información y aumenta la colaboración de los profesionales. Además, el hecho de emplear protocolos o listas de chequeo no puede tener valor legal y servir para sustentar la decisión clínica.

Objetivos

Con la creación del protocolo del riesgo suicida en la línea de atención al paciente se pretende una **mejoría en la detección y tratamiento** de los intentos de suicidio y autoagresión, como también en el **estado de seguridad**, para la **prevención del intento suicida** dentro de la planta de hospitalización.

Resultados

Se ha creado un protocolo de evaluación en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital General Universitario de Ciudad Real, con una tipificación de los grados de riesgo suicida.

Grado I: Riesgo grave o inminente de conductas suicidas

Presenta este riesgo aquel paciente que **dejado a su evolución natural con mucha probabilidad presentaría de modo próximo un intento de conducta suicida o un acto autoagresivo.**

Grado II: Riesgo medio de conducta suicida.

Presentan este riesgo los pacientes que por su psicopatología manifiesta en el momento de la evaluación están considerando la posibilidad de un suicidio. También los pacientes impulsivos y con una **referida historia de intento de suicidio o aquellos que por su tristeza y angustia muy intensas se encuentran desesperanzados** acerca de la mejora de su enfermedad.

Grado III: Posibilidad de conductas autoagresivas.

Lo presentan aquellos pacientes cuya situación clínica no es de una gravedad suficiente con respecto a las conductas suicidas como para ser incluidos en las categorías anteriores o que **históricamente carecen de intentos de suicidio y/o los actos autoagresivos, aunque frecuentes, han sido de escaso riesgo para su vida. Habitualmente son pacientes que poseen un juicio de realidad, suelen sufrir una angustia intensa y un marcado trastorno. Su psicopatología es un factor de riesgo para que hagan alguna conducta autoagresiva sin una intención decidida de suicidio durante el ingreso.**

Se utilizan diversas escalas tanto hetero como auto administradas como parte de la evaluación: Escala de riesgo suicida de Plutchik, C-SSRS, Escala SAD PERSONS, Intencionalidad suicida de Beck, Inventario de razones para vivir.

Este protocolo de evaluación se aplicará en general a los pacientes del grado I de riesgo de riesgo grave o inminente de conducta suicida.

Se debe evaluar a los pacientes con estos síntomas, cuando sea necesario, en la planta de hospitalización de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital General Universitario de Ciudad Real, para que se pueda valorar el riesgo de suicidio y autoagresión, así como también en el estado de seguridad, para la prevención del intento suicida dentro de la planta de hospitalización.

Este protocolo de evaluación se aplicará en general a los pacientes del grado II de riesgo medio de conducta suicida.

Este protocolo de evaluación se aplicará en general a los pacientes del grado III de riesgo de autoagresión, pero también se aplicará en los casos de riesgo medio de conducta suicida.

CONCLUSIONES

El uso de protocolos de evaluación del riesgo suicida permite la **detección, valoración y adecuado manejo a seguir** dependiendo del riesgo suicida del paciente. También **protege al personal sanitario legalmente** y mejora el **funcionamiento general de la planta de hospitalización.**

CONCEPTOS GENERALES DE PSICOPATOLOGÍA

El concepto de psicopatología se refiere a la enfermedad mental, que es un trastorno que afecta al funcionamiento psicológico y conductual de una persona. Se trata de un campo de estudio que busca comprender las causas, síntomas y consecuencias de estas enfermedades.

La psicopatología se divide en diferentes áreas, como la psicopatología de la infancia, la psicopatología de la adolescencia, la psicopatología de la adultez y la psicopatología de la vejez. Cada una de estas áreas se centra en comprender las características y el manejo de las enfermedades mentales en diferentes etapas de la vida.

El estudio de la psicopatología es esencial para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades mentales. Los profesionales de la salud mental utilizan este conocimiento para evaluar a los pacientes, comprender sus problemas y proporcionarles el apoyo adecuado.

En conclusión, la psicopatología es un campo de estudio que busca comprender las enfermedades mentales y su impacto en la vida de las personas. Este conocimiento es fundamental para el diagnóstico y el tratamiento de estas enfermedades.

CONCLUSIONES

El uso de protocolos de evaluación del riesgo suicida permite la **detección, valoración y adecuado manejo a seguir** dependiendo del riesgo suicida del paciente. También **protege al personal sanitario legalmente** y mejora el **funcionamiento general de la planta de hospitalización.**

Financiado por la Universidad de Córdoba y el Hospital General Universitario de Ciudad Real. Proyecto de Investigación sobre la prevención de suicidios en una planta de hospitalización breve de un Hospital General Universitario de Ciudad Real. (PI-2019-1016). Dirección: M. Domínguez Meliá. Colaboradores: Luzgo Lozano, M.F.; López Lavilla, E.; Morales Sáenz, I.; Rodríguez Gómez-Carreño, C.; Reséndes MIR, I.; Piquero Adjunto Hospital General Universitario de Ciudad Real. Autores: Meliá Domínguez, LC; Luzgo Lozano, MF; López Lavilla, E; Morales Sáenz, I; Rodríguez Gómez-Carreño, C; Reséndes MIR, I; Piquero Adjunto Hospital General Universitario de Ciudad Real. Fecha de publicación: 2020. ISSN: 1698-4258. DOI: 10.1016/j.ijps.2020.10.001. Copyright: © 2020 SES CAM. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad en su versión impresa. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad en su versión impresa.

Financiado por la Universidad de Córdoba y el Hospital General Universitario de Ciudad Real. Proyecto de Investigación sobre la prevención de suicidios en una planta de hospitalización breve de un Hospital General Universitario de Ciudad Real. (PI-2019-1016). Dirección: M. Domínguez Meliá. Colaboradores: Luzgo Lozano, M.F.; López Lavilla, E.; Morales Sáenz, I.; Rodríguez Gómez-Carreño, C.; Reséndes MIR, I.; Piquero Adjunto Hospital General Universitario de Ciudad Real. Autores: Meliá Domínguez, LC; Luzgo Lozano, MF; López Lavilla, E; Morales Sáenz, I; Rodríguez Gómez-Carreño, C; Reséndes MIR, I; Piquero Adjunto Hospital General Universitario de Ciudad Real. Fecha de publicación: 2020. ISSN: 1698-4258. DOI: 10.1016/j.ijps.2020.10.001. Copyright: © 2020 SES CAM. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad en su versión impresa. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad en su versión impresa.

PO-032. La Hoja Roja. Un estudio.

*M^a Cristina Casas Gómez, Irene Pérez Zapico,
Francisco Gotor Sánchez- Luengo.*

Introducción

Tras el adiós, previsiblemente, llega el vacío, la sensación de ausencia, y sobre todo, la idea de que las manecillas del reloj no han de seguir girando por mucho tiempo. En 2013, según los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística, 3870 personas fallecieron por suicidio y lesiones autoinfligidas. El 38% fueron personas de más de 60 años.

La conducta suicida en el anciano, tiene unas características distintivas: realizan menos intentos que los jóvenes, utilizan métodos más letales, reflejan menos señales de aviso, suelen ser actos meditados y pueden asumir la forma de suicidios pasivos.

Material y métodos

Realizamos un análisis observacional retrospectivo de los intentos de autolisis en personas mayores de 60 años durante el año 2014 atendidos por el servicio de Urgencias de Psiquiatría de nuestra Área Hospitalaria. Se realizó una comparación con los años 2010, 2011 y 2013.

Resultados

Realizamos un análisis observacional retrospectivo de los intentos de autolisis en personas mayores de 60 años durante el año 2014 atendidos por el servicio de Urgencias de Psiquiatría de nuestra Área Hospitalaria. Se realizó una comparación con los años 2010, 2011 y 2013.

Resultados

En 2014 se atendieron un total de 490 consultas por intento de autolisis, siendo el 8,37% personas mayores de 60 años. El 51% fueron varones y el 41% no tenían antecedentes psiquiátricos. El 20% tenía un diagnóstico de trastorno ansioso depresivo

Conclusiones

El suicidio no es solo un problema de Salud Pública, es una tragedia para los supervivientes y debemos prestar atención no solo a las personas jóvenes. Reconocer la complejidad y la naturaleza multietiológica de la conducta suicida en los ancianos puede ser el primer paso para intentar prevenirla

Bibliografía

- M. Martín-Carrasco, et al "Consenso de la SEPG sobre la depresión en el anciano" Actas Esp Psiquiatr 2011;39(1):20-31.
- Y. Conwell et al "Suicidio en ancianos" Psiq Biol. 2012;19(4):127-136.
- GPC Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Evaluación y Tratamiento. SNS
- Kasckow J, et al "Recent Research in Late Life Suicide". The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2015 Mar 1;23(3):S9-10.

PO-033. Una Urgencia Psiquiátrica Cada Vez Más Prevalente.

*Irene Pérez Zapico, Belén Rodríguez López, M^a
Cristina Casas Gómez.*

Introducción:

El intento de suicidio es un problema de salud en crecimiento. Conocer la prevalencia de estas conductas y las características de los pacientes que lo llevan a cabo, nos ayuda a determinar los factores sociodemográficos de riesgo. Esta información es imprescindible para planificar medidas preventivas y futuras investigaciones al respecto.

Metodología

Análisis descriptivo retrospectivo de las conductas autolíticas atendidas por el servicio de Urgencias de Psiquiatría del Hospital Universitario Virgen de Valme durante el año 2014. No cumpliendo los criterios de inclusión las consultas por ideación suicida sin llegar al acto.

Resultados y conclusiones

El total de pacientes que fueron atendidos durante el año 2014 por intento de autolisis fueron 490, de los que el 40% fueron hombres y el 60% mujeres. El 87% de la edad en ambos grupos oscilaba entre 20 a 59 años. Del total de estos pacientes, en el 31% de los casos no costaba un diagnóstico de trastorno mental previo, el 12% presentaba un diagnóstico de trastorno mixto ansiosodepresivo con seguimiento en Salud Mental. De todos ellos el 3,7% se encontraban incluidos en el proceso asistencial Trastorno Mental Grave. En el 83,5% de los casos la conducta presentada fue una ingesta medicamentosa voluntaria.

Bibliografía

- Randall JR, Walld R, Finlayson G, Sareen J, Martens PJ, Bolton JM "Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: a population-based, propensity score-matched analysis.". *Can J Psychiatry*. 2014 Oct;59(10):531-8.
- Behmanesh Poor F, Tabatabaei SM, Bakhshani NM. "Epidemiology of Suicide and its Associated Socio-demographic Factors in Patients Admitted to Emergency Department of Zahedan Khatam-Al-Anbia Hospital." *Int J High Risk Behav Addict*. 2014 Oct 20;3(4).
- Wolodzko T, Kokoszka A. Classification of persons attempting suicide. A review of cluster analysis research. *Psychiatr Pol*. 2014 Jul-Aug;48(4):823-34.

PO-034. El suicidio en los antiguos estados socialistas

José Rodríguez Quijano, Idir Mesían Pérez, Luis Olivares Gerechter, Yolanda Lázaro Pascual, Ana Pérez Tejeda, Aurelia María Matas Ochoa, Cristina Pérez Sobrino, Ana Carabias Contreras, Rafael Ángel Baena Mures

Introducción

Poco se conoce de las tasas de suicidio en los antiguos estados socialistas. Solo a raíz de la caída de la URSS comenzaron a aparecer estadísticas oficiales. La psiquiatría se adaptó al ideario político comunista y esto se vio reflejado en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, así como en las características y la epidemiología del suicidio.

Objetivos

Mediante revisión de artículos se realizará un análisis de las tasas de suicidio durante la existencia de países socialistas en Europa y en los mismos tras la disolución de la URSS, así como las implicaciones políticas y sociales que pudieron influir.

Resultados

No existen datos fiables de suicidio en países socialistas hasta principios de los 90. Según estudios, las tasas de suicidio eran elevadas, en contraposición a los datos oficiales de depresión, cuya prevalencia era baja. Se sabe que la RDA tenía la tercera tasa de suicidio más alta de todo el mundo durante los 80. Tras la disolución de la URSS aumentó la tasa de suicidio en estos países. Por otra parte, tras la reunificación alemana descendió el número

de suicidios en la antigua RDA, igualándose a los del resto de Alemania.

Conclusiones

La alta tasa de suicidio en los estados socialistas hasta principios de los años 90 puede explicarse atendiendo al contexto político y social: el totalitarismo y su máximo grado de represión, además de la incapacidad de la religión de actuar como elemento protector. Tras la disolución de la URSS las tasas de suicidio aumentaron aún más, posiblemente debido al aumento de desigualdad social y al desplazamiento de la agresividad desde lo social hacia lo individual. En Alemania oriental, descendió la tasa ya que el cambio experimentado fue menor dadas sus mejores condiciones económicas y su exposición previa a Alemania occidental.

Bibliografía

Young Su Park et al. Psychiatry in Former Socialist Countries: Implications for North Korean Psychiatry. *Psychiatry Investig* 2014;11(4):363-370.

PO-035. Revisión de los principales factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes

Alicia Gómez Peinado, Paloma Cano Ruiz, Silvia Cañas Fraile

Introducción

El suicidio es la tercera causa de muerte en niños y adolescentes. Ello ha suscitado interés, iniciándose multitud de investigaciones.

Objetivos

Identificar los factores de riesgo de suicidio más importantes en la población infanto-juvenil.

Resultados

Factores predisponentes:

- Enfermedades psiquiátricas: sobre todo trastornos depresivos, de conducta, abuso de sustancias y síntomas psicóticos.
- Intentos de suicidio previos: más si el primero ha ocurrido el último año.
- Antecedentes familiares de trastornos de conducta y/o comportamiento suicida: la genética es importante, aunque posiblemente no primariamente responsable.
- Antecedentes de abuso físico o sexual: aumenta hasta ocho veces el riesgo.
- Exposición a violencia y bullying.

- Factores biológicos: alteraciones y variaciones en la neurotransmisión serotoninérgica.

Factores precipitantes:

- Acceso a los medios para suicidarse: las armas de fuego son las más utilizadas por los varones.

- Uso y abuso de alcohol y otras drogas: más si hay enfermedad psiquiátrica de base.

- Ser testigo del suicidio de otros: internalización de síntomas y “contagio social”.

- Estrés social y aislamiento: problemas interpersonales, disciplinarios, laborales, cambios físicos puberales, difícil aceptación de la orientación sexual...

- Factores emocionales y cognitivos: sentimientos de desesperanza y falta de ayuda, desesperación, dificultad para solucionar problemas...

Conclusiones

El conocimiento de estos factores es importante, pues facilita la detección de niños y adolescentes en riesgo, posibilitando la actuación temprana en los casos que la requieran.

Bibliografía

Picazo J. El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2014. 42(3):125-32.

Shain BN, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2007. Sep;120(3):669-76.

Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, et al. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013 Sep;70(9):940-8.



Revisión de los principales factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes

Gómez Peinado, A*; Cañas Fraile, S*; Cano Ruiz, P*

*Médico Residente en el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN

El suicidio es la tercera causa de muerte en niños y adolescentes. Ello ha suscitado interés, poniéndose en marcha multitud de investigaciones.

OBJETIVOS

Identificar los factores de riesgo de suicidio más importantes en la población infanto-juvenil.

RESULTADOS

Los factores de riesgo de suicidio en la población infanto-juvenil pueden dividirse en predisponentes y precipitantes.

Factores predisponentes

- **Enfermedades psiquiátricas:** sobre todo los trastornos depresivos, de conducta, el abuso de sustancias y los síntomas psicóticos.
- **Intentos de suicidio previos:** más aún si el primero ha ocurrido el último año.
- **Antecedentes familiares de trastornos de conducta y/o comportamiento suicida:** la genética juega un papel importante, aunque posiblemente no primariamente responsable.
- **Antecedentes de abuso físico o sexual:** aumenta hasta ocho veces el riesgo.
- **Exposición a violencia y bullying.**
- **Factores biológicos:** alteraciones y variaciones en la neurotransmisión serotoninérgica.

Factores precipitantes

- **Acceso a los medios para suicidarse:** las armas de fuego son las más utilizadas por los varones.
- **Uso y abuso de alcohol y otras drogas:** más si hay enfermedad psiquiátrica de base.
- **Ser testigo del suicidio de otros:** internalización de síntomas y "contagio social".
- **Estrés social y aislamiento:** problemas interpersonales, disciplinarios, laborales, cambios físicos puberales, difícil aceptación de la orientación sexual...
- **Factores emocionales y cognitivos:** sentimientos de desesperanza y falta de ayuda, desesperación, dificultad para solucionar problemas...

CONCLUSIONES

El conocimiento de estos factores de riesgo es importante, pues facilita la detección de niños y adolescentes en riesgo, posibilitando una actuación temprana en los casos que la requieran.

BIBLIOGRAFÍA

1. Picazo J. El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2014. 42(3):125-32.
2. Shain BN, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2007. Sep;120(3):669-76
3. Kelleher I, Corcoran P, Keeley H, Wigman JTW, Devlin N, Ramsay H, et al. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013 Sep;70(9):940-8.

PO-035

PO-036. Estado mental suicida y creencias actitudinales ante el suicidio: un dilema ético para el profesional de salud mental.

Raquel Remesal Cobreros, Mariló Chico García, Esperanza Torrico Linares, Montserrat Andrés Villa.

Introducción

Desde el modelo socioindividual de la conducta suicida se propone que determinadas situaciones estresantes unidas a estrategias de afrontamiento desadaptativas provocan sentimientos depresivos. Si se añaden: ausencia de razones para vivir y expectativas positivas en torno al suicidio, se conforma lo que se ha denominado el estado mental suicida.

Desde el modelo bioético del suicidio se aboga por la defensa del principio de autonomía frente al de beneficencia y se trata de desmedicalizar el suicidio. Se nos plantea un dilema ético ante pacientes en riesgo suicida, que conlleva una toma de decisión por parte del profesional respecto de si priorizar uno u otro principio.

Objetivos

Analizar variables psicológicas y creencias actitudinales frente al comportamiento suicida en un grupo de pacientes hospitalizados con diferentes trastornos mentales.

Instrumentos

Inventario de depresión estado-rasgo (IDER); Escala de ideación suicida (SSI); Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida (CCS18).

Método

118 pacientes con diferentes trastornos mentales ingresados en una UHP (Huelva). La muestra se dividió en dos grupos: pacientes sin historia de intentos de suicidio (50,9 %); con historia de intentos (49,1%

Resultados

En pacientes con historia de intentos se observan mayores índices de distimia estado y rasgo; mayor riesgo suicida, por predominar más razones para morir frente a vivir, menor sensación de control de pensamientos suicidas y menor influencia de elementos disuasorios. Este grupo defiende la legitimación del suicidio propio y ajeno, el suicidio en enfermos terminales y no lo consideran un acto inmoral.

Conclusiones

Ante situaciones de autonomía disminuida en paciente con riesgo suicida, el profesional debería primar el principio de beneficencia y darle la oportunidad de salir del estado mental suicida. Las creencias actitudinales ante el suicidio también son factores de riesgo suicida y deben ser valoradas y respetadas por parte del profesional, especialmente en situaciones de ausencia de psicopatología.



ESTADO MENTAL SUICIDA Y CREENCIAS ACTITUDINALES ANTE EL SUICIDIO: UN DILEMA ÉTICO PARA EL PROFESIONAL DE SALUD MENTAL.

Raquel Remesal Cobrerros, Mariló Chico García, Esperanza Torrico Linares, Montserrat Andrés Villa.
UGC Hospital J. R. Jiménez Huelva
Universidad de Huelva

1. INTRODUCCIÓN

Desde el *modelo socioindividual* de la conducta suicida se propone que determinadas situaciones estresantes unidas a estrategias de afrontamiento desadaptativas provocan sentimientos depresivos.

Si se añaden: ausencia de razones para vivir y expectativas positivas en torno al suicidio, se conforma lo que se ha denominado el *estado mental suicida*.

Desde el *modelo bioético* del suicidio se aboga por la defensa del principio de autonomía frente al de beneficencia y se trata de desmedicalizar el suicidio.

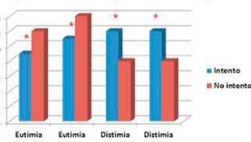
Se nos plantea un dilema ético ante pacientes en riesgo suicida, que conlleva una toma de decisión por parte del profesional respecto de si priorizar uno u otro principio.

2. OBJETIVO

Analizar variables psicológicas y creencias actitudinales frente al comportamiento suicida en un grupo de pacientes hospitalizados con diferentes trastornos mentales.

4. RESULTADOS

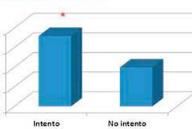
Fig. 1. Inventario de Depresión Estado-Rasgo



(*) Existen diferencias estadísticamente significativas (< 0,01).

Los pacientes con historia de intentos de suicidio presentan menores niveles de Eutimia estado/rasgo y mayores niveles de Distimia estado/rasgo.

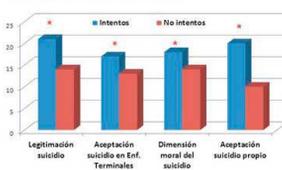
Fig. 2 Puntuación Total SSI



(*) Existen diferencias estadísticamente significativas (< 0,01).

Los pacientes con historia de intentos de suicidio presentan mayor riesgo suicida por predominar más razones para morir frente a vivir, menor sensación de control de pensamientos suicidas y menor influencia de elementos disuasorios.

Fig. 3 Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el comportamiento suicida CCS-18.



(*) Existen diferencias estadísticamente significativas (< 0,01).

Los pacientes con historia de intentos de suicidio defienden la legitimación del suicidio propio y ajeno, el suicidio en enfermos terminales y no lo consideran un acto inhumano.

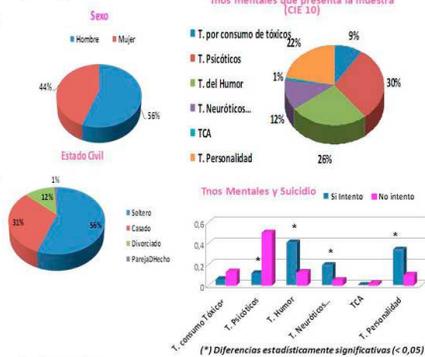
AGRADECIMIENTOS

A los pacientes y profesionales de la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital J.R. Jiménez de Huelva por su disposición a participar y colaborar en el estudio.

3. METODOLOGÍA

Participantes y procedimiento

118 pacientes con diferentes trastornos mentales ingresados en una UHP (Huelva). La muestra se dividió en dos grupos: pacientes sin historia de intentos de suicidio (50,9%), con historia de intentos (49,1%).



Instrumentos

-Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER; Spielberger et al. 2008)

- Escala de Ideación Suicida (SSI; Beck et al. 1979)

- Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento suicida (CCS18; Ruiz Hernández et al. 2005).

Análisis Estadístico

Se realizó un contraste de medias para muestras independientes (T-Student) en relación a las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones evaluadas con los instrumentos descritos. La variable de agrupación fue la presencia de historia de intento de suicidio frente a no intento.

5. CONCLUSIONES

- Los pacientes con historia de intentos de suicidio presentan mayores niveles de sintomatología depresiva.
- Expresan más razones para morir frente a vivir, menor sensación de control de pensamientos suicidas y menor influencia de elementos disuasorios que puedan evitar el acto suicida.
- Este grupo de pacientes defiende la legitimación del suicidio propio y ajeno, el suicidio en enfermos terminales y no lo consideran un acto inhumano.
- Ante situaciones de autonomía disminuida en pacientes con riesgo suicida, el profesional debería primar el principio de beneficencia y darle la oportunidad de salir del *estado mental suicida*.
- Las creencias actitudinales ante el suicidio deben ser valoradas y respetadas por parte del profesional, especialmente en situaciones de ausencia de psicopatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A. T., Kovacs M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.

- Bonner, R. L., & Rich, A. R. (1991). Predicting vulnerability to hopelessness: A longitudinal analysis. *The Journal of nervous and mental disease*, 178(1), 29-32

- Bonner, R. L., & Rich, A. (1988). Negative life stress, social problem-solving self-appraisal, and hopelessness: Implications for suicide research. *Cognitive Therapy and Research*, 12(6), 549-556.

- Huff, C. O. (1999). Source, recency, and degree of stress in adolescence and suicide ideation. *Adolescence*, 34(133), 81-89.

- Ruiz H., J. A., Navarro, R. J., Torrente, H.G., & Rodríguez, G. A. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCS-18. *Psicothema*, 17(4), 684-690.

- Salas, Á. A. (2011). La medicalización del suicidio: un dilema bioético. *Revista de bioética y derecho: publicación del Máster en bioética y derecho*, (22), 24-35.

- Spielberger, C. D., Agudelo, D., & Buela-Casal, G. (2008). Inventario de Depresión Estado-Rasgo (IDER). Madrid: TEA Ediciones.

- Villardon, L. (2009). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia* (Vol. 4). Universidad de Deusto.

PO-037. Ideas suicidas y suicidio en personal sanitario: Características definitorias.

M^a del Carmen del Moral Lechuga, Myrian Martín García, José Antonio Camacho Alcántara.

Introducción

La prevalencia de suicidio consumado e ideación suicida es más elevada en personal sanitario que en la población general y otras profesiones.

Objetivo

Evaluar las características demográficas y factores laborales relacionados con la ideación suicida y/o los intentos de suicidio en el personal sanitario en comparación con la población general u otras profesiones.

Resultados

La mayor tasa de suicidio en los profesionales sanitarios podría relacionarse con las particulares exigencias de este colectivo y con las condiciones y la organización del trabajo. Las mujeres tienen más riesgo de suicidio que los hombres y la edad es un factor a considerar. También se han visto tasas mayores en relación con ciertas especialidades. Debido a unas necesidades asistenciales específicas, el personal sanitario puede presentar elevados niveles de abuso de sustancias y enfermedad mental asociada, siendo la más prevalente la depresión. Respecto a los métodos de suicidio, se destaca el uso de tóxicos. El burnout, la sobrecarga y las exigencias de trabajo sin contar con los medios adecuados, los problemas con compañeros o je-

fes, haber experimentado situaciones desagradables o humillantes en el trabajo y el acoso laboral, actuarían como factores de riesgo de ideación suicida

Conclusiones

Podemos decir que, tanto por el tipo de trabajo que se realiza como por el ambiente laboral, hay un incremento de la prevalencia de ideación suicida y suicidio consumado en trabajadores sanitarios en comparación con la población en general, con unas características especiales que los diferencian de los demás grupos profesionales.

Bibliografía

- Cano-Langreo M., Cicirello-Salas S., López-López A., Aguilar-Vela M. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. *Med Segur Trab (Internet)*, 2014; 60 (234): 198-218.
- Tomás-Sábado J., Maynegre-Santaulària M., Pérez-Bartolomé M., Alsina-Rodríguez M., Quinta-Barbero R., Granell-Navas S. Síndrome de Burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. *Enferm Clin.*, 2010; 20 (3): 173-178.

Ideas suicidas y suicidio en personal sanitario: características definitorias.

Autores: Del Moral Lechuga MC, Marín García M, Camacho Alcántara JA.
Residentes de Enfermería en Salud Mental, H.U.V. Macarena

Introducción

El suicidio es un problema de salud pública en muchos países. Varios estudios han demostrado factores de riesgo laborales asociados a ideación suicida y altos índices de suicidio en el personal sanitario con respecto a la población general.



Objetivo

Evaluar las características demográficas y factores laborales relacionados con la ideación suicida y/o los intentos de suicidio en el personal sanitario en comparación con la población general u otras profesiones.

Resultados

Si analizamos diferentes estudios publicados entre 2004 y 2013 se evidencian las siguientes características:

- **COLECTIVO.** Diversos estudios han mostrado tasas de suicidio en los profesionales sanitarios mayores que en la población general y que en otras profesiones. Esto podría relacionarse con las particulares exigencias de este colectivo, con condiciones y organización de trabajo casi exclusivas de este sector, dedicados al cuidado de los pacientes, con la presencia en ocasiones de situaciones de ansiedad e impotencia. Además la cultura tradicional de la medicina concede poca importancia al cuidado de la salud mental del profesional, teniendo poca formación en conocimientos y habilidades psicosociales de estos profesionales para hacer frente a los retos que se les presentan durante la práctica diaria.
 - **SEXO.** En estudios con población general se encuentra mayor riesgo de suicidio en hombres que en mujeres. No obstante, en la población sanitaria las diferencias de género se ven invertidas; la tasa de suicidio estandarizada de los médicos es ligeramente mayor, mientras que la de las médicas es claramente superior. Austin et al. comentan que las mujeres que trabajan en profesiones tradicionalmente de hombres presentan mayor riesgo de suicidio, posiblemente presenten una presión adicional por su rol social.
 - **EDAD.** Se ha encontrado relación entre riesgo suicida y edad, siendo en varios estudios el riesgo mayor en edades avanzadas de la vida.
 - **ESPECIALIDADES.** También se han visto tasas mayores en relación con especialidad, siendo mayores en anestesiólogos y psiquiatras, médicos de familia y residentes.
 - **ABUSO DE SUSTANCIAS Y ENFERMEDAD MENTAL.** Se conoce que en muchos casos los médicos tienen unas necesidades asistenciales específicas y en ocasiones esto les lleva a presentar elevados niveles de abuso de sustancias y enfermedad mental asociada, siendo la más prevalente la depresión. En ocasiones este estado de ánimo puede llevar a un mayor consumo de tóxicos y alcohol como forma de evasión o al autotratamiento como forma ineficaz de
- abordar el malestar psíquico. Estas características pueden estar en relación con el elevado estrés y responsabilidad de su trabajo, así como las dificultades para conciliar vida familiar y laboral. Hay que señalar también las dificultades que presentan para discutir sus problemas con los colegas, por el miedo a que se vean afectados sus criterios profesionales, por lo que muchas veces recurren peligrosamente al autodiagnóstico y autotratamiento. Entre los sanitarios se observa una tendencia a evitar el contacto con salud mental que podría explicarse por el miedo al estigma social y comprometer su carrera profesional. Esto puede suponer que en muchas ocasiones se comprometa además de la propia salud, la seguridad de los pacientes.
 - **OTRAS PROFESIONES SANITARIAS.** Al estudiar otras profesiones, también han destacado mayores riesgos en enfermeras, dentistas y farmacéuticos.
 - **MÉTODOS.** Se encontraron diferencias dependiendo de la profesión ejercida. Parece que en el sector sanitario destaca el uso de tóxicos; el fácil acceso a estos y los conocimientos sobre su uso podrían explicar la elección de este método.
 - **AMBIENTE LABORAL.** Se han identificado varios factores relacionados con el ambiente laboral que aumentan el riesgo de aparición de ideación suicida y suicidio. El burnout, la sobrecarga de trabajo, las exigencias de trabajo sin contar con los medios adecuados, los problemas con compañeros o jefes, haber experimentado situaciones desagradables o humillantes en el trabajo y el acoso laboral, actuarían como factores de riesgo de ideación suicida. Se ha evidenciado también que aquellos profesionales que buscan ayuda para la depresión o burnout presentan mayor riesgo de suicidio. Se intenta razonar que esta relación sea porque cuando buscan ayuda es en el momento en que sus mecanismos de defensa se han visto sobrepasados. El apoyo del entorno de trabajo ante una crisis, la posibilidad de discutir las situaciones estresantes, la autogestión de los horarios o la carga de trabajo se han identificado como factores protectores de suicidio.



Servicio de Análisis de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

Conclusiones

Podemos decir que, tanto por el tipo de trabajo que se realiza como por el ambiente laboral, existen unas características especiales que diferencian la ideación suicida y el suicidio consumado en trabajadores sanitarios de los demás grupos profesionales.

Bibliografía

- Cano-Langreo M., Cicirello-Salas S., López-López A., Aguilar-Vela M. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en personal sanitario. Med Segur Trab (Internet). 2014; 60 (234): 198-218.
- Tomás-Sábado J., Maynegre-Santullària M., Pérez-Bartolomé M., Alsina-Rodríguez M., Quintá-Barbero R., Granell-Navas S. Síndrome de Burnout y riesgo suicida en enfermeras de atención primaria. Enferm Clin., 2010; 20 (3): 173-178.

Hospital Universitario Virgen Macarena y Área

PO-038. Equipos de atención primaria: elementos claves de prevención.

Rebeca Ros, María Pardo, Lidón Pardo, Carmen Hernández, Rafael Mora, Ramón Palmer, Mercedes Bermejo.

Introducción

Algunos de los factores de riesgo en la conducta suicida estarían ligados al sufrimiento crónico por enfermedades médicas incapacitantes, que se abordan desde los equipos de atención primaria. Presentamos un estudio naturalístico de los 48 casos de suicidio ocurridos en la provincia de Castellón durante el 2013.

Objetivo

Analizar estresores relacionados con el suicidio consumado en nuestro ámbito e identificar grupos de riesgo y profesionales que los atendieron, a fin de dirigir las acciones de prevención e intervención temprana.

Resultados

23 % no se identificó ningún estresor desencadenante del suicidio. 18,6 % presentaba una enfermedad médica importante, 30,2 % dolor crónico y 11,6 % enfermedad incapacitante. Otros estresores identificados fueron: pérdidas afectivas (9,3 %), problemas financieros y laborales.

El profesional que visitó al suicida por última vez fue el médico de atención primaria en el 51,2 %, 25 % enfermería, 12,2 % su psiquiatra habitual. El 9,5 % verbalizaron ideación autolítica en el último contacto y un 14 % en los últimos tres meses.

Conclusiones

En la mayoría de los casos no se detecta ningún estresor determinado, por lo que concluimos que existen múltiples y complejos factores que influyen en la conducta suicida, como el dolor crónico o la enfermedad incapacitante, que contribuyen al sufrimiento del paciente de una manera continuada. En nuestra muestra la conducta suicida respondería menos a factores reactivos recientes. 3 de cada 4 pacientes fueron visitados por el médico de familia y en general el equipo de atención primaria, incluida enfermería en su última visita. Concluimos la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención en dichos sanitarios.

Un porcentaje pequeño de pacientes había verbalizado ideación tanática tres meses antes o en el último contacto, por lo que sería necesario una exploración más activa de la conducta suicida por parte de los sanitarios.

Bibliografía

Jagodnic HK. Inter-regional variations in suicide rates. 2012 Sep; 24 Suppl 1:S82-5. Review. Mann JJ. Suicide prevention strategies.

EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: ELEMENTOS CLAVES DE PREVENCIÓN

Ros Lloréns, R¹; Pardo Guerra, M¹; Pardo Guerra, L²; Hernández Gaspar, C³; Mora Marín, R¹; Palmer Vicedo, R⁴;
Ventura Álvarez, M⁵
MIR Psiquiatría¹, Psicóloga², Psiquiatra³, Jefe de Sección⁴, Director del Instituto de Medicina Legal⁵, Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

Introducción y objetivos

Algunos de los factores de riesgo en la conducta suicida estarían ligados al sufrimiento crónico por enfermedades médicas incapacitantes, que se abordan desde los equipos de atención primaria. Presentamos un estudio naturalístico de los 48 casos de suicidio consumados en la provincia de Castellón durante el año 2013.

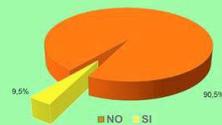
El objetivo del estudio es analizar los estresores relacionados con el suicidio consumado en nuestro ámbito e identificar grupos de riesgo y profesionales que los atendieron, a fin de dirigir las acciones de prevención e intervención temprana

Métodos

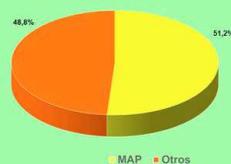
Se ha realizado un estudio naturalístico de una muestra de 48 casos (100% de los suicidios consumados de la provincia de Castellón durante el año 2013). La base de datos ha sido proporcionada por el instituto de medicina legal y las variables a estudiar se han recogido en los diversos sistemas informáticos de sanidad pública.

Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables. EL software utilizado en el trabajo ha sido el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0.0 (Statistical Package for Social Science) para Windows.

VERBALIZACIÓN IDEACIÓN AUTOLÍTICA ÚLTIMO CONTACTO



PROFESIONAL ÚLTIMO CONTACTO



Resultados

- En el 23 % no se identificó ningún estresor desencadenante del suicidio.
- Un 18,6 % presentaba una enfermedad médica importante y un 9,3% pérdidas afectivas. Otros estresores fueron problemas financieros, laborales y ruptura sentimental.
- Un 30,2% presentaba dolor crónico y un 11,6% enfermedad incapacitante.
- El profesional que visitó al suicida por última vez fue el médico de atención primaria en un 51,2 %, enfermería en un 25 % y un 12,2 % su psiquiatra habitual.
- El 9,5 % verbalizaron ideación autolítica en el último contacto y un 14 % en los últimos tres meses.

Conclusiones

- En la mayoría de los casos no se detecta ningún estresor determinado, por lo que concluimos que existen múltiples y complejos factores que influyen en la conducta suicida, como el dolor crónico o la enfermedad incapacitante, que contribuyen al sufrimiento del paciente de una manera continuada. En nuestra muestra la conducta suicida respondería menos a factores reactivos recientes.
- 3 de cada 4 pacientes fueron visitados por el médico de familia y en general el equipo de atención primaria, incluida enfermería en su última visita. Concluimos la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención en dichos sanitarios.
- Un porcentaje pequeño de pacientes había verbalizado ideación tanática tres meses antes o en el último contacto, por lo que sería necesario una exploración más activa de la conducta suicida por parte de los sanitarios.

Referencias

- Jagodic HK. Inter-regional variations in suicide rates. 2012 Sep; 24 Suppl 1: S82-5. Review.
Mann JJ. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA 2005; 294:2084-74.

PO-039. Modelo de intervención activa en la búsqueda de supervivientes tras un suicidio.

M^a del Carmen del Moral Lechuga, Diana Manzanares Romero, Myrian Martín García

Introducción

Los familiares de una persona fallecida por suicidio tienen en comparación con la población general mayor riesgo de complicación del duelo, un mayor riesgo de trastornos como la depresión o el trastorno de estrés posttraumático e incremento de entre dos y diez veces mayor del riesgo de suicidio.

Resultados

En nuestro medio no se realiza una intervención proactiva sobre estos casos, de manera que la intervención del sistema sanitario andaluz de salud se encarga de los casos cuando estos se acceden al sistema sanitario tras intentos de suicidio o presencia de sintomatología florida, a través de atención primaria o urgencias. Por lo cual nosotros vamos a proponer un modelo denominado LOSS o "Local Outreach to Survivors of Suicide", el cual se trata de un modelo activo de intervención posterior que incluye la búsqueda de los supervivientes para ayudar a acceder a los recursos sanitarios proponiéndoles diversos recursos en función de su situación.

Objetivo

Proponer un modelo que permita acortar el tiempo entre el primer contacto del superviviente con el sistema

sanitario de salud y el momento del fallecimiento, realizando una prevención activa sobre esta población.

Conclusiones

Con una intervención proactiva sobre los familiares supervivientes de un suicidio se realiza una prevención de suicidios consumados, de intentos de suicidio, así como diversas complicaciones del mismo que suponen una serie de consecuencias físicas, psíquicas y sociales que afectan a todos los ámbitos de la vida de las persona.

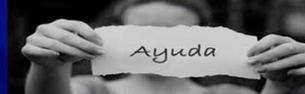
Bibliografía

- Cerel J, Padgett JH, Conwell Y, Reed GA. A call for research: the need to better understand the impact of support groups for suicide survivors. *Suicide Life Threat Behav.* 2009 Jun;39(3):269-81. doi:10.1521/suli.2009.39.3.269.
- Andoni A. Estadística de defunciones por causa de muerte. INE.2014.
- Jhon R. Facilitating Suicide Bereavement Support Groups: A Self-Study Manual. American Foundation for Suicide Prevention. 2007.

MODELO DE INTERVENCIÓN ACTIVA EN LA BÚSQUEDA DE SUPERVIVIENTES TRAS UN SUICIDIO

AUTORES:

1.Mª del Carmen del Moral Lechuga 1.Diana Manzaneros Romero 1.Myrrian Martín García
1. Residentes de Enfermería Especialidad Salud Mental (Hospital Universitario Virgen Macarena).



INTRODUCCIÓN:

Superviviente de un suicidio: término que se emplea para referirse a los allegados de una persona que se ha suicidado y aunque tradicionalmente el concepto se ha reservado para la familia, en la actualidad se ha extendido también a los allegados no familiares (amigos, compañeros de trabajo o de clase y vecinos).

A pesar de que los supervivientes debido a causas naturales, a accidentes, a homicidios, o a experiencias de suicidio pasan por fases similares durante el duelo diversos estudios han demostrado que la experiencia de los supervivientes de suicidios es más complicada e intensa.

Algunas diferencias entre el duelo tras un suicidio y el duelo tras otro tipo de fallecimiento es que hay en comparación con la población general mayor riesgo de complicación del duelo, un mayor riesgo de trastornos como depresión o trastorno de estrés posttraumático y un incremento de entre dos y diez veces mayor de riesgo de suicidio.

En nuestro medio no se realiza una intervención proactiva sobre estos casos, de manera que la intervención del sistema sanitario andaluz de salud se encarga de los casos cuando estos se acceden al sistema sanitario tras intentos de suicidio o presencia de sintomatología depresiva o ansiosa, a través de atención primaria o urgencias.

Los sentimientos de culpabilidad, vergüenza y rabia conforman una barrera que dificultan la comunicación, la búsqueda y el acceso a la ayuda profesional y al apoyo social, dificultando aún más el acceso de estas personas a la ayuda necesaria y colaborando en la estigmatización de la situación del suicidio.



OBJETIVOS:

Proponemos un modelo de intervención activa posterior al fallecimiento por suicidio de un familiar que incluya la búsqueda de los supervivientes para ayudar a acceder a los recursos sanitarios proporcionándoles diversos recursos en función de su situación y a su vez permita acortar el tiempo entre el primer contacto del superviviente con el sistema sanitario de salud y el momento del fallecimiento, realizando una prevención activa sobre esta población.

SERVICIO DE ASISTENCIA PARA FAMILIARES SUPERVIVIENTES A UN SUICIDIO (LOSS)

El modelo que planteamos se denomina LOSS "Local Outreach to Survivors of Suicide" ("Servicio de Asistencia para los familiares supervivientes a un suicidio").

Se trata de un modelo ya implantado en América, Australia y Singapur, el cual consiste en un equipo de profesionales de salud mental con experiencia y formación en el campo en la asistencia a los supervivientes de suicidio y supervivientes voluntarios que acuden a la escena del suicidio acompañando a los primeros profesionales que acuden ante esta situación (policía, personal sanitario de emergencia, bomberos...) Este equipo le aporta al superviviente del suicidio los conocimientos sobre los recursos existentes, proporciona servicio de soporte, derivan a todos los identificados como potenciales supervivientes del suicidio, explican el protocolo usado para investigar la escena y responden a muchas de las preguntas que surgen en estos primeros momentos.

Tras la derivación del paciente al servicio de Salud Mental la Enfermera Especialista en Salud Mental se encargaría de valorar el riesgo de cada miembro ofreciéndole diversas opciones de abordaje:

Grupos de Apoyo Talleres de Relajación Seguimiento de enfermería: telefónico o presencial
Seguimiento por Psiquiatra referente

En algunos casos es posible que no requiera abordaje, pero aún así conocería los diferentes servicios a los que puede acudir si en un futuro fuesen necesarios.

Estos recursos ofrecidos cubrirían dos de las 3 principales demandas que realizan los supervivientes:

- Apoyo de pares o iguales (en los que destacan los grupos de apoyo)
- Apoyo social (familia, amigos, compañeros...)
- Ayuda profesional, que es la más demandada.

CONCLUSIONES:

Con una intervención proactiva sobre los familiares supervivientes de un suicidio se realiza una prevención de suicidios consumados, de intentos de suicidio, así como diversas complicaciones del mismo que suponen una serie de consecuencias físicas, psíquicas y sociales que afectan a todos los ámbitos de la vida de las persona. Los diversos recursos ofrecidos se adaptan a las diversas situaciones de cada participante así como a las diversas fases del duelo, aportándoles recursos para poder afrontar de la mejor forma posible la dura situación que se presenta de forma repentina en sus vidas.

Con todo esto también se consigue una disminución del gasto sanitario, puesto que se trabajaría de forma preventiva no de forma paliativa, evitando así la presencia de duelos patológicos, las cifras de hospitalización y disminuyendo los tratamiento farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Carel J, Padgett JH, Conwell Y, Reed GA. A call for research: the need to better understand the impact of support groups for suicide survivors. *Suicide Life Threat Behav.* 2009 Jun;39(3):269-81.
- 2.Andoni A. Estadística de defunciones por causa de muerte. INE.2014.
- 3.John R. Facilitating Suicide Bereavement Support Groups: A Self-Study Manual. American Foundation for Suicide Prevention. 2007.

PO-040. Perfil del paciente suicida en la provincia de Castellón.

Carmen Hernández, Lidón Pardo, María Pardo, Rebeca Ros, Rafael Mora, Ramón Palmer, Mario Eliseo Ventura.

Introducción

El suicidio se ha convertido en la primera causa externa de defunción en los últimos años. En España, en 2013, se produjeron más de 3500 suicidios. Presentamos un estudio naturalístico de los 48 casos de suicidios ocurridos en la provincia de Castellón durante el año 2013.

Objetivos

Revisar las variables que se relacionan con el suicidio en nuestro ámbito, a fin de identificar el perfil de paciente y los grupos de riesgo, como primer paso para implementar acciones de prevención e intervención en la comunidad.

Resultados

La mediana de edad 50 años. 77,1 % varones. Mayoritariamente entorno urbano.

Un 48,6 % inactivos laboralmente, de ellos 23,3 % jubilados.

El método más utilizado fue el de ahorcadura, 50 %, seguido de precipitación, 18,8 % e intoxicación, 16.6%. El 79,1 % no presenta intento autolítico previo, donde el método más empleado fue la intoxicación por sustancias, 55, 5%, seguida de precipitación, 22,2 %. No existía diagnóstico psiquiátrico conocido en un 41,9 %.

De los que disponían de diagnóstico un 18,6 % sufría depresión y 9,3 % conductas adictivas.

Conclusiones

Las variables sociodemográficas relacionadas con el suicidio consumado en la provincia de Castellón son similares a los de otros ámbitos geográficos. El perfil del suicida en nuestra muestra es un varón de nacionalidad española, 50 años, de entorno urbano, no activo laboralmente y sin antecedentes de tentativa de autolisis.

El método más empleado es la ahorcadura seguida de precipitación, probablemente por tratarse de medios físicos de elevada letalidad, sin embargo en los intentos no consumados fue la intoxicación.

Debido a la que la mitad de pacientes no tenían diagnóstico psiquiátrico conocido podemos concluir que el suicidio consumado tendría relación con la falta de detección diagnóstica y, por tanto, la ausencia de tratamiento.

Bibliografía

Wang Y. A Population-Based Longitudinal Study of Recent Stressful Life Events As Risk Factors for Suicidal Behavior in Major Depressive Disorder. Arch Suicide Res. 6 de enero de 2015

PERFIL DEL PACIENTE SUICIDA EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN

Hernández Gaspar, C¹; Pardo Guerra, M¹; Pardo Guerra, L²; Ros Lloréns, R¹; Mora Marin, R²; Palmer Vicedo, R¹; Bermejo Pérez, M¹.

MIR Española, Biotecnol. Española¹ IIS La Fe, Madrid, España; Hospital General de Castellón, Unidad de Farmacología Hospitalaria² IIS La Fe, Madrid, España; Hospital General de Castellón, Unidad de Farmacología Hospitalaria² IIS La Fe, Madrid, España

Introducción y objetivos

El suicidio se ha convertido en la primera causa externa de defunción en los últimos años. En España, en 2013, se produjeron más de 3500 suicidios.

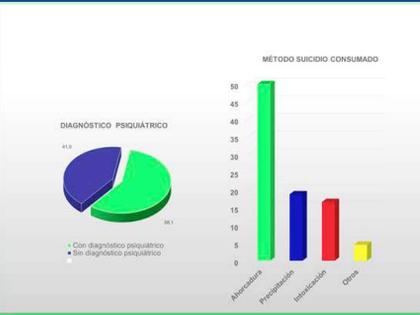
Nuestro objetivo consiste en revisar las variables que se relacionan con el suicidio en nuestro ámbito, a fin de identificar el perfil de paciente y los grupos de riesgo, como primer paso para implementar acciones de prevención e intervención en la comunidad.

Métodos

Se ha realizado un estudio naturalístico de una muestra de 48 casos (100% de los suicidios consumados de la provincia de Castellón durante el año 2013). La base de datos ha sido proporcionada por el instituto de medicina legal y las variables a estudiar se han recogido en los diversos sistemas informáticos de sanidad pública.

Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables. EL software utilizado en el trabajo ha sido el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0.0 (Statistical Package for Social Science) para Windows.

Resultados



La mediana de edad 50 años. 77,1 % varones. Mayoritariamente entorno urbano. Un 48,6 % inactivos laboralmente, de los 23,3 % jubilados. El método más utilizado fue el de ahorcadura, 50 %, seguido de precipitación, 18,8 % e intoxicación, 16.6%. El 79,1 % no presenta intento autolítico previo. En los casos con antecedentes, el método más empleado en las tentativas autolíticas previas fue la intoxicación por sustancias, 55,5%, seguida de precipitación, 22,2%. No existía diagnóstico psiquiátrico conocido en un 41,9 %. De los que disponían de diagnóstico un 18,6 % sufría depresión y 9,3 % conductas adictivas.

Conclusiones

- Las variables sociodemográficas relacionadas con el suicidio consumado en la provincia de Castellón son similares a los de otros ámbitos geográficos. El perfil del suicida en nuestra muestra es un varón de nacionalidad española, 50 años, de entorno urbano, no activo laboralmente y sin antecedentes de tentativa de autolisis.
- El método más empleado es la ahorcadura seguida de precipitación, probablemente por tratarse de medios físicos de elevada letalidad, sin embargo en los intentos no consumados previos fue la intoxicación.
- Debido a que la mitad de pacientes no tenían diagnóstico psiquiátrico conocido podemos concluir que el suicidio consumado tendría relación con la falta de detección diagnóstica y, por tanto, la ausencia de tratamiento.

Referencias

1. Wang Y. A Population-Based Longitudinal Study of Recent Stressful Life Events As Risk Factors for Suicidal Behavior in Major Depressive Disorder. Arch Suicide Res. 6 de enero de 2015.
2. Jang J-M. Predictors of suicidal ideation in a community sample: roles of anger, self-esteem, and depression. Psychiatry Res. 30 de abril de 2014; 216(1):74-81.

PO-041. ¿Por qué me corto? Aproximación a las conductas autolesivas.

*Sandra Rubio Corgo, Germán Strada Herrera,
Idir Mesían Pérez, Ana Pérez Tejeda, Yolanda
Lázaro Pascual, José Rodríguez Quijano, Luis
Olivares Gerechter, Aurelia Matas Ochoa, Ra-
fael Baena Mures, Cristina Pérez Sobrino*

Introducción

Una autolesión se define como toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte. La definición excluye intención suicida aunque en la práctica clínica puede haber cierta ambivalencia al respecto.

Objetivos

Revisión, a partir de fuentes bibliográficas, de la conceptualización y motivación de las conductas autolesivas.

Resultados

Las autolesiones pueden parecer similares a los intentos autolíticos, ya que implican agresión directa al self y están presentes en diversos diagnósticos psiquiátricos. Las conductas autolesivas teóricamente se diferencian en: intención, repetición y letalidad. La conducta sería una manera de gestionar las emociones negativas, detener el displacer y afrontar contingencias, pero no tendría la finalidad de terminar con la vida. Tienden a presentarse repetitivamente y los métodos utilizados suelen ser de baja letali-

dad, a diferencia de los intentos autolíticos que son ocasionales y los métodos de mayor letalidad.

Conclusiones

A pesar de las diferencias teóricas descritas, en la clínica se observa que estas conductas pueden presentarse conjuntamente. En los adolescentes con antecedentes de conductas autolesivas, entre el 33 y el 37% también refieren intentos autolíticos. En adultos, entre 16 y 25% presentan antecedentes de ambas conductas.

El antecedente de autolesión es un potente predictor de suicidio consumado. Estudios de seguimiento señalan que, alrededor de nueve años después de haber cometido una conducta autolesiva, el 5 % consuman el suicidio. Aunque las autolesiones predicen intentos autolíticos futuros, los intentos autolíticos no predicen futuras autolesiones.

Bibliografía

- Boxer P. Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in an inpatient sample. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2010; 39: 470-80. 41.
- Juana Villarroel G., y col. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2013; 51 (1): 38-45.

¿Por qué me corto? Aproximación a las conductas autolesivas

S. Rubio, G. Strada, I. Mesión, A. Pérez, Y. Lázaro, J. Rodríguez, L. Olivares, A. Matas, R. Baena, C. Pérez
Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid

INTRODUCCIÓN

Una autolesión se define como toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte. La definición excluye intención suicida aunque en la práctica clínica puede haber cierta ambivalencia al respecto.

OBJETIVOS

Revisión, a partir de fuentes bibliográficas, de la conceptualización y motivación de las conductas autolesivas.

RESULTADOS

Las autolesiones pueden parecer similares a los intentos autolíticos, ya que implican agresión directa al self y están presentes en diversos diagnósticos psiquiátricos. Las conductas autolesivas teóricamente se diferencian en: intención, repetición y letalidad. La conducta sería una manera de gestionar las emociones negativas, detener el displacer y afrontar contingencias, pero no tendría la finalidad de terminar con la vida. Tienden a presentarse repetitivamente y los métodos utilizados suelen ser de baja letalidad, a diferencia de los intentos autolíticos que son ocasionales y los métodos de mayor letalidad. Respecto a la motivación para desarrollar las conductas autolesivas existen diferentes modelos biopsicosociales. Destacamos a continuación algunos de ellos:

Modelo de regulación de los afectos: ambientes tempranos invalidantes dificultan el desarrollo de estrategias adecuadas de afrontamiento del estrés emocional. Individuos que se han desarrollado en estos ambientes y son vulnerables biológicamente hacia la inestabilidad emocional, utilizarían las autolesiones para regular afectos negativos intolerables.

Modelo de la disociación: Gunderson considera que individuos temperamentamente vulnerables entran en estados de disociación al separarse del objeto amado. Uso de la autolesión para a través del dolor recontactarse con el sentido del "sí mismo".

Modelo de la conducta suicida alternativa: forma alternativa de resistirse al deseo de quitarse la vida.

Modelo de influencia interpersonal: uso de la conducta autolesiva para influir en el otro, como medio de comunicarse.

Modelo de los límites interpersonales: forma de distinguir concretamente su identidad física, uso en individuos que no han desarrollado un sentido de identidad integrado.

Modelo de castigo: conducta de autocontrol.

Modelo de búsqueda de sensaciones: forma de generar excitación en sujetos que necesitan emociones intensas.

CONCLUSIONES

A pesar de las diferencias teóricas descritas, en la clínica se observa que estas conductas pueden presentarse conjuntamente. En los adolescentes con antecedentes de conductas autolesivas, entre el 33 y el 37% también refieren intentos autolíticos. En adultos, entre 16 y 25% presentan antecedentes de ambas conductas.

El antecedente de autolesión es un potente predictor de suicidio consumado. Estudios de seguimiento señalan que, alrededor de nueve años después de haber cometido una conducta autolesiva, el 5% consuman el suicidio. Aunque las autolesiones predicen intentos autolíticos futuros, los intentos autolíticos no predicen futuras autolesiones.

BIBLIOGRAFÍA

Boxer P. Variations in risk and treatment factors among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm in an inpatient sample. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2010; 39: 470-80. 41.
Juana Villarreal G., y col. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2013; 51 (1): 38-45



PO-042. Factores de riesgo suicida asociados al paciente psicótico.

Isabel Molinero, María Irigoyen, Núria Domènech, Gemma Montagut, Marta Sales, Ester Castán, Marina Niubó, María Mur

Introducción

Esquizofrenia enfermedad crónica y frecuente. 2% gasto sanitario total. 50% psicóticos presentan ideación suicida, 30% realizan intento y 5-10% se suicidan. Psicóticos representan 4'9% pacientes evaluados por intento suicida en urgencias generales de Lérida desde 2009 hasta 2014 inclusive.

Objetivos

Describir factores riesgo suicida (edad, género, inicio enfermedad, comorbilidad desesperanza, tóxicos y otras variables) del paciente psicótico y analizar su evolución posterior al intento. Limitación: pacientes suicidas no evaluados por psiquiatra de enlace en ausencia del mismo.

Resultados

29 pacientes. 51'72% mujeres. Edad media 39. 24'14% emparejados. 89'66% españoles. 68'97% incapacitados. 37'93% comorbilidad médica. Promedio 1'53 antipsicóticos. 17'24% diagnosticados psicosis hace menos de 2 años. 44'83% consumían tóxicos (alcohol y cannabis). Media debut psicosis 24 años. 55'17% desesperanza. 79'3% estudios básicos, 13'8% bachillerato, 3'5% universitarios. 6'9% reciente hospitalización previa intento. 51'72% conducta suicida previa (promedio intentos previos 1'86). Promedio ingresos previos 4.13'8% antecedentes familiares. 51'72% esquizofrenia, 20'7% esquizoafecti-

vos, 13'8% psicosis inespecífica, 10'34% trastorno bipolar. 65'52% sobreingesta medicamentosa. 13'8% sobreingesta con alcohol. 20'7% metodología violenta (ahorcamiento, precipitación, venosección). 24'14% afectación somática moderada-severa. 55'17% derivado CSM. 41'38% ingresó. 75'86% vinculado actualmente Psiquiatría. 6'9% se suicidó.

Conclusión

Dificultades socioeconómicas (incapacitados) y deterioro en intentos con más presencia de metodología violenta que precisan en mitad casos ingreso. Comorbilidad de tóxicos y desesperanza. No distinción por géneros.

Bibliografía

- Palmer B.A., V.S. Pankratz, and J.M. Bostwick. "The lifetime risk of suicide in schizofrenia: a reexamination". Arch Gen Psychiatry, 2005. 62(3):p-247-53.
- Schwartz, R.C. and B.N. Cohen. "Psychosocial correlates of suicidal intent among patients with schizofrenia". Compr Psychiatry, 2001.42(2):p.118-23.

FACTORES DE RIESGO SUICIDA ASOCIADOS AL PACIENTE PSICÓTICO

Molineró I, Irigoyen M, Domènech N, Montagut G, Sales M, Castán E, Niuó M, Mur M

Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa María de Lleida

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Introducción: La esquizofrenia es una enfermedad crónica y frecuente. Supone el 2% del gasto sanitario total. El 50% de los psicóticos presentan ideación suicida, el 30% realizan intento de suicidio y el 5-10% se suicidan. Se ha asociado un aumento del riesgo suicida con los siguientes factores: síntomas depresivos, conducta suicida previa, abuso de tóxicos, ser varón y joven, baja adherencia terapéutica, elevada impulsividad y alta hospitalaria reciente.

Los pacientes psicóticos representan el 49% de los pacientes evaluados por intento suicida en el servicio de urgencias generales de Lérida desde 2009 hasta 2014 inclusive.

Objetivos: Describir factores de riesgo suicida (edad, género, inicio enfermedad, comorbilidad desesperanza, tóxicos y otras variables) del paciente psicótico y analizar su evolución posterior al intento. **Limitación:** pacientes suicidas no evaluados por psiquiatra de enlace en ausencia del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se recogen variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes con clínica psicótica que fueron valorados por Psiquiatría tras intento suicida desde 2009 hasta 2014 en urgencias generales de Lérida. Se revisa el historial de la enfermedad, la comorbilidad médica y consumo de tóxicos existente, la presencia de desesperanza, el tratamiento empleado, la conducta suicida previa, la metodología empleada y la estrategia terapéutica escogida así como la evolución posterior. **Limitaciones:** Pacientes no valorados por psiquiatra de enlace en ausencia del mismo los días festivos.

RESULTADOS

Muestra de 28 pacientes.

Variables sociodemográficas: La edad media era de 39 años. El 89,66% eran españoles. El 51,72% eran mujeres. El 24,14% estaban emparejados. El 68,97% estaban incapacitados laboralmente. El 79,3% tenían estudios básicos, el 13,8% habían cumplimentado estudios de bachillerato y el 3,5% finalizaron estudios universitarios.

Variables clínicas: El 37,93% referían comorbilidad médica. El 44,83% consumían tóxicos (fundamentalmente alcohol y cannabis). Respecto al tratamiento, tenían prescrito un promedio de 1,53 antipsicóticos.

Historial previo: La edad media de debut de psicosis era los 24 años. El 17,24% estaban diagnosticados de psicosis desde hace menos de 2 años. El 55,17% referían desesperanza. El 6,9% relataba reciente hospitalización previa al intento de suicidio. El 54% refería conducta suicida previa (promedio intentos previos 1,86). El promedio de ingresos en agudos previos era de 4. El 13,8% tenían antecedentes familiares.

Diagnóstico: El 51,72% diagnosticados de esquizofrenia, el 20,7% esquizoafectivos, el 13,8% psicosis inespecífica, el 10,34% trastorno bipolar.

Metodología: El 65,52% emplearon la sobreingesta medicamentosa, el 13,8% la combinaron con alcohol. El 20,7% utilizó metodología violenta (ahorcamiento, precipitación, venosección).

Letalidad del gesto: El 24,14% afectación somática moderada-severa.

Estrategia terapéutica: El 55,17% fue derivado al Centro de Salud Mental. El 41,38% ingresó en la unidad de Agudos.

Evolución posterior: En la actualidad, el 75,86% están vinculados a la red de Psiquiatría. Desafortunadamente, el 6,9% finalmente se suicidó.

CONCLUSIONES

• Dificultades socioeconómicas (incapacitados) y deterioro propio de la enfermedad en intentos de suicidio con más presencia de metodología violenta que precisan en la mitad de los casos ingreso hospitalario.

• Conducta suicida previa y elevado número de hospitalizaciones en agudos como factor de riesgo.

• Comorbilidad de tóxicos y desesperanza como factores a identificar.

• Importancia de promover apoyos desde la comunidad para evitar perjuicios propios de psicosis y mejorar su adaptación y funcionalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Palmer B.A., V.S. Pankratz, and J.M. Bostwick. "The lifetime risk of suicide in schizofrenia: a reexamination". Arch Gen Psychiatry, 2005. 62(3):p.247-53.
- Schwartz, R.C. and B.N. Cohen. "Psychosocial correlates of suicidal intent among patients with schizofrenia". Compr Psychiatry, 2001. 42(2):p.118-23.



PO-043. Análisis descriptivo de la conducta suicida en Málaga.

*Alicia Navarro Moreno, Marta Busto Garrido,
Alexandra De Severac Cano*

Introducción

La conducta suicida consume una gran cantidad de recursos en los servicios de emergencias y supone una alarma e impacto social.

Objetivos

Plasmar, mediante un análisis descriptivo, las características de los casos atendidos por conducta suicida durante el mes de abril de 2014 en las urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Resultados

Fueron analizados los un total de 79 casos. Un 71% de mujeres frente a un 29% de hombres. El tipo de conducta suicida más frecuente (68,51%) fue la sobreingesta de psicofármacos (X61), produciéndose también la asistencia por ideación autolítica persistente (14,81%), venoclisis (12,96%, X78), y otros (X70; X83). Un 22,22% se encontraba bajo los efectos del alcohol y un 12,96% bajo los efectos de otras drogas. Un 66,76% realizaba seguimiento periódico de forma ambulatoria, siendo el diagnóstico más frecuente (33,33%) de F41.2, seguido por un 14,81% de trastorno de personalidad, destacando el F60.3. Un 7,40% tenían diagnóstico de TMG. En cuanto al plan terapéutico, un 75,92% fueron dados de alta, un 7,4% se derivó a centro específico (CPD), un 5,56% requirieron un ingreso y el resto abandonaron la urgencia sin ser valorados por psiquiatría.

Conclusiones

Existen evidencias que avalan que determinadas estrategias preventivas pueden ser útiles a la hora de reducir la tasa de suicidio. Dado que una cantidad importante de los pacientes evaluados realizan un seguimiento periódico de forma ambulatoria, se hace necesario evaluar la conducta suicida de forma sistemática, ya que una correcta evaluación e intervención ante el riesgo de suicidio puede reducir el riesgo en muchos de nuestros pacientes.

Bibliografía

Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Bobes J. Giner J. Saiz J. Madrid: Editorial Triacastela; 2011. Página web del Instituto Nacional de Estadística: www.ine.es CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. OMS; 1992

ANÁLISIS DE LA CONDUCTA SUICIDA EN MÁLAGA

Navarro Moreno, A; Busto Garrido, M; De Severac Cano, A (MIR Psiquiatría HUVV Málaga)



Introducción:

Las muertes por suicidio son la primera causa de muerte en España, muy por encima de los accidentes de tráfico, 2012 es el último año recogido por el Instituto Nacional de Estadística, en el que se produjeron 3539 suicidios consumados (77% varones y 23% mujeres). Así mismo, la conducta suicida consume una gran cantidad de recursos en los servicios de emergencias y supone una alarma e impacto social y entre los profesionales sanitarios.

Objetivos:

El propósito de nuestro estudio es planear, mediante un análisis descriptivo, las características de los casos atendidos por conducta suicida durante el mes de abril de 2014 en las urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Hemos querido analizar incidencia por sexo, edad, tipo de gesto o de conducta suicida, influencia del alcohol u otros tóxicos, existencia de seguimiento en salud mental o de trastorno mental previo y plan terapéutico.

Resultados:

Fueron evaluados los casos atendidos de forma urgente, resultando un total de 79 casos. En cuanto a la distribución por sexos, fueron atendidas un 71% de mujeres frente a un 29% de hombres. La media de edad de los pacientes fue de 44,9 años. El tipo de conducta suicida más frecuente (68,51%) fue la sobredosis de psicofármacos (36). Envenenamiento autoinfligido intencionalmente), produciéndose también la asistencia por ideación autolítica persistente (14,81%), venodisidias (12,96%), XTB Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante), y otros (0,70; 883). Un 22,22% se encontraba bajo los efectos del alcohol y un 12,26% bajo los efectos de otras drogas (cocaína, cannabis o ambar). Un 66,76% realizaba seguimiento periódico de forma ambulatoria, siendo el diagnóstico más frecuente (32,33%) de F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo, seguido por un 14,81% de trastorno de personalidad, destacando el F60.3. Destacar un 7,40% de pacientes con diagnóstico de Trastorno Mental Grave. En cuanto al plan terapéutico, un 75,92% fueron dados de alta con acompañamiento familiar y la indicación de acudir a su equipo de referencia para continuar seguimiento o iniciarlo, un 7,4% se derivó a centro específico (CPE), un 5,56% requirieron un ingreso (en psiquiatría u otro servicio con el seguimiento por parte de psiquiatría), el resto abandonaron la urgencia sin ser valorados por psiquiatría (fuga o alta voluntaria).

Conclusiones:

El suicidio y la conducta suicida suponen un problema de salud pública y la complicación más importante de los trastornos psiquiátricos. A pesar de que el suicidio se ha convertido en uno de los focos prioritarios de la política sanitaria y del Sistema Nacional de Salud, en España existe una escasa implementación de programas de tipo preventivo. Existen evidencias que avalan que determinadas estrategias preventivas pueden ser útiles a la hora de reducir la tasa de suicidio (restricción de acceso a métodos suicidas, la formación de profesionales de la salud mental), la formación de profesionales de asistencia primaria y la puesta en marcha de dispositivos de seguimiento para las personas que realizan tentativas suicidas.

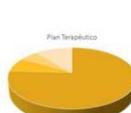
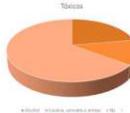
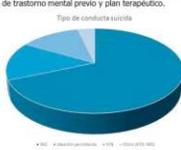
Dado que una cantidad importante de los pacientes evaluados realizan un seguimiento periódico de forma ambulatoria, se hace necesario evaluar la conducta suicida de forma sistemática, ya que una correcta evaluación e intervención ante el riesgo de suicidio puede reducir el riesgo en muchos pacientes.

Bibliografía:

Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Bobes J, Giner J, Solé J. Madrid: Editorial Triacastell; 2011

Página web del Instituto Nacional de Estadística: www.inec.es

CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. OMS; 1992.



PO-044. Calidad de vida, ingresos y conducta suicida en pacientes que acuden a un centro de rehabilitación psicosocial

Pedro Martínez Mollá, María Ángeles Rodríguez Campayo, Joan Aviñó Isern, Ramón Bellot Arcís, Ignacio Díaz Fernández-Alonso, Gema María Pedrón Marzal.

Definimos calidad de vida como la percepción que el individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores en los que vive, y en relación con sus expectativas, estándares o normas y preocupaciones (1). En general los pacientes con esquizofrenia sufren peor calidad de vida (2); una mayor severidad de los síntomas correlaciona con una baja calidad de vida (3).

Materiales y Métodos

Estudio observacional de series de casos clínicos. Los pacientes serán valorados por PERSONAL de CENTRO DE REHABILITACIÓN desconociendo los parámetros a estudio mediante la Escala WHO/DAS; la duración de la patología será al menos de 1 año (excluiremos toxicomanías activas, enfermedades incapacitantes crónicas o que dificulten la comprensión).

El personal facultativo consultará los GESTOS AUTOLÉSIVOS e INGRESOS.

Hipótesis

Los pacientes con palmitato de paliperidona tienen mayor calidad de vida, menos conductas autolíticas y menos ingresos.

Resultados

Obtenemos 70 pacientes, 2 grupos de tratamiento, homogéneos en edad, sexo, estado civil e impresión diagnóstica: 26 con Palmitato de Paliperidona y 34 con otros tratamientos.

Exceptuando el epígrafe funcionamiento familiar de la escala WHO/DAS, el grupo en tratamiento con Palmitato de Paliperidona presenta mejor puntuación en todas las subescalas, sin bien las diferencias alcanzan nivel de significación estadística en el CUIDADO PERSONAL ($p < 0,05$ U-Mann).

El número de ingresos y las conductas autolesivas se habrían producido en menor medida en el mismo también, con nivel de significación estadística en el número de TENTATIVAS DE SUICIDIO ($p < 0,05$ U-Mann).

Conclusiones

El tratamiento con palmitato de paliperidona es una variable predictora de mejor calidad de vida y menor número de tentativas de suicidio.

Calidad de vida, ingresos y conducta suicida en pacientes que acuden a un Centro de Rehabilitación Psicosocial

OBJETIVO: **Rodríguez Mollá, P.*; Rodríguez Campayo, M.A.**; Aviño Isern, J.*; Bellot Arcis, R.*; Diaz**

Definimos calidad de vida como el grado de satisfacción que el individuo tiene en la vida, en el contexto de su entorno físico, emocional y social. El estudio se realizó en el Hospital Psiquiátrico de la Universidad de Zaragoza y se evaluó la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar (1). En general los pacientes con esquizofrenia sufren peor calidad de vida (2); una mayor severidad de los síntomas correlaciona con una baja calidad de vida (3).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de series de casos clínicos.

Los pacientes serán valorados por PERSONAL de CENTRO DE REHABILITACIÓN desconociendo los parámetros a estudio mediante la Escala WHO/DAS; la duración de la patología será al menos de 1 año (excluiremos toxicomanías activas, enfermedades incapacitantes crónicas o que dificulten la comprensión).

El personal facultativo consultará los GESTOS AUTOLESIVOS e INGRESOS.

Hipótesis: los pacientes con palmitato de paliperidona tienen mayor calidad de vida, menos conductas autolesivas y menos ingresos.

RESULTADOS

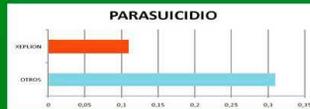
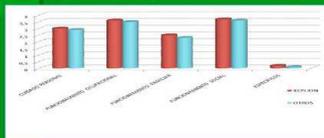
Obtenemos 70 pacientes, 2 grupos de tratamiento, homogéneos en edad, sexo, estado civil e impresión diagnóstica: 26 con Palmitato de Paliperidona y 34 con otros tratamientos.

	n	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	NIVEL SOCIOECONÓMICO	DIAGNÓSTICO
PALMITATO PALIPERIDONA	26	39,11 [8,55]	H 69,2%	Soltero 26,92 %	Bajo 34,62 %	T. Psicótico 73,08 %
			M 30,7%	Casado 69,36 %	Medio 65,38 %	T. Estado ánimo 19,23 %
				Separado 3,85 %	Alto 0	T. Personalidad 0 %
OTROS TRATAMIENTOS	44	42,02 [SD 8,65]	H 63,91%	Soltero 63,64%	Bajo 50 %	T. Psicótico 70,45 %
			M 34,09 %	Casado 25 %	Medio 50 %	T. Estado ánimo 11,36 %
				Separado 11,	Alto 0 %	T. Personalidad 9,09%
						Otros 9,09 %

Exceptuando el epígrafe funcionamiento familiar de la escala WHO/DAS, el grupo en tratamiento con Palmitato de Paliperidona presenta mejor puntuación en todas las subescalas, sin bien las diferencias alcanzan nivel de significación estadística en el CUIDADO PERSONAL ($p < 0,05$ U-Man).

El número de ingresos y las conductas autolesivas se habrían producido en menor medida en el mismo también, con nivel de significación estadística en el número de TENTATIVAS DE SUICIDIO ($p < 0,05$ U-Man).

En el análisis multivariante no existe asociación entre el funcionamiento personal y el funcionamiento familiar. Los parasuicidios presentan asociación con el diagnóstico.



CONCLUSIONES

Del tratamiento con palmitato de paliperidona es una variable predictora de mejor calidad de vida y menor número de tentativas de suicidio.

REFERENCIAS

1. Evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting. *Journal of Clinical Epidemiology* volume 45, Issue 6, Pages 507-514, June 2003.
2. Bobes, G. J., y otros, Calidad de Vida en las esquizofrenias, Barcelona, J. R. Prous Editores, 1995.
3. Rudnick, A. Depression and competence to refuse psychiatric treatment *Med Ethics* 2002;28:151-155 doi:10.1136/jme.28.3.151.

PO-045. Impulsividad, riesgo de violencia y autoagresividad en trastorno mental leve.

Pedro Martínez Mollá, Gema María Pedrón Marzal, Alfonso Pedrós Roselló, María Ángeles Rodríguez Campayo, Patricia Prieto Montaña, Miguel Torrecillas Toro.

Introducción

Numerosos estudios asocian alteraciones comportamentales con T.M.G.: rasgos paranoides y límites de personalidad, psicosis, manía, depresión agitada, excitación catatónica, trastornos orgánicos y T.Uso sustancias (1).

Objetivos

Valorar parámetros clínicos y alteraciones comportamentales (2) (3) (4) en pacientes con T. M. Leve.

Material y métodos

Serie de casos clínicos en sujetos diagnosticados de T. Adaptativo que consultan en U.S.M.

Criterios inclusión: mayoría de edad, ausencia de contactos personales o familiares con los servicios de S.M., de tratamientos farmacológicos y condiciones que dificulten la comprensión de los fines del estudio.

Se evaluarán parámetros:

- Sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, número de hijos y nivel socioeconómico.

- Clínicas y psicométricas: HAM-D, HAM-A, I.C.G. y Escalas de Plutchik (Impulsividad, violencia y suicidio).

Resultados

41 pacientes; edad media de 37,4 [DE 13,7] años. El 48.8 % casados, el 36,6 % solteros, el 14,5 % divorciados o separados. 1,4 [DE 1,1] hijos de media. El nivel socioeconómico bajo correspondió al 31,3 %, 51,1 % medio y 17,1 % alto.

Los tests psicométricos clínicos: HAM-D 18,7 [DE 5,3], HAM-A 17,7 [DE 6,2], I.C.G. 3,1 [DE 0,7] y las Escalas de Plutchik Impulsividad 15,6 [DE 10,5], riesgo de violencia 1,1 [DE 1] y riesgo suicida 7,2 [DE 2,5]

Encontramos asociaciones positivas estadísticamente significativas entre el sexo femenino y mayor puntuación en HAM-A; también entre la edad y el número de hijos.

El riesgo de suicidio se correlaciona con puntuaciones mayores en HAM-D e ICG.

El riesgo de violencia se asocia a menor número de hijos y mayor HAM-A.

Conclusiones

El T. Adaptativo, presenta con frecuencia riesgo de auto/heteroagresividad; en la exploración y tratamiento, dicha psicopatología deberá ser un aspecto crucial

IMPULSIVIDAD, RIESGO DE VIOLENCIA Y AUTOAGRESIVIDAD EN TRASTORNO MENTAL LEVE

Martínez Mollá, P.*; Pedrón Marzal, G.M.**; Pedrós Roselló, A.*; Rodríguez Campayo, M.A.***; Prieto Montaña, P****; Torrecillas Toro, M.****.

*Médico psiquiatra; H. Lluís Alcanyis Xàtiva. **Pediatra; H. Lluís Alcanyis Xàtiva. ***Psicóloga Clínica; C.H.U. Albacete. ****Alergólogo; C.H.U. Albacete.

INTRODUCCIÓN.

Numerosos estudios asocian alteraciones comportamentales con T.M.G.; rasgos paranoides y límites de personalidad, psicosis, manía, depresión agitada, excitación catatónica, trastornos orgánicos y T. Uso susatancias (1).

OBJETIVOS.

Valorar parámetros clínicos y alteraciones comportamentales (2)(3)(4) en pacientes con T. M. Leve.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Serie de casos clínicos en sujetos diagnosticados de T. Adaptativo que consultan en U.S.M..

Criterios inclusión: mayoría de edad, ausencia de contactos personales o familiares con los servicios de S.M., de tratamientos farmacológicos y condiciones que dificulten la comprensión de los fines del estudio.

Se evaluarán parámetros:

Sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, número de hijos y nivel socioeconómico.

Clínicas y psicométricas: HAM-D, HAM-A, I.C.G. y Escalas de Plutchik (Impulsividad, violencia y suicidio).

RESULTADOS.

41 pacientes; edad media de 37,4 [DE 13,7] años. El 48,8 % casados, el 36,6 % solteros, el 14,5 % divorciados o separados, 1,4 [DE 1,1] hijos de media. El nivel socioeconómico bajo correspondió al 31,3 %, 51,1 % medio y 17,1 % alto.

Los tests psicométricos clínicos: HAM-D 18,7 [DE 5,3], HAM-A 17,7 [DE 6,2], I.C.G. 3,1 [DE 0,7] y las Escalas de Plutchik Impulsividad 15,6 [DE 10,5], riesgo de violencia 1,1 [DE 1] y riesgo suicida 7,2 [DE 2,5].

Encontramos asociaciones positivas estadísticamente significativas entre el sexo femenino y mayor puntuación en HAM-A; también entre la edad y el número de hijos (t stu $p < 0,05$).

El riesgo de suicidio se asocia con puntuaciones mayores en HAM-D e ICG (r de Pearson $p < 0,05$).

El riesgo de violencia se asocia correlaciona a menor número de hijos y mayor HAM-A (r de Pearson $p < 0,05$).



CONCLUSIONES.

El T. Adaptativo, presenta con frecuencia riesgo de auto/heteroagresividad; en la exploración y tratamiento, dicha psicopatología deberá ser un aspecto crucial para un abordaje completo.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Kaplan Benjamin, J, Sadock Virginia, A. Sinopsis de psiquiatría. 9ª edición. Madrid: Panamericana - Williams & Wilkins, 2009. MOREAU, L. et al. (editores).
2. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Martínez ML, Álvarez S, Marín JJ y cols. Validación Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61: 223-232.
3. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Salvador M, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo de violencia de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61: 307-316.
4. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61: 143-152.

PO-046. Eficacia de un programa de Gestión de casos de tentativas de suicidio.

*N. García-León; J. Pons; L. Riesco; C. E. Blanch;
M. Riera; S. Escoté; F. X. Arrufat*

Introducción

La reiteración del intento autolítico es especialmente frecuente durante el primer año después del intento de suicidio (20%) y es el factor predictivo más potente para posteriormente consumarlo. Por este motivo en 2012 se implantó en el Consorci Hospitalari de Vic (Osona -Barcelona-) un programa de Gestión de casos de tentativas autolíticas.

Objetivos

Describir el programa de atención a las tentativas de suicidio y demostrar su eficacia según datos de 2014.

Metodología

El programa consta de una visita presencial al cabo de una semana del alta y posteriormente se procede a un seguimiento mediante visitas telefónicas, valorando la situación psicopatológica, el cumplimiento terapéutico y la presencia de ideación suicida. Si se detecta una situación de riesgo, se deriva al paciente al dispositivo más adecuado. Se complementa con la posibilidad de asistencia a un grupo de terapia, en el que se realiza un abordaje psicoeducativo, activo y estructurado, que se basa en un modelo de afrontamiento y adquisición de habilidades para pacientes con múltiples intentos de suicidio.

Resultados

Se registraron 209 intentos en 180 pacientes, de los cuales 120 entraron en programa de de gestión de casos y 20 asistieron a grupo de terapia. La tasa de reintentos fue de 9.24% para los pacientes introducidos en el programa, respecto a una tasa de 16.67% para el resto. Se vincularon al servicio de salud mental un 88.9% de los pacientes.

Conclusiones

El programa es efectivo en la reducción de la tasa de reintentos. Se ha logrado una tasa elevada de vinculación de pacientes.

Bibliografía

Brown, G. K., & Wiltsey, S. S. (2007). Psychiatric telephone contact following emergency department discharge reduces suicide re-attempts in people originally admitted for attempted suicide. *Evidence-based mental health*, 10(1), 19.

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE CASOS DE TENTATIVAS DE SUICIDIO



N. García-León; J. Pons; L. Riesco; C. E. Blanch; M. Riera; S. Escoté; F. X Arrufat
 Centro de Salud Mental, Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

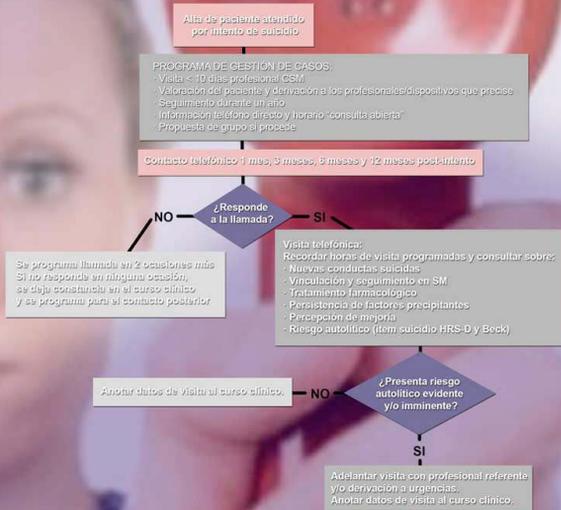
La repetición del intento autolítico es especialmente frecuente durante el primer año después de un intento (20%), y es el factor predictivo más potente para posteriormente consumarlo (50% de las muertes por suicidio tienen antecedentes de conducta suicida previa). Las personas que han intentado suicidarse suelen ser remitidas a un seguimiento posterior y muchas de ellas no acuden, lo que aumenta la probabilidad de que realicen otro intento. Hay diversos estudios que demuestran la efectividad de hacer un seguimiento telefónico a los pacientes que han realizado un intento autolítico durante los meses posteriores al alta hospitalaria. De hecho, se observó que el contacto telefónico con estas personas al mes del alta, disminuyó el reintento de suicidio y fomentó el cumplimiento terapéutico. Por todo esto, en 2012 se implantó en el Consorci Hospitalari de Vic (Osona -Barcelona-) un programa de Gestión de Casos de tentativas autolíticas.

OBJETIVOS

Describir el programa de atención a las tentativas de suicidio y demostrar su eficacia según datos de 2014.

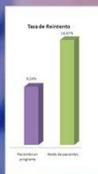
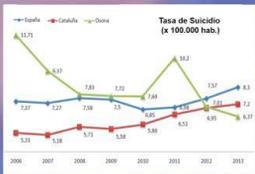
METODOLOGÍA

El programa consta de una primera visita presencial al cabo de una semana del intento y de un seguimiento telefónico posterior en el que se valora la situación psicopatológica, el cumplimiento terapéutico y la presencia de ideación suicida. Si se detecta una situación de riesgo, se deriva al paciente al dispositivo más adecuado. Se complementa con la inclusión en una terapia de grupo en la que se realiza un abordaje psicoeducativo, activo y estructurado, que se basa en un modelo de afrontamiento y adquisición de habilidades para pacientes con múltiples intentos de suicidio.



RESULTADOS

Se registraron 209 intentos en 180 pacientes, de los cuales 120 entraron en programa de gestión de casos y 20 asistieron a terapia de grupo. Se vincularon al servicio de salud mental un 88.9% de los pacientes. La primera visita fue programada a 5.42 días de media después del alta.



CONCLUSIONES

- El programa es efectivo en:
- Registro exhaustivo de las tentativas.
 - Detección de los multireincidentes.
 - Reducción de la tasa de reintentos.
 - Aumento de vinculación de pacientes.
 - Adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
 - Adquisición de habilidades de afrontamiento adaptativas.
 - Actuación multidisciplinar en situaciones de crisis.



BIBLIOGRAFÍA:
 -Alvira, G., Durrozo, F., Meyer, P., Mathou, D., Philippe, A., Libera, C. & Goussard, M. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*, 332(7552), 1241-1245.
 -Brown, G. K., & Wittley, S. S. (2007). Psychiatric telephone contact following emergency department discharge reduces suicide re-attempts in people originally admitted for attempted suicide. *Evidence-based mental health*, 12(1), 15.



PO-047. Análisis de las variables cronológicas, biológicas y sociológicas del total de ingresos por gestos autolíticos durante los diez últimos años en el Complejo Hospitalario de Ávila.

Cristina García Montero, Arántzazu Duque Domínguez, Laura Martín Díaz, María Arántzazu García Iglesias

Introducción

Tras una conducta suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo de conducta suicida.

Objetivos

Analizar las variables biológicas (sexo y edad), sociológicas (medio de procedencia y problemática social o legal) y cronológicas (el año y el mes en los que se realiza la tentativa suicida) que intervienen en cada uno de los 379 ingresos por gesto suicida en un Hospital General durante los últimos diez años.

Resultados

Se ha observado que de un total de 379 ingresos por tentativa autolítica, el 54'4% eran mujeres y el 45'6% varones. El mayor rango de edad estaba comprendido entre los 40-49 años con un 28'8%, seguido por los 30-39 años con un 22'4% y los 20-29 años con un 16'1%. La pro-

cedencia era rural en un 56'7% de casos y urbana en el 43'3% restante. El año en el que fue mayor el porcentaje de ingresos por tentativa suicida fue el 2013 con un 13'5% del total de ingresos por esta causa durante los últimos diez años, seguido por el 2014 (12'9%) y el 2008 (12'1%). Con respecto al mes en que se producen más ingresos de este tipo, encontramos que son agosto y septiembre con un 10'8% del total de ingresos cada uno, seguidos por mayo con un 10% de los ingresos.

Conclusiones

Se ha detectado que entre las tentativas suicidas que han requerido ingreso hospitalario durante los últimos 10 años, prevalecen los hombres, de mediana edad y procedencia rural, encontrándose un repunte de ingresos durante los meses de agosto y septiembre y concretamente en los dos últimos años.

Bibliografía

Estrategia en salud mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

PO-048. Análisis de las variables clínicas y hospitalarias del total de ingresos por gestos autolíticos durante los diez últimos años en el Complejo Hospitalario de Ávila.

Laura Martín Díaz, Cristina García Montero, Arántzazu Duque Domínguez, Mar Lázaro Redondo.

Introducción

El suicidio es la complicación más grave de los trastornos psiquiátricos, siendo la tentativa de suicidio una urgencia psiquiátrica frecuente. El 5% de los intentos de suicidio requiere tratamiento en la UCI y el 2% muere tras la tentativa. Los pacientes que realizan intentos autolíticos presentan una elevada morbilidad (más del 50% repiten) y mortalidad por suicidio (10% a los 10 años). Los factores de riesgo suicida más importantes son la existencia de un trastorno mental y haber llevado a cabo una o varias tentativas previas.

Objetivos

Analizar de una muestra de 379 ingresos producidos por tentativa autolítica durante 10 años en un Hospital General, el servicio donde ingresa, el tipo de tentativa, el diagnóstico principal al alta y el número de reingresos por el mismo motivo.

Resultados

Servicio de ingreso: Psiquiatría 72'3%, Medicina interna 11'1%, UCI 8'4%. El resto en: Digestivo, pediatría,

traumatología y cirugía. Tipo de tentativa suicida: Sobreingesta de psicofármacos: 36'9%, sobreingesta de otros fármacos: 12'7%, objetos cortantes: 15'3%. El resto utilizó otros métodos de autolesión: ahorcamiento, armas de fuego, cáusticos, intoxicación por CO₂, pesticidas y precipitación. Diagnósticos primarios: Trastorno adaptativo: 21'1%, trastorno depresivo: 16'4%, trastorno límite de la personalidad: 11'3%, trastorno no especificado de la personalidad: 10'8% y distimia: 9'5%. Consumo de tóxicos: el 25'9% del total consumían alcohol en alguna de sus formas y el 44'1% otro tipo de tóxicos (entre ellos, el 24%, tabaco).

Conclusiones

Se ha detectado que entre las tentativas suicidas que han requerido ingreso hospitalario durante los últimos 10 años, prevalecen los ingresos en la Unidad de Psiquiatría, fundamentalmente por sobreingesta de psicofármacos. El diagnóstico al alta más común, ha sido el de trastorno adaptativo. Un no desestimable porcentaje de ingresos consumía alcohol y tabaco de forma habitual.

Bibliografía

Soler P., Gascón J., RTM-IV. SEPB; 2012; 15: 556.



[COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA]

Análisis de las variables clínicas y hospitalarias del total de ingresos por gestos autolíticos durante los diez últimos años en el Complejo Hospitalario de Ávila.

Laura Martín Díaz, Cristina García Montero, Arántzazu Duque Dominguez, M^a Mar Lázaro Redondo, M^a Arántzazu García Iglesias.

Introducción: El suicidio es la complicación más grave de los trastornos psiquiátricos, siendo la tentativa de suicidio una urgencia psiquiátrica frecuente. El 5% de los intentos de suicidio requiere tratamiento en la UCI y el 2% muere tras la tentativa. Los pacientes que realizan intentos autolíticos presentan una elevada morbilidad (más del 50% repiten) y mortalidad por suicidio (10% a los 10 años). Los factores de riesgo suicida más importantes son la existencia de un trastorno mental y haber llevado a cabo una o varias tentativas previas.

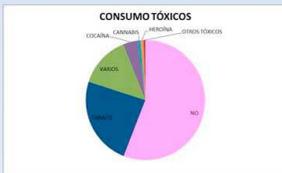
Objetivos: Analizar de una muestra de 379 ingresos producidos por tentativa autolítica durante 10 años en un Hospital General, el servicio donde ingresa, el tipo de tentativa, el diagnóstico principal al alta y el número de reingresos por el mismo motivo.

Resultados



TIPO TENTATIVA SUICIDA	Frecuencia	%
SOBREINGESTA PSICOTROPICOS	140	36,9
INSTRUMENTO CORTANTE	58	15,3
SOBREINGESTA OTROS FARMACOS	48	12,7
TRANQUILIZANTES	23	6,1
ANALGESICOS	22	5,8
VARIOS	21	5,5
AHORCAMIENTO	17	4,5
PRECIPITACION	15	4
CAUSTICOS	8	2,1
OTROS MEDIOS	8	2,1
INSULINA	6	1,6
MONOXIDO DE CARBONO	4	1,1
ARMA DE FUEGO	3	0,8
PESTICIDAS	3	0,8
ANTIDEPRESIVOS	2	0,5
OPIOIDES	1	0,3
Total	379	100

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	Frecuencia	%
TRASTORNO ADAPTATIVO	80	21,1
TRASTORNO DEPRESIVO	62	16,4
TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD	43	11,3
TRASTORNO NO ESPECIFICADO DE LA PERSONALIDAD	41	10,8
DISTIMIA	36	9,5
T. DEPRESIVO MAYOR	23	6,1
ALCOHOL	22	5,8
TANSIEDAD	8	2,1
ESQUIZOFRENIA	7	1,8
ESQUIZOAFECTIVO	7	1,8
TCA	7	1,8
ALT CONDUCTA	6	1,6
TBP	6	1,6
TOC	4	1,1
T.P. HISTRIÓNICO	4	1,1
T. PSICÓTICO	4	1,1
DEMENCIA	3	0,8
T.DELIRANTE	3	0,8
T.DISOCIATIVO	3	0,8
EPILEPSIA	1	0,3
HIPOCONDRIA	1	0,3
INCUMPLIMIENTO	1	0,3
LUDOPATIA	1	0,3
RETARSO MENTAL	1	0,3
T.ANTISOCIAL	1	0,3
T.DEPENDIENTE	1	0,3
T.SOMATOFORME	1	0,3
T.FACTICIO	1	0,3
T.P. PARANOIDE	1	0,3
Total	379	100



Conclusiones: se ha detectado que entre las tentativas suicidas que han requerido ingreso hospitalario durante los últimos 10 años, prevalecen los ingresos en la Unidad de Psiquiatría, fundamentalmente por sobreingesta de psicofármacos. El diagnóstico al alta más común, ha sido el de trastorno adaptativo. Un no desestimable porcentaje de ingresos consumía alcohol y tabaco de forma habitual.

Bibliografía: Soler P., Gascón J., RTM-IV. SEPB; 2012; 15: 556



PO-049. Análisis de las diferencias entre variables en función del sexo y edad, del total de ingresos por gestos autolíticos durante los diez últimos años en el Complejo Hospitalario de Ávila.

Arántzazu Duque Domínguez, Laura Martín Díaz, Cristina García Montero, María Aránzazu García Iglesias, Francisca de la Torre Brasas, Rosa Duque Domínguez

Introducción

Según datos del 2010 del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se suicidan nueve personas al día, siendo los varones (78,09%) más del triple que en las mujeres (21,90%).

Objetivos

Analizar una muestra de 379 ingresos producidos por tentativa autolítica durante 10 años en un Hospital General y diferenciar entre hombres y mujeres cuál es el tipo de tentativa más frecuente y su relación con el consumo de alcohol u otros tóxicos. Diferenciar el tipo de diagnóstico principal tras el alta en función de la edad de la persona ingresada. Por último, identificar si existe alguna relación entre los reingresos hospitalarios por la misma causa y la problemática social/legal de los pacientes.

Resultados

Con respecto al tipo de tentativa, se ha observado que las de aparente mayor letalidad han sido realizadas

en mayor porcentaje por el sexo masculino (ahorcamientos: 76'5%; arma de fuego: 66'7%; instrumentos cortantes: 69%; pesticidas: 100%; precipitaciones: 53% y varias formas a la vez: 61'9% varones). Los porcentajes del género femenino frente al masculino, son mayores en lo que respecta al uso de fármacos para autolesionarse (analgésicos: 77'3%; antidepresivos: 100%; insulina: 66'7%; psicótropos: 66'4% y otros fármacos: 64'6%). También es mayor el porcentaje de mujeres que utiliza la ingesta de cáusticos con intencionalidad autolítica (62'5%). El 36'4% del total de los hombres que ingresaron por gesto autolítico, consumía alcohol, en comparación con el 17% del total de las mujeres que cumplieron dichos requisitos. El 36,4% del total de mujeres que ingresaron por gesto autolítico, consumía algún tipo de tóxico (tabaco: 19'9% de las mujeres) frente al 53'2% del total de hombres que también consumían algún tóxico (tabaco: 28'9% de los hombres).

Bibliografía

Reijas T, Ferrer E, González A, Iglesias F. Evaluación programa intervención intensiva en conducta suicida. Actas Esp Psiquiatr 2013;41 (5):283.



Hospital Provincial



Hospital "Ntra. Sra. de Sonsoles"

[COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA]

Análisis de las diferencias entre variables en función del sexo y edad, del total de ingresos por gestos autolíticos durante los diez últimos años en el Complejo Hospitalario de Ávila.

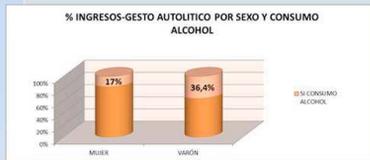
Arántazu Duque Domínguez, Laura Martín Díaz, Cristina García Montero, M^a Aránzazu García Iglesias, M^a Mar Lázaro Redondo, Francisca José de la Torre Brasas.

Introducción: Según datos del 2010 del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se suicidan nueve personas al día, siendo los varones (78,09%) más del triple que en las mujeres (21,90%).

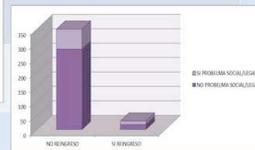
Objetivos: Analizar una muestra de 379 ingresos producidos por tentativa autolítica durante 10 años en un Hospital General y diferenciar entre hombres y mujeres cuál es el tipo de tentativa más frecuente y su relación con el consumo de alcohol u otros tóxicos. Diferenciar el tipo de diagnóstico principal tras el alta en función de la edad de la persona ingresada. Por último, identificar si existe alguna relación entre los reingresos hospitalarios por la misma causa y la problemática social/legal de los pacientes.

Resultados

Con respecto al tipo de tentativa, se ha observado que las de aparente mayor letalidad han sido realizadas en mayor porcentaje por el sexo masculino (ahorcamientos: 76'5%; arma de fuego: 66'7%; instrumentos cortantes: 69%; pesticidas: 100%; precipitaciones: 53% y varias formas a la vez: 61'9% varones). Los porcentajes del género femenino frente al masculino, son mayores en lo que respecta al uso de fármacos para autolesionarse (analgésicos: 77'3%; antidepresivos: 100%; insulina: 66'7%; psicótropos: 68'4% y otros fármacos: 64'6%).



No se encontraron datos significativos en cuanto al tipo de diagnóstico principal tras el alta en función de la edad de la persona. Al contrario de lo que en la práctica clínica diaria podría llegar a parecer, tampoco se identificó relación alguna relevante entre los reingresos hospitalarios por la misma causa y la problemática social/legal de los pacientes.



Bibliografía: Reijas T, Ferrer E, González A, Iglesias F. Evaluación programa intervención intensiva en conducta suicida. Actas Esp Psiquiatr 2013;41 (5):283



PO-050. Valoración del riesgo suicida en urgencias

Cristina Pérez Sobrino, Ana Carabias Contreras, Aurelia Matas Ochoa, Germán Strada Herrera, Sara González Vives, José Rodríguez Quijano, Ana Pérez Tejeda, Rafael Baena Mures, Luis Olivares Gerechter

Introducción

El suicidio representa un importante problema de Salud Pública, en la actualidad se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo.

Objetivo

Revisar en la literatura los elementos necesarios para realizar una eficaz valoración del riesgo suicida en urgencias así como las posibles herramientas de las que disponemos.

Resultado

Siempre se debe explorar la gravedad del intento de suicidio, siendo la amenaza o intentos previos es el factor más importante. Además de los factores de riesgo es importante valorar los factores protectores y las características del episodio, es importante integrar toda la información y valorar el riesgo de una forma global.

Entre las herramientas que podemos utilizar en la urgencia destacan la escala SAD-PERSONS que ayuda a tomar decisiones y Cooper et al. desarrollaron una sencilla herramienta de alta sensibilidad que podría facilitar la evaluación.

Conclusiones

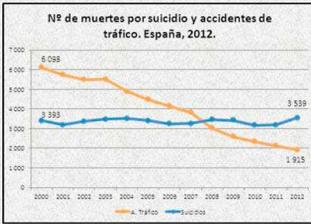
Es preciso la valoración de todos los factores tanto protectores como precipitadores. La valoración ha de ser global, integradora y multisistémica. Las diferentes técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas a la hora del manejo del paciente han demostrado importantes resultados.

Bibliografía

- Vallejo, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4a edición. Barcelona: Masson; 2002.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006;126(12):445-51.

VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN URGENCIAS

Pérez C, Carabias A, Matas A, Straga G, Rodríguez J, Pérez A, Baena R, Olivares L, González S
Hospital Clínico San Carlos



El suicidio representa un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en el mundo. Sus repercusiones en el entorno son muy importantes, tanto a nivel emocional y social como económico.

En la actualidad se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo. En los estudios de autopsia psicológica la presencia de trastornos mentales se objetiva alrededor del 90% de las ocasiones. Frecuentemente se asocia a trastornos como la depresión, abuso de sustancias, trastornos psicóticos, trastornos de personalidad y los trastornos de ansiedad.

- Siempre se debe explorar la gravedad del intento.
- Siendo la amenaza o intentos previos el factor más importante.
- Así mismo es importante valorar los factores protectores y las características del episodio.
- Es importante integrar toda la información y valorar el riesgo de forma global.

A tener en cuenta..

- El suicidio es totalmente IMPREDECIBLE
- Aproximadamente el 10% de los pacientes con intento de suicidio terminan por hacerlo.
- El 50% de los suicidios consumados cuentan con antecedentes previos

Disponemos de algunas escalas de valoración del riesgo suicida en urgencias, así la escala SAD PERSONS es muy utilizada y ayuda a recordar los factores de riesgo y también la toma de decisiones sobre ingresar o no al paciente. Cooper et al desarrollaron una sencilla herramienta clínica para utilizar con pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias por conducta suicida, obteniendo una sensibilidad del 94% y especificidad del 25%. Por otra parte se deben valorar las variables asociadas al ingreso así como las que lo hacen a una mayor probabilidad de alta en el desde Servicio de Urgencias (tabla).

VARIABLES ASOCIADAS CON MAYOR PROBABILIDAD DE INGRESO HOSPITALARIO	VARIABLES ASOCIADAS CON MAYOR PROBABILIDAD DE ALTA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS
Intención de repetir la conducta suicida	Perspectiva realista del futuro después de la conducta suicida
Plan para usar un método letal	Alivio de que el intento de suicidio no fue efectivo
Bajo funcionamiento psicosocial antes de la conducta suicida	Disponibilidad de un método para suicidarse que no fue usado
Hospitalización psiquiátrica previa	Crear que el intento podría influir en otros
Conducta suicida el año anterior	Disponer de soporte familiar
Planificación para que nadie pueda salvar su vida después de la conducta suicida	

Fuente: Baca et al.

Puntos clave.

- Es preciso la valoración de todos los factores tanto protectores como precipitadores.
- La valoración ha de ser global, integradora y multisistémica.
- Las diferentes técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas a la hora del manejo del paciente han demostrado importantes resultados

Bibliografía:

VALLEJO, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4a edición. Barcelona: Masson; 2002.
Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006;126(12):445-51.

PO-051. Prevalencia de ideación autolítica e intentos autolíticos en pacientes en seguimiento en los centros de tratamiento de adicciones.

Juan Alfonso del Ojo Jiménez, Lara Cabanillas Carrillo, Elisa Llamas López, Samuel Leopoldo Romero Guillena

Introducción

Es sabido que los trastornos de usos de sustancias son un factor de riesgo para la conducta suicida

Objetivos

Objetivo principal: comparar la existencia de ideación autolítica e intentos autolíticos en pacientes diagnosticados de trastorno de uso de sustancia en medio urbano y en medio rural.

Objetivo secundario: analizar si la patología dual es un factor de riesgo para presentar ideación autolítica y/o intentos autolíticos.

Material y método

Estudio descriptivo de pacientes en Centros de Tratamiento de Adicciones, uno de área rural (49 pacientes) y otro de área urbana (38 pacientes), recogiendo: Datos sociodemográficos, historia de consumo de sustancias, existencia de patología dual y presencia de ideas y/o intentos autolíticos.

Resultados

Área urbana: 39,5% de los pacientes habían presentado ideación autolítica, algún intento autolítico un 21,1%. Criterios de patología dual un 34,2%. Hayamos una relación estadísticamente significativa entre variables patología dual e ideación autolítica ($\chi^2 = 7,233$; $p < 0,01$). No existiendo relación entre patología dual e intentos autolíticos.

Área rural: 22,4% de los pacientes habían presentado ideación autolítica, algún intento autolítico un 12,2%. Criterios de patología dual un 24,5%. Existe relación estadísticamente significativa entre variables patología dual e ideación autolítica ($\chi^2 = 33,838$; $p < 0,001$) y entre patología dual e intentos autolíticos previos ($\chi^2 = 12,802$; $p < 0,001$).

Conclusión

El porcentaje de ideación autolítica e intentos autolíticos es mayor en pacientes del medio urbano. En pacientes del medio rural la patología dual es un factor de riesgo para la ideación autolítica e intentos autolíticos, en ámbito urbano es un factor de riesgo para la ideación autolítica.

Bibliografía

José L. Ayuso-Mateos, Enrique Baca-García, Julio Bobes, José Giner, Lucas Giner, Víctor Pérez, Pilar A. Sáiz, Jerónimo Saiz Ruiz. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Revista de psiquiatría y salud mental. Vol. 05. Núm. 01. Enero 2012 - Marzo 2012.

Prevalencia de ideación autolítica e intentos autolíticos en pacientes en seguimiento en los centros de tratamiento de adicciones

Juan Alfonso del Ojo Jiménez; Lara Cabanillas Carrillo; Elisa Llamas López; Samuel Leopoldo Romero Guillena
U.G.C. Salud Mental, Área Hospitalaria Virgen Macarena, Sevilla, España.

INTRODUCCIÓN

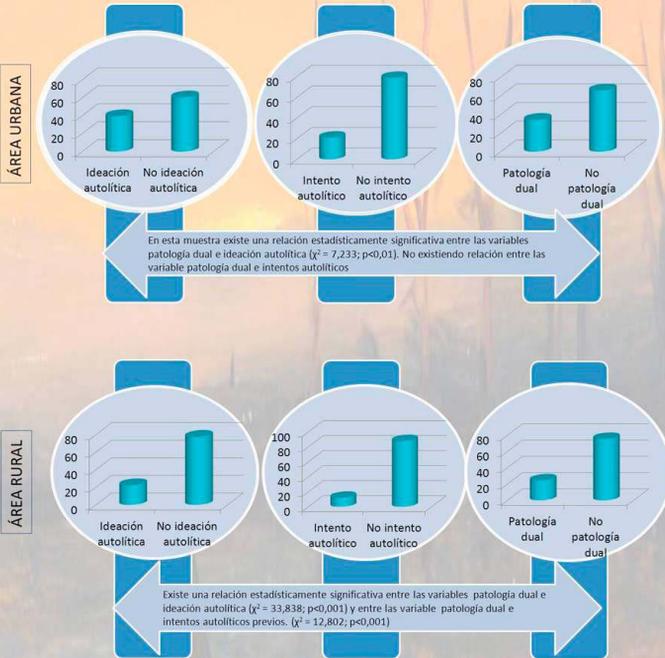
Es sabido que los trastornos de uso de sustancias son un factor de riesgo para la conducta suicida. En este estudio analizamos la relación entre patología dual, ideación autolítica e intentos autolíticos

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio descriptivo de pacientes en seguimiento en Centros de Tratamiento de Adicciones, uno de área rural (49 pacientes) y otro de área urbana (38 pacientes), recogiendo las siguientes variables: Datos sociodemográficos, historia de consumo de sustancias, existencia de patología dual y presencia en su historia de ideas y/o intentos autolíticos

OBJETIVOS

Objetivo principal: comparar la existencia de ideación autolítica e intentos autolíticos en pacientes diagnosticados de trastorno de uso de sustancias procedentes del medio urbano y del medio rural.
Objetivo secundario: analizar si la patología dual es un factor de riesgo para la presentación de ideación autolítica y/o intentos autolíticos



CONCLUSIONES

El porcentaje de ideación autolítica e intentos autolíticos es mayor en los pacientes del medio urbano. En los pacientes del medio rural la patología dual es un factor de riesgo para la presentación de ideación autolítica e intentos autolíticos, mientras que los pacientes del ámbito urbano es un factor de riesgo para la ideación autolítica

PO-052. Prevalencia de conductas suicidas en población adolescente: Un riesgo a tener en cuenta.

Luis Olivares Gerechter, José Rodríguez Quijano, Idir Mesían Pérez, Ana Pérez Tejeda, Rafael Ángel Baena Mures, Aurelia María Matas Ochoa, Yoklanda Lázaro Pascual, Cristina Pérez Sobrino, Ana Carabias Contreras, Rosario Pérez Moreno.

Introducción

Las conductas suicidas y parasuicidas en la adolescencia se han convertido en un problema de salud pública, siendo el suicidio una de las 3 principales causas de muerte en personas de 15 a 24 años.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de ideas y conductas suicidas en una muestra de pacientes adolescentes derivados desde atención primaria a una consulta de psiquiatría de alta resolución de hospital general.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo, de una base de datos de una consulta de alta resolución de adolescentes durante el 2013 y 2014.

Resultados

De 229 pacientes derivados desde atención primaria, solo acudieron a la cita 171 (74%). De los cuales

35 habían presentado ideas autolíticas en alguna ocasión (23%). Solo un 11 % de los pacientes con ideas autolíticas fueron derivados a psiquiatría por este motivo. De esos 35, 13 realizaron algún tipo de conducta suicida en alguna ocasión: 5 de ellos, intentos de suicidio y 8 gestos autolíticos (5 con finalidad ansiolítica y 3 buscando otros objetivos). El gesto autolítico predominante fue los cortes en antebrazos

Conclusiones

Casi una cuarta parte de los adolescentes que acudieron a la consulta habían presentado ideas autolíticas, lo cual indica que es un aspecto que no se debe obviar a la hora de realizar la anamnesis.

Solo una décima parte se lo comentó a su médico de cabecera, y gran parte ya se había realizado cortes autolesivos sin llegar a comunicarlo.

Dada la frecuencia de las ideas y conductas suicidas en población adolescente, muchas veces no comunicadas, es necesario que haya un buen cribado por parte de atención primaria para poder realizar un diagnóstico y tratamiento de forma precoz y efectiva.

Bibliografía

Cash S.J, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr*.2009;21(5):613-9.

PREVALENCIA DE CONDUCTAS SUICIDAS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE: UN RIESGO A TENER EN CUENTA

Olivares Gerechter L.¹, Rodríguez Quijano J., Mesian Pérez I., Lázaro Pascual Y., Pérez Tajada A., Baena Muros R., Matas Ochoa M., Carabias Contreras A., Pérez Sobrino C., Pérez Moreno R.
¹Residente Psiquiatría, ²Adjunto Psiquiatría,
 Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Introducción

Las conductas suicidas y parasuicidas en la adolescencia se han convertido en un problema de salud pública, siendo el suicidio una de las 3 principales causas de muerte en personas de 15 a 24 años.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es conocer la prevalencia de ideas y conductas suicidas en una muestra de pacientes adolescentes derivados desde atención primaria a una consulta de psiquiatría de alta resolución de hospital general.

Método

Se trata de un estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo, de una base de datos de una consulta de alta resolución de adolescentes durante el 2013 y 2014.

Resultados

Gesto autolítico en pacientes con ideación constatada



De 229 pacientes derivados desde atención primaria, acudieron a la cita 171 (74%). El 78% fueron mujeres. 35 de los pacientes habían presentado ideas autolíticas en alguna ocasión (23%). Solo un 11% de los que presentaban ideas autolíticas fueron derivados a psiquiatría por este motivo.

De esos 35, 13 realizaron algún tipo de conducta suicida en alguna ocasión: 5 de ellos, intentos de suicidio y 8 gestos autolíticos (5 con finalidad ansiolítica y 3 buscando otros objetivos). El gesto autolítico predominante fue los cortes en antebrazos.

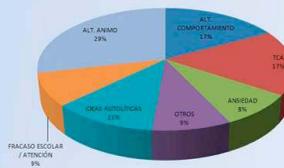
Discusión

Casi una cuarta parte de los adolescentes que acudieron a la consulta habían presentado ideas autolíticas, lo cual indica que es un aspecto que no se debe obviar a la hora de realizar la anamnesis.

Solo una decima parte se lo comentó a su médico de cabecera, y gran parte ya se había realizado cortes autolesivos sin llegar a comunicarlo.

Dada la frecuencia de las ideas y conductas suicidas en población adolescente, muchas veces no comunicadas, es necesario que haya un buen cribado por parte de atención primaria para poder realizar un diagnóstico y tratamiento de forma precoz y efectiva.

MOTIVO DE CONSULTA



Bibliografía

Cash S.J, Bridge JA.Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior.Curr Opin Pediatr.2009;21(5):613-9.

PO-053. Facebook y suicidio: hacia una nueva relación.

Paloma Aguilar Valseca, María José Márquez Márquez, Encarna Domínguez Ballesteros, Cristina García Román

Introducción

Desde la creación de Facebook en 2004 han sido numerosos los casos de suicidio anunciados, e incluso grabados y compartidos por los usuarios de la red social. A la opinión pública le preocupa el efecto contagio, la banalización de la propia muerte y otras cuestiones que periódicamente abordan los medios de comunicación y son objeto de polémica.

El pasado 26 de Febrero Mark Zuckerberg anunciaba la incorporación de una nueva herramienta para prevenir suicidios. La red social ha considerado que su relación con el suicidio debía cambiar.

Objetivos

Revisar qué estudios existen sobre suicidio y Facebook y si la magnitud del problema exigía una medida de prevención de instauración inmediata.

Resultados

Existen escasos trabajos publicados, sólo cinco, que se ocupen de la relación entre suicidio y Facebook. El número aumenta cuando se generaliza el estudio a todas las redes sociales, siendo más numerosas las publicaciones de origen asiático.

Conclusiones

En la actualidad no disponemos de estudios suficientes que analicen la relación entre la conducta suicida y su presencia en Facebook, por lo que desconocemos la magnitud real del problema. Sin embargo la relevancia social ha provocado una respuesta: las herramientas de prevención, cuya eficacia habrá de valorarse en el futuro.

La producción de estudios asiáticos obedecería a las elevadas tasas de suicidio de esa zona geográfica.

Bibliografía

Suicide on Facebook. Ahuja AK, Biesaga K, Sudak DM, Draper J, Womble A. *J Psychiatr Pract.* 2014 Mar;20(2):141-6.

The association of suicide-related Twitter use with suicidal behaviour: a cross-sectional study of young internet users in Japan. Sueki H. *J Affect Disord.* 2015 Jan 1;170:155-60.

Suicide ideation of individuals in online social networks. Masuda N, Kurahashi I, Onari H. *PLoS One.* 2013 Apr 26;8(4).

Facebook y Suicidio: Hacia una Nueva Relación



P. Aguilar Valseca, M. J. Márquez Márquez, C. García Román, E. Domínguez Ballesteros, M. Vázquez Delgado

Introducción

Desde la creación de Facebook en 2004 han sido numerosos los casos de suicidio anunciados, e incluso grabados y compartidos por los usuarios de la red social. A la opinión pública le preocupa el efecto contagio, la banalización de la propia muerte y otras cuestiones que periódicamente abordan los medios de comunicación y son objeto de polémica.

El pasado 26 de Febrero Mark Zuckerberg anunciaba la incorporación de una nueva herramienta para prevenir suicidios. La red social ha considerado que su relación con el suicidio debía cambiar.

Objetivos

Revisar qué estudios existen sobre suicidio y Facebook y si la magnitud del problema exigía una medida de prevención de instauración inmediata.

Resultados

Existen escasos trabajos publicados, sólo cinco, que se ocupen de la relación entre suicidio y Facebook. El número aumenta cuando se generaliza el estudio a todas las redes sociales, siendo más numerosas las publicaciones de origen asiático.

Conclusiones

En la actualidad no disponemos de estudios suficientes que analicen la relación entre la conducta suicida y su presencia en Facebook, por lo que desconocemos la magnitud real del problema. Sin embargo la relevancia social ha provocado una respuesta: las herramientas de prevención, cuya eficacia habrá de valorarse en el futuro.

La producción de estudios asiáticos obedecería a las elevadas tasas de suicidio de esa zona geográfica.

Bibliografía

1. Suicide on facebook. Ahuja AK, Biesaga K, Sudak DM, Draper J, Womble A. J Psychiatr Pract. 2014 Mar;20(2):141-6.
2. The association of suicide-related Twitter use with suicidal behaviour: a cross-sectional study of young internet users in Japan. Sueki H. J Affect Disord. 2015 Jan 1;170:155-60.
3. Suicide ideation of individuals in online social networks. Masuda N, Kurahashi I, Onari H. PLoS One. 2013 Apr 26;8(4).

PO-054. Conducta suicida y diagnósticos asociados en una consulta específica de psiquiatría de alta resolución.

José Rodríguez Quijano, Luis Olivares Gerechter, Yolanda Lázaro Pascual, Rafael Ángel Baena Mures, Idir Mesián Pérez, Germán Strada Herrera, Sandra Rubio Corgo, Rosario Pérez Moreno.

Introducción

Las conductas suicidas en la adolescencia se han convertido en un problema de salud pública. El suicidio se ha erigido como la tercera causa de muerte en personas de 15 a 24 años.

Objetivos

Describir los tipos de conducta suicida y diagnósticos asociados en una muestra de pacientes adolescentes derivados desde atención primaria a una consulta específica de psiquiatría de alta resolución

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo, mediante una base de datos de una consulta de alta resolución de adolescentes entre 2013 y 2014.

Resultados

De los pacientes que presentaron ideas autolíticas en alguna ocasión (23%) solo 3 fueron derivados por pre-

sentar ideación autolítica, 15 por alteraciones en la esfera afectiva , 6 por trastorno de la conducta alimentaria ,6 por rasgos disfuncionales de la personalidad y 5 por trastorno de angustia

De los 35 pacientes con ideas autolíticas, 13 habían realizado algún tipo de conducta suicida en alguna ocasión. 5 de ellos mediante intento de suicidio, siendo diagnosticados tras la consulta de episodio depresivo (2), trastorno adaptativo (1), Rasgos disfuncionales de la personalidad (1) y TCA (1). 8 de ellos mediante gestos autolíticos (5 con finalidad ansiolítica y 3 buscando otros objetivos) siendo diagnosticados de rasgos disfuncionales de la personalidad (3), Episodio depresivo (1), TCA (2) y trastorno adaptativo (2)

Conclusiones

-El motivo de derivación más frecuente en los pacientes que habían presentado ideas autolíticas fueron los trastornos afectivos.

-Tras la evaluación los diagnósticos correspondieron a distintas categorías, pero seguían predominando los trastornos afectivos.

-Es necesario un buen cribado por parte de atención primaria para poder detectar ideación autolítica y así poder realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz y efectivo.

Bibliografía

Cash S.J et al. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Pediatr.*2009;21(5):613- 9.

CONDUCTA SUICIDA Y DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS EN UNA CONSULTA ESPECÍFICA DE PSIQUIATRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN

J. Rodríguez¹, I. Mesiani¹, A. Pérez¹, L. Olivares¹, Y. Lázaro¹, S. Rubio¹, G. Strada¹, R. Baena¹, R. Pérez¹
¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Introducción

Las conductas suicidas en la adolescencia se han convertido en un problema de salud pública. El suicidio se ha erigido como la tercera causa de muerte en personas de 15 a 24 años.

Objetivos

Describir los tipos de conducta suicida y diagnósticos asociados en una muestra de pacientes adolescentes derivados desde atención primaria a una consulta específica de psiquiatría de alta resolución.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo, mediante una base de datos de la consulta de alta resolución de adolescentes de nuestro centro, con una muestra de 171 pacientes entre 14 y 18 años durante los años 2013 y 2014.



Resultados

De los pacientes que presentaron ideas autolíticas en alguna ocasión (23%) solo 3 fueron derivados por presentar ideación autolítica como motivo específico de consulta, 15 por alteraciones en la esfera afectiva, 6 por trastorno de la conducta alimentaria, 6 por rasgos disfuncionales de la personalidad y 5 por trastorno de angustia.

De los 35 pacientes que había tenido ideas o conductas autolesivas, 13 habían realizado algún tipo de conducta suicida en alguna ocasión. 5 de ellos mediante intento de suicidio, siendo diagnosticados tras la consulta de episodio depresivo (2), trastorno adaptativo (1), Rasgos disfuncionales de la personalidad (1) y TCA (1). 8 de ellos mediante gestos autolíticos (5 con finalidad ansiolítica y 3 buscando otros objetivos) siendo diagnosticados de rasgos disfuncionales de la personalidad (3), Episodio depresivo (1), TCA (2) y trastorno adaptativo (2).

Conclusiones

- El motivo de derivación más frecuente en los pacientes que habían presentado ideas autolíticas fueron los síntomas emocionales.
- Tras la evaluación los diagnósticos correspondieron a distintas categorías, pero seguían predominando los trastornos afectivos, sobre todo en el subgrupo que había tenido intentos autolíticos.
- Es necesario un buen cribado por parte de atención primaria para poder detectar ideación autolítica y así poder realizar un diagnóstico y tratamiento más precoz y efectivo.

Bibliografía

Cash S. J et al. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Pediatr.* 2009;21(5):613-9.

PO-055. Suicidio, martirio y terrorismo religioso islámico.

Ana Pérez Tejeda, German Strada Herrera, Sandra Rubio Corgo, Yolanda Lázaro Pascual, Idir Mesian Pérez, José Rodríguez Quijano, Rafael Baena Mures, Aurelia Matas Ochoa, Ana Carabias Contreras.

Introducción

Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una buena autoestima, relaciones familiares y sociales enriquecedoras, el apoyo social, una relación de pareja y las creencias religiosas o espirituales. A la vista de los ataques suicidas perpetrados alrededor del mundo y más recientemente los de los yihadistas, que luchan en nombre del Estado Islámico en Irak y Siria, se plantea la paradoja de que la religión actúe como un factor de riesgo para el suicidio cuando en su origen buscaba la salvación del hombre y dar sentido a la vida humana.

Objetivos

Definir y diferenciar los conceptos de suicidio, martirio, terrorismo islámico, yihad y muyahidín. Estudio de la importancia y reconocimiento del martirio en la religión islámica y su relación con los ataques suicidas. Análisis de la evolución del terrorismo islámico, su relación con el mesianismo y de su situación actual en la sociedad.

Metodología

Revisión de los conceptos en la literatura

Resultados

Yihad se puede traducir como "lucha" o "esfuerzo". La Shahada o martirio está interrelacionada con la yihad y solo es posible, en el Islam, mediante la lucha. El martirio en la religión islámica tiene unas connotaciones muy positivas: da testimonio de fe y es un ejemplo para su comunidad. La manipulación de estos conceptos y su uso con fines políticos acarrea radicalismo y ataques suicidas con fines terroristas

Conclusiones

Destacar la importancia de las creencias religiosas y de sus interpretaciones en relación a la etiología del suicidio.

Bibliografía

- Ergün Capan. Una perspectiva islámica, terrorismo y ataques suicidas. Segunda edición. New Jersey: La Fuente; 2008.
- Diana Morgan. Essential Islam, a comprehensive guide to belief and practice. California: Greenwood publishing group; 2010.
- José Lorenzo P. Yihad, martirio y evolución del terrorismo islámico global. Instituto español de estudios estratégicos. 2013;116:1-9.

Suicidio, martirio y terrorismo religioso islámico

Ana Pérez, German Strada, Sandra Rubio, Yolanda Lázaro, Idir Mesian, José Rodríguez, Rafael Baena, Aurelia Matas, Ana Carabias
Hospital Clínico San Carlos, Madrid



Introducción



Entre los factores de protección contra el suicidio cabe citar una buena autoestima, relaciones familiares y sociales enriquecedoras, el apoyo social, una relación de pareja y las creencias religiosas o espirituales. A la vista de los ataques suicidas perpetrados alrededor del mundo y más recientemente los de los yihadistas, que luchan en nombre del Estado Islámico en Irak y Siria, se plantea la paradoja de que la religión actúe como un factor de riesgo para el suicidio cuando en su origen buscaba la salvación del hombre y dar sentido a la vida humana.

Objetivos

Definir y diferenciar los conceptos de suicidio, mártir, terrorismo islámico, yihad y muyahidín. Estudio de la importancia y reconocimiento del martirio en la religión islámica y su relación con los ataques suicidas. Análisis de la evolución del terrorismo islámico, su relación con el mesianismo y de su situación actual en la sociedad, a través de una revisión en la literatura.

Resultados

SUICIDIO

Acto por el que un individuo, deliberadamente, se provoca la muerte

MÁRTIR

"Testigo". "Shahid" en árabe. El que muere o padece mucho dando fe de un ideal, en defensa de sus creencias, convicciones o causas.

YIHAD

"Lucha" o "esfuerzo"
- Yihad interna o Gran Yihad: lucha interior con uno mismo, con la finalidad de vivir la religión musulmana de la mejor manera posible.
- Yihad externa o Pequeña Yihad: combate que se produce más allá del fuero interno de cada persona. Lucha para defender el Islam, con la fuerza o la lucha si fuera necesario.

MARTIRIO

"Shaháda". El martirio está íntimamente relacionado con la yihad y solo es posible, y en el Islam, mediante la lucha. Sólo puede alcanzarse de dos maneras:
- Cuando la muerte se sucede tras una vida plena siguiendo fielmente los preceptos de la religión musulmana.
- Ante la muerte del Muyahid en el campo de batalla.
Connotaciones muy positivas del martirio: se alcanza el cielo y grandes privilegios. Da testimonio de su fe y es un ejemplo para su comunidad.

Ser declarado Shahid es un gran motivo de reconocimiento tanto para el mártir como para su familia y comunidad. La Shaháda además, es el nombre del primer pilar del islam: 'No hay más dios que Alá y Mahoma es su mensajero'

MUYAHID

Es el musulmán que está comprometido con la Yihad. Cuando los musulmanes, su fe o su territorio son atacados, el Islam permite ir a la guerra para protegerlos. La guerra o lucha bajo estas circunstancias es considerada guerra santa (yihad externa). La Sharia, código detallado de conducta, establece las reglas bajo las cuales se puede ir a la guerra santa.

TERRORISMO ISLÁMICO

Uso sistemático del terror o la violencia para coaccionar a sociedades o gobiernos, por una parte de la sociedad islámica.
Término que se usa en ocasiones como sinónimo de yihadismo: ramas más violentas y radicales dentro del islam político, que usan el terrorismo como medio para desarrollar la Yihad.
Se trata de desvincular la palabra terrorismo del Islam, siendo el término adecuado "Terrorismo Yihadista".

La manipulación de estos conceptos y su uso con fines políticos acarrea radicalismo y ataques suicidas con fines terroristas. El contemplar la violencia como un modo para alcanzar el martirio, unido al estatus privilegiado que una familia puede obtener tras declarar mártir a uno de sus miembros, convierte a esta interpretación de la religión islámica en un riesgo potencial para sus devotos y para el resto de las personas que no comulgan con ella.

La noción islámica clásica del martirio se ha transformado en la práctica consistente en el terrorismo suicida e indiscriminado, concepto que se encuentra por completo ausente de los textos sagrados islámicos y de las obras de derecho y jurisprudencia musulmanas. El Corán condena de forma clara y taxativa la práctica del suicidio.

Conclusiones

Si bien la doctrina del martirio cuenta con una sólida tradición jurídica y está profundamente arraigada en las creencias islámicas, la práctica del martirio suicida, en cambio, es una innovación reciente que solo se explica en base a la evolución de las formas de matar (explosivos, etc) y que se vincula a realidades políticas y sociales muy concretas. Resulta fundamental destacar la importancia de las creencias religiosas y de sus interpretaciones en relación a la etiología del suicidio.

Bibliografía

1. Ergün Capan. Una perspectiva islámica, terrorismo y ataques suicidas. Segunda edición. New Jersey: La Fuente; 2008.
2. Diana Morgan. Essential Islam, a comprehensive guide to belief and practice. California: Greenwood publishing group; 2010.
3. Jose Lorenzo E. Yihad, martirio y evolución del terrorismo islámico global. Instituto español de estudios estratégicos. 2013;116:1-9.

PO-056. Riesgo de Conducta Suicida en Disforia de Género

Carlos Chiclana Actis, María Martín Vivar, Daniel Rama Víctor, María Contreras Chicote.

Introducción

En el último Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales se ha modificado el concepto de Trastorno de Identidad de Género por Disforia de Género (DG). La CIE-10 continúa denominándolo Transexualismo y lo incluye dentro del apartado de Trastornos de Identidad Sexual. La prevalencia mundial de este trastorno se sitúa entre 0.0019%-0.0024%. Las causas no se conocen y la relación hombre/mujer es de tres a uno. La DG se trata de un proceso de insatisfacción con las características del sexo de nacimiento y un deseo de cambiarlo y ser reconocido socialmente. Estas dificultades conllevan un sufrimiento significativo, dificultades en la adaptación social, sintomatología psiquiátrica e intentos de suicidio, consumándolo ocasionalmente.

Objetivos

Conocer la prevalencia de ideación e intentos autolíticos en personas diagnosticadas de DG.

Método

Se ha realizado una revisión bibliográfica en PubMed, PsycINFO y Google Scholar, utilizando los siguientes términos generales GID (Gender Identity Disorder), Transsexualism, Suicide, Suicidal Ideation, Suicidal Behaviour y sexual identity disorder. De los 109 artículos encontrados, se seleccionaron los dieciocho que incluían datos descriptivos.

Resultados

Las personas con DG representan una población vulnerable a sufrir problemas de salud mental. Muchos pacientes diagnosticados presentan un índice elevado de patología psiquiátrica asociada, generalmente ansiedad y depresión, autolesiones, tendencia suicida y una mayor tasa de mortalidad por suicidio que en la población general variando entre un 37% y un 72%. Un subgrupo especialmente vulnerable es la población infanto-juvenil revelando diversos estudios mayor incidencia de conductas autolesivas.

Conclusión

El DG constituye un importante problema de salud a nivel mundial. En España se ha mantenido al margen de las prestaciones sanitarias públicas hasta 1999, lo que ha dificultado la realización sistemática de estudios pormenorizados con poblaciones españolas. La literatura científica muestra una prevalencia de suicidio mayor en población diagnosticada




RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LA DISFORIA DEL GÉNERO



Martin-Vivar, M^{*,}, Rama, D^{*}, Contreras M^{*,}, & Chiclana, C^{*,**}.

**Unidad de Psicología – **Unidad de Psiquiatría. Consulta Dr. Carlos Chiclana (Madrid)- *Universidad San Pablo CEU (Madrid)*

Grupo de Trabajo, Estudio e Investigación en Sexualidad
 Contacto: mariacontreras@doctorecarloshiclanas.com

1. INTRODUCCIÓN

La **Disforia de Género (DG)** se trata de un proceso de insatisfacción con las características del sexo de nacimiento y un deseo de cambiarlo y ser reconocido socialmente. Estas dificultades conllevan un sufrimiento significativo, problemas en la adaptación social, sintomatología psiquiátrica e intentos de suicidio, consumándolo ocasionalmente.

- En el **DSM-V** se ha modificado el concepto de Trastorno de Identidad de Género por DG.

- La **CIE-10** continúa denominándolo **Transexualismo** y lo incluye dentro del apartado de **Trastornos de Identidad Sexual**.

- La **prevalencia mundial** de este trastorno se sitúa entre **0.0019%-0.0024%**.

- La relación **hombre/mujer es 3/1**.

- Las **causas** del trastorno y su relación con el suicidio **no se conocen**.

- A continuación mostraremos los resultados de una revisión bibliográfica para intentar aclarar la relación entre la DG y el suicidio.

2. OBJETIVO

Conocer la **relación entre la DG y la ideación e intentos autolíticos**.

3. MÉTODO

I. Se ha realizado una revisión bibliográfica en Pubmed en **PubMed, PsycINFO y Google Scholar**, utilizando los siguientes términos generales **GID (Gender Identity Disorder), Transexualism, Suicide, Suicidal Ideation, Suicidal Behaviour y Sexual Identity Disorder**.

II. De los **109 artículos encontrados**, se seleccionaron los **18 artículos** en los que la muestra era identificable y se incluían datos descriptivos de la población muestral.

4. RESULTADOS

- Las **personas con DG** representan una **población vulnerable** a sufrir problemas de salud mental (Reisner, 2015).

- Diversos estudios relacionan este trastorno con la **depresión, la ansiedad, las autolesiones, y las tendencias suicidas** (Becker, 2013, Reisner, 2015).

- Muchos pacientes diagnosticados presentan una **mayor tasa de mortalidad que la población general variando entre un 37% y un 72%**.

- Muchos pacientes diagnosticados de DG presentan un **índice elevado de patología psiquiátrica asociada** (Becerra, 1999; Weinrich, 1995) y una **mortalidad por suicidio mayor que la población general** (Becker, 2013).

- La **literatura científica muestra una prevalencia de suicidio mayor en población diagnosticada de DG que en la población general** donde las variables asociadas al intento autolítico fueron depresión, discriminación y victimización.

- De los pacientes diagnosticados de DG e intervenidos quirúrgicamente para obtener el **cambio de sexo** se han presentado datos de que el **50% habían presentado ideas autolíticas y el 4% intentos autolíticos** (Imbimbo, 2009).

- Un subgrupo **especialmente vulnerable** es la **población infanto-juvenil** revelando diversos estudios mayor incidencia de conductas autolesivas (Reisner 2015), siendo mayor la incidencia en **chicas 26,79% que en chicos 2,68%** (Pinhas, 2002).

5. CONCLUSIONES

- El **DG constituye un importante problema de salud** a nivel mundial.

- **España se ha mantenido al margen de las prestaciones sanitarias públicas hasta 1999**, lo que ha dificultado la realización sistemática de estudios pormenorizados con poblaciones españolas, **por lo que no se pueden discutir datos de muestras españolas**.

- La literatura muestra una **prevalencia de suicidio mayor en población con DG que en la población general**. Es conveniente profundizar en el tratamiento y consecuencias del DG, con el objetivo de prevenir el suicidio en personas con DG.

- **Es necesario que se lleven a cabo más estudios pormenorizados** que investiguen la relación entre DG y suicidio.

6. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: APA.

Becerra Fernández A; De Luis Roman A; Piedrola Maroto G. «Morbilidad en pacientes transexuales con auto-tratamiento hormonal para cambio de sexo». Medicina Clínica, 1999; 113(13):484-487

Becker, I., Gergel-Lama, V., Romer, G., & Moeller, B. (2013). [Characteristics of children and adolescents with gender dysphoria referred to the Hamburg Gender Identity Clinic]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 63(6), 486-509.

Imbimbo, C., Verze, P., Palmieri, A., Longo, N., Fusco, F., Arcaniolo, D., & Mirono, V. (2009). A report from a single institute's 14-year experience in treatment of male-to-female transsexuals. *The Journal of sexual medicine*, 6(10), 2736-2745.

OMS, CIE-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic criteria for research, 1992

Pinhas, L., Weaver, H., Bryden, P., Ghabbour, N., & Toner, B. (2002). Gender-role conflict and suicidal behaviour in adolescent girls. *Canadian journal of psychiatry*, 47(5), 473-476.

Reisner, S. L., Vettesz, R., Leclerc, M., Zaslows, S., Wolfum, S., Shumer, D., & Mimiaga, M. J. (2015). Mental Health of Transgender Youth in Care at an Adolescent Urban Community Health Center: A Matched Retrospective Cohort Study. *Journal of Adolescent Health*.

Weinrich J. D. Is gender dysphoria dysphoric? Elevated depression and anxiety in gender dysphoric and nondysphoric homosexual and bisexual men in an HIV sample. *HNRG Group*, *Arch. Sex. Behav.*, 1995, 24(1):55-72.

PO-057. Factores de riesgo para la repetición de las conductas suicidas: un estudio prospectivo.

María Martín García, Roberto Fernández-Fernández, Mónica Fernández-Rodríguez, Miguel Vizcaíno Da Silva, Olga Méndez González, Rocío Blanco Fernández, Isabel González-Villalobos, Nuria Berenguer Elías, Juan Manuel García-Vega, Laura Colino, Lourdes Fajardo, Rosa Perteguer, Andrea Muñoz Domenjó, A.J. Azuero-Ordoñez, Luis Iruela Cuadrado, Hilario Blasco-Fontecilla.

Introducción

La predicción de re-intentos de suicidio tras un intento de suicidio es difícil.

Objetivos

Examinar qué factores clínicos y escalas se asocian al riesgo de repetición de intentos de suicidio tras un año de seguimiento.

Material y métodos

Se trata de un estudio de cohortes, prospectivo. 103 sujetos que intentaron el suicidio fueron evaluados en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro entre Junio de 2013 y Enero de 2014 mediante un protocolo que incluía datos socio-demográficos, clínicos y las siguientes escalas: los MINI International Neuropsychiatric Interview, SAD PERSONS, SIS, la escala de Weisman Worden, y la escala de Personalidad y Acontecimientos Vitales (PAV). Un año después de la evaluación inicial se bus-

caron los factores asociados a los reintentos de suicidio. Se realizaron análisis estadísticos univariantes (χ^2 o test exacto de Fisher). Nivel de significación estadística ($p < 0.05$). Todos los análisis fueron realizados con SPSS v.20.

Resultados

23 (21.7%) de los individuos evaluados inicialmente tuvieron al menos un intento de suicidio al año de la evaluación inicial. Los principales factores que se asociaron a los reintentos fueron: 1) ser un "gran repetidor" (≥ 5 intentos de suicidio) en la evaluación inicial [Riesgo relativo, RR = 3,3 (IC95% 1,67 - 6,49)] y tener antecedentes familiares de suicidio [RR = 3,49 (IC95% 6,57 - 1,85)].

Conclusión

Los grandes repetidores parecen ser un grupo particularmente vulnerable a continuar repitiendo las conductas suicidas y convertirse en pacientes de "puerta giratoria".

Bibliografía

- Blasco-Fontecilla H. The addictive hypothesis of suicidal behavior. *Med Hypotheses* 2012 Feb;78(2):350. doi: 10.1016/j.mehy.2011.11.005.
- Tullis K. A theory of suicide addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity* 1998;5, 311-32.

FACTORES DE RIESGO PARA LA REPETICIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS: UN ESTUDIO PROSPECTIVO



María Martín García¹, Roberto Fernández-Fernández², Mónica Fernández-Rodríguez¹, Miguel Vizcaino Da Silva¹, Olga Méndez González¹, Rocío Blanco Fernández¹, Isabel González-Villalobos¹, Nuria Berenguer Elías¹, Juan Manuel García-Vega¹, Laura Colino¹, Lourdes Fajardo¹, Rosa Perteguer¹, Andrea Muñoz Domenjó¹, A.J. Azuero-Ordoñez³, Luis Iruela Cuadrado^{1,4}, Hilario Blasco-Fontecilla^{1,2,3,4}

¹Servicio de Psiquiatría, IDIPHIM, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

²CIBERSAM, Madrid, España

³Consulting Asistencial Socioasistencial

⁴Universidad Autónoma de Madrid, España

⁵Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

*Correspondencia: hmblasco@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La predicción de reintentos de suicidio es un reto actual en Suicidología. El conocimiento sobre cuales son los factores de riesgo para la repetición de los intentos de suicidio es aún escaso.

OBJETIVOS

Examinar qué factores clínicos se asocian al riesgo de repetición de intentos de suicidio.

MATERIAL Y MÉTODOS

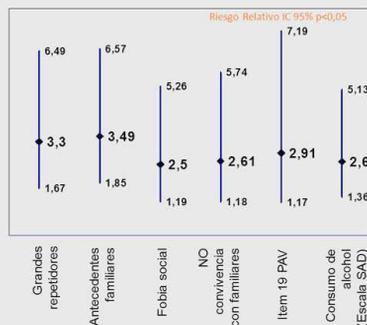
Muestra y procedimiento: Se trata de un estudio de cohortes, prospectivo. 103 sujetos que intentaron el suicidio fueron evaluados en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Junio/2013-Enero/2014) mediante un protocolo que incluía datos socio-demográficos, clínicos y las siguientes escalas: la MINI, SAD PERSONS, SIS, la escala de Weisman Worden, y la escala de Personalidad y Acontecimientos Vitales (PAV). Un año después de la evaluación inicial se buscaron los factores asociados a los reintentos de suicidio. Nuestro estudio fue aprobado por el CEIC de nuestro hospital. **Análisis estadísticos:** Se realizaron análisis estadísticos univariantes (χ^2 o test exacto de Fisher). Nivel de significación estadística ($p < 0.05$). Todos los análisis fueron realizados con SPSS v.20.

RESULTADOS

23 (21.7%) de los individuos evaluados inicialmente tuvieron al menos un re-intento de suicidio durante el primer año de seguimiento. Los principales factores que se asociaron a los reintentos fueron:

- 1) Ser un "gran repetidor" (≥ 5 intentos de suicidio a lo largo de la vida) en la evaluación inicial [Riesgo relativo, RR = 3,3 (IC95% 1,67 – 6,49)]
- 2) Tener antecedentes familiares de suicidio [RR = 3,49 (IC95% 6,57 – 1,85)].

Otros factores de riesgo fueron: diagnóstico de fobia social, no convivir en familia, el ítem 19 de la escala PAV ("Mis sentimientos son como el viento, siempre están cambiando") y consumo de alcohol (escala SAD Persons).



CONCLUSIONES

Los grandes repetidores parecen ser un grupo particularmente vulnerable a continuar repitiendo las conductas suicidas y convertirse en pacientes de "puerta giratoria". Centrar la prevención en estos pacientes podría disminuir el número de reintentos (Blasco-Fontecilla, et al. 2012).

La ausencia de una asociación fuerte entre otros factores clínicos y el comportamiento suicida es consistente con las investigaciones actuales respecto a las limitaciones a la hora de detectar un futuro comportamiento suicida (Swets et al., 2000).



REFERENCIAS:

- Blasco-Fontecilla H. The additive hypothesis of suicidal behavior. Med Hypotheses 2012 Feb; 78(2):350. doi: 10.1016/j.mehy.2011.11.005
- Swets, J.A., Dawes, R.M., & Monahan, J. (2000). Psychological science can improve diagnostic decisions. Psychological Science in the Public Interest, 1, 1–26

PO-058. Análisis descriptivo de los intentos autolíticos mediante intoxicación medicamentosa.

Reyes Vázquez Estévez, Esther Montero Manzano, María García Navarro, Elena Delgado Rastrollo, Juan José Molina Castillo.

Introducción

El suicidio constituye un problema de salud pública mundial de primer orden. La ideación suicida no es un fenómeno estático, sino que puede aparecer y desaparecer en el tiempo.

Objetivos

Describir las características socio-demográficas y clínicas de una muestra de pacientes que realizaron una ingesta medicamentosa con intencionalidad autolítica. El estudio es de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo.

Resultados

Se seleccionaron un total de 20 pacientes de los intentos autolíticos atendidos en el servicio de Urgencias hospitalario en el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2014. La edad media de los pacientes fue de 39,15 años, de los cuales el 60% fueron mujeres. El porcentaje de solteros fue del 65%. El fármaco más frecuentemente empleado en los intentos autolíticos fueron las benzodiazepinas, en un 40% de los pacientes. El tiempo de estancia media en el servicio de Urgencias fue de 10,8 horas. Un 71,4% tenían antecedentes de gestos autolíticos previos. Un 55% de los casos ingresaron en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría.

Conclusiones

Para un correcto abordaje terapéutico de estos pacientes es importante profundizar en las características de los pacientes con ingesta medicamentosa con finalidad autolítica.

Bibliografía

- Pacheco T. Intento autolítico mediante ingesta de fármacos y tóxicos: perfil psicosocial en un Servicio de Emergencia pre-hospitalaria. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, Vol. 8, 2008, pp. 57-78.
- A.Sáiz P, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2014; 7(1)-4.



ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS MEDIANTE INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA.



Vázquez R *, Montero E *, García M *, Delgado E*, Molina J **
 *MIR Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Cáceres.
 ** Psiquiatra Adjunto. Unidad de Hospitalización Breve. Complejo Hospitalario de Cáceres, Cáceres, España.

INTRODUCCIÓN

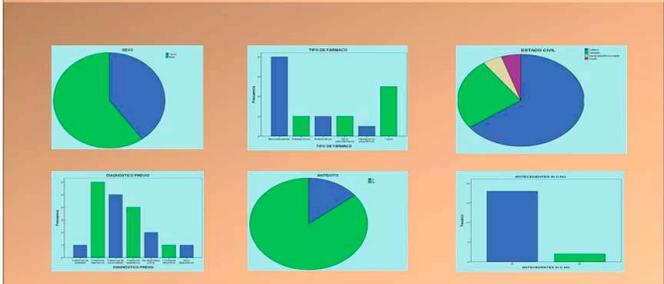
El suicidio constituye un problema de salud pública mundial de primer orden. La ideación suicida no es un fenómeno estático, sino que puede aparecer y desaparecer en el tiempo.

OBJETIVO

Describir las características socio-demográficas y clínicas de una muestra de pacientes que realizaron una ingesta medicamentosa con intencionalidad autolítica. El estudio es de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. Se obtienen los datos a partir del sistema informático del Sistema Extremeño de Salud.

RESULTADOS

Se seleccionaron un total de 20 pacientes de los intentos autolíticos atendidos en el Servicio de Urgencias hospitalario en el periodo comprendido entre octubre y diciembre de 2014. La edad media de los pacientes fue de 39,15 años, de los cuales el 60% fueron mujeres. El porcentaje de solteros fue del 65%. El fármaco más frecuentemente empleado en los intentos autolíticos fueron las benzodiacepinas, en un 40% de los pacientes. El tiempo de estancia media en Urgencias fue de 10,8 horas. La mayoría de las ingestas se realizaron por la tarde, en un 61,1%. Se utilizó antidoto en el 85,7% de los casos. Un 71,4% tenían antecedentes de gestos autolíticos previos. Un 55% de los casos ingresaron en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría.



CONCLUSIONES

Para un correcto abordaje terapéutico de estos pacientes es importante profundizar en las características de los pacientes con ingesta medicamentosa con finalidad autolítica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Pacheco T. Intento autolítico mediante ingesta de fármacos y tóxicos: perfil psicosocial en un Servicio de Emergencia pre-hospitalaria. Psicopatología Clínica Legal y Forense, Vol. 8, 2008, pp. 57-78.
- 2.-A Sáiz P, Bobes J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2014; 7(1):4.
- 3.-Hermida I et al. Perfil psicosocial de pacientes ingresados por intoxicación aguda voluntaria. Rev. Toxicol. (2003) 20: 33-37.

PO-059. Utilidad de la escala de Personalidad y de acontecimiento vitales (PAV) breve en la predicción de los re-intentos de suicidio.

Miguel Vizcaíno da Silva, Isabel González-Villalobos Rincón, Juan Manuel García Vega, Olga Méndez González, Nuria Berenguer Elías, María Martín García, Mónica Fernández-Rodríguez, Rocío Blanco Fernández, Roberto Fernández Fernández, Andrea Muñoz Domenjó, A.J. Azuero-Ordoñez, Paula Artieda-Urrutia, Luis Iruela Cuadrado, Hilario Blasco-Fontecilla.

Introducción

Lamentablemente, las escalas conocidas no consiguen identificar a los pacientes con riesgo de reintentar el suicidio. La escala de Personalidad y Acontecimientos Vitales breve (6 ítems) fue creada para identificar a sujetos en riesgo de tener intentos de suicidio, pero no se ha testado si también tiene capacidad predictiva en los re-intentos de suicidio.

Objetivos

Evaluar si la PAV en su versión breve sirve para predecir los reintentos de suicidio.

Material y métodos

Se trata de un estudio de cohortes, prospectivo. Incluimos en nuestros análisis a 98 sujetos que intentaron el suicidio evaluados en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Junio/2013-Enero/2014) y de los que había datos de reintentos de suicidio al año de

seguimiento. Para su evaluación se usó un protocolo que incluía datos sociodemográficos y la escala PAV. Se compararon las puntuaciones entre los sujetos que reintentaron y los que no reintentaron el suicidio usando la t de student (asumiendo varianzas iguales). Todos los análisis fueron realizados con SPSS (mac, v. 20).

Resultados

17 sujetos (22,6%) reintentaron el suicidio durante el primer año de seguimiento. La puntuación de la PAV breve es mayor en los sujetos que reintentaron el suicidio, comparado con los que no lo hicieron, pero no llegó a la significación estadística (2.7 ± 0.5 vs. 2.4 ± 0.5 ; $t=-1.774$; $gl=86$; $p=0.08$). Además, apenas hubo transiciones entre grupos durante el año de seguimiento (es decir, los controles sanos continuaban siendo controles sanos; y los controles psiquiátricos, controles psiquiátricos).

Conclusión

La PAV breve es una escala adecuada para identificar a los pacientes con riesgo de intentar el suicidio. Sin embargo, su capacidad para identificar a los que reintentan el suicidio es más limitada.

Bibliografía

Artieda-Urrutia P, Delgado-Gómez D, Ruiz-Hernández D, García-Vega JM, Berenguer N, Oquendo MA, Blasco-Fontecilla A. A Short Personality and Life Event (S-PLE) Scale for detection of suicide attempters. *Rev Esp Psiquiatr Salud Ment*.

UTILIDAD DE LA ESCALA DE PERSONALIDAD Y DE ACONTECIMIENTO VITALES (PAV) BREVE EN LA PREDICCIÓN DE LOS REINTENTOS DE SUICIDIO.



Miguel Vizcaino de Silva¹, Roberto Fernández-Fernández¹, Isabel González-Villalobos¹, Juan Manuel García-Vega¹, Olga Méndez González², Rocío Blanco Fernández³, Nuria Berenguer Elías³, María Martín García⁴, Mónica Fernández-Rodríguez¹, Andrea Muñoz Domenjó⁴, A.J. Azuero-Ordoñez⁵, Paula Artieda-Urrutia⁶, Luis Iruela Cuadrado⁶, Hilario Blasco-Fontecilla^{1,2,3,4}

¹Departamento Psiquiatría, IDIPHIM, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

²CIBERSAM, Madrid, España

³Consulting Asistencial Sociosanitario

⁴Universidad Autónoma de Madrid, España

⁵Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

⁶Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

*Correspondencia: hmblasco@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Numerosas escalas intentan predecir el riesgo de conducta suicida. Lamentablemente, ninguna escala es capaz de identificar a los pacientes con riesgo de reintentar el suicidio. La escala de Personalidad y Acontecimientos Vitales (PAV) (27 ítems) y su versión breve (6 ítems) han sido creadas para identificar a sujetos en riesgo de tener intentos de suicidio, pero no se ha testado si también tienen capacidad predictiva en los reintentos de suicidio.

OBJETIVOS

Evaluar si la PAV breve sirve para predecir los reintentos de suicidio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra y procedimiento: Se trata de un estudio de cohortes, prospectivo. Incluimos en nuestros análisis a 98 sujetos que intentaron el suicidio y que fueron evaluados en el servicio de urgencias evaluados del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Junio/2013-Enero/2014). Todos ellos fueron evaluados usando un protocolo que incluía datos sociodemográficos y la escala PAV, entre otros. El estudio fue aprobado por el CEIC de nuestro hospital. Al año de seguimiento, comprobamos cuales de ellos habían reintentado el suicidio mediante el registro de la historia clínica electrónica.

Análisis estadísticos: Se compararon las puntuaciones entre los sujetos que reintentaron y los que no reintentaron el suicidio usando la t de student (asumiendo varianzas iguales).

RESULTADOS

- En 17 sujetos (22,6%) que reintentaron el suicidio teníamos datos de la PAV (Blasco-Fontecilla et al., 2012). Encontramos una tendencia en la puntuación de la PAV breve (Artieda-Urrutia et al., 2015) a ser mayor en los sujetos que reintentaron el suicidio, comparado con los que no lo hicieron (2.7 ± 0.5 vs. 2.4 ± 0.5 ; $t = -1.774$; $gI = 86$; $p = 0.08$).
- Además, apenas hubo transiciones entre grupos durante el año de seguimiento (es decir, los controles sanos continuaban siendo controles sanos; y los controles psiquiátricos, controles psiquiátricos; es decir, no se habían convertido en sujetos con intentos de suicidio).

Escala de Personalidad y de acontecimiento vitales (PAV) (Versión breve, 6 ítems resaltados)		
Scale	Items	Weight*
SRRS	Change in frequency of arguments	20.4
SRRS	Revision of personal habits	22.7
SRRS	Marital separation	22.7
HPDE-SQ	I often feel empty inside	13.6
SRRS	Gain of new family member	10.7
MCIA	Adult self-harm	9.8
SRRS	Personal injury or illness	9.8
HPDE-SQ	I worry about being alone and having to care for myself	9.1
HPDE-SQ	I have experienced or angry outbursts	6.2
HPDE-SQ	I've been the victim of unfair attacks on my character or reputation	5.9
HPDE-SQ	I can't decide what kind of persona I want to be	5.3
HPDE-SQ	I think they despise (or loathe) me	4.7
HPDE-SQ	I usually feel uncomfortable or helpless when I'm alone	4.2
HPDE-SQ	I won't get involved with people until I'm certain they like me	3.9
HPDE-SQ	I have little or no desire to have sex with anyone	3.3
BIS-11	I spend or charge more than I earn	2.6
HPDE-SQ	People think I'm odd or eccentric	2.3
HPDE-SQ	I go to extremes to try to keep people from leaving me	1.5
HPDE-SQ	My feelings are like the weather, they are always changing	1.0
BIS-11	Socio-demographic	0.4
HPDE-SQ	Act on impulse	0.2
HPDE-SQ	Act	0.2
BIS-11	I am self-controlled	0.1
BIS-11	I plan trips well ahead of time	-2.4
BIS-11	I plan for job security	-2.4
HPDE-SQ	People have a high opinion on me	-3.4
HPDE-SQ	I usually get fun and enjoyment out of life	-8.1
MCIA	Arrive aggression to others	-22.1

* The intercept in the regression was -120.82.

CONCLUSIONES

La PAV breve es una escala adecuada para identificar a los pacientes con riesgo de intentar el suicidio. Sin embargo, su capacidad para identificar a los que reintentan el suicidio es más limitada, lo cual era previsible ya que no fue diseñada para este propósito. Es necesario diseñar escalas específicas dirigidas a evaluar el riesgo de re-intento.



REFERENCIAS:

Blasco-Fontecilla H, Delgado-Gómez D, Ruiz-Hernández D, Aguado D, Baca-García E, López-Cabrera J. Combining scales to assess suicide risk. *J Psychiatr Res*. 2012 Oct; Artieda-Urrutia P, Delgado-Gómez D, Ruiz-Hernández D, García-Vega JM, Berenguer N, Oquendo MA, Blasco-Fontecilla H. Short Personality and Life Event (S-PLE) Scale for detection of suicide attempters. *Rev Esp Psiquiatr Salud Ment* 2015, at press.

PO-060. Intoxicación de alcohol en el año después de un intento de suicidio: un estudio prospectivo.

Olga Méndez González, Nuria Berenguer Elías, Rocío Blanco Fernández, Miguel Vizcaíno da Silva, Roberto Fernández-Fernández, Mónica Fernández-Rodríguez, María Martín García, Isabel González-Villalobos, Juan Manuel García-Vega, Laura Colino, Lourdes Fajardo, Andrea Muñoz Domenjó, A.J. Azuero-Ordoñez, Paula Artieda-Urrutia, Luis Iruela Cuadrado, Hilario Blasco-Fontecilla.

Introducción

El comportamiento suicida está asociado al uso de alcohol y de otras sustancias. Hay estudios que afirman que la tasa de alcohol en sangre constituye un factor predictivo independiente incrementando el riesgo de suicidio. El propósito de nuestro estudio es evaluar el riesgo de reintento de suicidio en pacientes con abuso de alcohol.

Material y método

Se trata de un estudio prospectivo con 106 sujetos que intentaron el suicidio y fueron evaluados en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro entre junio de 2013 hasta enero de 2014 mediante un cuestionario y diversas escalas. Se comprobó a través del registro informático de nuestro Hospital cuántos de los pacientes diagnosticados con abuso de alcohol en la evaluación inicial fueron evaluados de nuevo en el Servicio de Urgencias bien por una intoxicación etílica o por un reintento de suicidio. Se realizaron análisis univariantes (χ^2 o test

exacto de Fisher). Nivel de significación estadística $p < 0.05$. Todos los análisis fueron realizados con SPSS v. 20 (Mac).

Resultados

El 76.9 % de los pacientes con antecedentes de abuso de alcohol presentaron al menos un episodio de intoxicación etílica durante el primer año de seguimiento ($p < 0.031$). Además el 53.8% de los pacientes con abuso de alcohol presentaron al menos un reintento de suicidio durante este primer año ($p < 0.01$).

Conclusión

Los pacientes con abuso de alcohol tienen un riesgo aumentado de acudir a urgencias por intoxicación etílica o reintento de suicidio en el año posterior al intento de suicidio inicial.

Bibliografía

- Wetterling T et al. Alcohol intoxication and suicidality. *Psychiatr Prax.* 2013 Jul;40(5):259- 63.
- Pennel L et al. Is suicide under the influence of alcohol a deliberate self-harm syndrome? An autopsy study of lethality. *J Affect Disord.* 2015 Feb 19;177C:80-85.
- Kittirattanapaiboon P et al. Suiciderisk among Thai illicit drug users with and without mental/alcohol use disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014 Mar 13;10:453.

INTOXICACIÓN DE ALCOHOL EN EL AÑO DESPUÉS DE UN INTENTO DE SUICIDIO: UN ESTUDIO PROSPECTIVO



Olga Méndez González², Roberto Fernández-Fernández², Nuria Berenguer Elias³, Rocío Blanco Fernández¹, Miguel Vizcaino da Silva¹, Mónica Fernández-Rodríguez², María Martín García¹, Isabel González-Villalobos², Juan Manuel García-Vega¹, Laura Colino¹, Lourdes Fajardo¹, Andrea Muñoz Doméjío⁴, A.J. Azuero-Ordoñez, Paula Artieda-Urrutia⁵, Luis Iruela Cuadrado⁶, Hilario Blasco-Fontecilla^{1,2,3,4}

¹Departamento Psiquiatría, IDIPHIM, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

²CIBERSAM, Madrid, España

³Consulting Asistencial Socioasistencial

⁴Universidad Autónoma de Madrid, España

⁵Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

⁶Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

*Correspondencia: hmblasco@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

El uso de alcohol y de otras sustancias aumenta el riesgo de presentar comportamientos suicidas. Algunos estudios afirman que la tasa de alcohol en sangre constituye un factor predictivo independiente del riesgo de autolisis.

OBJETIVO

El propósito de nuestro estudio es evaluar el riesgo de reintento de suicidio en pacientes con abuso de alcohol.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra y procedimiento: Se trata de un estudio prospectivo con 106 sujetos que intentaron el suicidio y fueron evaluados en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro entre junio de 2013 y enero de 2014 mediante un cuestionario y diversas escalas. Se comprobó a través del registro informático de nuestro Hospital cuántos de los pacientes diagnosticados con abuso de alcohol en la evaluación inicial fueron evaluados de nuevo en el Servicio de Urgencias, bien por una intoxicación etílica o por un reintento de suicidio.

Análisis estadísticos: Se realizaron análisis estadísticos univariantes (χ^2 o test exacto de Fisher). Nivel de significación estadística ($p < 0.05$). Todos los análisis fueron realizados con SPSS v.20.

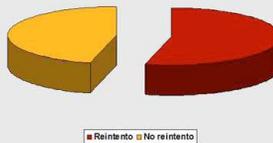
RESULTADOS

El 76.9 % de los sujetos evaluados con antecedentes de abuso de alcohol en la visita inicial presentaron al menos un episodio de intoxicación etílica durante el primer año de seguimiento ($p < 0.031$).

Episodios de intoxicación etílica en pacientes con abuso de alcohol



Reintentos de suicidio en pacientes con abuso de alcohol



Además el 53.8% de los pacientes con abuso de alcohol presentaron al menos un reintento de suicidio durante este primer año ($p < 0.01$).

CONCLUSIONES

Los pacientes que intentan el suicidio y presentan abuso de alcohol tiene un riesgo aumentado de acudir a urgencias por intoxicación etílica o reintento de suicidio en el año posterior al intento de suicidio inicial.



REFERENCIAS:

1. Werhberg T et al. Alcohol intoxication and suicidality. *Psychiatr Prax*. 2013 Jul;40(5):259-63.
2. Pennell E et al. Is suicide under the influence of alcohol a deliberate self-harm syndrome? An autopsy study of lethality. *J Affect Disord*. 2015 May;15:177-80-5.
3. Kibrittanapalaboon P et al. Suicide risk among Thai illicit drug users with and without mental/alcohol use disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014 Mar;13:10-453-9.

PO-061. Suicidio y enfermedades neurológicas.

Cristina García Román, Encarnación Domínguez Ballesteros, María José Márquez Márquez, Marta Vázquez Delgado, Paloma Aguilar Valseca.

Introducción

La mayoría de las enfermedades neurológicas son procesos neurodegenerativos de alto impacto emocional, personal y social con tratamientos meramente sintomáticos. Es por ello que el padecimiento de una enfermedad neurológica se asocia a un incremento del riesgo de suicidio.

Material y métodos

Realizamos una revisión de la literatura disponible (años 2010-2015) sobre la relación entre suicidio y enfermedades neurológicas.

Resultados

La epilepsia incrementa el riesgo de padecer trastornos depresivos y conducta suicida. El riesgo de suicidio en enfermos epilépticos es mayor en mujeres, epilepsia del lóbulo temporal y comienzo temprano de las crisis. Los enfermos epilépticos tienen un riesgo 5 veces mayor de suicidio que la población general. En la esclerosis múltiple existe un riesgo elevado de suicidio en el siguiente año al diagnóstico de la enfermedad, principalmente en varones jóvenes. El 28% de los pacientes con esclerosis múltiple han contemplado el suicidio, mientras que lo han intentado el 6%. En la esclerosis lateral amiotrófica el incremento del riesgo suicida se multiplica por 6-7. Un 8-9% de los pa-

cientes padece un episodio depresivo mayor a lo largo de la enfermedad y un 68% muestran signos de depresión en algún momento. Respecto a la asociación de enfermedad de Parkinson y suicidio: hay ideación de muerte en el 27% de los pacientes mientras que existe una ideación autolítica activa en el 11%. Un 4% de los pacientes con enfermedad de Parkinson realizan un intento suicida a lo largo de su vida.

Conclusiones

La asociación entre conducta suicida y enfermedad neurológica es un hecho evidente en la literatura revisada. Esto nos lleva a pensar en la necesidad de ahondar en los mecanismos etiopatogénicos y neuroquímicos de la clínica suicida. No obstante la presencia de síntomas depresivos asociados es el factor predictivo más observado entre enfermedad neurológica y conducta autolítica.

suicidio y enfermedades neurológicas

Autores: C.García Román, E.Domínguez Ballesteros, M.J Márquez Márquez,
P.Aguilar Valseca, M. Vázquez Delgado

Resumen
La mayoría de las enfermedades neurológicas son procesos neurodegenerativos de alto impacto emocional, personal y social con tratamientos meramente sintomáticos. Por ello que el padecimiento de una enfermedad neurológica

Palabras clave
una revisión de la literatura disponible (años -) sobre la relación entre suicidio y enfermedades neurológicas

EPILEPSIA

La epilepsia incrementa el riesgo de padecer trastornos depresivos y conducta suicida.

El riesgo de suicidio en enfermos epilépticos es mayor en mujeres, epilepsia del lóbulo temporal y comienzo temprano de las crisis.

Los enfermos epilépticos tienen un riesgo 5 veces mayor de suicidio que la población general

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

En la esclerosis lateral amiotrófica el incremento del riesgo suicida se multiplica por 6-7.

Un 8-9% de los pacientes padece un episodio depresivo mayor a lo largo de la enfermedad y un 68% muestran signos de depresión en algún momento.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

En la esclerosis múltiple existe un riesgo elevado de suicidio en el siguiente año al diagnóstico de la enfermedad, principalmente en varones jóvenes. El 20% de los pacientes con esclerosis múltiple han contemplado el suicidio, mientras que lo han intentado el 6%.

ENFERMEDAD DE PARKINSON

Respecto a la asociación de enfermedad de Parkinson y suicidio: hay ideación de muerte en el 27% de los pacientes mientras existe una ideación autolítica activa en el 11%.

Un 4% de los pacientes con enfermedad de Parkinson realizan un intento suicida a lo largo de su vida.

COREA DE HUNTINGTON

Hasta un 8% de los pacientes con Huntington presentan ideación autolítica a lo largo de la enfermedad.

La presencia de esta ideación se correlaciona con la duración de la enfermedad, la existencia de intentos previos y la clínica depresiva. En un seguimiento de 4 años a 2106 portadores de mutaciones HD la incidencia acumulada de suicidio fue de 9,9%

CONCLUSIONES:

La asociación entre conducta suicida y enfermedad neurológica es un hecho evidente en la literatura revisada. Esto nos lleva a pensar en la necesidad de ahondar en los mecanismos etiopatogénicos y neuroquímicos de la clínica suicida. No obstante la presencia de síntomas depresivos asociados es el factor predictivo más observado entre enfermedad neurológica y conducta autolítica.

PO-062. Suicidio, literatura y genialidad.

Cristina García Román, María José Márquez Márquez, Encarnación Domínguez Ballesteros, Paloma Aguilar Valseca, Marta Vázquez Delgado.

A lo largo de la historia de la humanidad los escritores y poetas que han cometido suicidio han sido muchos. Realizándolos éstos de las más variopintas y en ocasiones brutales formas, han suscitado la curiosidad y el interés de muchos estudiosos en materia de psiquiatría, sociología e historia.

¿Existe una relación entre la genialidad y el suicidio? ¿Entraría el suicidio a formar parte del proceso creativo? ¿Qué relación hay entre la locura y el arte? Claramente nadie precisa de ser un artista para suicidarse. Miles de personas lo hacen el mundo sin que algunas de ellas haya desarrollado proceso creativo mayor que el de enfrentarse a la vida.

Dentro de los escritores que se han suicidados no hay una forma ni un estilo, ni siquiera una razón imperante. En muchos de ellos el suicidio vino por sorpresa. En otros fue algo meditado e intentado en numerosas ocasiones, incluso hablado en sus textos (Alejandra Pizarnik, Anne Sexton). Otros fueron producto de enfermedades mentales (Virginia Woolf, Sylvia Plath) o físicas (Ernest Hemingway). A causa de problemas económicos (Emilio Salgari, Marina Tsvetaeva) familiares (Mercedes Carranza) o decepciones amorosas (Mariano José de Larra). Estando otros en los que no se sabrá nunca que fueron (Edgar Allan Poe, Safo) sobre los que se especulara por los tiempos de los tiempos.

Estos escritores tan importantes, tan conocidos y con tantos fantasmas en su interior, no se comportaron más que como otras tantas personas en el mundo que vieron su única salida en el suicidio. Con la salvedad de que ellos plasmaron su sufrimiento en sus obras, una pequeña muestra de las cuales analizaremos aquí.

Suicidio, literatura y genialidad

C García Román, MJ Márquez Márquez, P Aguilar Valseca, E Domínguez Ballesteros

INTRODUCCIÓN:

A lo largo de la historia de la humanidad los escritores y poetas que han cometido suicidio han sido muchos. Realizándolos éstos de las más variopintas y en ocasiones brutales formas, han suscitado la curiosidad y el interés de muchos estudiosos en materia de psiquiatría, sociología e historia.

¿Existe una relación entre la genialidad y el suicidio? ¿Entraría el suicidio a formar parte del proceso creativo? ¿Que relación hay entre la locura y el arte?

Alejandra Pizarnik

Esta poetisa argentina a los 36 años, se quitó la vida ingiriendo barbitúricos durante un permiso terapéutico en un ingreso hospitalario. Se decía que sufría de un trastorno de personalidad. Una muestra de la presencia de ella muerte en sus obras es la siguiente:

*La muerte se muere de risa
pero la vida se muere de llanto
pero la muerte pero la vida
pero nada nada nada.* (BALADA DE LA PIEDRA QUE LLORA)

*La muerte
siempre al lado.
Escucho su decir.
Solo me oigo. (SILENCIOS)*

Virginia Woolf

Esta maravillosa escritora británica, a la edad de 59 años, afectada de trastorno bipolar, se puso su abrigo, llenó sus bolsillos con piedras y se lanzó a un río donde se ahogó. En su carta de despedida le dice a su marido "...Siento que voy a enloquecer de nuevo. Creo que no podemos pasar otra vez por una de esas épocas terribles. Y no puedo recuperarme esta vez. Cierriente a oír voces, y no puedo concentrarme. Así que hago lo que me parece lo mejor que puedo hacer..."

Anne Sexton

Esta poeta estadounidense al volver a casa se puso el abrigo de piel de su madre, se quitó sus anillos, se sirvió tres veces en el garaje, y encendió el motor, suicidándose por intoxicación por monóxido de carbono.

"Ladronal", escribió Sexton a su amiga Sylvia Plath "¿Cómo te has metido dentro, / te has metido abajo sola / en la muerte a la que deseé tanto y tanto tiempo?"

Cartas al doctor Y

*"Muerte,
necesito mi pequeña adicción a ti,
necesito esa vocación que,
hasta cuando osciendo desde el mar,
toda una mujer, completa,
dice míatame, míatame".*



Sylvia Plath

A la edad de 30 años enferma y con poco dinero, Plath se suicidó asfixiándose con gas del horno mientras sus hijos dormían en sus habitaciones. *"Morir es un arte, como todo. Yo lo hago excepcionalmente bien. Tan bien, que parece un infierno. Tan bien, que parece de veras. Supongo que cabría hablar de vocación"*



Ernest Hemingway

Este escritor tan enamorado de la vida se suicidó disparándose con su escopeta favorita.

Su muerte fue similar a la de su padre y a la de sus dos hermanos que posteriormente se suicidaron también. Al parecer esto se relaciona con la hemocromatosis que todos padecía.



Emilio Salgari

Su desequilibrio psíquico y la locura de su esposa, le condujeron al suicidio.

Se quitó la vida según el rito del harakiri. Su carta de despedida a sus editores decía así: *"A vosotros, que os habéis enriquecido con mi piel, manteniéndome a mí y a mi familia en una continua semimiseria o aún peor, sólo os pido que en compensación por las ganancias que os he proporcionado, os ocupéis de los gastos de mis funerales. Os saludo rompiendo la pluma."*



Mercedes Carranza

Poetisa colombiana 58 años que tras meses de angustia por el secuestro de su hermano, decidió suicidarse con una sobredosis de antidepresivos.

*"Moriré mortal,
es decir habiendo pasado
por este mundo
sin romperlo ni mancharlo..."*
(PATAS ARRIBA CON LA VIDA)



Mariano José de Larra

La noche que su mujer le dijo que no había posibilidad de reconciliación, se suicidó de un pistolazo en la sien. Tenía veintisiete años.



CONCLUSIÓN

Claramente nadie precisa de ser un artista para suicidarse. Miles de personas lo hacen el mundo sin que algunas de ellas haya desarrollado proceso creativo mayor que el de enfrentarse a la vida.

Dentro de los escritores que se han suicidados no hay una forma ni un estilo, ni siquiera una razón imperante. En muchos de ellos el suicidio vino por sorpresa. En otros fue algo meditado e intentado en numerosas ocasiones, incluso hablado en sus textos (Alejandra Pizarnik, Anne Sexton). Otros fueron producto de enfermedades mentales (Virginia Woolf, Sylvia Plath) o físicas (Ernest Hemingway). A causa de problemas económicos (Emilio Salgari) familiares (Mercedes Carranza) o decepciones amorosas (Mariano José de Larra). Estando otros en los que no se sabrá nunca que fueron (Edgar Allan Poe, Safo) sobre los que se especulará por los tiempos de los tiempos.

Estos escritores tan importantes, tan conocidos y con tantos fantasmas en su interior, no se comportaron más que como otras tantas personas en el mundo que vieron su única salida en el suicidio. Con la salvedad de que algunos ellos plasmaron su sufrimiento en sus obras, cartas de despedida o comentarios; una pequeña muestra de las cuales mostramos aquí.

PO-063. Conducta suicida y adolescencia: Factores que favorecen la resiliencia vs Factores de riesgo.

Emilia Fernández Nicolás, Bárbara Carabias Contreras, Leticia Peris-Mencheta Puch

Introducción

La adolescencia y la juventud temprana se consideran épocas de gran inestabilidad, donde se debe hacer frente a múltiples cambios que pueden producir un intenso desajuste psicosocial. Además, para muchos, los cambios naturales del desarrollo a veces vienen acompañados por situaciones adversas que pueden percibirse de forma muy amenazante y casi irresoluble, lo que conlleva que, para algunos, el suicidio pueda parecer una solución más que viable.

Sin embargo, al revisar la bibliografía sobre factores de riesgo suicida en adolescentes o jóvenes expuestos a situaciones conflictivas o altamente estresantes vemos que esta exposición no sólo no producía trastornos desadaptativos o conductas suicidas en todos los casos, sino que, parte de ellos, parecía desarrollar un importante crecimiento psicosocial o personal, que anteriormente no existía. A este fenómeno se le denominó resiliencia.

Material y métodos

Tras revisión del tema, tratamos de contrastar factores de riesgo vs factores que promueven la resiliencia en los adolescentes frente al suicidio.

Resultados y Conclusiones

Este cambio de perspectiva, posibilita que en lugar de poner énfasis en los factores negativo que permiten predecir quien va a sufrir un daño, podamos, además, tratar de ver aquellos factores positivos que, a veces sorprendentemente y contra lo esperado, protegen a un niño o un adolescente.

Bibliografía

- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A. Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 2014. Vol. 35(2), pp. 181-192.
- Grupo de Trabajo, Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, Capítulo 9. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- Gómez de Giraudó, M. T. Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia. *Psicología y Psicopedagogía*, 2000. ISSN en línea 1515-1182. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad del Salvador.



Conducta suicida y adolescencia: Factores que favorecen la resiliencia vs Factores de riesgo

Fernández Nicolás, E*, Carabias Contreras, B*, Peris-Mencheta Puch, L**.

* FEA-Psiquiatría UGC-Salud Mental Jerez de la Frontera. ** FEA-Psicología clínica UGC-Salud Mental H. Carlos Haya, Málaga

INTRODUCCIÓN

La adolescencia y la juventud temprana se consideran épocas de gran **inestabilidad**, donde se debe hacer frente a múltiples **cambios** que pueden producir un **intenso desajuste psicosocial**. Además, para muchos, los cambios naturales del desarrollo a veces vienen acompañados por situaciones adversas (cambios en la familia, presión social y de compañeros, cambios de amistades o ruptura de pareja,...) que pueden percibirse de forma muy amenazante y casi irresoluble, lo que conlleva que, para algunos, el suicidio pueda parecer una solución más que viable.

Sin embargo, al revisar la bibliografía sobre factores de riesgo suicida en adolescentes o jóvenes expuestos a situaciones conflictivas o altamente estresantes vemos que esta exposición no sólo no producía trastornos **desadaptativos** o conductas suicidas en todos los casos, sino que parte de ellos parecía desarrollar un **importante crecimiento psicosocial o personal**, que anteriormente no existía. A este fenómeno se le denominó **resiliencia**.

RESUMEN DE VARIABLES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA ANTE EL SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES (1980-2013)		FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO	
Factores internos		Individuales	
Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Autoconcepto positivo • Autorregulación y flexibilidad cognitiva • Estilo atribucional positivo • Razones para vivir 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión mayor (49-64%) (desesperanza) • Presencia de otros trastornos comórbidos (afectivos, esquizofrenia, trastornos de personalidad) • Factores psicológicos (rigidez cognitiva, déficit de habilidades de resolución de problemas, patrones de apego problemáticos...) • Intento de suicidio previo (50%) • Edad adolescente • Sexo: suicidio en varones, tentativas en mujeres • Factores genéticos y biológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes psiquiátricos y suicidio en la familia • Estructura y funcionamiento familiar: vivir apartado de los dos progenitores • Sucesos vitales estresantes • Factores sociales y nivel educativo • Exposición (casos cercanos o medios de comunicación) • Dificultades con el grupo de iguales y pareja
Afectivas	<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol emocional • Esperanza • Autoestima • Gratitud • Perseverancia hacia metas a pesar de la adversidad 		
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Control de los impulsos • Habilidades para pedir apoyo y ayuda inmediata • Expresión de emociones • Gestión de conflictos 	Familiares y contextuales	<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato físico y abuso sexual (no claro si relacionado con el abuso en sí o la psicopatología derivada) • Acoso por parte de iguales o bullying.
Personalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido del humor • Empatía • Búsqueda del sentido de la vida 	Otros	
Factores externos			
Ecológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social de tipo emocional • Experiencias tempranas de resolución de conflictos no violentas entre iguales • Relaciones positivas con familia, compañeros de instituto y profesores • Redes sociales estructuradas (familia, amigos y barrio) • Dificultad de acceso a métodos de suicidio • Sentido de pertenencia a un grupo o cultura • Activismo social • Amplificar los valores relacionados con la identidad sexual y ética • Disponibilidad y fácil acceso a servicios de salud mental y comunitaria • Formación en diversidad sexual y étnica en profesionales 		

CONCLUSIONES

- ✓ Centrar nuestros esfuerzos en la intervención para **potenciar variables** que promueven la **protección** de adolescentes y jóvenes ante respuestas como la ideación, tentativa o suicidio consumado, puede ser una opción adecuada, llegando incluso a amortiguar el efecto de las variables de riesgo.
- ✓ La identificación de factores protectores en cada caso puede emplearse en **mejorar las fortalezas y afianzar características positivas** en sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A. *Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes*. Papeles del Psicólogo, 2014. Vol. 35(2), pp. 181-192
- Grupo de Trabajo, *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*, Capítulo 9. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*; 2009.
- Gómez de Giraudo, M. T. *Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia*. Psicología y Psicopedagogía, 2000. ISSN en línea 1515-1182. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad del Salvador.

PO-064. Clozapina y Suicidio. Revisión de la evidencia.

Bárbara Carabias Contreras, Emilia Fernández Nicolás, Leticia Peris-Mencheta Puch.

Introducción

Se estima que la incidencia de tentativas suicidas en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia alcanza el 50%, y hasta un 10% de las muertes en este grupo de pacientes se deben a suicidio consumado. Reducir el riesgo de conductas auto y heteroagresivas en pacientes con esquizofrenia constituye una prioridad vigente en la práctica clínica.

En la mayoría de Guías de Práctica Clínica se recomienda con un grado de evidencia A el tratamiento con clozapina en pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo que presenten un alto riesgo de conducta suicida para reducir estos comportamientos.

Objetivos y metodología

Revisión de la evidencia acumulada mediante búsqueda de literatura científica disponible.

Resultados y Conclusiones

Los estudios disponibles arrojan resultados que apoyan el papel de la clozapina en la reducción de comportamientos auto y heteroagresivos. Este efecto ha sido principalmente explorado en pacientes con Esquizofrenia, con menor evidencia disponible para otros trastornos (psicóticos, trastorno límite de personalidad, TEA, TAB...). De entre los estudios destaca InterSePT (International Suicide

Prevention Trial), un estudio ECA multicéntrico e internacional realizado en 2003.

La clozapina aparece como superior en la capacidad de controlar estas conductas frente a otros antipsicóticos de segunda generación. Revisiones más recientes del tema sugieren la necesidad de profundizar en el estudio de este efecto y posibles mecanismos de acción.

Bibliografía

Warnez S, Alessi-Severini S. Clozapine: a review of clinical practice guidelines and prescribing trends. *BMC Psychiatry*. 2014.

Frogley C1, Taylor D, Dickens G, Picchioni M. A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2012.

Meltzer HY. Suicide and schizophrenia: clozapine and the InterSePT study. International Clozaril/Leponex Suicide Prevention Trial. *J Clin Psychiatry*. 1999.

PO-065. Nuevas tecnologías y suicidio.

*Bárbara Carabias Contreras, Emilia Fernández
Nicolás, Leticia Peris-Mencheta Puch*

Introducción

El desarrollo exponencial de las nuevas tecnologías está determinando importantes modificaciones en el estilo y formas de vida de las personas. Esto incluye un impacto en los comportamientos suicidas. Los programas de prevención del suicidio basados en las nuevas tecnologías de la información y comunicación (Programas PSTIC) buscan proporcionar nuevas perspectivas en este campo.

Objetivos y metodología

Revisión de la evidencia disponible relativa al uso de las nuevas tecnologías en la prevención del suicidio.

Resultados y conclusiones

Los programas PSTIC aportan perspectivas esperanzadoras en el terreno de la prevención del suicidio, por ofrecer ventajas respecto a estrategias menos novedosas, tales como mayor accesibilidad en determinados grupos de población diana. Estudios recientes señalan la necesidad de diseñar protocolos de medición y estandarización de la calidad de los programas interactivos disponibles de prevención de suicidio.

Las repercusiones negativas de las nuevas tecnologías en las conductas suicidas deben tenerse en consideración, con especial atención en grupos de mayor riesgo por su vulnerabilidad, como son los adolescentes. Las directrices éticas propuestas desde el proyecto Eure-

genas (European Regions Enforcing Actions Against Suicide), establecen las bases para lograr herramientas de prevención con un balance ajustado de riesgo-beneficio.

Bibliografía

Lai MH, Maniam T, Chan LF, Ravindran AV. Caught in the web: a review of web-based suicide prevention. *J Med Internet Res*. 2014.

Euregenas (European Regions Enforcing Actions Against Suicide). Directrices Éticas para Programas de Prevención del Suicidio basados en las Nuevas Tecnologías, 2013.

Luxton DD1, June JD, Kinn JT. Technology-based suicide prevention: current applications and future directions. *Telemed J E Health*. 2011.

Durkee T1, Hadlaczky G, Westerlund M, Carli V. Internet pathways in suicidality: a review of the evidence. *Int J Environ Res Public Health*. 2011.

PO-066. Menor Índice de Masa Corporal en suicidio consumado en comparación con controles fallecidos por otra causa.

Eva M^a Barranco Moreno, Ángela Arcenegui Calvo, Diego de la Vega Sánchez,

Introducción

Se ha sugerido la existencia de una relación inversa entre suicidio y el IMC. De este modo, los sujetos que consuman el suicidio tendrían un menor IMC que el de la población de referencia.

Dado que el IMC también se relaciona con el sexo y la edad es necesario tener en cuenta estos factores al realizar los análisis.

Objetivos

Comparar el IMC entre suicidios y controles y comprobar la hipótesis anteriormente enunciada.

Metodología

Se comparó el IMC en una muestra de consecutiva de más de 1197 suicidios y 473 controles.

Resultados

IMC en hombres: <30 años: Suicidio: 25,38; controles: 29,32 ($p=0.03$); 30-49 años: Suicidio: 22,9; controles: 29,91 ($p=ns$); 50-69 años: Suicidio: 26,88; controles: 29,42 ($p<0.001$); >70 años: Suicidio: 27,68; controles: 30,14 ($p<0.001$); IMC en mujeres: <30 años: Suicidio: 24.33; con-

troles: 31.96 ($p=0.056$); 30-49 años: Suicidio: 26,13; controles: 29,6 ($p=0.017$); 50-69 años: Suicidio: 29,43; controles: 32,61 ($p=0.04$); >70 años: Suicidio: 29,34; controles: 32,57 ($p=0.036$);

Conclusión

En nuestra muestra se observa que efectivamente el presentar un menor IMC guarda relación con el suicidio.

Menor índice de masa corporal en suicidio consumado en comparación con controles fallecidos por otra causa

.Eva M^a Barranco Moreno, Ángela Arcenegui Calvo, Diego de la Vega Sánchez, Rocío Martín Andrés, María Blanco Rodríguez, Antonio Rico García, Lucas Giner Jiménez.

Introducción:

Se ha sugerido la existencia de una relación entre el IMC y el suicidio. De esta manera, el IMC de los sujetos que cometen el suicidio sería menor del IMC de otras muertes no naturales (Flaig 2013).

Estudios posteriores han encontrado resultados diversos, en algunos casos sólo se ha podido replicar estos resultados en un subgrupo de los suicidios (como en el estudio de Austin 2014 que encuentra esta asociación en los suicidios por ahorcadura).

Objetivos:

Explorar la posible relación entre el IMC y el suicidio.

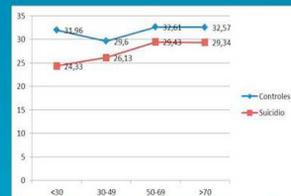
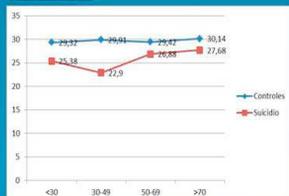
Material y métodos:

Un total de 107 suicidios y 473 muertes no naturales no suicidas recogidas sistemáticamente durante XXX meses en el Instituto de Medicina Legal de Sevilla fueron incluidas en el estudio.

Se registraron la edad, sexo, peso, talla y causa de la muerte. El análisis estadístico se realizó con SSPS v19.0

Edad media		
Grupos de edad	Controles	Suicidios
<30	23 (n=20)	24 (n=118)
30-49	42 (n=118)	40 (n=423)
50-69	59 (n=185)	59 (n=349)
>70	80 (n=150)	79 (n=307)

Resultados



IMC en los varones					
Controles	29,32	29,91	29,42	30,14	
Suicidio	25,38	22,9	26,88	27,68	
Significación	0.03*	0.313	<0.00*	<0.00*	

IMC en las mujeres					
Controles	31,96	29,6	32,61	29,34	
Suicidio	24,33	26,13	29,43	32,57	
Significación (T-student)	0.056	0.017*	0.04*	0.036*	

Discusión:

En nuestro estudio hemos encontrado que los suicidas (de todos los grupos de edad y de ambos sexos) tienen un menor IMC que los controles.

No obstante, la relación entre ambas variables es compleja y no todos los estudios la apoyan. Es más, las relaciones entre depresión, suicidio y sobrepeso apuntan en distintas direcciones.

Cada vez hay más estudios que señalan la existencia de una relación entre la depresión y el sobrepeso, sugiriendo que quizás la "epidemia" de depresión y la de sobrepeso que observamos en las sociedades occidentales guarde cierta relación. Por otro lado, la depresión es un factor de riesgo para el suicidio bien establecido.

Sin embargo, los resultados que aquí presentamos indican sin embargo que los suicidas tenderían a tener menor IMC (menor peso en relación a su talla) que la de los controles.

Entre las limitaciones de nuestro estudio cabe señalar la desigual distribución entre los grupos de edad y la pertenencia al grupo de casos y control.

PO-067. Uso de los servicios de urgencias durante las semanas previas al suicidio

Ángela Arcenegui Calvo, Eva M^a Barranco Moreno, Diego de la Vega Sánchez,

Introducción

Es un hecho constatado en varios estudios que los suicidas suelen acudir con mayor frecuencia a los servicios sanitarios las semanas previas a consumir el suicidio.

Esto puede deberse al empeoramiento de su estado de salud. De este modo, tanto el presentar un trastorno mental como una enfermedad somática se ha asociado a un mayor riesgo de suicidio.

Objetivos

Comparar el uso de los servicios de urgencia que recibieron los suicidas y controles (muertes imprevistas no suicidas) las semanas antes de su fallecimiento.

Material y Métodos

Se analizaron un total de 246 suicidios consumados y 110 controles de la provincia de Sevilla.

Resultados

Los controles realizaron un total de 80 visitas a urgencias, de las cuales 9 (11,25%) fueron psiquiátricas. Por el contrario, los suicidas hicieron 192 consultas a urgencias de las cuales 86 (44,79%) fueron psiquiátricas.

Al estratificar los resultados por edad se observa que tanto en los controles como en los suicidas a mayor edad se producen más urgencias médico-quirúrgicas y que el grueso de las urgencias psiquiátricas se realizan de los 30 a los 50 años.

En el caso de los suicidas se observa que hay un mayor uso de los servicios de urgencia por motivos psiquiátricos hasta las últimas décadas de la vida, en el que el uso de la urgencias se debe más a motivos somáticos.

Conclusiones

- Aunque tanto la enfermedad mental como la orgánica se hayan asociado al suicidio, el peso relativo de estos factores se ve influenciado por la edad.

- De este modo en la tercera edad es la enfermedad orgánica la que más se asocia con el suicidio mientras que en edades más jóvenes es la enfermedad mental la que más se asocia al suicidio.



Uso de los servicios de urgencias durante las semanas previas al suicidio

Ángela Arcenegui Calvo, Eva M^a Barranco Moreno, Diego de la Vega Sánchez, Ana Sánchez Gómez, José Luis Laborda Gálvez, Lucía Rodríguez González, Lucas Giner Jiménez.

Introducción

Es un hecho constatado en varios estudios que los suicidas suelen acudir con mayor frecuencia a los servicios sanitarios las semanas previas a consumir el suicidio.

Esto puede deberse al empeoramiento de su estado de salud. De este modo, tanto el presentar un trastorno mental como una enfermedad somática se ha asociado a un mayor riesgo de suicidio.

Objetivos:

Comparar el uso de los servicios de urgencia que recibieron los suicidas y controles (muertes imprevistas no suicidas) las semanas antes de su fallecimiento.

Material y Métodos

Se analizaron un total de 246 suicidios consumados y 110 controles de la provincia de Sevilla.

Resultados

Los controles realizaron un total de 80 visitas a urgencias, de las cuales 9 (11,25%) fueron psiquiátricas. Por el contrario, los suicidas hicieron 192 consultas a urgencias de las cuales 86 (44,79%) fueron psiquiátricas.

Al estratificar los resultados por edad se observa que tanto en los controles como en los suicidas a mayor edad se producen más urgencias médico-quirúrgicas y que el grueso de las urgencias psiquiátricas se realizan de los 30 a los 50 años.

En el caso de los suicidas se observa que hay un mayor uso de los servicios de urgencia por motivos psiquiátricos hasta las últimas décadas de la vida, en el que el uso de la urgencias se debe más a motivos somáticos.



Controles	<30	30-49	50-69	>70
Médico-Quirúrgica	100%	78,26%	85,18%	100%
Psiquiátrica	0%	21,73%	14,81%	0%

Suicidas	<30	30-49	50-69	>70
Médico-Quirúrgica	54,17	42,03	49,06	82,61
Psiquiátrica	45,83	57,97	50,94	17,39

Conclusiones

→ Aunque tanto la enfermedad mental como la orgánica se hayan asociado al suicidio, el peso relativo de estos factores se ve influenciado por la edad.

→ De este modo en la tercera edad es la enfermedad orgánica la que más se asocia con el suicidio mientras que en edades más jóvenes es la enfermedad mental la que más se asocia al suicidio.

PO-068. Análisis de la atención ambulatoria tras un intento autolítico en la provincia de Huelva.

Sandra Fernández, María Reina, Diego de la Vega Sánchez.

Objetivo

Estudiar el seguimiento que reciben los pacientes atendidos en el Hospital Juan Ramón Jiménez por un intento de suicidio.

Métodos

Estudiamos una muestra de 159 pacientes, recogidos durante el periodo comprendido desde Enero de 2014 a Junio de 2014.

Resultados

El resultado del análisis de los datos nos determinó que los pacientes con mayores intentos autolíticos eran mujeres, con un porcentaje de 70,4% con respecto a los hombres de 29,6% de los hombres.

Tras la primera valoración urgente psiquiátrica en el Hospital Juan Ramón Jiménez, sólo el 42,8% de los casos eran derivados a los respectivos Equipos de Salud Mental de Zona. De estos, de los pacientes que sí son derivados tras un intento autolítico, se detecta que un 34% de los derivados desde urgencias psiquiátricas sí llegan a acudir al equipo de salud mental, mientras que el 66% ni siquiera acuden a esa primera cita. Respecto al seguimiento posterior. Un 13,8 % los pacientes que lo abandonan de forma unilateral.

Conclusiones

-En el presenta trabajo hemos reflejado que existe un importante problema respecto a la atención que reciben los pacientes con conductas suicidas en nuestro medio, ya que muy pocos de los que realizan un intento llegan a realizar un seguimiento adecuado.

-La adecuada atención ambulatoria de un paciente con un intento autolítico es una medida eficaz para disminuir esta conducta y así evitar la repetición e incluso la consumación del suicidio.

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA TRÁS UN INTENTO AUTOLÍTICO EN LA PROVINCIA DE HUELVA

Autores: Sandra Fernández León, María Reina Domínguez, Diego de la Vega Sánchez

INTRODUCCIÓN

El suicidio representa un grave problema de Salud Pública. Se estima que causa casi un millón de muertes anuales en todo el mundo y es la décima causa de muerte en Europa. En España se suicidan una media de nueve personas al día, originando una gran repercusión social y económica para el sistema sanitario, así como un enorme impacto en las vidas de las personas que les rodean.

La presencia de intentos de suicidio previos es uno de los factores de riesgo más importantes para el suicidio consumado.

OBJETIVO

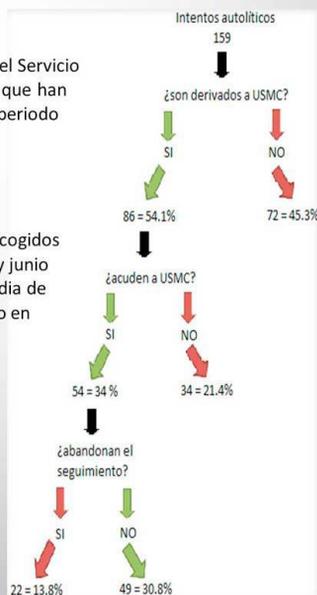
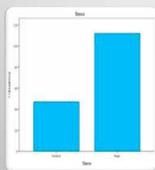
Estudiar el seguimiento ambulatorio que reciben los pacientes, sin seguimiento psiquiátrico previo, atendidos en el Hospital Juan Ramón Jiménez tras un intento de suicidio.

MÉTODO

Revisamos las intervenciones psiquiátricas en el Servicio de urgencias de nuestro hospital en pacientes que han llevado a cabo conductas suicidas durante un periodo de 6 meses. Posteriormente comprobamos el Seguimiento que han recibido en los E.S.M.C.

RESULTADOS

Estudiamos una muestra de **159 pacientes**, recogidos durante el periodo comprendido entre enero y junio de 2014. La población atendida es de una media de **39 años**, tanto en el caso de los hombre, como en el de las mujeres.



CONCLUSIONES

- La adecuada atención ambulatoria de un paciente tras un intento autolítico es una medida eficaz para disminuir esta conducta y evitar la repetición e incluso la consumación del suicidio
- Tan solo el **30.8%** de nuestros pacientes recibe un adecuado seguimiento tras haber realizado un gesto suicida.

PO-069. Ciberacosad@s.

*Koren Preckler Peña, María Palomo Monge,
David Gimeno Montes, Beatriz Lara de Lucas,
Rosa Rodríguez Pindado, Rubén Ochoa Blanco,
Carmen Camuñas de la Calle*

Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica acerca del uso de TIC en niños en edad escolar y, dentro de éstas más concretamente, del ciberacoso.

Metodología

Búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed de revisiones sistemáticas publicadas en los últimos diez años en revistas de impacto y estudio de artículos citados en éstas.

Resultados

Las tasas de incidencia directa de ciberacoso son llamativas, aunque reducidas, en comparación con otros fenómenos (sexting, grooming, phishing...). Aunque el ciberacoso no es la amenaza más frecuente, es la que entraña mayor riesgo de síntomas depresivos y conducta suicida.

Es menor el porcentaje de escolares que afirma haber recibido llamadas o mensajes de compañeros con insultos o amenazas a través del móvil, que los que se confiesan autores.

Conclusiones

El ciberacoso constituye un fenómeno reciente que afecta fundamentalmente a adolescentes. Su creciente in-

ciencia y repercusión clínica hacen necesaria una adecuada formación sanitaria, ya que las características singulares de este fenómeno requerirán un adecuado trabajo multidisciplinar y una correcta coordinación familiar, escolar, sanitaria y judicial.

Bibliografía

- Observatorio de la Seguridad de la Información. Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (INTECO). Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por niños y adolescentes y e-confianza de sus padres.
- Fierro Urturi A, Esther Vázquez Fernández M, Alfaro González M, Muñoz Moreno M.F, Rodríguez Molinero L, et al. Los adolescentes ante las Nuevas Tecnologías ¿Beneficio o Perjuicio? Boletín Pediatría. 2013; 224(3): 117-8.

CIBERACOSAD@S

AUTORES: Koren Preckler Peña, María Palomo Monge, David Gimeno Montes, Beatriz Lara de Lucas, Rosa Rodríguez Pindado, Rubén Ochoa Blanco y Carmen Camuñas de la Calle.

INTRODUCCIÓN:

Los menores han nacido en la era de las TIC (Tecnologías de Información y Comunicación), haciendo uso de ellas desde edades muy tempranas. En este contexto social, el ciberacoso surge como el uso de estos medios con el fin de acosar a un individuo o grupo por medio de ataques personales u otros.

Los perfiles que participan en esta acción, son, por lo general, los mismos que en el caso del acoso físico:

- El acosador
- La víctima
- Los espectadores (se pueden convertir en alentadores, denunciadores o sujetos pasivos).

OBJETIVOS: Realizar una revisión bibliográfica acerca del uso de TIC en niños en edad escolar y, dentro de éstas más concretamente, del ciberacoso.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed de revisiones sistemáticas publicadas en los últimos diez años en revistas de impacto y estudio de artículos citados en éstas.

RESULTADOS: Las tasas de incidencia directa de ciberacoso pasivo (5,9%) y activo (2,9%) son llamativas, aunque reducidas en comparación con otras incidencias que sufren los menores en relación con las TIC (riesgos técnicos, pérdida de privacidad, el acceso a contenidos inapropiados, fraudes económicos, etc.).

En el caso de adultos que se hacen pasar por niños las tasas son del orden del 60%. Resulta destacable el mayor nivel de conocimiento por parte de los padres del ciberacoso pasivo (ser insultado) con una tasa del 50% que su contraparte activa (insultar) en torno al 30%.

CONCLUSIONES: El ciberacoso constituye un fenómeno reciente que afecta fundamentalmente a adolescentes. Su creciente incidencia y repercusión clínica hacen necesaria una adecuada formación sanitaria, ya que las características singulares de este fenómeno requerirán un adecuado trabajo multidisciplinar y una correcta coordinación familiar, escolar, sanitaria y judicial.

El ciberacoso es en sí mismo un nuevo modelo de acoso que exige una valoración y análisis radicalmente diferente a otros tipos de acoso. Es por lo tanto imprescindible acometer por parte de la legislación, las reformas necesarias para dar cabida a todos aquellos nuevos fenómenos que se están generando por el uso intensivo de Internet por los menores: cyberbullying, sexting, happy slapping,...etc

BIBLIOGRAFÍA:

1. Observatorio de la Seguridad de la Información. Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (INTECO). Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por niños y adolescentes y e-confianza de sus padres.
2. Guía de actuación contra el ciberacoso. Ministerio de Industria, Energía y Turismo.
3. Álvarez-García, D., Núñez, J.C., Álvarez, L., Dobarro, A., Rodríguez, C., y González-Castro, P. (2011). Violencia a través de las tecnologías de la información y la comunicación en estudiantes de secundaria. *Anales de Psicología*, 27(1), 221

PO-070. Amigos peligrosos.

Silvia Cañas Fraile, Alicia Gómez Peinado, Paloma Cano Ruiz.

Introducción

El consumo de sustancias adictivas es común entre las personas con el diagnóstico de trastorno bipolar.

Además, el alcoholismo y el trastorno bipolar coexisten con una alta frecuencia. Esta asociación es mayor en hombres que en mujeres, y dicho consumo es el factor que con más fuerza influye en la hospitalización.

Objetivos

Analizar las características clínicas, epidemiológicas, abordaje diagnóstico y evolución del trastorno bipolar y alcoholismo.

Resultados

Las fases de manía se asocian al consumo de alcohol hasta en el 40% de los casos y son más frecuentes en esta fase que en la depresiva. Esta asociación es mayor que la que ocurre entre el alcoholismo y la esquizofrenia o la depresión. Pacientes con trastorno bipolar que padecen estados mixtos e irritativos y aquellos con ciclos rápidos presentan una prevalencia de consumo de alcohol y consumo de sustancias superior a la de aquellos que no las consumen. Asimismo se ha observado que el consumo de alcohol, y consumo de sustancias, puede cambiar los síntomas de manía y convertirlos en síntomas de un estado mixto. Se afirma también que los ciclos rápidos pueden estar precipitados por el consumo aumentado de alcohol, durante el proceso de giro de la manía a la depresión.

Conclusiones

La asociación del trastorno bipolar con las conductas adictivas constituye un factor que empeora el pronóstico y la comorbilidad alcohólica por sí misma se asocia a un mal pronóstico. Es muy importante el seguimiento estrecho de los pacientes bipolares y muy especialmente de los que consumen alcohol.

Bibliografía

- E. Medina, H. Molina, S. Sánchez. Efecto del consumo de alcohol en la evolución del paciente bipolar. *Rev peru med exp salud publica*. 2008; 25(3):279-84.
- Tohen M, Greenfield SF, Weiss RD, Zarate. The effect of comorbid substance use disorders on the course of bipolar disorder: a review. *Harv rev psychiatry*. 1998; 6(3): 133-41.

VI ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA



conducta suicida
Sevilla, 17 y 18 de Abril 2015

“AMIGOS PELIGROSOS”

S. Cañas, A. Gómez, P. Cano

Servicio de Psiquiatría

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete



COMPLEJO
HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO
DE ALBACETE

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias adictivas es común entre las personas con el diagnóstico de trastorno bipolar. Además, el alcoholismo y el trastorno bipolar coexisten con una alta frecuencia. Esta asociación es mayor en hombres que en mujeres, y dicho consumo es el factor que con más fuerza influye en la hospitalización.

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas, epidemiológicas, abordaje diagnóstico y evolución del trastorno bipolar y alcoholismo.

Comorbilidad en el trastorno bipolar

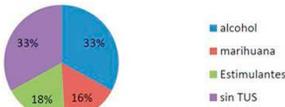


Figura 1: Porcentajes consumo sustancias en trastorno bipolar

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la temática y artículos recientes sobre alcoholismo en el trastorno bipolar.

RESULTADOS

Las fases de manía se asocian al consumo de alcohol hasta en el 40% de los casos y son más frecuentes en esta fase que en la depresiva. Pacientes con trastorno bipolar que padecen estados mixtos e irritativos y aquellos con ciclos rápidos presentan una prevalencia de consumo de alcohol y consumo de sustancias superior a la de aquellos que no las consumen. El consumo de alcohol, y consumo de sustancias, puede cambiar los síntomas de manía y convertirlos en síntomas de un estado mixto. Los ciclos rápidos pueden estar precipitados por el consumo aumentado de alcohol, durante el proceso de giro de la manía a la depresión.

CONCLUSIONES

La asociación del trastorno bipolar con las conductas adictivas constituye un factor que empeora el pronóstico y la comorbilidad alcohólica por sí misma se asocia a un mal pronóstico. Es muy importante el seguimiento estrecho de los pacientes bipolares y muy especialmente de los que consumen alcohol.



Referencias:

- E. Medina, H. Molina, S. Sánchez. Efecto del consumo de alcohol en la evolución del paciente bipolar. Rev peru med exp salud pública. 2008; 25(3): 279-84.
- Tohen M, Greenfield SF, Welts RD, Zarate. The effect of comorbid substance use disorders on the course of bipolar disorder: a review. Harv rev psychiatry. 1998; 6(3): 133-41.

PO-071. Paliperidona oral en el tratamiento de síntomas psicóticos en mayores de 65 años.

*Alfonso Herruzo Rivas, Lucía Pacheco Muñoz,
José María Mongil Sanjuan*

Introducción

Paliperidona en la actualidad tiene indicación en el tratamiento de la esquizofrenia. Adicionalmente existe cada vez más evidencia respecto a su eficacia en otros trastornos psiquiátricos, también en pacientes de edad avanzada. Dadas las características farmacocinéticas de la población anciana y la alta frecuencia de pacientes polimedcados con el consiguiente riesgo de aparición de interacciones farmacológicas, planteamos el uso de Paliperidona como opción terapéutica en este grupo de pacientes.

Objetivo y métodos

Incluimos a 15 pacientes ambulatorios mayores de 65 años atendidos en la USMC Villamartín, a los que se prescribió por primera vez Paliperidona oral en dosis variable para el tratamiento de síntomas psicóticos, manteniendo invariables los tratamientos concomitantes. Los pacientes fueron valorados con una escala de impresión clínica global en la primera consulta y a los tres meses. Se recogieron detalladamente los efectos secundarios según la descripción de la ficha técnica y la continuidad de tratamiento a los seis meses.

Resultado

Se evaluaron 4 pacientes con diagnóstico de trastorno delirante, 3 con trastorno depresivo mayor, y 8 con

diagnóstico de demencia y presencia de síntomas psicóticos asociados. Se encontró una mejoría sintomática significativa en prácticamente todos los pacientes, con una dosis que osciló entre los 3 y 12 mg de Paliperidona diarios. No se encontraron efectos adversos importantes.

Conclusiones

En esta serie de 15 casos, la Paliperidona oral en dosis generalmente de 3-9 mg/día se muestra como un tratamiento eficaz, seguro y bien tolerado para el tratamiento de síntomas psicóticos en pacientes ancianos.

Bibliografía

Tzimos A, Samokhvalov V, Kramer M, Ford L, Gassmann-Mayer C, Lim P, Eerdeken M. Safety and tolerability of oral paliperidone extended-release tablets in elderly patients with schizophrenia: a double-blind, placebo-controlled study with six-month open-label extension. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008 Jan;16(1):31-43.

Paliperidona oral en el tratamiento de síntomas psicóticos en mayores de 65 años

Herruzo Rivas, A**; Pacheco Muñoz, L** ; Mongil Sanjuán, JM*
*FEA-Psiquiatría USMC Villamartín (UGC Salud mental del H. Jerez de la Frontera)
**MIR-Psiquiatría UGC Salud mental del H. Jerez de la Frontera

INTRODUCCIÓN

Paliperidona en la actualidad tiene indicación en el tratamiento de la esquizofrenia. Adicionalmente existe cada vez más evidencia respecto a su eficacia en otros trastornos psiquiátricos, también en pacientes de edad avanzada.

Dadas las características farmacocinéticas de la población anciana y la alta frecuencia de pacientes polimedificados, con el consiguiente riesgo de aparición de interacciones farmacológicas, planteamos el uso de Paliperidona como opción terapéutica en este grupo de pacientes.



OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es analizar la seguridad y eficacia de Paliperidona oral en pacientes de edad avanzada con presencia de sintomatología psicótica

MATERIAL Y MÉTODO

Incluimos a 15 pacientes ambulatorios mayores de 65 años atendidos en la USMC Villamartín, a los que se prescribió por primera vez Paliperidona oral en dosis variable para el tratamiento de síntomas psicóticos, manteniendo invariables los tratamientos concomitantes. Los pacientes fueron valorados con una escala de impresión clínica global (CGI) en la primera consulta y a los tres meses. Se recogieron detalladamente los efectos secundarios según la descripción de la ficha técnica mediante la escala UKU, y la continuidad de tratamiento a los seis meses.

Distribución por sexo



Distribución por diagnóstico



Distribución por dosis



La edad media de los pacientes analizados fue de 74,33 años y la dosis media utilizada fue de 5,8 mg diarios.

La gravedad de los cuadros clínicos medida por la CGI fue de 5,8 puntos de media previa al inicio del tratamiento.

Tras tres meses de tratamiento se reevaluó a los pacientes obteniendo una puntuación media en la escala CGI de gravedad de 2,27 puntos.

Los efectos adversos más frecuentes registrados en la escala UKU fueron sedación y somnolencia leves. El tratamiento fue bien tolerado en general y solo fue necesaria su retirada en un caso por aparecer acatisia que no respondió al ajuste de dosis.

RESULTADOS

Se evaluaron 4 pacientes con diagnóstico de trastorno delirante, 3 con trastorno depresivo mayor, y 8 con diagnóstico de demencia y presencia de síntomas psicóticos asociados. Se encontró una mejoría sintomática significativa en prácticamente todos los pacientes, con una dosis que osciló entre los 3 y 12 mg de Paliperidona diarios. No se encontraron efectos adversos importantes.

CONCLUSIONES

En esta serie de 15 casos, la Paliperidona oral en dosis generalmente de 3-9 mg/día se muestra como un tratamiento eficaz, seguro y bien tolerado para el tratamiento de síntomas psicóticos en pacientes ancianos.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.Tzmos A, Samokhvalov V, Kramer M, Ford L, Gessmann-Mayer C, Lim P, Eerdeken M. Safety and tolerability of oral paliperidone extended-release tablets in elderly patients with schizophrenia: a double-blind, placebo-controlled study with six-month open-label extension. Am J Geriatr Psychiatry 2008 Jan;16(1):31-43
- 2.Madhusoodanan S, Zaveri D. Paliperidone use in the elderly. Curr Drug Saf. 2010 Apr;5(2):149-52.

PO-072. El papel de la inflamación en la depresión mayor y la acción de los antidepresivos.

Nieves Casas Barquero, Samuel Leopoldo Romero Guillena, Elísabet Alcocer-Gómez, Beatriz Mata Sáenz, Mario David Cordero Morales

Introducción

Se han relacionado las vías proinflamatorias, reguladas por los inflamasomas, con la patofisiología de la depresión mayor y se subraya el efecto antiinflamatorio de algunos antidepresivos.

Objetivos

1. Nuestro objetivo es comprobar la asociación entre las interleucinas-1 β y 18 y el trastorno depresivo mayor y analizar la influencia del tratamiento con amitriptilina en el proceso inflamatorio. Para ello realizamos un estudio con: 20 controles sanos, 20 pacientes con trastorno depresivo mayor en tratamiento con amitriptilina y 20 sin tratamiento con este fármaco, midiendo los niveles en el suero de ambas interleucinas.

2. Como objetivo secundario queremos determinar el papel de la amitriptilina en relación con la disfunción mitocondrial, determinando los niveles de ATP y coenzima Q10, la peroxidación lipídica y la actividad de la citrato sintasa en los participantes.

Resultados

Encontramos una correlación positiva entre la puntuación en el Inventario de Depresión de Beck y los niveles

de interleucinas 1β y 18. Siendo menores en controles que en participantes sin tratamiento pero descendiendo con el tratamiento.

El grupo sin tratamiento muestra un descenso de los niveles de coenzima Q10 y ATP y de la actividad de la citrato sintasa respecto al control, que descienden más con el tratamiento. La peroxidación lipídica se ve aumentada en el grupo en tratamiento con amitriptilina respecto al resto.

Conclusiones

Existe relación entre los inflamasomas y diferentes componentes de la cadena inflamatoria y la depresión así como con enfermedades sistémicas comórbidas, actuando a este nivel la amitriptilina. Sin embargo, la afectación de la función mitocondrial, agravada en los pacientes en tratamiento con amitriptilina, nos refleja los efectos tóxicos de este fármaco.

Bibliografía

Bajpai A, Verma AK, Srivastava M, Srivastava R. Oxidative stress and major depression. *J Clin Diagn Res*, 2014 ;8(12):CC04-CC07.

EL PAPEL DE LA INFLAMACIÓN EN LA DEPRESIÓN MAYOR Y LA ACCIÓN DE LOS ANTIDEPRESIVOS

Casas Barquero N¹, Romero Guillena SL¹, Alcocer-Gómez E², Mata Sáenz B³, Cordero MD⁴

¹ FEA Psiquiatría UGC Salud Mental HUV Macarena

² Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos, Facultad de Psicología, Sevilla

³ MIR Psiquiatría UGC Salud Mental HUV Macarena

PO-072

⁴ Laboratorio de Investigación de la Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

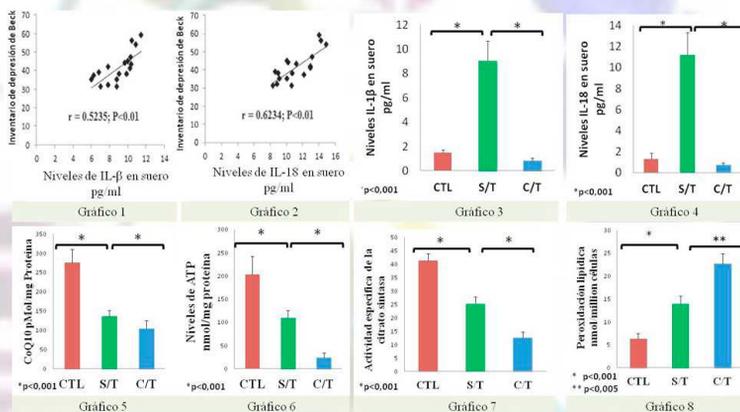
Se han relacionado las vías proinflamatorias con la fisiopatología de la depresión mayor, con un aumento en los niveles de las citoquinas inflamatorias, como las interleucinas 1 β o 18. Se subraya por ello el efecto de fármacos antiinflamatorios en la depresión o el propio efecto antiinflamatorio de algunos antidepressivos. La regulación de las IL-1 β y 18 depende de la caspasa-1 y con ello del funcionamiento de los inflammasomas, influidos a su vez por las alteraciones de las mitocondrias (evidenciables a partir de bajos niveles de ATP o de la coenzima Q10).

OBJETIVOS

- **Objetivo principal:** comprobar la asociación entre las interleucinas-1 β y 18 y el trastorno depresivo mayor y analizar la influencia del tratamiento con amitriptilina en el proceso inflamatorio. Para ello realizamos un estudio con: 20 controles sanos (CTL), 20 pacientes con trastorno depresivo mayor en tratamiento con amitriptilina (C/T) y 20 sin tratamiento con este fármaco (S/T), midiendo los niveles en el suero de ambas interleucinas.

- **Objetivo secundario:** determinar el papel de la amitriptilina en relación con la disfunción mitocondrial, determinando los niveles de coenzima Q10, la peroxidación lipídica y la actividad de la citrato sintasa en los participantes.

RESULTADOS



A) Existe una correlación moderada y directa entre la puntuación en el Inventario de Depresión de Beck y los niveles en suero de IL-1 β y 18 [Gráficas 1 y 2].

B) Niveles de IL-1 β y 18: El grupo sin tratamiento con amitriptilina presenta significativamente niveles mayores de IL-1 β y 18 que el grupo control y el grupo con amitriptilina ($p < 0.001$) [Gráficas 3 y 4].

C) Niveles de coenzima Q10: El grupo sin tratamiento con amitriptilina presenta niveles significativamente menores que el grupo control y significativamente mayores que el grupo con amitriptilina ($p < 0.001$) [Gráfica 5].

D) Niveles de ATP y la actividad de la citrato sintasa: el grupo sin tratamiento con amitriptilina presenta niveles de ATP y citrato sintasa significativamente menores que el grupo control y significativamente mayores que el que recibe tratamiento con amitriptilina ($p < 0.001$) [Gráficas 6 y 7].

E) Peroxidación lipídica: La peroxidación lipídica es significativamente mayor en el grupo que no recibe tratamiento con amitriptilina en comparación con el control ($p < 0.001$) y significativamente menor en comparación con los que están en tratamiento con amitriptilina ($p < 0.005$) [Gráfica 8].

CONCLUSIONES

Existe relación entre los inflammasomas y la depresión, con acción de la amitriptilina. Sin embargo, la afectación de la función mitocondrial, agravada en los pacientes en tratamiento con amitriptilina, nos refleja los efectos tóxicos de este fármaco.

REFERENCIA Bajpai A, Verma AK, Srivastava M, Srivastava R. Oxidative stress and major depression. J Clin Diagn Res, 2014;8(12):CC04-CC07

PO-073. Eficacia de paliperidona oral en depresión refractaria.

Rebeca Ojea Quintela, María Martín García, María Luisa Herráiz Serrano, Isabel Hidalgo Rodrigo.

Introducción

El objetivo de este estudio es valorar el efecto de Paliperidona a dosis bajas como potenciador del tratamiento antidepressivo previo, en pacientes con depresión refractaria o resistente.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, de pacientes tratados de forma concomitante con Paliperidona LP y un antidepressivo ISRS o ISRSN entre Julio y Octubre de 2014.

Se seleccionaron 9 pacientes con depresión resistente que habían sido tratados con, al menos, dos antidepressivos distintos a dosis y tiempo óptimos, añadiendo Paliperidona LP a dosis de 3mg al día, al último antidepressivo pautado.

Las variables recogidas fueron: edad, diagnóstico, fármacos y posología, puntuación en Escala Hamilton para la Depresión y puntuación en Escala de Impresión Clínica Global (CGI-SI y CGI-Gi), tanto pre como post-tratamiento con Paliperidona, con una diferencia de 6 semanas entre dichas valoraciones.

Resultados

En los resultados del análisis en estos 9 pacientes, se evidencia una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) de los valores de la Escala Hamilton de Depresión entre la aplicación de la misma previa y posterior al tratamiento, evidenciándose mejoría del grado de depresión. Así mismo, en la comparación de la gravedad de la enfermedad (CGI-SI) se evidencia una disminución de la media de los valores post-tratamiento respecto al pretratamiento, resultando estadísticamente significativa ($p = 0.002$). El grado de mejoría global (CGI-GI) aumenta tras la adicción de Paliperidona, también con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

Conclusiones

Se concluye que la adición de Paliperidona LP en los pacientes del estudio ha resultado clínicamente eficaz en la mejoría de la depresión. Dado que se trata de una muestra pequeña, no es posible extrapolar los resultados a la población general. Es necesario realizar valoraciones de estos mismos pacientes a lo largo de visitas sucesivas y estudios similares en poblaciones con mayor número de sujetos para confirmar la eficacia.

PO-073 Eficacia de Paliperidona Oral en Depresión Refractaria

R. Ojea Quintela*, M. Martín García**, M. Herráiz Serrano***, I. Hidalgo Rodrigo**
 CSM Collado-Villalba*, H. U. Puerta de Hierro**, Fundación Jiménez Díaz***

INTRODUCCIÓN

Entre un 30 y un 40 % de los pacientes tratados con antidepresivos no responden a un primer tratamiento y entre un 5% y un 10% no responden a los siguientes tratamientos. Se denomina depresión refractaria a un episodio depresivo que no ha mostrado una mejoría suficiente después del tratamiento con un fármaco de actividad antidepresiva contrastada, a dosis suficientes y durante un tiempo adecuado. Thase y Rush sugieren la estratificación de la resistencia en 5 niveles, un primer nivel sería la no respuesta a un ensayo adecuado con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN), un segundo nivel sería el nivel 1 más no respuesta a un antidepresivo de otra familia, el nivel 3 sería el nivel 2 más no respuesta a un antidepresivo tricíclico (ADT), el nivel 4 sería el nivel 3 más no respuesta a inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs) y finalmente el nivel 5 sería el nivel 4 más la no respuesta a terapia electroconvulsiva (TEC).

Los pacientes del estudio presentado, cumplen criterios de resistencia para el segundo nivel.

Paliperidona, es un antipsicótico atípico con potente antagonismo 5HT_{2a} que permite, tras la adición de un ISRS, que el exceso de serotonina aplicado en la hendidura sináptica se focalice hacia el resto de receptores serotoninérgicos, entre ellos el receptor 5HT_{1a}, implicado en el efecto antidepresivo. Esto permite, en teoría, la utilización de dosis más bajas, con menos efectos adversos y un aumento en la eficacia de dosis más elevadas.

El objetivo de este estudio es valorar el efecto de Paliperidona a dosis bajas como potenciador del tratamiento antidepresivo previo, en pacientes con depresión refractaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, de pacientes tratados entre Julio y Octubre de 2014.

Se seleccionaron 9 pacientes con depresión resistente que han sido tratados con, al menos, dos antidepresivos distintos, a dosis y tiempo óptimos, añadiendo Paliperidona LP a dosis de 3mg al día, al último tratamiento antidepresivo pautado (ADP actual).

Las variables recogidas fueron: edad, diagnóstico, fármacos y posología, puntuación en Escala Hamilton para la Depresión pre y post-tratamiento y puntuación en Escala de Impresión Clínica Global en sus dos subescalas (CGI-SI para Gravedad de la enfermedad y CGI-GI para Mejoría Global respecto a tratamiento previo), tanto pre como post-tratamiento con Paliperidona. El tiempo entre la primera (pre-tratamiento) y la segunda visita (post-tratamiento) era de 6 semanas.

Se realizó el análisis estadístico de los datos usando SPSS versión 20.0 para Windows. Las pruebas estadísticas comprendieron estadística descriptiva y análisis comparativo de las escalas mediante t -student para muestras relacionadas.

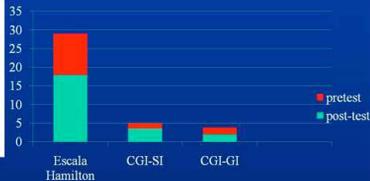
RESULTADOS

De los 9 pacientes de la muestra, 7 eran mujeres (f=0.77; dt=0.44); 2 de los 9 pacientes presentaban antecedentes de depresión recurrente (f=0.2; dt=0.44); 5 de los pacientes presentaban episodios depresivos graves (f=0.55; dt=0.52), y 4 presentaban episodios depresivos moderados o moderados/graves (f=0.44; dt=0.52).

Del análisis estadístico de las escalas aplicadas antes y después del tratamiento con Paliperidona LP, se deducen los siguientes datos (Tabla 1).

Tabla 1: Valoración pre y post instauración de tratamiento con palmitato de paliperidona

	n	media ±sd pre-test	media±sd post-test	media±sd diferencia V1/V2	t-student	p
Hamilton	9	29±3.08	18±4.41	11.3±3.7	9.2	<0.001
CGI-SI	9	5±0.97	3.6±0.86	1.55±1	4.6	0.002
CGI-GI	9	3.9±0.33	2±1	1.88±0.9	6.1	<0.001



CONCLUSIONES

De los resultados del análisis en estos 9 pacientes, se aprecia una diferencia estadísticamente significativa (p<0.001) de los valores de la Escala Hamilton de Depresión entre la aplicación de la misma previa y posterior al tratamiento, evidenciándose mejoría del grado de depresión.

Asimismo, en la comparación respecto a la gravedad de la enfermedad (CGI-SI) se evidencia una disminución de la media de los valores postratamiento respecto al pretratamiento, resultando estadísticamente significativo (p=0.002). En la comparación del grado de mejoría global (CGI-GI) entre el cambio de antidepresivo (pretratamiento) y la adición de Paliperidona al segundo antidepresivo pautado (postratamiento), se evidencia mayor grado de mejoría en esta segunda, con una diferencia estadísticamente significativa (p<0.001).

Se concluye que la adición de Paliperidona LP en los pacientes del estudio ha resultado clínicamente eficaz en la mejoría de la depresión. Dado que se trata de una muestra pequeña, no es posible extrapolar los resultados a la población general. Es necesario realizar valoraciones de estos mismos pacientes a lo largo de visitas sucesivas y estudios similares en poblaciones con mayor número de sujetos para confirmar la eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Panzario P Jr. The costs of depression: direct and indirect: treatment versus nontreatment. J Clin Psychiatry 1998;59(supl 20):11-14.
- (2) Thase ME, Rush AJ. When at first you don't succeed: Sequential strategies for antidepressant non-responders. J Clin Psychiatry 1997;58(Supl 13):23-29.

PO-074. Síndrome de Capgras: modelos etiológicos.

*Nuria Núñez Morales, Marta Zubia Martín,
Oriol Porta Olivares.*

Introducción

El Síndrome de Capgras (SC) es un trastorno psiquiátrico que consiste en la no identificación de personas familiares, afirmando diferencias imaginarias y creyendo que las personas reales han sido reemplazadas por un doble, un impostor casi idéntico. El síndrome o mal de Capgras es el más frecuente de los Síndromes de Falsa Identificación Delirante (SFID), entre los que se reconoce el síndrome de Capgras o Ilusión de Sosias, síndrome de Frégoli, síndrome de intermorfosis y el de dobles subjetivos. Son numerosas las hipótesis etiopatogénicas que ha generado este síndrome.

Objetivos

Presentar las características del Síndrome de Capgras y revisar las teorías etiológicas asociadas al mismo (modelos cognitivos, modelos neuropsiquiátricos y modelos psicológicos), que se discutirán.

Resultados

En la actualidad, sigue sin explicarse satisfactoriamente la etiopatogenia del SC aunque se han propuesto diversos e interesantes modelos que tratan de explicar algunos aspectos de las diferentes perspectivas teóricas.

Conclusiones

La etiología del delirio de Capgras implica la consideración conjunta de datos clínicos, neuropsiquiátricos y neuropsicológicos integrados con los diversos modelos teóricos.

Bibliografía

Delirio de Capgras: una revisión de las teorías etiológicas. Agustín Madoz-Gúrpide, Rosalía Hillers-Rodríguez. Aspectos neuropsicológicos, clínicos y sociales de dos casos de síndrome de Capgras. Lucía Gallego, Susana Vázquez, José C. Peláez, Juan J. López-Ibor.



SÍNDROME DE CAPGRAS: MODELOS ETIOLÓGICOS

Autores: Nuria Núñez, Marta Zubia, Oriol Porta

Hospital Santiago Apóstol de Vitoria. Servicio de Psiquiatría

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Capgras (SC) es un trastorno psiquiátrico que consiste en la no identificación de personas familiares, creyendo que las personas reales han sido reemplazadas por un doble, un impostor casi idéntico. Es el más frecuente de los Síndromes de Falsa Identificación Delirante (SFID), entre los que se también el síndrome de Fregoli, síndrome de intermorfosis y el de dobles subjetivos.

Esta condición no es en realidad una enfermedad paranoide específica y no aparece como tal en el *dic-10* (clasificación internacional de enfermedades, décima versión) ni en el *DSM-V* (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Se describe separadamente por manifestar ciertas características sintomáticas que pueden aparecer a manera de fenómeno único o acompañar varios tipos de psicosis.

Hoy en día, a la sombra de otras patologías más comunes, el SC permanece como uno de los casos menos frecuentes dentro del mundo de la psiquiatría. Los casos que se relacionan a esta patología son escasos, y poco se ha hecho, en relación a otros síndromes, para investigar sus causas, siendo numerosas las hipótesis etiopatogénicas que ha generado.

DIFERENCIAS CLÍNICAS EN LA PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DE CAPGRAS

	Esquizofrenia	Trastornos orgánicos
Edad de presentación	Edades jóvenes	Edades tardías
Sintomatología psiquiátrica premorbidia	Frecuente	Infrecuente o clínica paranoide
Deterioro cognitivo	Menor	Mayor
Inicio del cuadro	Insidioso	Más brusco
Síntomas paranoides	Más frecuentes	Menos frecuentes
Consistencia de la creencia delirante	Menor y fluctuante	Menor y fluctuante
Elaboración del delirio	Mayor	Menor
Concurrencia con otros DMS	Menor	Mayor
Reacción hacia el 'doble'	Hostilidad	Menos hostilidad, más adaptabilidad

MODELOS ETIOLÓGICOS

MODELOS COGNITIVOS	MODELOS NEUROPSIQUIÁTRICOS	MODELOS PSICODINÁMICOS
<p>Se ha llegado a asociar con la prosopagnosia (dificultad en el reconocimiento de caras), no obstante mediante pruebas neurológicas se ha observado que las personas que padecen el SC tienen preservado el reconocimiento de caras, y se centra en una persona, y en algunos casos más de una persona, sin embargo, falta el sentido de familiaridad.</p>	<p>Modelos de desconexión cerebral Las primeras teorías sobre el SC sugerían ya una desconexión entre el lóbulo frontal y las regiones temporales y límbicas. Provocando así una alteración en la familiaridad de lugares y personas, lo que junto con el daño bilateral del lóbulo frontal, que no puede resolver la disonancia, produciría el delirio. Señalan además, la desconexión del hipocampo de otras zonas del cerebro, lo que impediría actualizar la información previa con la actual, dando lugar a la reduplicación.</p> <p>Modelos neuropsiquiátricos de lateralización El SC se observa preferentemente con daño cerebral bifrontal y lateral derecho. Los delirios son más frecuentes con lesiones derechas por que se afectan funciones de auto monitorización, monitorización de la realidad, memoria y sensación de familiaridad. El daño frontal derecho suponía un fallo en la función de ego, que media la relación entre el <i>self</i> y el mundo, en lo que se refiere a relaciones significativas, afectos generados de la conducta. Al alterar las funciones del ego la afectación derecha impedía la respuesta emocional y el sentimiento de familiaridad, y que se produjera un reconocimiento emocional correcto, por lo que el cerebro izquierdo concluye que la persona significativa es realidad es otra.</p>	<p>El SC puede interpretarse como un trastorno de la función del Yo que afecta la personalidad. Hay en esto cierta semejanza con lo que ocurre en los sentimientos de despersonalización y desrealización.</p> <p>La comprensión psicodinámica, reducida a lo esencial es, básicamente, un conflicto amor-odio que se resuelve mediante la proyección de los sentimientos ambivalentes en un doble imaginario.</p>

CONCLUSIONES:

La etiología del delirio de Capgras implica la consideración conjunta de datos clínicos, neuropsiquiátricos y neuropsicológicos integrados con los diversos modelos teóricos.

El síndrome de Capgras constituye un proceso complejo, que no se limita a un simple problema de procesamiento facial, sino a una disfunción múltiple basada en procesos cognitivos implicados en la interpretación de percepciones anómalas y en la formación de creencias.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

- Delirio de Capgras: una revisión de la teoría etiológicas. Agustín Madoz-Gúrpide, Rosalía Hillers-Rodríguez.
- Ricardo José Toro Greiffenstein, Luis Eduardo Yepes Roldán. Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Aspectos neuropsicológicos, clínicos y sociales de dos casos de síndrome de Capgras. Lucía Gallego, Susana Vázquez, José C. Peláez, Juan J. López-Ibor.

PO-075. Mejora de la sintomatología negativa y de los parámetros metabólicos con la adición o el cambio a paliperidona en una muestra de pacientes psicóticos.

Francisco Javier Zamora Rodríguez, Carmen Ayala Lebrón, Leticia Tolosa Gutiérrez, Idilio González Martínez.

Introducción

Durante un período de 7 meses, tanto en el ESM Zafra y en el ESM Llerena, hemos realizado un registro de todos los pacientes que encontrándose en seguimiento por su ESM de referencia, estuvieran en tratamiento con Invega, con un diagnóstico de psicosis (Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Bipolar, Trastorno de Ideas Delirantes y Trastorno psicótico No Especificado). A su vez, debían ser mayores de 18 años. Se incluyen tanto a los pacientes que se encontraban previamente en tratamiento antipsicótico y al cual se le añade paliperidona a su tratamiento habitual, como aquéllos a los que se les ha sustituido, uno o más de los fármacos antipsicóticos por paliperidona. Nuestro objetivo se centra en encontrar diferencias significativas en cuanto a síntomas negativos propios de su patología, a través de la Escala de Evaluación de Síntomas Negativos, SANS y la Escala de Impresión Clínica Global-Esquizofrenia, CGI-SCH; así como en cuanto a la mejora de parámetros metabólicos, con analíticas seriadas, tras la introducción de Invega, llevando a cabo un seguimiento mediante dos consultas espaciadas unos seis meses.

Materiales y métodos

Se recogen los datos referidos en una primera consulta a 39 pacientes que cumplen los criterios de inclusión (diagnóstico de psicosis y mayores de 18 años, en seguimiento por su ESM de referencia). Los datos a recoger son los relativos a los síntomas negativos (resultados de la escala SANS y CGI-SCH); y los parámetros analíticos obtenidos en analíticas seriadas, tras la adición o sustitución por Invega a su tratamiento habitual.

Resultados

Respecto a los parámetros metabólicos tras la introducción de paliperidona, destaca una disminución en el peso de 93,34 kg a 91,14 kg y del IMC de 32,87 a 32,05 kg/m². La glucosa descendió de 110,67 a 100,26. La ALT bajó de 28,26 a 27 y la AST de 18,27 a 15,44. El colesterol disminuyó de 200,16 a 184,89; también hubo mejoría en las cifras de triglicéridos y prolactina. En las puntuaciones de las escalas SANS e ICG-SCH también hubo un descenso en la puntuación

**“MEJORA DE LA SINTOMATOLOGÍA NEGATIVA Y DE LOS
PARÁMETROS METABÓLICOS CON LA ADICIÓN O EL CAMBIO A
PALIPERIDONA EN UNA MUESTRA DE PACIENTES PSICÓTICOS”**

PO-075

Zamora Rodríguez, Francisco Javier (1); Tolosa Gutiérrez, Leticia; González
Martínez, Idilio (2); Ayala Lebrón, Carmen (3)

(1)FEA Psiquiatría ESM Zafra, (2)FEA Psiquiatría ESM Llerena, (3) DUE Salud
Mental ESM Zafra. Servicio Extremeño de Salud.

Introducción: Estudio llevado a cabo tras la introducción de un nuevo fármaco (paliperidona), seguimiento durante 7 meses en el ESM Zafra y Llerena.

Objetivo: encontrar diferencias significativas en cuanto a síntomas negativos y mejora de parámetros metabólicos.

Material y métodos:

1. Recogida de datos en la primera consulta a aquellos pacientes que cumplen los criterios de inclusión: tratamiento con paliperidona oral o inyectable, con un diagnóstico de psicosis (Esquizofrenia, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Bipolar, Trastorno de Ideas Delirantes y Trastorno psicótico No Especificado), mayores de 18 años y en seguimiento por su ESM de referencia; obteniendo una muestra 39 pacientes.

2. Los datos a recoger son: Síntomas negativos (Escala SANS y CGI-SCH) Y parámetros analíticos mediante analíticas seriadas, tras la adición o sustitución por paliperidona a su tratamiento habitual.

Resultados: Tras la introducción de paliperidona.

- Destaca una disminución en el peso de 93,34 kgs a 91,14 kgs y del IMC de 32,87 a 32,05 kg/m².

- Las tensiones arteriales sistólicas y diastólicas se mantuvieron estables.

- La glucosa descendió de 110,67 a 100,26.

- La ALT bajó de 28,26 a 27 y la AST de 18,27 a 15,44.

- El colesterol disminuyó de 200,16 a 184,89; el HDL de 47,75 a 46,05 y el LDL de 137,28 a 124,66.

- Los triglicéridos bajaron de 229,32 a 168,82

- La prolactina bajó de 61,06 a 52,35.

- **Escala SANS:** embotamiento afectivo (de 17,49 a 14,84); alergia (de 12,49 a 11,05); abulia (de 13,03 a 10,05); anhedonia (de 15,95 a 13,62); atención (de 7,28 a 6,28); puntuación global (de 14,26 a 11,77) y puntuación total (de 66,23 a 55,85); siendo todas estadísticamente significativas (p<0,05).

- **Escala ICG:**

- Esquizofrenia: Síntomas positivos: eran moderadamente y levemente enfermos (3,71) y la mejoría observada fue entre levemente mejor y mucho mejor (2,59); Síntomas negativos: eran moderadamente y levemente enfermos (3,82) y la mejoría fue entre levemente mejor y mucho mejor (2,84).

- Depresivos: clasificados en rango (3,56) y mejoraron de manera leve (2,95);

- Cognitivos: entre moderadamente y levemente enfermos (3,59) con una mejoría levemente mejor (3,10);

- Globalmente se les clasificó previamente como pacientes entre moderadamente y marcadamente enfermos (4,23) y la mejoría fue establecida como levemente mejor (3,00).

Conclusiones: La introducción de paliperidona produjo en nuestra muestra una mejora en los parámetros metabólicos principales.

Así mismo hubo una mejoría en todos los parámetros de la escala SANS de síntomas negativos y en la ICG de esquizofrenia.

Por lo tanto, paliperidona es un fármaco a considerar por su menor incidencia de efectos metabólicos adversos y por su mejora en la sintomatología negativa en pacientes psicóticos.

PO-076. Factores asociados a los intentos autolíticos a los 6 y 12 meses en primeros episodios psicóticos.

Miguel Ruiz Veguilla, Manuel Canal Rivero, Gloria Benítez Rodríguez, Alba Yañez Castro, María Isabel Calvo Rubiales, Jorge García Egea

Estudios previos han confirmado la relación existente entre primeros episodios psicóticos e intentos de suicidio. En cambio, son escasos los estudios que analicen la influencia de diferentes variables en distintos momentos temporales. El objetivo es el estudio de la influencia de diferentes variables clínicas en diferentes momentos temporales en la conducta suicida en pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico.

Material y método

La muestra se compone de 65 personas que han sufrido un primer episodio psicótico, a los que se realiza un seguimiento durante 12 meses. Empleamos para nuestro estudio los siguientes instrumentos de medida: "Personality Assessment Shedule (PAS)", "Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI)" y "Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)". Se obtienen datos de tipo sociodemográfico y otros datos clínicos de interés.

Empleando la prueba Mann-Whitney se han encontrado diferencias significativas ($p \leq 0.05$) en: alta severidad de los síntomas, altas puntuaciones en las dimensiones de personalidad pasivo-dependientes y esquizotípico, ideas culpables de referencia y altas puntuaciones de suicidio en la Escala Calgary entre los pacientes que ha realizado algún intento autolíticos a los seis meses y los que no lo han

realizado. Los pacientes que doce meses después del primer episodio psicótico realizan intentos autolíticos se diferencian en: alta severidad de los síntomas ($p \leq 0.05$), altas puntuaciones en la dimensión esquizoide de la personalidad ($p \leq 0.05$), altas puntuaciones en el factor de suicidio en la Escala Calgary ($p \leq 0.05$) y frecuencia de consumo de cannabis ($p \leq 0.05$).

Los resultados indican que existen en ambos momentos temporales características comunes en este tipo de pacientes, pero que existen otro tipo de variables más relacionados en diferentes momentos temporales. Este tipo de resultados advierten sobre la necesidad de tener en cuenta diferentes variables en diferentes momentos temporales. Estos datos ayudan a conocer y mejorar el abordaje de estos pacientes.

Factores asociados a los intentos autolíticos a los 6 y 12 meses en primeros episodios psicóticos

Ruiz Veguilla, M^{1,3}, Canal Rivero, M^{1,2}, Benítez Rodríguez, G¹, Yañez Castro, A¹, García Egea, J¹.

- ¹ Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla
- ² Facultat de Psicologia. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona
- ³ Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS)

Introducción

Estudios previos han confirmado la relación existente entre primeros episodios psicóticos e intentos de suicidio. En cambio, son escasos los estudios que analicen la influencia de diferentes variables en distintos momentos temporales.

Objetivos

El objetivo es el estudio de la influencia de diferentes variables clínicas en diferentes momentos temporales en la conducta suicida en pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico.

Conclusión

Los resultados indican que existen en ambos momentos temporales características comunes en este tipo de pacientes, pero que existen otro tipo de variables más relacionados en diferentes momentos temporales. Este tipo de resultados advierten sobre la necesidad de tener en cuenta diferentes variables en diferentes momentos temporales. Estos datos ayudan a conocer y mejorar el abordaje de estos pacientes.

Bibliografía

Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., Deeks, J.J., 2005. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*. 187 9 -20.

Material y método

La muestra se compone de 65 personas que han sufrido un primer episodio psicótico, a los que se realiza un seguimiento durante 12 meses. Empleamos para nuestro estudio los siguientes instrumentos de medida: "Personality Assesment Shedule (PAS)", "Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI)" y "Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS)". Se obtienen datos de tipo sociodemográfico y otros datos clínicos de interés.

Resultados

Empleando la prueba Mann-Withney se han encontrado diferencias significativas ($p \leq 0.05$) en: alta severidad de los síntomas, altas puntuaciones en las dimensiones de personalidad pasivo-dependientes y esquizotípico, ideas culpables de referencia y altas puntuaciones de suicidio en la Escala Calgary entre los pacientes que ha realizado algún intento autolíticos a los seis meses y los que no lo han realizado. Los pacientes que doce meses después del primer episodio psicótico realizan intentos autolíticos se diferencian en: alta severidad de los síntomas ($p \leq 0.05$), altas puntuaciones en la dimensión esquizoide de la personalidad ($p \leq 0.05$), altas puntuaciones en el factor de suicidio en la Escala Calgary ($p \leq 0.05$) y frecuencia de consumo de cannabis ($p \leq 0.05$).

PO-077. La desesperanza en intentos autolíticos.

Miguel Ruiz Veguilla, Manuel Canal Rivero, Alba Yañez Castro, Gloria Benítez Rodríguez, María Isabel Calvo Rubiales, Jorge García Egea

Introducción

El suicidio es una de las principales causas de muerte prematura entre los pacientes con esquizofrenia. En comparación con la población general la probabilidad que las personas con esquizofrenia mueran de suicidio es más elevada.

Objetivos

El objetivo del presente estudio es conocer aquellos factores que estén relacionados con intentos de suicidio posteriores a un primer episodio psicótico.

Material y Método

La muestra del estudio estuvo compuesta por 65 pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental tras haber sufrido un primer episodio psicótico. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de interés. Además se empleó la escala CDSS (Calgary Depression Scale for Schizophrenia) adaptada a población española.

Resultados

Para la determinación de la existencia de diferencias significativas entre aquellos pacientes que tras un primer episodio psicótico realizan intentos de suicidio y los que no realizan intentos de suicidio se empleó la prueba

Mann-Withney. Esta prueba mostró diferencias significativas entre pacientes con intento de suicidio y los que no tras un primer episodio psicótico en el factor desesperanza ($p < 0.05$) medido a través de CDSS.

Conclusión

La desesperanza en pacientes esquizofrénicos se ha encontrado en diversos estudios como un factor de riesgo en la conducta suicida. Los resultados de nuestro estudio se encuentran en la línea de estudios anteriores. Este tipo de resultados son interesantes desde el punto de vista clínico pues la planificación de intervenciones que incluyan la desesperanza en este tipo de pacientes puede reducir el número de intentos de suicidio en pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico.



La desesperanza en intentos autolíticos

Ruiz Veguilla, M^{1,2}, Canal Rivero, M^{1,2}, Yañez Castro, A¹, Benítez Rodríguez, G¹, García Egea, J¹.

1. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla
2. Facultat de Psicologia. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona
3. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS)

Introducción

El suicidio es una de las principales causas de muerte prematura entre los pacientes con esquizofrenia. En comparación con la población general la probabilidad que las personas con esquizofrenia mueran de suicidio es más elevada.

Objetivos

El objetivo del presente estudio es conocer aquellos factores que estén relacionados con intentos de suicidio posteriores a un primer episodio psicótico

Conclusión

La desesperanza en pacientes esquizofrénicos se ha encontrado en diversos estudios como un factor de riesgo en la conducta suicida. Los resultados de nuestro estudio se encuentran en la línea de estudios anteriores. Este tipo de resultados son interesantes desde el punto de vista clínico pues la planificación de intervenciones que incluyan la desesperanza en este tipo de pacientes puede reducir el número de intentos de suicidio en pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico.

Material y método

La muestra del estudio estuvo compuesta por 65 pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental tras haber sufrido un primer episodio psicótico. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de interés. Además se empleó la escala CDSS (Calgary Depression Scale for Schizophrenia) adaptada a población española.

Resultados

Para la determinación de la existencia de diferencias significativas entre aquellos pacientes que tras un primer episodio psicótico realizan intentos de suicidio y los que no realizan intentos de suicidio se empleó la prueba Mann-Whitney. Esta prueba mostró diferencias significativas entre pacientes con intento de suicidio y los que no tras un primer episodio psicótico en el factor desesperanza ($p < 0.05$) medido a través de CDSS

Bibliografía

López-Moriñigo, JD., Wiffen, B., O'Connoer, J., Dutta, R., Di Forti, M., Murray, RM., David, S., 2014. Insight and suicidality in first-episode psychosis: understanding the influence of suicidal history on insight dimensions at first presentation. *Early Interv in Psychiatry*, 8, 113-21.

PO-078. Mantenimiento de la actividad y severidad de los síntomas en primeros episodios psicóticos.

María Isabel Calvo Rubiales, Manuel Canal Rivero, Alba Yañez Castro, Gloria Benítez Rodríguez, Jorge García Egea, Miguel Ruiz Veguilla.

Introducción

El riesgo de suicidio en esquizofrenia aumenta en las primeras fases de la enfermedad. En personas con esquizofrenia, un buen funcionamiento previo incrementa la probabilidad de realizar una conducta suicida. Esta posibilidad es explicada por el llamado "síndrome de desmoralización". Este síndrome se ha hipotetizado como generador de desesperanza y finalmente suicidio. Otros estudios, han encontrado que un pobre funcionamiento premórbido está asociado a un incremento del riesgo de suicidio que reflejaría pobres capacidades de afrontamiento e incremento de la impulsividad.

Objetivos

El objetivo del presente estudio es analizar la influencia que el mantenimiento de la actividad ocupacional tiene en los intentos de suicidio. Para ello se evaluó a una muestra de 65 pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico. Se realizó un seguimiento de los pacientes a lo largo de un año

Resultados

Un total de 15 pacientes (23.1%) realizaron algún intento de suicidio a lo largo de un año. Los predictores de los intentos de suicidio a los 12 meses fueron el mante-

nimiento de la actividad a los 12 meses (odds ratio (OR)= 1.89, 95% CI= 0.98-3.63) y severidad de los síntomas (OR= 2.80, 95% CI= 1.37-5.72). En el caso de los intentos de suicidio a los 6 meses el predictor fue la severidad de los síntomas (OR= 2.00, 95% CI= 1.11-3.57).

Conclusiones

Anteriores estudios se han centrado en el análisis del funcionamiento previo o actual y su relación con los intentos de suicidio pero no existen estudios que hayan analizado la influencia que el mantenimiento de la actividad tiene en la conducta suicida. Este estudio demuestra la importancia que el mantenimiento de la actividad tiene en los intentos de suicidio a los 12 meses y como a los 6 meses es la severidad de los síntomas los que parecen ejercer una influencia fundamental.



Mantenimiento de la actividad y severidad de los síntomas en primeros episodios psicóticos.

Calvo Rubiales, M.^{1,1}, Canal Rivero, M.^{1,2}, Benitez Rodriguez, G.¹, Yañez Castro, A.¹, García Egea, J.¹, Ruiz Veguilla, M.^{1,3}.

¹ Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

² Facultat de Psicologia. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona

³ Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS)

Introducción

El riesgo de suicidio en esquizofrenia aumenta en las primeras fases de la enfermedad. En personas con esquizofrenia, un buen funcionamiento previo incrementa la probabilidad de realizar una conducta suicida. Esta posibilidad es explicada por el llamado "síndrome de desmoralización". Este síndrome se ha hipotetizado como generador de desesperanza y finalmente suicidio. Otros estudios, han encontrado que un pobre funcionamiento premórbido está asociado a un incremento del riesgo de suicidio que reflejaría pobres capacidades de afrontamiento e incremento de la impulsividad.

Resultados

Un total de 15 pacientes (23.1%) realizaron algún intento de suicidio a lo largo de un año. Los predictores de los intentos de suicidio a los 12 meses fueron el mantenimiento de la actividad a los 12 meses (odds ratio (OR)= 1.89, 95% CI= 0.98-3.63) y severidad de los síntomas (OR= 2.80, 95% CI= 1.37-5.72). En el caso de los intentos de suicidio a los 6 meses el predictor fue la severidad de los síntomas (OR= 2.00, 95% CI= 1.11-3.57).

Objetivos

El objetivo del presente estudio es analizar la influencia que el mantenimiento de la actividad ocupacional tiene en los intentos de suicidio. Para ello se evaluó a una muestra de 65 pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico. Se realizó un seguimiento de los pacientes a lo largo de un año.

Conclusión

Anteriores estudios se han centrado en el análisis del funcionamiento previo o actual y su relación con los intentos de suicidio pero no existen estudios que hayan analizado la influencia que el mantenimiento de la actividad tiene en la conducta suicida. Este estudio demuestra la importancia que el mantenimiento de la actividad tiene en los intentos de suicidio a los 12 meses y como a los 6 meses es la severidad de los síntomas los que parecen ejercer una influencia fundamental.

Bibliografía

López-Morriñigo, J.D., Wiffen, B., O'Connoer, J., Dutta, R., Di Forti, M., Murray, R.M., David, S., 2014. Insight and suicidality in first-episode psychosis: understanding the influence of suicidal history on insight dimensions at first presentation. *Early Interv in Psychiatry*, 8, 113-21.

PO-079. Awareness of mental illness and personality dimensions: Predictors of attempts of suicide?

María Isabel Calvo Rubiales, Manuel Canal Rivero, Gloria Benítez Rodríguez, Alba Yañez Castro, Jorge García Egea, Miguel Ruiz Veguilla.

Background

Suicide has been shown to represent the major single cause of premature death among patients with schizophrenia spectrum disorders. Insight has been proposed to increase such risk. However, this subject has not been sufficiently investigated and inconclusive results have been reported.

Objective

Investigate the relationship between insight, personality variables and suicide attempts in patients along one year after their first psychotic episode.

Method

65 patients in their first episode of functional psychosis were included in this study. Demographical and clinical data, information on the insight with the Schedule for Assessment of Insight and personality traits were studied using Personality Assessment Schedule. The data were collected at the baseline. At 6 and 12 months data about suicide attempts were assessed.
Results

"Unawareness of mental illness" ($P=0.05$) and passive-dependence ($P=0.04$) predicted attempts of suicide in the first six months. At twelve months the predictors were

"unawareness of the need for treatment" ($P=0.03$),

"awareness of the social consequences of the illness" ($P=0.01$) and severity of symptoms ($P=0.00$).

Conclusions

The influence of insight in suicide attempts is not the same throughout the first year of the illness. Specifically, at 6 months "unawareness of mental illness" and passive-dependent personality dimension predicted suicide, while at one year "unawareness of the need for treatment", "awareness of the social consequences of the illness" and severity of symptoms predicted it. These results have important implications for the treatment.



Awareness of mental illness and personality dimensions: Predictor of attempts of suicide?

Calvo Rubiales, M.¹., Canal Rivero, M.^{1,2}., Yañez Castro, A.¹., Benitez Rodriguez, G.¹., García Egea, J.¹., Ruiz Veguilla, M.^{1,3}.

- ¹ Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla
- ² Facultat de Psicologia. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona
- ³ Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS)

Background

Suicide has been shown to represent the major single cause of premature death among patients with schizophrenia spectrum disorders. Insight has been proposed to increase such risk. However, this subject has not been sufficiently investigated and inconclusive results have been reported.

Method

65 patients in their first episode of functional psychosis were included in this study. Demographical and clinical data, information on the insight with the Schedule for Assessment of Insight and personality traits were studied using Personality Assessment Schedule. The data were collected at the baseline. At 6 and 12 months data about suicide attempts were assessed.

Conclusions

The influence of insight in suicide attempts is not the same throughout the first year of the illness. Specifically, at 6 months “unawareness of mental illness” and passive-dependent personality dimension predicted suicide, while at one year “unawareness of the need for treatment”, “awareness of the social consequences of the illness” and severity of symptoms predicted it. These results have important implications for the treatment.

Objective

Investigate the relationship between insight, personality variables and suicide attempts in patients along one year after their first psychotic episode

Results

“Unawareness of mental illness” ($P=0.05$) and passive-depend ($P=0.04$) predicted attempts of suicide in the first six months. At twelve months the predictors were “unawareness of the need for treatment” ($P=0.03$), “awareness of the social consequences of the illness” ($P=0.01$) and severity of symptoms ($P=0.00$).

Attempts of suicide at 6 months			
	Odds ratio	95% CI	P-value
Unawareness of mental disorder	2.81	1.01-7.82	0.05
PAS-Passive-depend	2.08	1.04-4.18	0.04
PAS-Schizotypy	1.91	0.95-3.84	0.07

Attempts of suicide at 12 months			
	Odds ratio	95%CI	P-value
Unawareness of achieved efectos of medication	6.00	1.18-30.49	0.03
Awareness of the social consequences of the mental disorder	7.69	1.54-38.46	0.01
Severity of symptoms	4.37	1.91-10.03	0.00

Bibliografía

López-Morínigo, JD., Wiffen, B., O’Connoer, J., Dutta, R., Di Forti, M., Murray, RM., David, S., 2014. Insight and suicidality in first-episode psychosis: understanding the influence of suicidal history on insight dimensions at first presentation. Early Interv in Psychiatry. 8, 113-21.

PO-080. Conductas autolíticas en urgencias en pacientes con trastorno mental grave.

Clara Fernández Burraco; Belén Rodríguez López; Víctor García de la Borbolla

Introducción

Cuando nos referimos a Trastorno Mental Grave (TMG) nos estamos refiriendo a un conjunto de diagnósticos clínicos de psicosis desarrollados durante al menos 2 años. Esta clasificación entra dentro de programas con un enfoque bio-psico-social y encaminados por y hacia una mejora de la recuperación.

Objetivo

Nuestro objetivo es realizar un análisis observacional, donde cuantificamos las urgencias por conductas autolíticas en pacientes con TMG durante el período de años de 2007 y del 2010 al 2014

Resultados

En 2007 atendieron 350 urgencias por conductas autolíticas, siendo 4,1% pacientes TMG. El censo TMG de 2007 lo formaban 167 pacientes, el 8,9% presentaron estas conductas autolíticas.

En 2010 las conductas autolíticas fueron 602, un 1,16 % fueron pacientes TMG. El censo TMG: 200. Un 3,5% de paciente con TMG presentaron conductas autolíticas. En 2011 las conductas autolíticas fueron 430, siendo 1,8% pacientes TMG. El censo: 290 pacientes, siendo de un 2,1% la prevalencia de conductas autolíticas.

En 2012 las conductas autolíticas fueron 609, siendo 1,8% pacientes TMG. El censo: 290. 3,1% de estos presentaron conductas autolíticas.

En 2013 las conductas autolíticas fueron 478 siendo 3,3% TMG. El censo: 117 pacientes. 13,8% presentaron conductas autolíticas.

En 2014 las conductas autolíticas fueron 490 pero los resultados se modifican debido a que se ha modificado el censo TMG, incluyendo a todo paciente que cumpla requisitos de TMG aunque no precise una mayor demanda asistencial ya que presentan buen soporte sociofamiliar. El censo se compone de 845 pacientes, siendo 2,13% TMG.

Conclusiones

El análisis de estos resultados indica que el desarrollo e implantación del PAI TMG ha conllevado una mejora en la gestión de recursos asistenciales y residenciales. Analizamos que su implantación ha motivado una reducción en las conductas autolíticas de estos pacientes.

CONDUCTAS AUTOLÍTICAS EN URGENCIAS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fernández Burraco, Clara; Rodríguez López, Belén; García de la Borbolla, Víctor.

1.- INTRODUCCIÓN

Cuando nos referimos al concepto de Trastorno Mental Grave (TMG) nos estamos refiriendo a un conjunto de diagnósticos clínicos de psicosis desarrollados durante al menos 2 años. No todas las personas que han sido diagnosticadas de una psicosis entran en el grupo TMG y no todas las personas con TMG padecen una esquizofrenia. Además deben cumplir otros requisitos como presentar graves dificultades en el funcionamiento personal y social. Se incluyen las siguientes categorías diagnósticas (CIE-10): F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F33.2, F60.0, F60.1, F60.3 Esta clasificación entra dentro de programas con un enfoque bio-psico-social y encaminados por y hacia una mejora de la recuperación.

Existen tres áreas a analizar para definir a un paciente como TMG:

- Presentar una sintomatología psicótica y/o prepsicótica que:
- Genere problemas de captación y comprensión de la realidad.
- Distorsione la relación con los otros.
- Suponga o pueda suponer un riesgo para su vida.
- Tenga repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal.

Necesidad de un abordaje complejo, incluyendo:

- Atención sanitaria directa, con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.
- Intervención sobre el medio social y de apoyo a la familia.
- Atención intersectorial-social, laboral, educativa y judicial.
- Presentar una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.

Desde la creación, en el año 2006, del Proceso Asistencial Integrado (PAI) para la atención de pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) y su introducción en las diferentes áreas hospitalarias del servicio andaluz de salud, se ha intensificado la atención clínica y gestión de recursos de este colectivo de pacientes.

El desarrollo del PAI-TMG en cada área hospitalaria determina que cada dispositivo comunitario asigne un referente personal así como un responsable clínico para cada caso, estableciendo un programa individualizado de intervenciones clínicas, sociales y ocupacionales. La implementación del PAI-TMG exige en cada área hospitalaria la creación de una Comisión TMG que supervise la identificación de pacientes censados como TMG, la ratificación de los planes individualizados de tratamiento y la gestión de los diferentes recursos previstos en dichos planes.

El censo TMG se trata de una herramienta para lograr una continuidad de la atención de estos pacientes. La plasmación de la herramienta se concreta con el Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), donde se especifican las necesidades detalladas y, en función de las mismas, las intervenciones que habrán de aplicarse.

2.- MATERIAL Y MÉTODO

Es un análisis descriptivo transversal, donde cuantificamos las intervenciones urgentes hospitalarias por conductas autolíticas, y destacamos las intervenciones realizadas a pacientes con TMG durante el 2007, año de inicio de la implantación del PAI-TMG, comparándolas con el período comprendido entre 2010 y 2014.

Nuestro objetivo es estudiar si la implantación del PAI-TMG ha creado una mejora clínica en relación al estudio de las conductas autolíticas en el grupo de pacientes TMG.

El objetivo teórico del programa de TMG es mejorar la situación clínica de los pacientes incluidos en este proyecto (desglosado en los siguientes objetivos específicos):

1. Reducir la duración de los ingresos
2. Disminuir los reingresos
3. Disminuir la asistencia a urgencias
4. Potenciar la adherencia a los diferentes dispositivos terapéuticos y rehabilitadores
5. Promover la participación de las familias en el proceso terapéutico

3.- RESULTADOS

En 2007 atendieron 350 urgencias por conductas autolíticas, correspondieron 15 a pacientes TMG, es decir un 4,2% del total de pacientes atendidos. El censo TMG de 2007 lo formaban 167 pacientes, de los cuales el 8,98% presentaron estas conductas.

En 2010 las conductas autolíticas fueron 602, siendo 7 a pacientes TMG, esto supuso un 1,16 %. El censo TMG de 2010 lo formaban 200 pacientes. Un 3,50% de estos presentaron conductas autolíticas, es decir, 7 pacientes fueron TMG.

En 2011 las conductas autolíticas fueron 430, siendo 8 de pacientes TMG, que supuso un 1,86% del total de urgencias atendidas. El censo de este año lo formaron 290 pacientes, siendo de un 2,76% la prevalencia de conductas autolíticas.

En 2012 las conductas autolíticas fueron 609, siendo 9 a pacientes TMG (1,8 %). El censo TMG de 2012 lo formaban 290 pacientes. Un 3,1% de estos presentaron conductas autolíticas.

En 2013 las conductas autolíticas fueron 478 siendo 16 pacientes TMG, 3,35%. El censo de este año lo formaron 117 pacientes. Un 13,68% presentaron conductas autolíticas.

En 2014 las conductas autolíticas fueron 490 pero los resultados se modifican debido a que se ha modificado el censo TMG, incluyendo a todo paciente que cumpla requisitos de TMG aunque no precise una mayor demanda asistencial ya que presentan buen soporte sociofamiliar. El censo se compone de 845 pacientes, siendo 2,13% TMG.



4.- DISCUSIÓN

El análisis de estos resultados indica que el desarrollo e implantación del PAI TMG ha conllevado una mejora en la gestión de recursos asistenciales y residenciales. Analizamos que su implantación ha motivado una reducción de las conductas autolíticas de estos pacientes.

Es de gran importancia la implantación de este proceso en nuestra comunidad. El disponer de un método que disminuye la variabilidad de la práctica clínica, que extienda los procedimientos a toda persona TMG. Consideramos que este programa ha sido muy útil para reducir los tiempos de ingreso, el número de ingresos, el consumo abusivo e improductivo de los recursos hospitalarios de urgencias y mejorar la adherencia a la red de salud mental, evitando llegar a situaciones personales de gran deterioro, es decir, intervienen en la mejora clínica del paciente. Cabe destacar que permite el trabajo asistencial con personas TMG con riesgo autolítico. Conociendo que el trabajo con este tipo de población es muy complejo, este programa ha estado consiguiendo un alto nivel de adherencia. En 2014 se modifican los criterios de recogida de paciente TMG, ampliando la muestra a posibles TMG candidatos de recursos, que en la actualidad tienen buena contención domiciliar. Los resultados indican una disminución de las conductas autolíticas en esta población, pero posibles hipótesis en nuestro estudio, apuntan que aunque haya una disminución de conductas autolíticas en TMG, el número de ingresos en esta población puede haber aumentado. No disponemos datos al respecto, pero se sabe que hasta el 50% de los pacientes con esquizofrenia lleva alguna tentativa de suicidio y entre el 4 y el 10% muere tras la tentativa. El porcentaje estimado de conducta suicida entre las personas con esquizofrenia oscila entre el 20 y el 40%.

Tras la implantación de este proceso y de la nueva recogida de datos, queda pendiente aportaciones de diferentes ensayos clínicos que puedan generar estudios que demuestren el impacto real, la eficacia y la efectividad de este proceso integrado asistencial.

RESUMEN

Mingote Adán, J.C., Unidad preventiva del constructo "trastorno mental grave" en el ámbito socioasistencial. Medicina y seguridad del Trabajo, 2010 OCT-DIC; 306-322 ISSN: 0465546X

Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sevilla: La Consejería; 2006.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. El Plan Integral de Salud Mental 2ª Edición 2008-2012.

José L. Ayuso Mateosa, Enrique Baca-García, Julio Bobes, José Giner-Lucas Giner, Víctor Pérez, Pilar A. Sáiz, Jerónimo Sáiz Ruiz y Grupo RECOMS. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida en España. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2012;5(1):8-23

PO-081. Tasa de suicidio entre pacientes con esquizofrenia en un programa de trastornos mentales graves: 6 años de seguimiento. Centro de Tratamiento Integral-AGC. SM V-SESPA.

Danny Frías Ortiz; Juan José Fernández Miranda; Sylvia Díaz Fernández.

Objetivos

La adherencia al tratamiento de las personas con esquizofrenia grave es importante para alcanzar la estabilidad clínica, los objetivos de rehabilitación y para prevenir la conducta suicida.

El propósito de este estudio fue conocer la retención en tratamiento (y razones para al alta) de las personas con esquizofrenia grave a tratamiento en un programa específico para ellos, y también la tasa de suicidio.

Métodos

Estudio prospectivo, observacional, abierto, de 6 años de seguimiento de pacientes con esquizofrenia grave (CIE 10: F 20; CGI= > 5) a tratamiento en un programa específico de Trastornos Mentales Graves. El estudio se realizó desde septiembre de 2008 a septiembre de 2014 en Gijón (España). (N = 200; media de edad = 43,1(10,6) años; 58% hombres y 42% mujeres). La evaluación incluyó la escala de Impresión Clínica Global-Gravedad (ICG-G) y la de discapacidad de la OMS (WHO- DAS). Fueron recogidos el tiempo en tratamiento y los motivos de alta, incluyendo las muertes por suicidio.

Resultado

La ICG-G al inicio del estudio era 5,86 (0,7). Después de seis años continuaba el 48% de los pacientes a tratamiento (ICG-G = 4,31 (0,8); $p < 0.01$); el 31% fueron altas médicas (ICG-G = 3,62(1,6); $p < 0,001$), pasando a un tratamiento menos intensivo en los centros de salud mental. La WHO-DAS también disminuyó en sus cuatro áreas (auto cuidado y empleo $p < 0,01$; familiar y social $p < 0,005$); el 7% se habían trasladado a otros lugares, continuando el tratamiento; el 10% fueron altas voluntarias. Murieron ocho pacientes durante el seguimiento, suicidándose tres de ellos (1,5%).

Conclusiones

La retención de pacientes enfermos mentales graves con esquizofrenia en un programa específico fue muy alta y pareció ser útil para disminuir las tasas de suicidio entre ellos.

Tasa de suicidio entre pacientes con Esquizofrenia en un programa de Trastornos Mentales Graves. 6 años de seguimiento.

Danny Frías Ortiz; Juan José Fernández Miranda; Sylvia Díaz Fernández
Centro Tratamiento Integral-AGC SIM V- Sº Salud del Pº de Asturias (SESPEA)

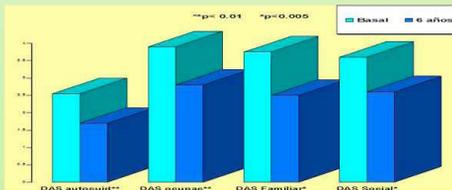
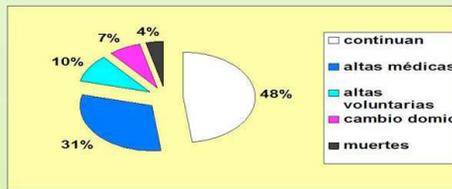
OBJETIVOS

La adherencia al tratamiento de las personas con esquizofrenia grave es importante para alcanzar la estabilidad clínica, los objetivos de rehabilitación y para prevenir la conducta suicida.

El propósito de este estudio fue conocer la retención en tratamiento (y razones para al alta) de las personas con esquizofrenia grave a tratamiento en un programa específico para ellos, y también la tasa de suicidio.

MÉTODO

Estudio prospectivo, observacional, abierto, de 6 años de seguimiento de pacientes con esquizofrenia grave (CIE 10: F 20; CGI= > 5) a tratamiento en un programa específico de Trastornos Mentales Graves. El estudio se realizó desde septiembre de 2008 a septiembre de 2014 en Gijón (España) (N = 200; media de edad = 43,1(10,6) años; 58% hombres y 42% mujeres). La evaluación incluyó la escala de Impresión Clínica Global-Gravedad (ICG-G) y la de discapacidad de la OMS (WHO- DAS). Fueron recogidos el tiempo en tratamiento y los motivos de alta, incluyendo las muertes por suicidio.



RESULTADOS

La ICG-G al inicio del estudio era 5,86 (0,7).

Después de seis años continuaba el 48% de los pacientes a tratamiento (ICG-G = 4,31 (0,8); $p < 0,01$); el 31% fueron altas médicas: (ICG-G = 3,62(1,6); $p < 0,001$), pasando a un tratamiento menos intensivo en los centros de salud mental. La WHO-DAS también disminuyó en sus cuatro áreas (autoajudado y empleo $p < 0,01$; familiar y social $p < 0,005$); el 7% se habían trasladado a otros lugares, continuando el tratamiento; el 10% fueron altas voluntarias. Murieron ocho pacientes durante el seguimiento, suicidándose tres de ellos (1,5%. Tasa anual de suicidio: 0,25%).

CONCLUSIONES

La retención de pacientes con esquizofrenia en un programa específico para trastornos mentales graves, fue muy alta y pareció ser útil para disminuir la tasa de suicidio entre ellos.

PO-082. Adherencia y actitud hacia la medicación del paciente con TMG.

Ilene Criado, Patricia Lana, Marta Negrín, José Antonio Gallego, Mercedes de la Varga

Introducción

La adherencia al tratamiento en el paciente con TMG se establece como uno de los principales problemas.

Entre los factores implicados contamos con el conocimiento de la medicación, la simplificación de los tratamientos y efecto positivo percibido por el paciente; siendo objeto de nuestro estudio ante su importancia en el cumplimiento, calidad de vida y pronóstico.

Objetivos

Analizar el efecto positivo percibido de la medicación y comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas según el tratamiento, el tiempo de evolución y el diagnóstico.

Método

Realizamos un estudio observacional trasversal para determinar la actitud y el grado de satisfacción de los pacientes. Se recluta de Junio a Septiembre de 2014 mediante muestreo consecutivo a 111 pacientes. Se administran las escalas MSQ Y DAI y se recogen variables relacionadas con el tratamiento (antipsicótico y otros psicofármacos) y evolutivo de la enfermedad mediante revisión de las historias clínicas. Se utiliza el paquete estadístico G-STAT para el análisis de los resultados.

Resultados

Los diagnósticos mayoritariamente son: 52% Esquizofrenia, 18% T. Esquizoafectivo. 13% T. Ideas delirantes. Un 15% de la muestra está en monoterapia absoluta (1 sólo APS) y un 35% se encuentra en monoterapia antipsicótica. El 91.89% de la muestra presenta más de 10 años de evolución de enfermedad, y el 57,66% más de 20 años. Observamos un alto grado de satisfacción hacia la medicación prescrita (todos bajo tratamiento de ILD, siendo el más prescrito en un 76% de la muestra Palmitato de Paliperidona); la puntuación media obtenida en la MSQ fue de 5.47 (d.e 0.93) y en la DAI 17.81 (d.e. 1.85) aunque existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes de más tiempo de evolución y aquellos de más reciente diagnóstico tanto para la MSQ ($p = 0.0194$) como para la DAI ($p=0.0001$)

Conclusiones

Observamos un alto grado de satisfacción con la medicación siendo estadísticamente significativo en los con más tiempo de evolución. Peores resultados en pacientes de reciente diagnóstico.

Adherencia y actitud hacia la medicación del paciente con TMG

Autores: Ilene Criado, Patricia Lana, Jose Antonio Gallego, Mercedes de la Varga.
USM Santa Cruz-Salamanca. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos:

La adherencia al tratamiento en el paciente con TMG se ha establecido como uno de los principales problemas que afecta en la evolución a largo plazo de los pacientes. El impacto de la falta de adherencia implica un mayor riesgo de recaídas con hospitalizaciones más frecuentes, aumento del riesgo de suicidio, incremento en los costes sanitarios, menor calidad de vida y claras repercusiones en los cuidadores y las familias.

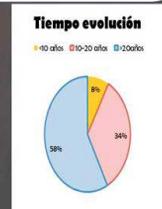
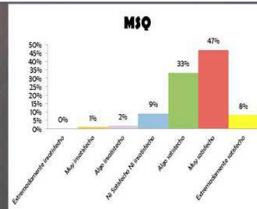
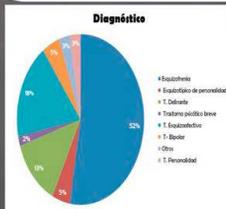
Entre los factores que se han implicado en la adherencia o cumplimiento terapéutico contamos con el conocimiento de la medicación, la simplificación de los tratamientos con la aparición de los antipsicóticos atípicos inyectables de larga duración y efecto positivo percibido por el paciente; esto ha sido objeto de nuestro estudio ante su importancia en el cumplimiento, calidad de vida y pronóstico.

Métodos:

Realizamos un estudio observacional trasversal para determinar la actitud y el grado de satisfacción de los pacientes. Para ello se recluta entre los meses de Junio a Septiembre de 2014 mediante muestreo consecutivo a 111 pacientes que acuden a Consulta de enfermería. Se administran las escalas MSQ Y DAI y se recogen variables relacionadas con el tratamiento (antipsicótico y otros psicofármacos) y evolutivo de la enfermedad mediante revisión de las historias clínicas. Se utiliza el paquete estadístico G-STAT para el análisis de los datos.

Resultados:

- Los diagnósticos mayoritariamente son: 52% Esquizofrenia paranoide, 18% T. Esquizoafectivo, 13% T. Ideas delirantes. Un 15% de la muestra está en monoterapia absoluta (1 sólo APS) y un 35% se encuentra en monoterapia antipsicótica.
- El 91.89% de la muestra presenta más de 10 años de evolución de enfermedad, y el 57.66% más de 20 años. Observamos un alto grado de satisfacción hacia la medicación prescrita (todos bajo tratamiento de ILD, siendo el más prescrito en un 76% de la muestra Palmitato de Paliperidona); la puntuación media obtenida en la MSQ fue de 5.47 (d.e 0.93) y en la DAI 17.81 (d.e. 1.85) aunque existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes de más tiempo de evolución y aquellos de más reciente diagnóstico tanto para la MSQ ($p=0.0194$) como para la DAI ($p=0.0001$).



Conclusiones:

- Observamos un alto grado de satisfacción con la medicación ILD siendo estadísticamente significativo en los pacientes con más tiempo de evolución. Peores resultados en los pacientes de reciente diagnóstico por lo que vemos necesario incidir en estos pacientes.

Referencias:

Awad A.G., Voruganti L.N.P. The Impact of Newer Atypical Antipsychotics on Patient-Reported Outcomes in Schizophrenia. CNS Drugs (2013) 27:625-636 doi: 10.1007/s40263-013-0070-1

PO-083. El delirio como respuesta a sentimientos y acontecimientos íntimos.

Ana Domínguez Cejudo, María José Márquez Márquez, María Carmen Rodríguez Gamito, Mercedes Sánchez Prieto

Introducción.

El delirio es una estructura compartida entre la afectividad y el pensamiento. El temor a ser asesinado, la necesidad de justicia con pasos al acto de tipo homicidas y la opción del sacrificio mesiánico conforman una parte estructural de diversos temas delirantes.

Objetivos

La conducta suicida en los trastornos de ideas delirantes ha sido escasamente estudiada. Nuestro objetivo es hacer una revisión bibliográfica sobre la relación que existe entre la conducta suicida y las psicosis delirantes.

Resultados

En los trastornos delirantes las vivencias tanáticas resultan estructuralmente relacionadas con el tema delirante. Entre los diversos delirios, los celotípicos son los que más riesgo tienen de llevar a cabo conductas auto o heteroagresivas.

Conclusiones

Clásicamente se ha visto a los trastornos delirantes como una entidad de la esfera del pensamiento y se ha relegado a un segundo plano el afecto que graba al delirio, el cual se encuentra en íntima relación con las vivencias

que se suceden a lo largo de la historia vital del paciente. En nuestra práctica diaria debemos tener esto presente ya que puede resultar beneficioso en la prevención de las conductas suicidas.

Bibliografía

- Arango Bermúdez, R. A. y Martínez Torres, J. J. (enero-junio, 2013). Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 60-82.
- Malpica Rojas, C. Las vivencias tanáticas en la esquizofrenia y los otros trastornos delirantes. *Revista de Neuropsiquiatría*, 2003; 66: 43-51.
- Rebok, F. Esteban, J.D. Pérez Roldán, M.L. (noviembre 2008). Paranoia, personalidad y psicosis. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 15(2), 121-126.
- González-Rodríguez, A. Molina-AndreU, O. Penadés Rubio, R. Catalán Campos, R. Bernardo Arroyo, M. (marzo 2015) Impacto de la conducta suicida en el trastorno delirante: descripción de una serie de 44 casos. *Medicina Clínica*, 144(06).

EL DELIRIO COMO RESPUESTA A SENTIMIENTOS Y ACONTECIMIENTOS ÍNTIMOS

Ana Domínguez Cejudo, María José Márquez Márquez, María Carmen Rodríguez Gamito, Mercedes Sánchez Prieto.

UGC Salud Mental Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción:

El delirio es una estructura compartida entre la afectividad y el pensamiento. El temor a ser asesinado, la necesidad de justicia con pasos al acto de tipo homicidas y la opción del sacrificio mesiánico conforman una parte estructural de diversos temas delirantes. Para Castilla del Pino, el delirio cumple una función ortopédica del sujeto, pues le permite compensar una carencia insoportable y reorganizar su relación con la realidad en unos términos delirantes; así obtiene un plus de identidad merced a su delirio.



Objetivo:

Nuestro objetivo es hacer una revisión bibliográfica sobre la relación que existe entre la conducta suicida y las psicosis delirantes, siendo de importante complejidad al existir escasa literatura al respecto.

Discusión:

En los trastornos delirantes las vivencias tanáticas resultan estructuralmente relacionadas con el tema delirante.

Al inicio de la psicosis hay mayor movilización emocional a partir de las percepciones y ocurrencias delirantes, pero en la medida en que la enfermedad progresa, el delirio se torna más intrasubjetivo y disminuye el riesgo para llevar a cabo impulsos tanáticos.

Conclusiones:

Entre los diversos delirios, los celotípicos son los que más riesgo tienen de llevar a cabo conductas auto heteroagresivas.

Clásicamente se ha visto a los trastornos delirantes como una entidad de la esfera del pensamiento y se ha relegado a un segundo plano el afecto que graba al delirio, el cual se encuentra en íntima relación con las vivencias que se suceden a lo largo de la historia vital del paciente. En nuestra práctica diaria debemos tener esto presente ya que puede resultar beneficioso en la prevención de las conductas suicidas.

Bibliografía:

- Arango Bermúdez, R. A. y Martínez Torres, J. J. (enero-junio, 2013). Comprensión del suicidio desde la perspectiva del psicoanálisis de orientación lacaniana. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(1), 60-82.
- Malpica Rojas, C. Las vivencias tanáticas en la esquizofrenia y los otros trastornos delirantes. *Revista de Neuropsiquiatría*, 2003; 66: 43-51.
- Rebok, F. Esteban, J.D. Pérez Roldán, M.L. (noviembre 2008). Paranoia, personalidad y psicosis. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 15(2), 121-126.
- González-Rodríguez, A. Molina-AndreU.O. Penadés Rubio, R. Catalán Campos, R. Bernardo Arroyo, M. (marzo 2015) Impacto de la conducta suicida en el trastorno delirante: descripción de una serie de 44 casos. *Medicina Clínica*, 144(06).

PO-084. Opciones de tratamiento en paciente con TDAH y Síndrome de La Tourette.

Abel Hidalgo Borreguero, Carmen Patricia González Rivera, Augusto Zafra Villena, Sully Bolaños Mendoza, Ernesto Landa Contreras, María del Pilar López Ahumada, Francisco José González Díaz, María Teresa López Castellanos, María de los Desamparados Pérez López, Joaquina Prado Gómez, Marta Soto Laguna, Beatriz Herrejón Teodoro.

Introducción

El trastorno de Tourette es un cuadro clínico que se caracteriza por múltiples tics motores y al menos un tic vocal (no tienen que aparecer simultáneamente), que comienzan antes de los 18 años y que, en algún momento, ocurren varias veces al día, la mayoría de los días durante al menos un año.

Casi la mitad de los pacientes con un trastorno de tics presenta TDAH, y en muestras clínicas se ha observado que el 12% de los pacientes con TDAH presenta un trastorno de tics.

Objetivos

Se nos presentan 2 casos clínicos con estas características y con mala respuesta al tratamiento. Por lo tanto creemos conveniente realizar una búsqueda bibliográfica sobre cuáles son las alternativas actuales de tratamiento para una mejor práctica clínica.

Resultados

En el tratamiento de los tics el primer paso es realizar una psicoeducación. De ser necesario por la gravedad de los tics, se aconseja iniciar con alfa 2 agonistas adrenérgicos: clonidina o guanfacina.

Como segunda línea son los antagonistas dopaminérgicos atípicos: tiaprida o risperidona. Será importante realizar un tratamiento adecuado del TDAH. Aunque el uso de estimulantes ha sido muy debatido, actualmente hay datos que indican que los tics no empeoran con estimulantes, por lo que son una alternativa adecuada.

Otra opción sería utilizar la atomoxetina, que ha demostrado ser eficaz en los síntomas del TDAH sin empeorar los tics.

Conclusión

Según esta literatura actualizada nos da un plan de actuación para nuestra práctica clínica. Se suele plantear un antipsicótico atípico como tiaprida y/o risperidona porque están indicados en ficha técnica para niños. En el caso de otros atípicos como aripripazol, se ha objetivado mejoría clínica en serie de casos con un mejor perfil metabólico. Por lo cual sería preciso determinar una mayor evidencia científica para tener otra alternativa de tratamiento.

PO-085. La psicopatología plasmada en el surrealismo: un análisis psicopatológico de la obra de Salvador Dalí.

E. Domínguez Ballesteros, MJ Márquez Márquez, C. García Román, P. Aguilar Valseca, M. Vázquez.

La forma de interpretar la psicopatología en el arte, ha supuesto un método de difusión de la enfermedad mental y sus síntomas. Encontramos ejemplos de este reflejo de síntomas psiquiátricos en todas las esferas de las artes plásticas. La ligazón entre arte y locura se establece con el romanticismo (S. XVIII) como fuente de inspiración. La asociación más estricta entre enfermedad mental y arte es en el siglo XIX con el desarrollo de corrientes que ven en la locura una vía privilegiada hacia la creatividad.

Uno de los autores que retrató en su pintura con gran maestría síntomas o enfermedades psiquiátricas, fue Salvador Dalí (1904-1989) máximo exponente del surrealismo, movimiento pictórico del siglo XX caracterizado por plasmar imágenes extrañamente relacionadas dando lugar a escenas oníricas.

Realizamos un análisis psicopatológico de tres de sus obras:

“La metamorfosis de Narciso” (1936-37) esta imagen se puede considerar como un verdadero autorretrato del artista, uno de los mayores narcisistas de la historia de la pintura. Alude al mito de Narciso, que se enamoró de su propia imagen y murió al intentar alcanzarla. Expresa su

mundo atormentado y conflictivo, su incapacidad para la empatía y la frustración al no sentirse adulado.

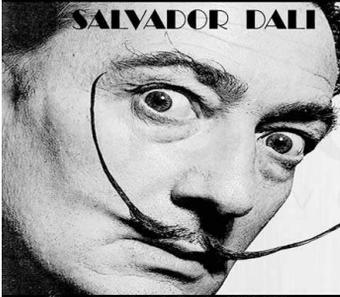
“Cisnes que se reflejan como elefantes” (1937) el reflejo en un lago crea una alteración de la sensopercepción en forma de ilusión óptica. En la obra de Dalí hay multitud de alusiones a fenomenología de la percepción: alucinaciones visuales, ilusiones ópticas, pareidolias o interpretaciones delirantes.

“El gran masturbador” (1929) plasma las obsesiones del pintor: sexo, muerte, amor, cuerpo, tiempo, moral... muy de acuerdo con el psicoanálisis de Freud. En definitiva, se trata de una representación de conceptos psicoanalíticos como el ello, el superyo o la represión.

La psicopatología plasmada en el arte. Un análisis psicopatológico de la obra de Salvador Dalí

Autores: E. Domínguez Ballesteros, M. J. Márquez Márquez, C. García Román, P. Aguilar Valseca, M. Vázquez Delgado

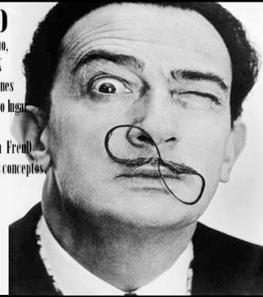
La forma de interpretar la psicopatología en el arte, ha supuesto un método de difusión de la enfermedad mental y sus síntomas. Encontramos ejemplos de este reflejo de síntomas psiquiátricos en todas las esferas de las artes plásticas. La ligazón entre arte y locura se establece con el romanticismo (S. XVIII) como fuente de inspiración. La asociación más estricta entre enfermedad mental y arte es en el siglo XIX con el desarrollo de corrientes que ven en la locura una vía privilegiada hacia la creatividad.



SALVADOR DALÍ

(1904-89)

Máximo exponente del surrealismo.
Movimiento pictórico del siglo XX
caracterizado por plasmar imágenes
extrañamente relacionadas dando lugar
a escenas oníricas.
Dalí estuvo íntimamente ligado a Freud
y plasmó en muchas de sus obras conceptos
psicoanalíticos en consonancia
con su nueva teoría.
Realizamos el análisis
psicopatológico
de tres de sus obras.



"La metamorfosis de Narciso (1936-37)"

Tate Modern, Londres

Puede considerarse un autorretrato del artista, uno de los máximos narcisistas de la historia del arte.

En primer plano se ve a Narciso reflejado en el agua, cuya imagen especular es la mano fecundada de al lado sosteniendo una piedra de donde nace un bulbo de narciso. Es una mano pétrea, sin vida, fría... que representa las dificultades en la empatía y el mundo interiormente del narcisismo.

La lucha por la necesidad de actualizarse está plasmada en el grupo humano que da la espalda a Narciso en la hora de su muerte. Son ellos quienes realmente le matan negándole la admiración.

Un perro culmina la escena como recuerdo a su gran amigo Eufuel y su película "un perro andaluz" simbolismo del ecstasis y lo primario.



"El gran masturbador" (1929)

Museo Reina Sofía, Madrid.

El elemento principal es un busto antropomórfico mezcla de cabeza humana y rocas, con una gran nariz apoyada en el suelo y largas pestañas que simbolizan la transición entre realidad y sueño.

EL YO.

Un saltamontes (animal al que Dalí tenía pánico) como representación de la muerte pegado a la boca y un anzuelo en su frente como símbolo de la familia que quería matarle a una vida tradicional de la que renegaba, unas piedras simbolizan el peso de su pasado y una figura aislada su miedo a la soledad.

EL SUPERYO.

Un león como símbolo del deseo sexual y una cabeza femenina cerca de unos genitales como símbolo de la masturbación emergen en lo más profundo de la figura retórica, lo oculto y reprimido del sexo y a la vez la pureza de un lirio, lo más primitivo y gemino.

EL ELLO.



"Cisnes que se reflejan como elefantes" (1937)

Cavallotti Holding, Ginebra

Tres cielos delante de un lago y tres árboles secos se reflejan como elefantes. Dalí plasmó magistralmente una alteración de la percepción: la ilusión óptica, simulando de la naturaleza.

Dalí plasmó en su obra elementos psicopatológicos como fenomenología de la percepción: alucinaciones visuales, psicodelias (rostros humanos en rocas), alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas (relojes blandos) y verdaderas interpretaciones delirantes como creación de una nueva realidad paralela ajena a la vida como real. Igualmente dibujó en su obra alteraciones en los límites y el color como cuerpos desdoblados con agujeros corporales en cualquier lugar, penetrados por objetos, cuerpos agujerados con formas divergentes y extrañas, cuerpos fusionados, desdoblados... En definitiva todo un catálogo de fenomenología psiquiátrica plasmada en arte.



PO-086. Incremento de peso, funcionalidad y actitud hacia el tratamiento en pacientes con antipsicóticos.

M^a José Jaén Moreno, Rocío Torrecilla Olavarrieta, Elena Villalobos Martínez

Introducción

Tanto las enfermedades psiquiátricas graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) así como los fármacos que empleamos para su tratamiento se asocia con un incremento de los parámetros metabólicos (peso, IMC, colesterol, tensión arterial...) y la funcionalidad personal y social.

Nuestro estudio se basa en comprobar la existencia de alteraciones de dichos parámetros y la actitud de los pacientes hacia el tratamiento.

Material humano

22 pacientes diagnosticados de esquizofrenia en régimen ambulatorio, mayores de 18 años, en tratamiento con antipsicóticos orales, intramusculares o ambos.

Material testológico

Cuestionario de datos sociodemográficos: sexo, edad, estado civil, años desde el diagnóstico, consumo de tóxicos, hábitos de vida, realización de actividad deportiva.

ICG - Esquizofrenia, Escala DAI, Escala de Peso, Imagen Corporal y Autoestima (B-WISE), Escala PSP.

Método estadístico (SPSS 20).

Estadística descriptiva.

Prueba t de Student y correlación de Spearman.

Resultados

Varones 10 (66%), Mujeres 5 (33%), la media de edad de los varones fue de 37 años, todos ellos solteros, la de las mujeres fue de 55 años todas casadas. El tiempo medio de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico fue de 14 años. +/- 2'5 años. El 54,5% se encontraba en tratamiento con Paliperidona el 22.7% con risperidona IM y el 22,7% con flufenazina IM. Puntuación media ICG 2.75, puntuación media DAI 15 puntos, Media B-WISE 22.7 y PSP (55,5).Obtuvimos una correlación positiva estadísticamente significativa entre las puntuaciones de las escalas DAI y B- WISE. (Significancia 0,01%).

Conclusiones

Va a ser necesario el aumento de la muestra para poder dar mayor validez a los resultados obtenidos hasta el momento, como datos preliminares podemos exponer que existe relación entre el impacto psicosocial del peso que presentan los pacientes y su actitud hacia el tratamiento y su funcionalidad.

Bibliografía

Meyer JM; Stahl The metabolic syndrome and schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 2009 Ene;119(1):4-14.

IMPACTO DEL AUMENTO DE PESO Y SU RELACIÓN CON LA ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO



Sociedad Española de Salud Mental Comunitaria

M^{ra} José Jaén Moreno, Rocío Torrecilla Olavarrieta, Elena Villalobos Martínez

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave con una prevalencia aceptada de un caso por cada 100 habitantes. En la mayor parte de los casos se trata de un trastorno crónico, que aparece en una etapa temprana de la vida, lo que junto con la carga de la enfermedad y los gastos que conlleva ha llegado a ser considerada por la OMS una de las diez primeras causas de discapacidad y un grave problema de salud pública.

En conjunto, las personas con esquizofrenia, tiene una esperanza de vida un 20% menor que la de la población general, y parecen tener una mayor vulnerabilidad a diversas enfermedades. En algunos casos éstas se relacionan con estilos de vida comunes en este tipo de pacientes como son las alteraciones dietéticas, la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco así como el consumo de drogas ilegales. Así mismo tampoco podemos olvidarnos de que muchos de los fármacos que utilizamos como primera elección para este trastorno tienen como efectos secundarios que contribuyen al incremento de la morbilidad.

OBJETIVO

Estudiar la relación existente entre la adherencia al tratamiento y la percepción personal del estado físico (peso, imagen corporal y autoestima).

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL HUMANO

-La muestra procede de una Unidad de Salud Mental Comunitaria.
-22 pacientes diagnosticados de esquizofrenia en régimen ambulatorio, mayores de 18 años, en tratamiento con antipsicóticos orales, intramusculares o ambos.

MATERIAL TESTOLÓGICO

-Cuestionario de datos sociodemográficos: sexo, edad, estado civil, años desde el diagnóstico, consumo de tóxicos, hábitos de vida, realización de actividad deportiva.
-Escala de Impresión Clínica Global – Esquizofrenia. Instrumento heteroaplicado breve para evaluar las principales dimensiones sintomatológicas del trastorno esquizofrénico. Consta de 5 ítems. Puntuación tipo Likert de intensidad con 7 grados de libertad.
-Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI). Escala breve formada por 10 ítems que se refieren al efecto percibido por la medicación. Respuesta dicotómica verdadero-falso (a mayor puntuación el efecto percibido por la medicación es más positivo).
-Escala de Peso, Imagen Corporal y Autoestima (B-WISE). Escala desarrollada para evaluar la percepción personal de los cambios en el peso corporal y el ajuste psicosocial en los pacientes con trastornos mentales. Consta de 12 ítems autoaplicados en relación con el peso, la imagen corporal y la autoestima. (a mayor puntuación menor impacto psicosocial)

METODO ESTADÍSTICO (SPSS 15).

-Estadística descriptiva.
-Prueba t de Student y correlación de Spearman

RESULTADOS

■ Hombres ■ Mujeres

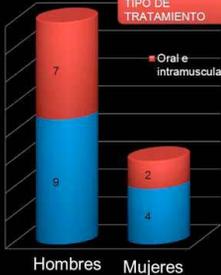
27% 73%



•Total: 16
•Edad media: 37'6 años
•Todos solteros

•Total: 6
•Edad media: 52 años
•Todas casadas

TIPO DE TRATAMIENTO



PUNTUACIONES MEDIAS DE LAS ESCALAS

ICG: 2,75

DAI: 15

B-WISE: 22,058 (impacto moderado)

Prueba t (significancia bilateral)

	t	IC 95%
DAI	26,868**	13,83-16,16
B-WISE	16,83**	19,33-24,78

Correlación entre las variables

	Puntuación DAI
Rho de Spearman	0,643**

CONCLUSIONES

• Hemos obtenido una relación positiva para esta muestra entre el impacto psicosocial que supone, el peso, la imagen corporal y la autoestima que presentan los pacientes y su actitud hacia el tratamiento.

Es necesario la ampliación del número muestral para obtener unos resultados de mayor relevancia

BIBLIOGRAFÍA

- Meyer JM; Stahl SM. The metabolic syndrome and schizophrenia. - Acta Psychiatr Scand. 2009 Ene;119(1):4-14
- Morbimortalidad por patología física en esquizofrenia: revisión sistemática de la literatura y metaanálisis. Bouza C, López T, Alcázar R, Sarría A, Amate JM, en La salud Física en el enfermo psiquiátrico. Editorial Aula Médica. Editores. Ezcuzra J, González-Pinto A, Gutiérrez Fraile M. 2008. p 195-242.

PO-087. TLP.COM: Compartiendo emociones.

*Rocío Torrecilla Olavarrieta, Elena Villalobos
Martínez, María José Jaén Moreno*

La comunicación escrita de Casos Clínicos en medicina, y por supuesto en psiquiatría, constituye un baluarte de la transmisión de información científica y de conocimiento. A través de ellos se realiza una exhaustiva semiología del trastorno en cuestión hasta llegar a un diagnóstico nosológico y diferencial, pronóstico y terapéutica (Kraepelin, Alzheimer, Freud...). Del mismo modo la comunicación oral, con la presencia física de pacientes, fue también una práctica habitual en siglos pasados.

En el momento actual Internet se ha erigido en un laboratorio social para la experimentación en la construcción y reconstrucción del Yo que caracteriza la vida posmoderna (1). Más allá de la pantalla crecen las relaciones sociales, como si de un gran teatro de la vida se tratase. Todos representamos un papel que damos a conocer, en muchos casos sin reparo; sin el más mínimo pudor, por ruptura de los límites entre la esfera de lo público y lo privado.

Los jóvenes del siglo XXI encuentran, según la mayoría de los autores, en Internet el efecto terapéutico de la catarsis/liberación, la comunicación y una vía ilimitada de información. Nosotros añadimos la importancia de la mímesis (2).

Objetivos

Cada vez son más las páginas en Internet dedicadas a los Trastornos Límites de la Personalidad, tanto de carácter científico como divulgador o personales (de enfermos)

donde se exponen abiertamente las características clínicas, problemáticas generales y particulares, terapéuticas... En base a ello proponemos el análisis histórico-social del papel nocivo que el exceso de información genera en determinados momentos de crisis vital (adolescencia) y que pueda constituirse en un factor de riesgo para aumento de la prevalencia del TLP que venimos observando en los últimos años.

Bibliografía

Millan T. Digitalización y Catarsis. Internet. <http://campus.usual.es>

Malo, P; Medrano, J; Uriarte JJ. Memes y psiquiatría. Norte de salud mental, VIII, 36. 2010.

PO-088. Devuélvame mi epilepsia, doctor!!

*Leticia Tolosa Gutiérrez, Carmen Ayala Lebrón,
Aurora Mendo, Tadeo J. Cidoncha García, Fco
J. Zamora Rodríguez*

Presentación de caso clínico:

Varón de 56, separado, auxiliar de clínica, de profesión, con una incapacidad absoluta desde los últimos 20 años. Es el 5° de una familia de siete hermanos, todos sanos. Antecedente de Distimia de años de evolución, sin consultar previamente con Salud Mental ni realizar tratamiento previo. Antecedentes somáticos: afecto de epilepsia temporal parcial con predominio en hemisferio izquierdo, refractaria al tratamiento, desde los 7 años. Ya desde antes, padecía cuadros de ausencia. ("Ante cualquier esfuerzo mínimo, ya me mareaba, era el vago, el flojo para todos mis hermanos...así todos ellos pudieron estudiar y ser grandes licenciados y yo me quedé en el pueblo junto a mis padres, ayudando en lo que podía a mi padre en el campo, y así colaborando para que todos pudieran estudiar..."). Ha sido intervenido en dos ocasiones en 2008 y en 2012 en la Unidad de Epilepsia de La Paz, de lobectomía izquierda y amigdalohipocampectomía, consiguiendo finalmente una remisión total de las crisis, aunque continúa en tratamiento con lacosamida y seguimiento por Neurología. Enfermedad Actual: Acude derivado por su MAP, por presentar un cuadro ansioso-depresivo de unos dos años de evolución, con empeoramiento en los últimos meses, en relación a diversas circunstancias: tras la cirugía y remisión de las crisis, se cumpliría la "teoría del modelo del balance emocional negativo" y la pérdida del rol de enfermo, con la confrontación del mismo por parte de familiares y conocidos; asunción de nuevas responsabilidades respecto al cuidado de

su madre pluripatológica, sin apoyo de los hermanos; y pérdida de reconocimiento de la incapacidad absoluta. El cuadro se caracteriza por ánimo disfórico, bajo tono hedónico, apatía, afecto incongruente y labilidad. Cierta expansividad. No hipertimia. Cambios frecuentes de humor. Ansiedad flotante moderada, sin crisis. Ideas de muerte pasivas. Discurso coherente, logorreico, con presión al habla, difícil de interrumpir, "viscoso" y con pérdida del hilo argumental.

PO-091. ¿Una muerte digna?

Sandra Jiménez Motilla, Lorena Francés Soriano, Teresa Mongay Elola, Zelma González Vega, Eugenia Esteban Rodríguez, Lorena Pe-reyra Grustán

Presentación de caso clínico

Varón de 84 años ingresado a cargo de Neumología por insuficiencia respiratoria.

Antecedentes Personales: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Bronquiectasias, Hipertensión Arterial, Independiente para las actividades de la vida diaria. Viudo desde hace 2 años, vive solo en un pueblo. Es el cuarto ingreso del año por insuficiencia respiratoria, estuvo ingresado durante veintidós días. Durante el ingreso no se apreció trastorno afectivo franco, así como tampoco verbalizó intención autolítica aunque se pudiera apreciar una disminución del ánimo de forma reactiva a su situación orgánica que desapareció al mejorar el cuadro respiratorio y que no precisó tratamiento antidepresivo ni de ningún otro tipo de psicofármacos.

A los dos días de haber sido de alta a su domicilio acude uno de sus hijos a su médico de atención primaria para comunicar que el paciente se suicidó con un arma de fuego.

Discusión: La tasa de suicidio aumenta con la edad llegando a ser cuatro veces mayor que la tasa en población general. La posible explicación comprende la mayor fragilidad física y el hecho de que las personas de edad avanzada con crisis suicidas tienen más definidos sus planes y están más dispuestos a morir. Requiere una interven-

ción clínica enérgica para mantener su seguridad, evaluar el riesgo e intervenir según sea adecuado.

Este caso nos plantea también cuestiones éticas acerca del derecho a decidir cuándo terminar la vida según el derecho de autonomía de las personas con capacidad de decidir planteando la muerte como una opción elegida.

PO-092. Pérdida de conexión: el síndrome de Marchiafava-Bignami. A propósito de un caso.

Beatriz Mata Sáenz, Samuel Leopoldo Romero Guillena, Elena Fashho Rodríguez, Nieves Casas Barquero.

Presentación de caso clínico

El síndrome de Marchiafava-Bignami es una enfermedad infrecuente, causada por la desmielinización del cuerpo calloso.

Etiológicamente se han señalado el alcoholismo, los déficits nutricionales y las alteraciones electrolíticas. Las lesiones se encuentran en el cuerpo calloso, pero también se asocian lesiones corticales y en los tractos del cuerpo calloso en la sustancia blanca.

No hay una presentación clínica patognomónica, pudiendo aparecer descenso del nivel de conciencia, sintomatología afectiva y psicótica, agresividad, mareos, hemiparesia, ataxia y apraxia en fases iniciales. En la forma aguda aparecen mareos, descenso del nivel de conciencia y muerte; en la subaguda, confusión, disartria, alteraciones conductuales, déficits mnésticos, signos de déficit de conexión interhemisférica, apraxia, alteraciones de la marcha; en la crónica, demencia leve y progresiva.

Exponemos el caso de una mujer de 50 años con antecedentes de alcoholismo y seguimiento en Salud Mental por síndrome ansioso-depresivo. Presenta episodios de desconexión del medio con caída al suelo y alteraciones conductuales, por los que ingresa en Observación, donde experimenta un episodio de status epiléptico. A lo largo

de su evolución, destacan la dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria así como la persistencia de episodios de heteroagresividad, agitación psicomotriz, discurso incoherente con actividad delirante y descontrol de impulsos con control espontáneo o que requieren la asistencia en urgencias. Se realizan diversas pruebas complementarias observándose en resonancia magnética nuclear craneal lesiones en cuerpo calloso compatibles con enfermedad de Marchiafava-Bignami.

El pronóstico de esta enfermedad en general es malo aunque existen diferentes evoluciones según la cuantía de la afectación cerebral. Distinguimos dos subtipos: el A, caracterizado por una discapacidad importante en el 86% de los pacientes y la muerte en el 21%; y el B, con una discapacidad importante en el 19% y la muerte en el 0%.

PÉRDIDA DE CONEXIÓN: EL SÍNDROME DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mata Sáenz B¹, Romero Guillena SL², Fashho Rodríguez E², Casas Barquero N²

¹ M.I.R. Psiquiatría, U.G.C. Salud Mental H.U.V. Macarena

² F.E.A. Psiquiatría, U.G.C. Salud Mental H.U.V. Macarena

PO-092

ANTECEDENTES PERSONALES

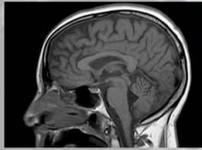
Mujer de 50 años con antecedentes de consumo elevado de alcohol (unas 15 UBEs diarias) y fumadora de 30 cigarrillos/día, hepatopatía crónica alcohólica, quiste renal cortical, fibroma de mama izquierda y conización por lesión en el cérvix. En seguimiento desde hace años en Salud Mental por síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con venlafaxina, diazepam y lormetazepam.

EVOLUCIÓN

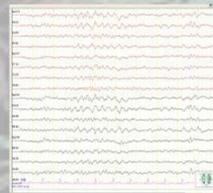


La paciente evoluciona de forma tórpida aunque mejora durante el ingreso a nivel conductual y en relación a la ideación delirante aunque persiste la tendencia al descontrol de impulsos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



Trombocitosis y megaloblastosis de serie roja. Déficits nutricionales (hierro, prealbúmina, colesterol HDL) con vitamina B12 por encima de rango superior. Gasometría venosa al ingreso presenta disbalance electrolítico. Anticuerpos negativos. Líquido cefalorraquídeo normal.



Hiperintensidades en porción central de cuerpo caloso y otras zonas de sustancia blanca.

El disbalance electrolítico posiblemente estuvo relacionado con el status epiléptico y se debía a un estado de deshidratación.

Vigilia a ritmos normales, con salvas de actividad delta de proyección difusa imbricada con grafoelementos de morfología aguda.

DIAGNÓSTICO

SÍNDROME DE MARCHIAFAVA-BIGNAMI

El síndrome de Marchiafava-Bignami es una enfermedad infrecuente, causada por la desmielinización del cuerpo caloso.

• Causas: alcoholismo, déficits de algunos factores nutricionales y alteraciones electrolíticas.

• Subtipos:

- Tipo A: discapacidad importante en el 86% de los pacientes, muerte en el 21%
- Tipo B: discapacidad importante en el 19%, muerte en el 0%, con buen porcentaje de recuperación. El grupo B, que incluye a aquellos pacientes con escasa afectación del nivel de conciencia, suelen presentar déficits cognitivos y otros signos de alteraciones en la transferencia interhemisférica de la información, alteraciones de la marcha y la memoria, disartria, hipotonía de los miembros, mareos y signos de primera motoneurona. Las lesiones inicialmente están limitadas a determinadas áreas del cuerpo caloso.

TRATAMIENTO

- Abstinencia de alcohol, ácido valproico 1500 mg/día, levetiracetam 500 mg/día, haloperidol 130 gotas/día, biperideno 4 mg liberación modificada/día, clometiazol 100 mg/día, zolpidem 10 mg/día, complejo vitamínico B1B6B12 3 comprimidos/día.

A nivel psicopatológico la paciente continúa estable sin ser precisos nuevos cambios farmacológicos ni ingresos hospitalarios por el momento.

PO-093. Más allá de la mente: a propósito de un caso de un paciente con hemocromatosis.

*Elena Fashho Rodríguez, Beatriz Mata Sáenz,
Samuel Leopoldo Romero Guillena, Nieves
Casas Barquero.*

Presentación de caso clínico

Clásicamente se ha diferenciado los trastornos psicóticos en dos grandes grupos: los que son encuadrables en el círculo esquizofreniforme y que, junto a los trastornos psicóticos afectivos, constituyen el grupo de las clásicamente llamadas psicosis endógenas; y las consideradas como expresión directa de una enfermedad médica cerebral o extracerebral que desde las primeras clasificaciones se denominaron psicosis exógenas, orgánicas, somatógenas, etc. Abordamos el caso de un paciente varón de 70 años que ingresa en nuestra Unidad por ideación delirante autorreferencial y de perjuicio en relación con su familia, con interpretaciones de sensaciones somáticas y gran repercusión afectiva y conductual. Antecedentes somáticos filiados desde hace dos meses de diabetes mellitus, insuficiencia renal, fibrilación auricular e insuficiencia cardiaca. Ha realizado tratamiento con hierro oral. Se identifica ligero temblor distal en miembros superiores.

Planteamos un diagnóstico diferencial entre patología orgánica y psiquiátrica, dada la ausencia de patología psíquica previa. Como posibles patologías a diferenciar se encuentran: enfermedad de Wilson, otras enfermedades por depósitos, demencia frontal, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, trastorno de ideas delirantes y trastorno esquizotípico. En la resonancia magnética nuclear se aprecian lesiones

sugestivas de hemocromatosis que, al contrastarse con pruebas analíticas y clínica del paciente, parece confirmar el cuadro presentado: temblor, deterioro cognitivo, sintomatología depresiva e hipoactividad con mala respuesta a la farmacoterapia debida a la destrucción de los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos por los depósitos de hierro. Así mismo constituye una causa de diabetes por depósitos pancreáticos, arritmias y afectación hepática (llegando a cirrosis). La acumulación de hierro se puede producir a lo largo de toda la vida, con inicio de los síntomas en la quinta o sexta década, o de forma secundaria a, por ejemplo, sobrecarga oral férrica.

MÁS ALLÁ DE LA MENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO DE UN PACIENTE CON HEMOCROMATOSIS.

Fashho Rodríguez E¹, Mata Sáenz B², Romero Guillena SL¹, Casas Barquero N¹.

1 FEA Psiquiatría, U. G. C. Salud Mental, HUVVirgen Macarena.

2 MIR Psiquiatría, U. G. C. Salud Mental, HUVVirgen Macarena.

PO-093

INTRODUCCIÓN

Diferenciación clásica de trastornos psicóticos



Psicosis endógenas: los trastornos psicóticos afectivos y los que son encuadrables en el círculo esquizofreniforme.

Psicosis exógenas, orgánicas, somatógenas: consideradas como expresión directa de una enfermedad médica cerebral o extracerebral.

CASO CLÍNICO



CLÍNICA ACTUAL

Varón de 70 años que ingresa en nuestra Unidad por ideación delirante autorreferencial y de perjuicio, en relación con su familia, con interpretación de sensaciones somáticas y gran repercusión afectiva y conductual.



ANTECEDENTES SOMÁTICOS:

- Desde hace dos meses de diabetes mellitus, insuficiencia renal, fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca.
- Recientemente ha realizado tratamiento con hierro oral.
- Ligero temblor distal en miembros superiores.
- No déficit cognitivo.



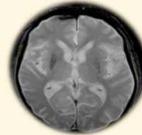
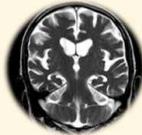
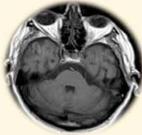
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

- No antecedentes filiaados.
- Rasgos premórbidos de personalidad anómalos: suspicacia, falta de amigos íntimos con tendencia al aislamiento y ansiedad social excesiva.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

• Hemograma, bioquímica (con perfil lipídico, tiroideo y nutricional) y ceruloplasmina: dentro de la normalidad.

• **RNM Craneal:** se aprecian signos de atrofia córtico-subcortical con moderada dilatación del sistema ventricular, cambios atrofícos de ambos lóbulos temporales y una marcada hipointensidad de señal de ambos globos pallidus, posiblemente relacionada con metabopatía del hierro.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO	TRASTORNO IDEAS DELIRANTES	HEMOCROMATOSIS	DEMENCIA FRONTOTEMPORAL	ENFERMEDAD WILSON	ENFERMEDAD PARKINSON
El paciente presenta rasgos de personalidad anómalos pero destaca un cambio clínicamente significativo no explicable por este trastorno.	Para su diagnóstico, además de la psicopatología es preciso descartar enfermedad somática.	Casos donde la aparición de parkinsonismo, temblor, deterioro cognitivo, síntomas psiquiátricos, signos cerebros no responden al tratamiento farmacológico.	Atrofia selectiva frontotemporal simétrica o asimétrica. En el lóbulo temporal la afectación predomina en la región anterior, con relativa preservación de la región medial.	Síntomas psicóticos son poco frecuentes que semejan una esquizofrenia paranoide, con signos extrapiramidales graves y aumento de la ceruloplasmina.	La forma de instauración del caso con predominio de clínica psiquiátrica no parece corresponderse con esta enfermedad.

CONCLUSIÓN

Las lesiones de la **resonancia magnética nuclear**, junto con las **pruebas analíticas** y la **clínica** del paciente señalan la orientación diagnóstica de **HEMOCROMATOSIS SECUNDARIA**.

Dicha enfermedad constituye una causa de **diabetes** por depósitos pancreáticos, **arritmias** y **afectación hepática** (llegando a cirrosis) y, a veces, de **síntomas neuropsiquiátricos**.

La acumulación de hierro se puede producir a lo largo de toda la vida, con inicio de los síntomas en la quinta o sexta década, o de forma secundaria a, por ejemplo, sobrecarga oral férrica y es la responsable de la mala respuesta farmacológica por la destrucción de los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos.

PO-094. Entre espíritus: a propósito de un caso.

*Nieves Casas Barquero, Beatriz Mata Sáenz,
Elena Fashho Rodríguez, Samuel Leopoldo
Romero Guillena.*

Presentación de caso clínico

Los cuadros disociativos se infradiagnostican a menudo por las características compartidas con los cuadros psicóticos con implicaciones en su abordaje. Son un síndrome complejo que afecta a todas las áreas de funcionamiento del individuo. Existen numerosos estudios sobre ello llegando a haberse barajado incluso la posibilidad de desarrollar un tipo de esquizofrenia "disociativa". Son muchos los síntomas compartidos pero generalmente en los trastornos disociativos suelen expresarse "como si". Exponemos el caso de una mujer de 19 años que ingresa en nuestra Unidad por episodio psicótico agudo a filiar.

En seguimiento desde hace años por alteraciones de conducta y uso de sustancias (cocaína, cannabis y psicoestimulantes), a su ingreso presentaba inquietud psicomotriz y distimia de miedo reactiva a ideación delirante de tipo místico acompañada de alucinaciones visuales, cenestésicas y auditivas que asocia con la presencia de espíritus que la acompañan. Rasgos de personalidad disfuncionales caracterizados por intolerancia a las frustraciones, autoexculpación y descontrol de impulsos.

Durante el ingreso la evolución de la paciente es tórpida, con necesidad de plantear diferentes abordajes farmacológicos ante la persistencia de la clínica psicótica con la angustia reactiva a ella. La realización de un correcto diagnóstico permitirá un aborda-

je adecuado del caso con influencia en su pronóstico. Se realiza diagnóstico diferencial entre psicosis de origen exotóxico, orgánico, disociativo y esquizofreniforme, optando por este último en base a las características clínicas y la ausencia de alteraciones en pruebas complementarias.

Al alta, el tratamiento con el que se logra la estabilización del cuadro es ácido valproico 1500 mg/día, topiramato 50 mg/día, risperidona solución 9 cc/día, clorazepato dipotásico 30 mg/día y lormetazepam 2 mg/día.

Bibliografía

Devillé C, Moeglin C, Sentissi O. Dissociative disorders: between neurosis and psychosis. *Case Reports in Psychiatry*, 2014: Article ID 425892, 6 pages.

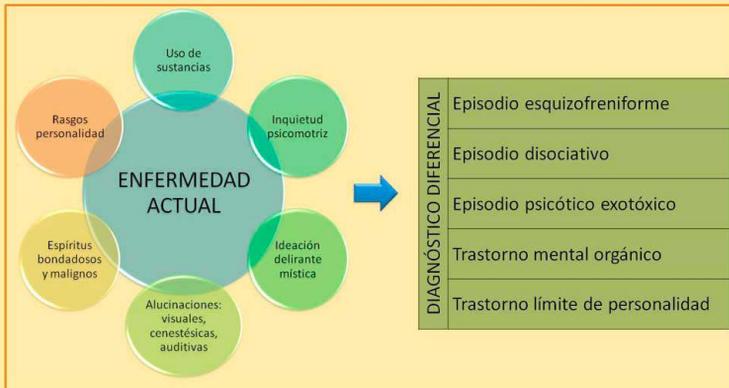
ENTRE ESPÍRITUS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Casas Barquero N.¹, Mata Sáenz B.², Fashho Rodríguez E.¹, Romero Guillena S.L.¹

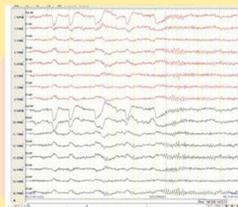
¹E.E.A. Psiquiatría, U.G.C. Salud Mental H.U.V.Macarena, Sevilla

PO-094 ²E.E.A. Psiquiatría, U.G.C. Salud Mental H.U.V.Macarena, Sevilla

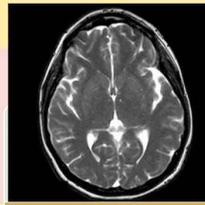
Mujer de 19 años que ingresa en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental por episodio psicótico agudo a filiar.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



Electroencefalograma



Resonancia magnética nuclear

Sin alteraciones

Analítica

Las pruebas complementarias son normales, por lo que se descarta patología orgánica en principio como causa del cuadro.

La persistencia del cuadro en ausencia de consumo o contexto de abstinencia, nos permite descartar en principio que se trate de un episodio exotóxico.

Las características de las alucinaciones y los delirios, así como la carga afectiva de estos no impresionan de trastorno esquizofreniforme.

A pesar de los rasgos de personalidad cluster B, la clínica no se explica únicamente por este trastorno.

DIAGNÓSTICO: Episodio disociativo

Los cuadros disociativos se infradiagnostican a menudo por las características compartidas con los cuadros psicóticos con implicaciones en su abordaje. Son un síndrome complejo que afecta a todas las áreas de funcionamiento del individuo. Existen numerosos estudios sobre ello llegando a haberse barajado incluso la posibilidad de desarrollar un tipo de esquizofrenia "disociativa". Son muchos los síntomas compartidos pero generalmente en los trastornos disociativos suelen expresarse "como si". Suelen precederse de una situación estresante que, en nuestro caso, no se identifica.

EVOLUCIÓN

Durante el ingreso la evolución de la paciente es tórpida, con necesidad de plantear diferentes abordajes farmacológicos ante la persistencia de la clínica psicótica con la angustia reactiva a ella.

Al alta, el tratamiento con el que se logra la estabilización del cuadro es ácido valproico 1500 mg/día, topiramato 50 mg/día, risperidona solución 9 cc/día, clorazepato dipotásico 30 mg/día y lormetazepam 2 mg/día.

PO-095. A propósito del caso de un paciente con cuadro maniforme orgánico.

*Elena Fashho Rodríguez, Beatriz Mata Sáenz,
Samuel Leopoldo Romero Guillena, Nieves
Casas Barquero.*

Presentación de caso clínico

Los hallazgos neuropsiquiátricos en las enfermedades que cursan con deterioro cognitivo son frecuentes aunque a menudo infradiagnosticados por la separación de Psiquiatría y Neurología. Existen numerosos estudios que relacionan los trastornos de ansiedad con la demencia y el riesgo de desarrollarla, así como síntomas depresivos al inicio de un cuadro de deterioro que se incrementan al avanzar la enfermedad y condicionan un peor pronóstico. Los síntomas maniformes están descritos de forma menos frecuente aunque pueden aparecer asociados a cuadros de demencia habiéndose incluso recogido en la literatura el término "pseudodemencia maníaca".

Planteamos el caso de un varón de 72 años que ingresa en nuestra Unidad para estudio de cuadro maniforme de probable base orgánica. Destacan como antecedentes médicos hipertensión arterial y neuralgia postherpética, sin antecedentes psiquiátricos de interés.

El paciente acude por un cuadro consistente en un aumento progresivo de la actividad psicomotriz y ánimo expansivo con conductas bizarras y agresividad, sin aparente desencadenante, decidiéndose ingreso para estabilización y filiación.

Se considera preciso realizar un diagnóstico diferencial entre entidades causantes de manía secundaria: procesos neurológicos (dentro de los síndromes demenciales, destacamos la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular y la demencia fronto-temporal de la variante frontal y subtipo desinhibido), infecciones, trastornos neuroendocrinos, cuadros deficitarios, otros cuadros de afectación sistémica, iatrogenia por procedimientos terapéuticos.

Se realiza resonancia magnética nuclear craneal en la que se evidencian signos de atrofia cortical y subcortical predominante en temporal y marcada en hipocampos y signos de microangiopatía amiloide, e infartos lacunares antiguos, hallazgos que, junto a la exploración, hacen sospechar de enfermedad de Alzheimer con afectación frontal que se corresponde con la clínica descrita.

¿A PROPÓSITO DEL CASO DE UN PACIENTE CON CUADRO MANIFORME ORGÁNICO

Fasho Rodríguez E.¹, Mata Sáenz B.², Romero Guillena S.L.¹, Casas Barquero N¹

¹F.E.A. Psiquiatría, U.G.C. Salud Mental, H.U.V.Macarena, Sevilla

²M.I.R. Psiquiatría, U.G.C. Salud Mental, H.U.V. Macarena, Sevilla

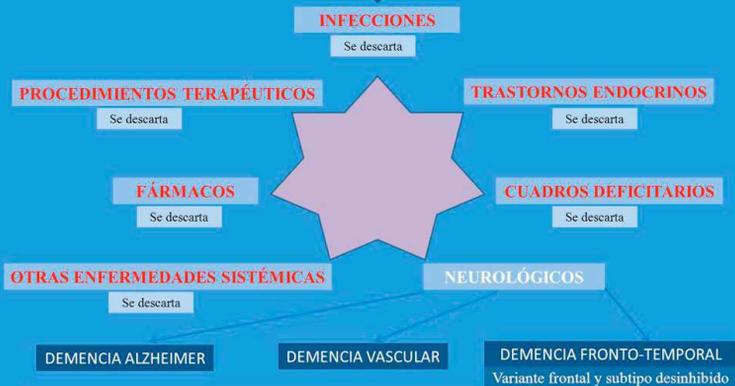
PO-095

Varón de 72 años que ingresa en nuestra Unidad de hospitalización para estudio de cuadro maniforme de probable base orgánica. Destacan como antecedentes médicos hipertensión arterial y neuralgia postherpética y no tiene antecedentes psiquiátricos de interés.

ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente ingresa por un cuadro consistente en un aumento progresivo de la actividad psicomotriz y ánimo expansivo acompañados de conductas bizarras y de agresividad, sin aparente desencadenante con imposibilidad de manejo ambulatorio.

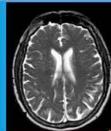
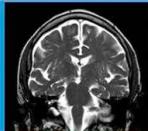
ESTUDIO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



EXPLORACIONES REALIZADAS

RESONANCIA MAGNÉTICA

- Atrfia cortical y subcortical predominante en temporal y marcada en hipocamos, cisura de Silvio prominente (parece estar relacionada con la pérdida neuronal y de sinapsis).
- Microangiopatía amiloide e infartos lacunares antiguos de probable origen vascular en relación a patología hipertensiva.



EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

- Evidencia de afectación en memoria a corto plazo, MiniMental 22/30 y apraxias del vestir.

Existen numerosos estudios que relacionan los trastornos de ansiedad con la demencia y el riesgo de desarrollarla, así como síntomas depresivos al inicio de un cuadro de deterioro que se incrementan al avanzar la enfermedad y condicionan un peor pronóstico. Los síntomas maniformes están descritos de forma menos frecuente aunque pueden aparecer asociados a cuadros de demencia.

DIAGNÓSTICO: Demencia tipo Alzheimer

EVOLUCIÓN

Durante el ingreso el paciente mejora del cuadro psiquiátrico, lográndose un adecuado descanso nocturno y eutimia, pero con persistencia de deterioro cognitivo y nula conciencia de enfermedad, precisando de recurso residencial. Se pauta tratamiento al alta con clometiazol 3 cápsulas al día, haloperidol 35 gotas al día y lormetazepam 2 mg al día.

PO-096. Jugando a un juego peligroso.

Lorena Francés Soriano, Sandra Jiménez Mottilla, Montse Guilabert Vidal, Zelma González Vega, David Saá Sendra, Teresa Mongay Elola, Lorena Pereyra Grustán.

Presentación de caso clínico

Motivo de consulta: paciente varón de 23 años que acude a la consulta de salud mental derivado desde urgencias por presentar gesto autolesivo en forma de cortes con un cuchillo que precisa intervención quirúrgica de urgencia. Aumento de visitas a urgencias por autolesiones en estos últimos días. Antecedentes médicos: Síndrome de abstinencia tratado con metadona al nacer, requirió incubadora (aproximadamente 20 días). ITUs de repetición en período neonatal (ingreso a los dos meses de vida). Intervenido de fimosis a los 14 meses. No RAMS. Antecedentes psiquiátricos personales:

En seguimiento en unidad infanto-juvenil por TDAH durante infancia. Tratado con metilfenidato.

En dos ocasiones en seguimiento en CSM (2011 y 2012) por autolesiones y conductas disruptivas en contexto de frustración sentimental. Abandona seguimiento en ambas ocasiones.

Evolución: A partir de junio de 2014 presenta gestos autolesivos en forma de cortes con chuchillo en contexto de desavenencias amorosas. Acude a urgencias de forma cada vez más frecuente hasta que es ingresado en UCE de psiquiatría a principios de junio de 2014. Desde entonces hasta la fecha han ido en aumento las visitas a urgencias por gestos autolesivos en forma de autolesiones genera-

lizadas por todo el cuerpo (algunas que llegan a provocar parálisis por la profundidad de los cortes), sobreingestas medicamentosas, tentativas de precipitación, episodios de heteroagresividad física hacia objetos y hacia su padre, inhalación de amoníaco etc...las conductas autolesivas van en aumento y a finales de octubre empieza a autolesionarse en contextos públicos (generalmente bares, parkings, cuelga video autolesionándose en internet...) creando importante alarma social. Desde junio de 2014 hasta la actualidad presenta un total de 5 ingresos en UCE de Psiquiatría y un total de 27 visitas a urgencias por gestos parasuicidas.

ID: T. mixto de personalidad.

Tratamiento: escitalopram 15 mg (1-0-0, gabapentina 300 mg (1-1-1), Naltrexona 50 mg (1-1-0), Seroquel 300 mg (0-0-1) y psicoterapia familiar.

“JUGANDO A UN JUEGO PELIGROSO”

L. Francés Soriano*, S. Jiménez Mottila*, M. Guilbert Vidal***, Z. González Vega*, T. Mongay Eola*, L. Pereyra Grustán*, J.D. Saá Sendra*
*Hospital Obispo Polanco, Teruel,
**Hospital Clínico Universitario “Lozano Blesa”, Zaragoza

Motivo de consulta:

Paciente varón de 23 años que acude a la consulta de salud mental derivado desde urgencias por presentar gesto autolesivo en forma de cortes con un cuchillo que precisa intervención quirúrgica de urgencia. Presenta aumento de visitas a urgencias por autolesiones en estos últimos días.

Antecedentes médico-quirúrgicos:

Síndrome de abstinencia tratado con metadona al nacer, requirió incubadora (aproximadamente 20 días). ITUs de repetición en periodo neonatal. Intervenido de fimosis a los 14 meses. No RAMS. No hábitos tóxicos.

Antecedentes psiquiátricos personales:

En seguimiento en unidad infanto-juvenil por TDAH durante infancia. En seguimiento en CSM en 2011 y 2012 por presentar autolesiones y conductas disruptivas en contexto de frustración sentimental. No acude a consulta.

Antecedentes psiquiátricos familiares:

Madre adoptiva en seguimiento por psicología de nuestro CSM en relación a conductas del hijo. Padres biológicos: madre ADPV, prostitución. Durante embarazo fumaba alrededor de 40 cigarrillos/día. Padre en prisión y ADPV. Abuelo materno fallecido de cirrosis enólica.

Evolución y resumen de enfermedad actual:

A partir de junio de 2014 presenta gestos autolesivos en forma de cortes con chuchillo en contexto de desavenencias amorosas. Acude a urgencias de forma cada vez más frecuente hasta que es ingresado en UCE de Psiquiatría a principios de junio de 2014. Desde entonces hasta la fecha han ido en aumento las visitas a urgencias por gestos autolesivos y actings en forma de autolesiones graves generalizadas por todo el cuerpo (algunas provocan parálisis por profundidad de los cortes), sobreingestas medicamentosas, intentos de precipitación, episodios de heteroagresividad física hacia objetos y hacia su padre, inhalación de amoníaco etc...las conductas autolesivas van en aumento y a finales de octubre empieza a autolesionarse en contextos públicos (generalmente bares, parkings, cuelga video autolesionándose en internet...) creando importante alarma social. Problemática con la justicia. Desde junio de 2014 hasta la actualidad presenta un total de 5 ingresos en UCE de Psiquiatría y un total de 27 visitas a urgencias por gestos parasuicidas. Estable clínicamente desde hace dos meses.

Impresión diagnóstica: Trastorno Límite de la personalidad

Tratamiento:

Psicofarmacológico: escitalopram 15 mg/día, naltrexona 100 mg/día, gabapentina 900 mg/día, quetiapina 300 mg/día, mirtazapina 15mg/día
Psicoterapéutico: intervención familiar breve estratégica y terapias de tercera generación (mindfulness, ACT). Frecuencia quincenal de visitas de una hora aproximadamente de duración.

Discusión:

Actualmente notable mejoría con trabajo psicoterapéutico y modificación de la pauta psicofarmacológica, con la introducción de naltrexona han disminuido la ansiedad e impulsividad y han desaparecido las conductas en corto-circuito de los actings, objetivándose notable mejoría clínica, que ha alcanzado la estabilidad.

PO-097. Uso de Paliperidona en las alteraciones conductuales del Trastorno del Espectro Autista, a propósito de un caso.

Mónica Fernández Rodríguez, Juan Manuel García Vega, Isabel González Villalobos, Rocío Blanco Fernández, María Martín García, María García Moreno.

Presentación de caso clínico

Se trata de un varón de 21 años diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista y Retraso Mental ligero que es derivado al Centro de Salud Mental por alteraciones conductuales. El paciente está soltero y convive con sus padres y su hermano y acude a centro ocupacional. Presentaba alteraciones conductuales desde hacía meses consistentes en episodios de agitación psicomotriz en el domicilio, llegando incluso a autolesionarse. Presentaba un lenguaje escatológico, recitando normas de convivencia e higiene como una letanía para calmarse. Cuando esto no es suficiente explota en crisis clásticas en las que ha llegado a romper puertas. Las persianas en la casa y las puertas tienen que estar en una determinada posición y a veces se levanta a verificarlo. Empezó presentando estas alteraciones de forma semanal y en el momento de la consulta de forma diaria. Se le pauta tratamiento con risperidona 3mg/día. Durante las consultas sucesivas se objetivan efectos adversos (somnolencia, apatía, astenia, rigidez en rueda dentada en extremidades superiores y aumento de peso). Además de hiperprolactinemia. No obstante habían disminuido la frecuencia de las alteraciones conductuales. En este contexto se instaura Paliperidona 9 mg/d, suspendiendo Risperidona. En consultas sucesivas se ha observa-

do mejoría conductual así como mejor tolerabilidad al uso de paliperidona.

Bibliografía

Paliperidone for irritability in adolescents and young adults with autistic disorder. Stigler K et al. *Psychopharmacology* (2012) 223:237-245.

PO-097 Uso de Paliperidona en las alteraciones conductuales del Trastorno del Espectro Autista

Mónica Fernández Rodríguez¹, Juan Manuel García Vega², Isabel González Villalobos², Rocío Blanco Fernández¹, María Martín García¹, María García Moreno¹
¹ Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por déficits persistentes en la comunicación y en interacción social con patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas. Además los individuos con autismo u otro trastorno generalizado del desarrollo con frecuencia presentan conductas disruptivas con importante irritabilidad e incluso episodios auto y heteroagresivos que resultan extremadamente difícil de manejar a sus cuidadores. Por este motivo es importante disponer de fármacos que mejoren estas conductas. El tratamiento con paliperidona se ha asociado con una mejoría significativa en la irritabilidad y generalmente es bien tolerada.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta:

Se trata de un paciente varón de 21 años que es derivado desde Atención Primaria al Centro de Salud Mental por alteración conductual.

Antecedentes personales:

A. Médico-quirúrgicos:

- No RAMC, no HTA, no DM, no DL.
- Alergia a arizónica, plátano y gramíneas
- Hemocromatosis
- Diagnosticado en la infancia de Trastorno del espectro autista y Retraso mental ligero de etiología no filiada, seguimiento por el servicio de neurología.
- No otras enfermedades médico-quirúrgicas de interés.
- No hábitos tóxicos.

Antecedentes psiquiátricos:

- Primer contacto con psiquiatría en nuestro Centro de Salud Mental 2008 hasta septiembre de 2013, siendo derivado por el MAP por alteraciones conductuales.
- No ingresos psiquiátricos previos.

Antecedentes Familiares:

- Primos maternos con sintomatología obsesiva, referido por los padres del paciente (no diagnosticados ni en tratamiento)

No tratamiento habitual.

Notas biográficas:

Soltero. Es el menor de dos hermanos (V 28). Vive con sus padres. Hermano mayor independizado en pareja. Acude a centro ocupacional de forma diaria desde hace tres meses. No actividad académico-laboral.

Anamnesis inicial:

Acude a la primera consulta acompañado de sus padres y hermano. La familia cuenta que el paciente estaba presentando alteraciones conductuales desde hacía meses consistentes en episodios de agitación psicomotriz en el domicilio, llegando incluso a autolesionarse (se mordía las manos, se daba golpes en la cabeza...), Presentaba un lenguaje escatológico, recitando normas de convivencia e higiene como una letanía para calmarse. Cuando esto no es suficiente explotaba en crisis clásticas en las que ha llegado a romper puertas e incluso ha presentado episodios heteroagresivos fundamentalmente contra su madre. Las persianas en la casa y las puertas tienen que estar en una determinada posición y a veces se levanta a verificarlo. Empezó presentando estas alteraciones de forma semanal y en el momento de la consulta de forma diaria. Se le pauta en este primera consulta tratamiento con risperidona 3mg/día.

Evolución:

Durante las consultas sucesivas el paciente refiere somnolencia diurna, apatía y astenia. Se objetiva rigidez en rueda dentada en extremidades superiores. En analítica se objetivan valores de PRL elevados (después de 8 semanas de tratamiento con risperidona). Además había ganado algo más de 5 kilos de peso. No obstante habían disminuido la frecuencia de las alteraciones conductuales, aportando los padres nota del centro educativo en la que felicitan al paciente por su comportamiento. Ante la presencia de efectos secundarios claramente relacionados con el tratamiento con risperidona se decide cambiar el tratamiento neuroléptico pautando Paliperidona a dosis de 9mg /día. A partir de entonces el paciente se encuentra tranquilo en ámbito familiar y con buen comportamiento en el centro educativo y el sueño e ingesta permanecen conservados. Además progresivamente mejoran los efectos adversos que presentaba.

Juicio diagnóstico: Alteración de conducta en paciente diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista.

Tratamiento farmacológico actual: INVEGA (paliperidona) 9 mg; 1—0—0

Bibliografía:

1. Sillití A et al. Alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Casos prácticos para médicos y neurólogos. Nueva Alimia. Valencia. Colección FEAPS. Año 2016.
2. Strazielle G et al. Efficacy and safety of paliperidone in adult individuals with attention deficit/hyperactivity disorder. *Developmental Psychology* 2009; 45:135-145.
3. Paliperidone for irritability and aggression in adolescents with autism spectrum disorder. Singer K et al. *Psychopharmacology* (2012) 223:137-149.



PO-098. Acoso escolar y conducta suicida.

*Teresa Jimeno Beltrán, Esther Garreta Canillas,
Lourdes Marín Gómez.*

Presentación caso clínico

Adolescente 15 años, que inició seguimiento en USMIJ en Febrero 2014. Remitido por baja autoestima y disminución rendimiento escolar, con antecedentes de acoso escolar importante.

Valorado por psicología, orientado como depresión/ansiedad social y rasgos personalidad cluster C. En abril se inicia tratamiento psicofarmacológico con ISRS. En mayo derivado a Hospital de Día por persistencia de clínica depresiva y no ser abordable ambulatoriamente.

En Junio hospitalizado por episodio depresivo grave, dismorfofobia y conductas autolesivas. En julio, síntomas de discontinuación de tratamiento por abandono brusco de la medicación. 2 ingresos breves entre septiembre y noviembre por ideación autolítica. Al alta se decide tratamiento ambulatorio con intervención individual y familiar, evitando tratamiento en HDía por tendencia a hospitalismo. Se incorpora a nuevo instituto.

Tras alta de segundo ingreso, durante las visitas realizadas en consulta se comienzan a objetivar rasgos psicopáticos. El menor describe agresión a un chico que le habría acosado en etapa de educación primaria, relatándolo con nula empatía y frialdad emocional.

Disfruta con libros manga en los que el protagonista realiza matanza en un centro escolar y fantasea con matar a la madre. Reconoce consumo de cannabis, continúa

autolesionándose y mantiene una adherencia irregular al tratamiento psicofarmacológico. En la actualidad el menor no presenta una clínica depresiva franca y conserva juicio de realidad, evolucionando hacia un trastorno de personalidad con rasgos psicopáticos que pueden suponer un riesgo de heteroagresividad tanto en familia como en ámbito escolar y social. Se notifica el caso a Fiscalía de Menores para valoración.

A propósito del caso se realiza revisión bibliográfica "acoso escolar y conductas suicidas", ésta sugiere que el acoso por iguales es un importante factor de riesgo para el suicidio adolescente. Siendo que un 6,2% de población 16-24 años ha cometido un intento de suicidio, es importante identificar y prevenir situaciones de acoso.

ACOSO ESCOLAR Y CONDUCTA SUICIDA

Jimeno Beltrán, T; Garreta Canillas, E; Marín Gómez, L
IBSMIA, Hospital Universitario Son Espases.



CASO CLÍNICO

ADOLESCENTE 15 AÑOS.
Remitido por baja autoestima y disminución rendimiento escolar, con antecedentes de acoso escolar importante.

FEBRERO
2014

- Valorado por psicología, orientado como depresión/ansiedad social y rasgos personalidad cluster C.

ABRIL 2014

- Se inicia tratamiento psicofarmacológico con ISRS.

MAYO 2014

- Derivado a Hospital de Día por persistencia de clínica depresiva y no ser abordable ambulatoriamente.

JUNIO
2014

- Hospitalizado por episodio depresivo grave, dismorfobia y conductas autolesivas.

JULIO 2014

- Síntomas de discontinuación de tratamiento por abandono brusco de la medicación.

OTOÑO 2014

- 2 ingresos breves por ideación autolítica.
- Al alta tratamiento ambulatorio con intervención individual y familiar para evitar tendencia a hospitalismo.
- Se incorpora a nuevo instituto.

CLÍNICA ACTUAL

- Remisión clínica depresiva.
- Evolución hacia personalidad psicopática, mostrando frialdad emocional, falta de empatía, fantasías con actitudes violentas hacia iguales y disfrute de las mismas.
- Persisten autolesiones.
- Inicia consumo de cannabis.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Holt MK1, Vivolo-Kantor AM2, Polanin JR3, Holland KM2, DeGue S2, Matjasko JL2, Wolfe M2, Reid G4. Bullying and Suicidal Ideation and Behaviors: A Meta-Analysis. Pediatrics. 2015 Feb;135(2):e496-e509. Epub 2015 Jan 5.
2. VanGeelIM1, VedderP1, TanilonJ2. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. JAMA Pediatr. 2014 May;168(5):435-42. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.4143.
3. Ttofi MM, Farrington DP, Lösel F. School bullying as a predictor of violence later in life: a systematic review and meta-analysis of prospective longitudinal studies. Aggress Violent Behav. 2012;17(5):405-418.

QUÉ DICE LA EVIDENCIA...

- ✓ En la última década ha aumentado la atención sobre la asociación entre estar involucrado en un bullying (como víctima, perpetrador o ambos) y la presencia de ideación/comportamiento suicidas.
- ✓ Elementos comunes en las definiciones de victimización por iguales incluye la naturaleza repetida del daño, el desequilibrio de fuerza, entre víctima y agresor y la intención de causar daño por parte del perpetrador.
- ✓ El bullying puede ser físico o verbal, pero también puede realizarse a través del rechazo.
- ✓ Dependiendo del país de residencia, un 5% y 20% de los niños son víctimas de bullying.
- ✓ Una amplia investigación sugiere que el acoso por iguales es un importante factor de riesgo para el suicidio adolescente.
- ✓ El suicidio es una de las causas más frecuentes de mortalidad en adolescentes en todo el mundo. (Eaton et al, 2005; Gould et al. 2003; van Geel, Vedder and Tanilon, 2014).
- ✓ Un 6,2% de la población entre 16 y 24 años ha cometido un intento de suicidio en algún momento de sus vidas. Por lo que es importante conocer que factores pueden aumentar el riesgo para poder intentar prevenirlos.
- ✓ RESULTADOS DE METAANÁLISIS:
 - Existe una relación significativa entre el bullying y la ideación suicida OR= 2,23; 95% CI= 2,10 a 2,37.
 - En la relación entre victimización por iguales e ideación suicida no fueron encontradas diferencias significativas entre hombres/mujeres, ni </>13 años.
 - Existe una significativa relación entre bullying e intentos de suicidio (OR=2,55; 95% CI= 1,95 a 3,34).
 - El estudio encontró una relación significativa entre bullying y ambos ideación e intentos suicidio.
- ✓ Como limitaciones de la mayoría de los estudios encontrados de revisión y metanálisis es que son transversales y que los autores utilizan diferentes definiciones de ideación suicida y víctimas de acoso. Se necesita más investigación, principalmente sobre intentos de suicidio y muertes por suicidio.

PO-099. Conciencia de enfermedad y riesgo suicida en esquizofrenia en la adolescencia.

*Teresa Jimeno Beltrán, Esther garreta Canillas,
Raquel Seijas Gómez, Lourdes Marín Gómez*

Presentación de caso clínico

Adolescente de 17 años de edad diagnosticada de esquizofrenia paranoide. Se ha realizado intervención farmacológica y psicológica con la menor e intervenciones familiares. Actualmente la adolescente acude de forma regular a Hospital de Día.

Inició sintomatología prodrómica a los 12 años, comienza a presentar dificultades en las relaciones con los iguales, aislamiento, bajo rendimiento escolar y alteración de las relaciones familiares (actitud desafiante, problemas de regulación conductual y manejo de rabia-frustración, conflictos con el padre y principalmente con la pareja de éste). Inicio seguimiento en USMIJ en Junio 2011. Desde Enero 2012 se han producido 17 ingresos hospitalarios, intercalando como motivo de ingreso la descompensación psicótica con el riesgo autolítico por conciencia de enfermedad.

La menor presentó en varias ocasiones ideación autolítica estructurada que requirió varios ingresos hospitalarios, relacionado directamente con la alta conciencia de enfermedad y los intentos de normalización de su actividad escolar y social. Al disminuir la sintomatología aguda se iniciaba la reincorporación progresiva a las clases de ESO y reinicio de contacto con sus compañeras.

La paciente iniciaba una toma de conciencia con la realidad incapacitante en comparación con su buen funcionamiento premórbido, capacidad de darse cuenta de su deterioro cognitivo para mantener el ritmo de las clases lectivas, a pesar de estar adaptadas a sus dificultades, de la estigmatización social en el centro escolar, de su retraimiento social y de su aumento de peso secundario al tratamiento psicofarmacológico. Toda esta toma de conciencia más la presencia del diagnóstico de esquizofrenia en la madre y la mala evolución de la misma, provocaba un empeoramiento del estado de ánimo, visión negativa de futuro y sentimientos de desesperanza. Se describen varios factores de riesgo asociados a la conducta suicida en esquizofrenia temprana, destacando la clara conciencia de enfermedad de la paciente.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y RIESGO SUICIDA EN ESQUIZOFRENIA EN LA ADOLESCENCIA

Jimeno Beltrán, T; Garreta Canillas, E; Seijas Gómez, R; Marín Gómez, L.
IBSMIA. Hospital Universitario Son Espases

INSIGHT... ¿CAMINO HACIA EL FIN?

- ❖ **CONCIENCIA DE ENFERMEDAD:** Capacidad del paciente para reconocer que padece una enfermedad mental y a la habilidad para su auto-observación y autoconocimiento respecto a sus experiencias psicopatológicas, así como la conciencia del tipo, severidad y consecuencias de su trastorno mental.
- ❖ La **CONDUCTA SUICIDA Y EL SUICIDIO** es prevalente en esquizofrenia, siendo particularmente alto en fases tempranas del trastorno y especialmente en los dos primeros años de inicio del tratamiento.
- ❖ Existen varios factores de riesgo comunes a población general, como depresión y el abuso de sustancias.
- ❖ Estudios señalan la posible relación entre un alto insight y suicidabilidad, como **FACTOR DE RIESGO ESPECÍFICO** en los trastornos psicóticos. Especialmente en aquellos pacientes con creencias negativas (curso, pronóstico, ...) sobre dichos trastornos.
- ❖ Se recomienda monitorizar cuidadosamente durante el tratamiento: la sintomatología depresiva, los sentimientos de desesperanza y el insight.
- ❖ Así como prestar atención a los posibles efectos secundarios de las intervenciones psicosociales.

CASO CLÍNICO

- ❖ Adolescente de 17 años de edad diagnosticada de esquizofrenia paranoide. Se ha realizado intervención farmacológica y psicológica con la menor e intervenciones familiares. Actualmente la adolescente acude de forma regular a Hospital de Día.
- ❖ Inició sintomatología prodrómica a los 12 años, comienza a presentar dificultades en las relaciones con los iguales, aislamiento, bajo rendimiento escolar y alteración de las relaciones familiares. Inicio seguimiento en USMIJ en Junio 2011. Desde Enero 2012 se han producido 17 ingresos hospitalarios, intercalando como motivo de ingreso la descompensación psicótica con el riesgo autolítico por conciencia de enfermedad.
- ❖ La menor presentó en varias ocasiones ideación autolítica estructurada que requirió varios ingresos hospitalarios, relacionado directamente con la alta conciencia de enfermedad y los intentos de normalización de su actividad escolar y social. Al disminuir la sintomatología aguda se iniciaba la reincorporación progresiva a las clases de ESO y reinicio de contacto con sus compañeras.
- ❖ La paciente iniciaba una toma de conciencia con la realidad incapacitante en comparación con su buen funcionamiento premórbido, capacidad de darse cuenta de su deterioro cognitivo para mantener el ritmo de las clases lectivas, de la estigmatización social en el centro escolar, de su retraimiento social y de su aumento de peso secundario al tratamiento psicofarmacológico.
- ❖ Toda esta toma de conciencia más la presencia del diagnóstico de esquizofrenia en la madre y la mala evolución de la misma, provocaba un empeoramiento del estado de ánimo, visión negativa de futuro y sentimientos de desesperanza.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Melle I, Barrett EA. Insight and suicidal behavior in first-episode schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2012 Mar;12(3):353-9. doi: 10.1586/ern.11.191. Review.
2. López-Morfiño JD, Ramos-Ríos R, David AS, Dutta R. Insight in schizophrenia and risk of suicide: a systematic update. *Compr Psychiatry*. 2012 May;53(4):313-22. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.05.015. Epub 2011 Aug 6. Review.
3. Ozur M, Azorin JM, Adida M, Boussaoud D, Bhattas O. Insight in schizophrenia: from conceptualization to neuroscience. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Apr;66(3):167-79. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02325.x. Review.



PO-100. Intoxicación por litio, a propósito de un caso.

Mónica Fernández Rodríguez, Juan Manuel García Vega, María Martín García, Rocío Blanco Fernández Isabel González Villalobos, María García Moreno.

Presentación de caso clínico

Se trata de una mujer de 60 años diagnosticada de Trastorno Bipolar ingresada por alteración de la conducta. Como antecedentes médicos destaca hipotiroidismo secundario a litio, diabetes mellitus tipo 2, cirrosis hepática y glaucoma. Tenía tratamiento con litio 1000 mg/d y diuréticos (furosemida y espironolactona), insulina y omeprazol.

Semanas previas al ingreso la paciente comenzó a tener alteraciones conductuales (se defecaba y orinaba encima, se ponía la ropa del revés, estaba más despistada y presentaba dificultades en la utilización de objetos). Se encontraba opositora y mutista en ocasiones.

Al inicio la paciente ingresa en Neurología solicitando interconsulta a Psiquiatría, llamando la atención las fluctuaciones de la paciente. El lenguaje suele estar dominado por la repetición de sílabas o de palabras, pararrspuestas, bloqueos y alteraciones verbales. Presentaba litemia de 1,49 mE/l, se disminuye el fármaco que posteriormente al normalizar los niveles se reintroduce.

Finalmente ingresa en Psiquiatría. Se retira litio y los diuréticos ante la posible interacción en el tratamiento crónico con litio, pautando lactulosa tras interconsulta a Digestivo y posible causa hepática. Pautamos tiaprida 600 mg/d.

Al inicio del ingreso la paciente se encontraba desorientada temporo-espacialmente pero orientada en persona. Hipoproséxica y dificultad para concentrarse. Presentaba un discurso perseverante con aumento de latencia de respuesta, logoclonías y verbigeración. Ecolalia puntual. Daba respuestas reiterativas, pararrespuestas y rimas asonantes. Impresionaba de un nivel de ansiedad elevado y expresa labilidad emocional en relación a su dificultad para expresarse.

Realizamos electroencefalogramas seriados (afectación cerebral generalizada de grado moderado, con algunas ondas trifásicas sugerentes de encefalopatía) y al mismo tiempo se realizan test neuropsicológicos en los que destacaba anomia, agrafia, apraxia constructiva e incapacidad para realizar el test del reloj, que va mejorando progresivamente tras la retirada del litio.

PO-100 : INTOXICACIÓN POR LITIO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Mónica Fernández Rodríguez ¹, Juan Manuel García Vega ¹, María Martín García ¹, Rocío Blanco Fernández ¹, Isabel González Villalobos ¹, María García Moreno ¹
¹ Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, Madrid.

MOTIVO DE CONSULTA:

Se trata de una mujer de 60 años diagnosticada de Trastorno Bipolar ingresada por alteración de la conducta y desconexión del medio.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Antecedentes médico-quirúrgicos:

-NIRAMC
 -Hipotiroidismo secundario a tratamiento con litio.
 -DM tipo 2. Hipercolesterolemia. No HTA.
 -Cirrosis hepática de etiología no filiada. Hígado graso. Varices esofágicas grado III/III
 -Glaucoma
 -Anemia crónica
 -Iq-x: colecistectomía, cistocèle, amigdalectomía

Antecedentes psiquiátricos:

-Trastorno bipolar diagnosticado hace 12 años. Dos ingresos por descompensación maniaca. Último hace 3 años.
 -En seguimiento en CSM Zaragoza desde hace 15 años.

TRATAMIENTO HABITUAL:

-Furosemida 1/2-0-0,
 -Espirino lactona 25mg 0-1-0
 -Dufalac, sobre 1-1-1,
 -Omeprazol 10mg 1-0-0,
 -Insulina Novomix 30 30-35-30,
 -Combivan 5 ml en ojo derecho mañana y noche,
 -Lumigan 1 gota en cada ojo.
 -Plenur 1-1/2-1
 -Lormetazepam 2mg 0-0-1,

DATOS BIOGRÁFICOS:

-Divorciada desde hace más de 20 años.
 -Minusvalía 65%
 -Trabajo hace años en una residencia de ancianos.
 -Tiene 2 hijos independizados. Uno de ellos vive en Zaragoza y otro en Madrid.
 -Vivia hasta el mes de abril independiente pasando temporadas en casa de su hijo y hermana.

A SU LLEGADA AL SERVICIO DE URGENCIAS: Consciente, *desorientada en tiempo y espacio*. Impresionaba de entender órdenes simples, moviliza las 4 extremidades espontáneamente, parecía tener una *afasia global*. Niveles de litio: 1,49

Semanas previas al ingreso la paciente comenzó a tener *alteraciones conductuales* (se defecaba y orinaba encima, se ponía la ropa del revés, estaba más despistada y presentaba dificultades en la utilización de objetos). Se encontraba *oposicionista y mutista* en ocasiones. También *problemas para expresarse*, muy parca en las explicaciones. Este problema se había agravado en los últimos 8-9 días, siendo incapaz de terminar las frases.

INGRESA EN NEUROLOGÍA, por "Cuadro de demencia subaguda de menos de 1 mes de evolución, consistente en apraxia y afasia, de curso rápidamente progresivo, ITU, litemia ligeramente alterada y Hepatopatía de origen incierto. Pruebas complementarias en rangos de normalidad, por lo que descartan patología neurológica. Se pautó tratamiento con benzodiazepinas por sospecha de cuadro de características catatónicas.

ITC Psiquiatría: llamaba la atención las fluctuaciones de la paciente. El lenguaje suele estar dominado por la repetición de sílabas o de palabras, pararrspuestas, bloqueos y alteraciones verbales.

INGRESA EN PSIQUIATRÍA:

Se retira litio y los diuréticos ante la posible interacción en el tratamiento crónico con litio, pautando lactulosa tras interconsulta a Digestivo y posible causa hepática. Pautamos tiaprida 600 mg/d.

Al inicio del ingreso la paciente se encontraba desorientada temporo-espacialmente pero orientada en persona. Hipoprosexica y se objetivaba dificultad para concentrarse. Presentaba un discurso perseverante con aumento de latencia de respuesta, logoclonias y verbigeración. Ecolalía puntual. Daba respuestas reiterativas, pararrspuestas y rimas asonantes. Impresionaba de un nivel de ansiedad elevado y expresa labilidad emocional en relación a su dificultad para expresarse.

EVOLUCIÓN:

- Se realizaron electroencefalogramas seriados en los que se observaba afectación cerebral generalizada de grado moderado, con algunas ondas trifásicas sugerentes de encefalopatía.
- Al mismo tiempo se realizaron test neuropsicológicos en los que destacaba anomia, agrafia, apraxia constructiva e incapacidad para realizar el test del reloj.

Tanto los EEG como los test neuropsicológicos, así como el cuadro clínico de la paciente mejoró tras la retirada del litio.

Al alta leve apraxia constructiva, se encontraba orientada en las tres esferas, el discurso era coherente, con lenguaje fluido y espontáneo, ligera hipertimia, sonríe y bromea en las entrevistas con una mejoría notable de la sintomatología presentada al inicio

JUICIO CLÍNICO:
 Intoxicación por litio



Bibliografía: Intoxicación por litio. L. Domínguez Ortega. Análisis de las intoxicaciones por litio ingresadas en un servicio de Medicina Interna. E. Herrería de Pablo



PO-101. Aplicación de técnicas farmacogenéticas en la práctica clínica: a propósito de un caso.

*Lucía Pacheco Muñoz, Alfonso Herruzo Rivas,
Carmen Fernández González, Francisco González Sainz*

Presentación de caso clínico

Paciente de 44 años derivado por su MAP por clínica ansiosa refractaria a tratamiento habitual. Una vez realizado los primeros contactos con Salud Mental se le diagnóstica de Trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno de pánico. El paciente refiere inicialmente síntomas de ansiedad psíquica y cortejo vegetativo que pone en relación con un erróneo diagnóstico de Neoplasia de colón que más tarde se descartó. Conforme avanzan las consultas la clínica empeora asociándose ánimo depresivo e ideación autolítica estructurada. Se cambia el Citalopram de 30 mg que le había prescrito su MAP por Venlafaxina a dosis creciente hasta alcanzar los 350 mg. Continúa el empeoramiento del ánimo depresivo franco y aparecen ideas de autorreferencialidad y pseudoalucinaciones de tipo auditivo imperativas que generan gran angustia intrapsíquica en el paciente. Se asocia al antidepresivo Olanzapina 20 mg y más tarde Quetiapina 400 mg sin mejoría. Finalmente se incluye al paciente en un Ensayo clínico para medir la eficacia de un test farmacogenético. Mostrándose código verde a Paroxetina. Se reajusta el tratamiento farmacológico de nuevo y se retira la Venlafaxina. Añandiéndose una asociación de Paroxetina 30 mg y Mirtazapina 30 mg, apareciendo por primera vez un punto de inflexión en la evolución del paciente. Tras solo un mes después del último reajuste mejoran el contacto, el ánimo, la actividad y la motivación;

habiendo desaparecido las pseudoalucinaciones y la idea-
ción autolítica.

APLICACIÓN DE TÉCNICAS FARMACOGENÉTICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pacheco Muñoz L**; Herruzo Rivas A***; González Fernández C****; González Sainz F*

*FEA-Psiquiatría USMC-Villamartín (UGC Salud mental del H. Jerez de la Frontera)

**MIR-Psiquiatría III UGC Salud mental del H. Jerez de la Frontera

***MIR-Psiquiatría IV UGC Salud mental del H. Jerez de la Frontera

****MIR-Psiquiatría III UGC Salud mental del H. Jerez de la Frontera

Introducción:

Gracias a la genética, sabemos que entre individuos distintos hay millones de pequeñas diferencias que sólo constituyen un 0,1% del total del **Genoma Humano**.

Gracias a los avances en **farmacogenética** ahora sabemos que algunas de estas variaciones influyen en la predisposición de una persona a padecer ciertas enfermedades, y también en cómo responderá a un determinado medicamento. De hecho, se estima que la **respuesta a los fármacos** depende hasta en un **85% de factores genéticos**.

Objetivo:

Con la exposición de este caso clínico queremos exponer la evolución de un paciente después de modificar su tratamiento farmacológico, en función a los resultados obtenidos tras la aplicación de un test farmacogenético.

Presentación del caso:

Paciente de 44 años que acude a Salud Mental por presentar **sintomatología ansiosa**. Como antecedentes presenta dos episodios depresivos previos, sin remisión completa en los periodos de intercrisis. En primeras entrevistas solo se objetiva clínica ansiosa que **no cede con tratamiento habitual**. En un primer momento se le diagnostica de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada y se modifica el tratamiento a **Citalopram 30 mg/día**. Tras ocho semanas sin evidenciarse mejoría **aparecen pseudoalucinaciones auditivas** escasamente estructuradas que en un primer momento **impresionan de hipnagógicas**. Se cambia el tratamiento a **Venlafaxina de 150 mg** y se hace seguimiento estrecho. En sucesivas consultas se aprecia empeoramiento, con **ánimo depresivo franco e ideación autolítica**. Se aumenta la dosis de **Venlafaxina hasta los 350 mg**, asociándose con diferentes antipsicóticos (Olanzapina y Quetiapina) siendo todos estos intentos inútiles. Finalmente **se estructuran las alucinaciones auditivas** ejerciendo elevada presión y angustia intrapsíquica. Se cambia el diagnóstico a F.32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos y se ofrece ingreso voluntario en Unidad de Agudos, siendo rechazado por paciente y familiares. Dada la **refractariedad a los tratamientos farmacológicos** se decide incluir al paciente en Ensayo Clínico sobre la eficacia de los **tests farmacogenéticos** y se le realiza la prueba. Los resultados del análisis indican que existe mayor probabilidad de **respuesta positiva** usando como ISRS la **Paroxetina**.

A pesar de que la clínica del paciente no se correspondía con el perfil típico asociado a la Paroxetina, se decide incluirla en el tratamiento junto con Quetiapina y retirar resto de antidepresivos.

A las pocas semanas, se evidencia **una importante mejoría** en el contacto, la motivación, el ánimo y la actividad. Siendo el **primer punto de inflexión** en la evolución del paciente. En la actualidad continúa estable psicopatológicamente, habiendo desaparecido las alucinaciones y la ideación autolítica.

Conclusiones:

Es obvio que en la actualidad **no existe evidencia científica suficiente** que hable sobre la efectividad de los análisis farmacogenéticos aplicados en el campo de la psiquiatría. Lo que si podemos apreciar a través de casos clínicos aislados como este, es su recomendable **indicación en casos refractarios** a múltiples tratamientos farmacológicos o en **pacientes que presenten importantes secundarismos** con los tratamientos habituales.

Bibliografía:

1. Uhl M, Tomtsch A, Namerlador C, Ripke S, Lucero S, Heij M, Dose T, Ebinger M, Rosenhagen M, Kohl M, Kubler S, Schulz D, Behreken T, Specht M, Pirzö, Binder JB, Müller-Meyer B, Hüllboer E. (2008) Polymorphism in the 5-HT transporter gene ABCB1 predicts antidepressant treatment response in depression. *Mood* 17: 203-209.
2. Wilton MJ, Smith G, Day RK, Matthews K, Smith D, Blackwood D, Reid IC, Wolf CR. Polymorphisms in the SL6A4 and HTR2A genes influence treatment outcome following antidepressant therapy. *Pharmacogenomics* 3: 2009 Feb; 11(2): 141-149. [PubMed] Feb 5.
3. DeLisi J, Ammario J, Cazzio XL. Clinical Guidelines for Psychiatry for the Use of Pharmacogenetic Testing for CYP450 2D6 and CYP450 2C19. *Psychosomatics*. 2006; 47: 75-85.

PO-102. Factores psicosociales en la conducta suicida adolescente, a propósito de un caso.

*Sandra Jiménez Motilla, Lorena Ballega Torres,
José Luis Pedreira Massa*

Presentación de caso clínico

Se trata de un caso de una adolescente de dieciséis años que realiza tentativa de suicidio mediante sobregesta de fármacos sin previsión de rescate en el contexto de una ruptura sentimental. Como antecedentes personales presenta: separación de la figura materna a los seis años de edad, cesión familiar, migración y abuso sexual en la infancia y maltrato físico por parte de la figura paterna.

Se ha observado que está en aumento el suicidio en población adolescente sin trastorno mental previo siendo los factores psicosociales un factor de riesgo determinante para la conducta suicida. Los acontecimientos vitales de la paciente han condicionado que ante un contexto relacional insatisfactorio no presente una visión esperanzadora del futuro así como tampoco disponga de habilidades para resolver los problemas cotidianos.

FACTORES PSICOSOCIALES EN LA CONDUCTA SUICIDA ADOLESCENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sandra Jiménez Mottilla, Lorena Ballega Torres, José Luis Pedrona Massa

Se trata de una chica de 16 años que realiza una ingesta medicamentosa voluntaria de 60 comprimidos de metimazol con intención autolítica, dejando una nota de despedida y sin previsión de rescate tras ruptura sentimental.

Antecedentes personales

No antecedentes médicos de interés.

Sufrió abuso sexual por parte de su padre desde 2009 hasta 2013.

Inició seguimiento por Centro de atención a los abusos sexuales en la Infancia cuatro meses antes de que abandonó por decisión propia tras unas semanas.

No antecedentes psiquiátricos familiares.

Psicobiografía

Natural de Bolivia, 5ª de una fratria de 6. Reside en España desde hace Junio 2014 junto a su madre y hermana menor. Anteriormente residió en Bolivia hasta 2009 y desde 2009 hasta junio de 2013 en Argentina con hermana menor y su padre, que abusó sexualmente de las dos sin que su madre supiera el paradero de ambas. Fue la madre quien fue al rescate y las trajo a Madrid, donde ella residía desde que la paciente tenía 6 años (2004). Desde que la madre emigró a España mantenía contacto con ellos telefónicamente hasta que su ex-marido decide unilateralmente y sin comunicarlo marcharse a su pueblo de origen (Argentina) con sus dos hijas menores. Las dos menores permanecieron en paradero desconocido para la madre durante 4 años hasta que por la información que recibe por medio de unos familiares de su ex marido averigua dónde se encuentran y viaja desde España para rescatarlas.

Estudia 3º de ESO en instituto público al que ha dejado de asistir hace unos tres meses. Tenía pareja sentimental desde hace 3 meses, un chico de 16 años natural de Ecuador.

Enfermedad Actual

La paciente refiere que tomó los comprimidos con intención autolítica después de que su pareja le comunicara que quería dejar la relación.

Desde que llegó a España se encontraba apática, triste, poco comunicativa con escaso interés por las relaciones sociales y abandono de la actividad académica por dificultades en la adaptación. Hace tres meses conoció a un chico natural de Ecuador con quien inició una relación sentimental, siendo ésta la única relación social que mantenía. Fue la decisión de éste de terminar la relación lo que le precipitó la conducta suicida. Tras la ruptura, se sintió abandonada, con gran sentimiento de soledad, sin expectativas de futuro y desesperanza.

Diagnóstico (CIE-10)

Eje I: F43.21 Trn. Adaptación. Reacción depresiva prolongada.

Eje II: XX

Eje III: XX

Eje IV: X60 Autovenenamiento intencionado por analgésicos no opiáceos.

Eje V: 1.4 Abuso sexual (Z61.4); 3 Comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada (Z63.8); 4.1 Supervisión y control inadecuado de los padres (Z62.0); 5.3 Condiciones de vida que crean una situación psicosocial potencialmente peligrosa (Z59.1); 6.0 Pérdida de una reacción afectiva (Z61.0); 6.2 Alteración en el patrón de las relaciones familiares (Z61.2); 7.1 Migración o cambio social (Z60.3)

Eje VI: 2

Conclusiones

El 90% de los suicidios se vincula con problemas mentales, especialmente depresión y abuso de sustancias; sin embargo, resulta de factores complejos y es más probable en situaciones de crisis siendo estas situaciones en los adolescentes el fracaso en los estudios, abuso sexual o pérdida afectiva entre otras. En la paciente del caso podemos observar como un precipitante como la ruptura sentimental sobre su base con múltiples factores Psicosociales ha provocado una intensa afectación que junto a una pobre regulación emocional le han llevado a una decisión impulsiva, sin posibilidad de generar otras alternativa ni tener la habilidad para evaluar las consecuencias de sus actos, realizando así una conducta de suicidio.

Bibliografía: CIE-10 Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, 2000, 1 edición

Basile, H.S. El suicidio de los Adolescentes en Argentina. Alcmeon 47. 2005. Volumen 12: pag 211-231.

PO-103. ¿Posesión demoniaca o encefalitis por anticuerpos antiNMDA?

Marta Busto Garrido, Alicia Navarro Moreno.

Presentación de caso clínico

Varón de 16 años. NAMC, ni enfermedades somáticas de interés. Relación familiar disfuncional. En seguimiento por Psicólogo. Se produce traslado a urgencias del hospital tras cuadro de agitación psicomotriz con heteroagresividad verbal y física. La familia comenta que desde hace un mes presenta conductas bizarras, actitud regresiva, infantil y miedosa, soliloquios, aislado de sus amigos, insomnio, ve cosas raras. Esto se acompaña de un cuadro de días de evolución, de segundos de duración, en los que se pone rígido, sin cortejo ni relajación de esfínteres. En urgencias se repite el episodio y lo catalogan de simulación. Exploración psicopatológica: confuso, pensamiento desorganizado, angustia y desesperación. Discurso incoherente. Pruebas complementarias: EKG: ritmo sinusal, BIRD. TAC cráneo: normal. Analítica sangre: normal. Tóxicos: negativos. Ingresa en Psiquiatría. Se inicia tratamiento con risperidona, clorazepato dipotásico, haloperidol y biperideno. Persiste agitación psicomotriz y alucinaciones visuales. Ante sospecha de organicidad se traslada de nuevo a urgencias. Ante la gran agitación se procede a sedación con propofol. En analítica destacan niveles elevados de CPK, en EEG no aprecia actividad epileptiforme. Punción lumbar con resultados dentro de la normalidad y envía muestra de LCR para Anticuerpos antiNMDA a Barcelona. Se descarta síndrome neuroléptico maligno e ingresa en psiquiatría. Presenta bajo nivel de conciencia con rigidez, opistótonos, catatonía y secreciones espesas purulentas, gran agitación, lenguaje incoherente. Constantes normales y resto de exploración física normal. Ingresa en

UCI. Resultan positivos los anticuerpos antiNMDA siendo diagnosticado de encefalitis autoinmune por anticuerpos anti-NMDA, insuficiencia respiratoria hipercápnic (secundaria a sedación), trastornos de la conducción AV bradicardia, asistolia, alteraciones hidroelectrolíticas: hiperpotasemia, ventilación mecánica, nutrición artificial. Se ingresa en Neurología donde se inicia tratamiento con trazodona, lorazepam y Dacortin. No efectivo. Se realiza plasmaferesis.

¿Posesión demoníaca o encefalitis por anticuerpos antiNMDA?

Busto Garrido M. (MIR4 Psiquiatría), Navarro Moreno A. (MIR4 Psiquiatría). Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

INTRODUCCIÓN:

En 2007 se descubrió un tipo de encefalitis relacionada con los anticuerpos contra el receptor NMDA (NMDAR). Éste es un receptor de membrana celular con funciones críticas en la transmisión sináptica y la plasticidad neuronal. El ataque inmunológico a este receptor produce un cuadro clínico característico con síntomas que afectan a varios sistemas y se desarrollan en fases de una manera predecible. Diversas enfermedades infecciosas, tóxicas metabólicas, psiquiátricas o autoinmunes suelen plantearse al inicio. El desconocimiento relativo de la enfermedad es una de las causas en las que el diagnóstico todavía suele retrasarse en la mayoría de los casos.

Material y métodos:

Presentamos el caso de un niño de 16 años sin enfermedades somáticas de interés. Relación familiar disfuncional. Acude a nuestro centro por cuadro de agitación psicomotriz con heteroagresividad física y verbal. La familia refiere que desde hace un mes presenta conductas bizarras, actitud regresiva, infantil y miedoso, acompañado de solloquios, afirmando ver "cosas raras", junto con insomnio y aislamiento social. Esto se acompaña de un cuadro de días de evolución de rigidez generalizada de segundos de duración, sin cortejo vegetativo ni relajación de esfínteres. En urgencias se repite el episodio y es catalogado de simulación. Durante el ingreso en área de observación de Urgencias, se realiza exploración psicopatológica en la que se objetiva estado de confusión, pensamiento desorganizado con discurso incoherente, angustia y desesperación. Las pruebas complementarias realizadas tales como EKG, TAC craneal, analítica de sangre y orina con cribado de tóxicos resultaron normales. El EEG objetivó hallazgos de interés. Tras no conseguir no aprecia actividad epileptiforme. Ingresó en la Unidad de Psiquiatría para estudio. Persiste importante estado de agitación, iniciando tratamiento con risperidona, clorzepato dipotásico, haloperidol y biperideno sin respuesta terapéutica. Se descarta un posible síndrome neuroleptico maligno y ante la sospecha de organicidad es valorado por Neurología que realiza punción lumbar y envía muestra de LCR para Anticuerpos antiNMDA. Ante la evolución tórpida del cuadro en el que presenta bajo nivel de conciencia con gran agitación psicomotriz, rigidez generalizada, opistótonos, catatonía y secreciones espesas purulentas y lenguaje incoherente con sospecha de alucinaciones auditivas, se procede al

ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos donde permanece bajo sedación con propofol y vigilancia estrecha. Se mantiene sospecha diagnóstica de trastorno psicótico a filiar vs encefalitis por NMDA. Su evolución en UCI fue fluctuante, consistente en desconexión del medio, alternando muecas de llanto y risa, movimientos coreoatetoides complejos de extremidades, discinesias orofaciales e hipertonía. Este cuadro fue tratado inicialmente con ciclo de corticoterapia con pauta descendente hasta ver evolución. El resultado de las pruebas para anticuerpos anti receptor NMDA resulta positivo por lo que se diagnosticó al paciente de Encefalitis por anticuerpos antiNMDA. Se retoma tratamiento con metilprednisolona 125mg/día iv y posteriormente tratamiento con inmunoglobulinas iv a dosis de 400mg/kg/día durante 5 días y plasmaféresis. Debido a la estrecha relación de esta Encefalitis límbica con teratoma se solicitan marcadores tumorales, ECO de abdomen y ECO escroto y testículos, en las que no se objetivó hallazgos de interés. Tras no conseguir remisión satisfactoria del cuadro se decide tratamiento con rituximab apareciendo una mejoría lenta pero progresiva, que tras estabilización clínica del paciente se procede a alta hospitalaria y seguimiento ambulatorio del mismo.

Conclusiones:

La encefalitis por anticuerpos antiNMDAR es una entidad recientemente descrita. Se ha confundido históricamente con diferentes enfermedades tóxicas metabólicas, infecciosas y autoinmunitarias y múltiples procesos definidos con términos puramente descriptivos. En la gran mayoría de los casos, se describe una clínica psiquiátrica llamativa que induce a enfocar la patología desde un punto de vista psiquiátrico. Debería pues considerarse en pacientes jóvenes con manifestaciones psiquiátricas subagudas, movimientos anormales y alteraciones autonómicas.

Bibliografía:

- Vitalin R, Mason W, Ances B, et al. Paraneoplastic encephalitis, psychiatric symptoms, and hypoventilation in ovarian teratoma. *Ann Neurol* 2005;58:594-604.
- Dalmau J, Tuzun E, Wu HY, et al. Paraneoplastic anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol* 2007; 61:25-36.
- Florance NR, Davis RL, Lam C, et al. Anti-N-methyl-D-aspartate receptor (NMDAR) encephalitis in children and adolescents. *Ann Neurol* 2009;66:11-18.
- Sansing LH, Tuzun E, Ko MW, et al. A patient with encephalitis associated with NMDA receptor antibodies. *Nat Clin Prac Neurol* 2007;3:291-296.

PO-104. Trastorno por consumo de alcohol, trastorno afectivo e ideación suicida. Caso clínico.

*Juan Gibert Rahola, Yaiza Cabrera Barragán,
María Robles Martínez, Francisca Lourdes Díaz.*

Introducción

El 90-94% de los suicidas presentan un trastorno psiquiátrico. Entre ellos, el 47-70% presentan un trastorno afectivo, el 15- 25% presentan alcoholismo y el alcohol precipita el suicidio en el 68% de los casos¹.

Presentación de caso clínico

Varón de 47 años, casado y con dos hijos de 12 y 9 años, con los que convive. Operario prejubilado por incapacidad absoluta debido a abuso de alcohol en horario laboral. Diagnosticado hace 6 años de DM recurrente con alto riesgo autolítico con tres intentos autolíticos previos graves, baja impulsividad y baja respetabilidad que precisaron de ingreso en Unidad de Agudos de Psiquiatría.

Acude voluntariamente por un consumo de 8 UBEs diarias que combina con hipnóticos. Se muestra sintónico y colaborador, hipotímico con humor no reactivo, alucinaciones sensorio-perceptivas auditivas congruentes con el estado de ánimo e ideación tanática con plan autolítico estructurado. Problemas relativos al grupo primario de soporte.

Se objetivó: Depresión Mayor, y Dependencia de Alcohol (MINI), craving moderado (EMCA) e impulsividad baja (EIE). Tratado desde 2008 con varios antidepresivos y ansiolíticos sin mejoría clínica importante. Se pauta: Duloxetina 120mg/día, Lorazepam 3mg/día y Disulfiram oral.

Con este tratamiento el paciente ha mejorado notablemente la autoestima y el autocontrol, permitiendo solventar problemas en el ámbito social, familiar y laboral, desapareciendo la ideación suicida.

Conclusiones

El paciente alcohólico con patología dual severa tiene un mayor riesgo de conductas autolíticas, lo que justifica la necesidad de un tratamiento integral a nivel psicoterapéutico y farmacológico para estabilizar la patología dual, conseguir la abstinencia y controlar la ideación suicida.

Trastorno por consumo de alcohol, trastorno afectivo e ideación suicida. Caso clínico.

Gibert Rahola,J ; Cabrera Barragan,Y; Robles Martinez,M;Diaz Rubio,F.L.

CTA ARCA Cádiz

Introducción

El 90-94% de los suicidas presentan un trastorno psiquiátrico. Entre ellos, el 47-70% presentan un trastorno afectivo, el 15- 25% presentan alcoholismo y el alcohol precipita el suicidio en el 68% de los casos¹.

Presentación de caso clínico

Varán de 47 años, casado y con dos hijos de 12 y 9 años, con los que convive. Operario prejubilado por incapacidad absoluta debido a abuso de alcohol en horario laboral. Diagnosticado hace 6 años de DM recurrente con alto riesgo autolítico con tres intentos autolíticos previos graves, baja impulsividad y baja respetabilidad que precisaron ingreso en Unidad de Agudos de Psiquiatría.

Acude voluntariamente por un consumo de 8 UBES diarias que combina con hipnóticos. Se muestra sintónico y colaborador, hipotónico con humor no reactivo, alucinaciones sensorio-perceptivas auditivas congruentes con el estado de ánimo e ideación táctica con plan autolítico estructurado. Problemas relativos al grupo primario de soporte.

Se objetivo: Depresión Mayor, y Dependencia de Alcohol (MINI), craving moderado (EMCA) y impulsividad baja (EIE). Tratado desde 2008 con varios antidepressivos y ansiolíticos sin mejoría clínica importante. Se pauta Duloxetina 120mg/día, Lonazepam 3mg/día y Disulfiram oral. Con este tratamiento el paciente ha mejorado notablemente la autoestima y el autocontrol, permitiendo solventar problemas en el ámbito social, familiar y laboral, desapareciendo la ideación suicida.

Conclusiones

El paciente alcohólico con patología dual severa tiene un mayor riesgo de conductas autolíticas, lo que justifica la necesidad de un tratamiento integral a nivel psicoterapéutico y farmacológico para estabilizar la patología dual, conseguir la abstinencia y controlar la ideación suicida.

Referencias

Casas, M.; Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. Adicciones 14,1.

PO-105. Caso clínico: fenomenología en esquizofrenia.

Rocío Blanco Fernández, María Martín García, Isabel González-Villalobos Rincón, Mónica Fernández Rodríguez, Juan Manuel García Vega, Nuria Berenguer Elías.

Presentación de caso clínico

Mujer de 27 años que es remitida desde la Unidad de Agudos de Psiquiatría al Hospital de Día para seguimiento tras primer episodio psicótico.

No presenta antecedentes de interés. Licenciada en Periodismo y con estudios de idiomas.

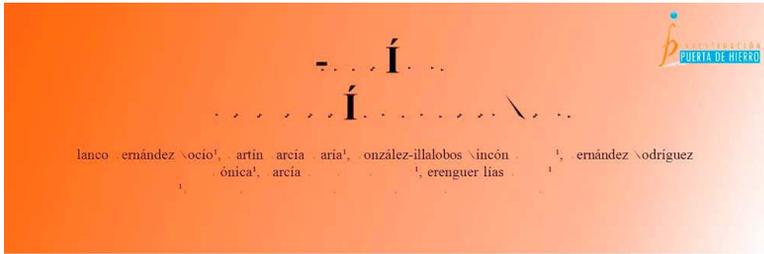
La paciente relata que hace dos años, mientras vivía sola en Alemania y trabajaba como traductora, comenzó a notar que los vecinos hablaban de ella. Al principio esto sucedía de forma muy esporádica y el contenido trataba sobre temas cotidianos, por lo que la paciente trató de darle una explicación racional.

Progresivamente, estos fenómenos se hicieron más frecuentes y comenzó a ocurrirle con sus amigos cercanos y compañeros de trabajo, por lo que cambió de empleo hasta en 3 ocasiones. Ante estas percepciones, la paciente comenzó a pensar que alguien podría estar vigilándola a través del correo electrónico o el móvil.

En los últimos 3 meses se trasladó a vivir a Inglaterra tratando de escapar de la amenaza de la "trama de espionaje". Al permanecer los fenómenos alucinatorios, el sistema delirante se extendió a todos sus familiares y conocidos.

Más adelante, el contenido de las voces comenzó a referirse a temas más íntimos, incluso sobre hechos de su vida que no había comentado con nadie por suponer sentimientos de culpa y vergüenza. Finalmente comenzó a creer que podían haber estado observándola durante toda su vida.

Finalmente, ante la creciente angustia, volvió a España dejando en Inglaterra sus pertenencias. Al llegar al domicilio familiar, acusó a su madre de espionaje, por lo que acudieron a urgencias, siendo ingresada en Psiquiatría. Durante los dos años de evolución, sus familiares no habían notado ningún tipo de alteración conductual ni la paciente había manifestado malestar. El tratamiento resultó eficaz y, probablemente en relación con su personalidad premórbida, su evolución está siendo favorable, con buena conciencia de enfermedad.



lanco Hernández \ocio', artin arcia 'aria', onzález-illalobos \incón .', ernández \odriguez
ónica', arcia .', arenguer lías

Introducción y Objetivos: Se plantea un caso clínico desde una perspectiva fenomenológica con el fin de describir las experiencias de primera persona que caracterizan el comienzo de la esquizofrenia.

Caso Clínico:

Mujer de 27 años que es remitida desde la Unidad de Agudos de Psiquiatría al Hospital de Día para seguimiento tras primer episodio psicótico.

No presenta antecedentes de interés. Licenciada en Periodismo y con estudios de Idiomas.

La paciente relata que hace dos años, mientras vivía sola en Alemania y trabajaba como traductora, comenzó a notar que los vecinos hablaban de ella. Al principio esto sucedía de forma esporádica y el contenido trataba sobre temas cotidianos, por lo que la paciente trató de darle una explicación racional.

Progresivamente, estos fenómenos se hicieron más frecuentes y comenzó a ocurrirle con sus amigos cercanos y compañeros de trabajo, por lo que cambió de empleo hasta en 3 ocasiones. Ante estas percepciones, la paciente comenzó a pensar que alguien podría estar vigilándola a través del correo electrónico o el móvil.

En los últimos 3 meses se trasladó a vivir a Inglaterra tratando de escapar de la amenaza de la "trama de espionaje". Al permanecer los fenómenos alucinatorios, el sistema delirante se extendió a todos sus familiares y conocidos.

Más adelante, el contenido de las voces comenzó a referirse a temas más íntimos, incluso sobre hechos de su vida que no había comentado con nadie por suponer sentimientos de culpa y vergüenza. Posteriormente comenzó a creer que podían haber estado observándola durante toda su vida.

Finalmente, ante la creciente angustia, huyó a España dejando en Inglaterra todas sus pertenencias. Al llegar al domicilio familiar, acusó a su madre de espionaje, por lo que acudieron a urgencias, siendo ingresada en Psiquiatría. Durante los dos años de evolución, sus familiares no habían notado ningún tipo de alteración conductual ni la paciente había manifestado malestar.

Se pautó tratamiento antipsicótico (RISPERIDONA 4MG DMD), que fue sustituido debido a efectos secundarios extrapiramidales (ARIPRAZOL 15MG DMD). A pesar de la sustitución, persistía enlentecimiento psicomotor, rigidez y visión borrosa que mejoraron con pauta de BIPERIDENO 4MG DMD.

El tratamiento resultó eficaz y, probablemente en relación con su personalidad premórbida, su evolución está siendo favorable, con buena conciencia de enfermedad.

Conclusiones:

- La fenomenología trata de comprender las experiencias anómalas que se producen en la esquizofrenia dentro del contexto biográfico del yo: la hiperreflexividad, el sentido disminuido de sí mismo y la alteración de la conciencia del mundo (1).

- En base a autores clásicos como Klaus Conrad, se distinguen varias fases en el desarrollo de la psicosis de la paciente: trema, apofanía, apocalipsis y consolidación (2,3).

REFERENCIAS:

1. Pérez Álvarez M, García Montes JM, Sass L. La hora de la fenomenología en la esquizofrenia. Clínica y Salud. 2010; Vol (21. 3): 221-233.
2. Conrad K. La esquizofrenia incipiente. Madrid: Archivos de Neurobiología; 1997.
3. Sims A. Síntomas mentales. Madrid: Triacastela; 2008.



Hospital Universitario
Puerta de Hierro Majadahonda



PO-106. Caso clínico: síndrome de Charles Bonnet.

María Martín García, Rocío Blanco Fernández, Isabel González-Villalobos Rincón, Mónica Fernández Rodríguez, Juan Manuel García Vega.

Presentación de caso clínico

Varón de 76 años ingresado en Oncología por neumonitis postradioterapia. Solicitan valoración por Psiquiatría por alucinaciones visuales.

Como antecedentes personales, destaca HTA, hipercolesterolemia, EPOC, glaucoma, hiperplasia prostática y adenocarcinoma de pulmón. Fumador de 20 cigarrillos/día.

Como antecedentes psiquiátricos, solo presenta una consulta hace 15 años por ansiedad y desde hace 1 año tiene pautado Lorazepam para dormir.

Sus médicos han consultado con el servicio de Oftalmología, quienes no consideran que se trate de patología ocular.

Ninguno de los fármacos que toma tiene riesgo de producir alucinaciones visuales.

El paciente refiere que desde hace unos 8 meses presenta alteraciones visuales consistentes en figuras complejas (personas estáticas o en movimiento, objetos que describe de manera detallada), de tamaño más pequeño de lo que correspondería en la realidad, momentáneas y que desaparecen cuando fija la mirada. Explica que cuando cierra los ojos ve imágenes de patrones coloreados y complejos "como el papel pintado de una pared". En

tiende que las alucinaciones no son reales, pero no se lo había contado a nadie hasta hace unos días por temor a que le considerasen “un demente”. Comenta que se han hecho más frecuentes y nítidas en relación con una mayor pérdida de agudeza visual en los últimos 2 meses. No se acompaña de síntomas confusionales ni otras alteraciones psicopatológicas mayores. Sí reconoce preocupación y ansiedad en relación con desconocer la causa de estos síntomas. También presenta sueño intranquilo con insomnio de mantenimiento.

La exploración psicopatológica es normal, salvo por la presencia de angustia en relación con pérdida de visión y alucinaciones visuales complejas, que reconoce como extrañas, sin repercusión afectiva ni conductual.

El cuadro se correspondería con el denominado síndrome de Charles Bonnet, entidad rara que tiende a ser infradiagnosticada y en ocasiones confundida con trastornos mentales severos.

Martin García M¹, Blanco Fernández R¹, González-Villalobos Rincón I¹, Fernández Rodríguez M¹, García-Vega JM¹, Berenguer Elias N¹.

¹Departamento Psiquiatría, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España.

Introducción y objetivos:

Se plantea el caso clínico de un paciente con síndrome de Charles Bonnet, una entidad poco frecuente, infradiagnosticada y que con frecuencia se confunde con trastornos mentales severos.

Caso clínico:

Paciente varón de 76 años, ingresado en el Servicio de Oncología por un proceso de neumonitis postradioterapia. Solicitan valoración por Psiquiatría por presencia alucinaciones visuales.

Como antecedentes personales, destaca HTA, hipercolesterolemia, EPOC, glaucoma, hiperplasia prostática y adenocarcinoma de pulmón. Es fumador de 20 cigarrillos/día. No presenta otros hábitos tóxicos. Como antecedentes psiquiátricos, sólo presenta una consulta hace 15 años por ansiedad, y desde hace 1 año esta en tratamiento con Lorazepam para dormir, pautado por su Médico de Atención Primaria.

Sus médicos a cargo han consultado con el servicio de Oftalmología, quienes no consideran probable que se trate de patología ocular. Ninguno de los fármacos que tiene pautados tiene riesgo de producir alucinaciones visuales.

El paciente refiere que desde hace unos 8 meses presenta alteraciones visuales consistentes en figuras complejas (personas estáticas o en movimiento, objetos que describe de manera detallada), de tamaño más pequeño de lo que correspondería en la realidad, momentáneas y que desaparecen cuando fija la mirada. Explica que cuando cierra los ojos ve imágenes de patrones coloreados y complejos "como el papel pintado de una pared". Entiende que las alucinaciones no son reales, pero no se lo había contado a nadie hasta hace unos días por temor a que le considerasen "un demente". Comenta que se han hecho más frecuentes y nítidas en relación con una mayor pérdida de agudeza visual en los últimos 2 meses. No se acompaña de síntomas confusionales ni otras alteraciones psicopatológicas. Sí reconoce preocupación y ansiedad en relación con desconocer la causa de estos síntomas. También presenta sueño intranquilo con insomnio de mantenimiento.

Describe clínica de pérdida progresiva de agudeza visual de unos 2 años de evolución, asociada a glaucoma que ya ha sido diagnosticado, y por el que no recibe tratamiento.

La exploración psicopatológica es normal, salvo por la presencia de angustia en relación con pérdida de visión y alucinaciones visuales complejas, que reconoce como extrañas, sin repercusión afectiva ni conductual.

Conclusiones:

El cuadro se correspondería con el síndrome de Charles Bonnet, que se da en personas con patología oftalmológica que, de manera casi siempre súbita comienzan a ver objetos no reales, que describen detalladamente. Presentan conciencia autocrítica de dichas alucinaciones. Aparece con más frecuencia en ancianos con deficiencia bilateral severa. El mecanismo por el que se producen es desconocido, aunque se ha postulado podría estar en relación con la deafferentación de la corteza visual por déficit visual. La reacción del paciente ante la aparición de los síntomas es variable, pero la más común es el temor a volverse loco, y muchos son tratados como pacientes psiquiátricos. Su pronóstico es variable, pueden durar días, meses o incluso años. Se ha propuesto su tratamiento con varios fármacos (antipsicóticos, antiepilépticos, antidepressivos...) aunque sin eficacia demostrada. Es importante explicar al paciente y al entorno las características del cuadro clínico, su origen y la ausencia de alteraciones psicopatológicas asociadas, de cara a mejorar la vivencia de los síntomas.

REFERENCIAS:

1. Rojas-Rojas H, Borja-Ballesteros C, Escobar-Córdoba F. Síndrome de Charles-Bonnet. Presentación de dos casos. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2007; 45 (2): 161-165
2. Springer J.M. Charles Bonnet Syndrome: an often misunderstood clinical condition. J Vis Impair Blind 2000; 94 (9): 595-97.
3. Asensio-Sánchez V.M, Merino-Núñez F, Rivas-Pastoriza A. Alucinaciones visuales complejas en un paciente con déficit visual severo en ambos ojos (Síndrome de Charles Bonnet). Arch Soc Esp Oftalmol 2003; 78: 327-30
4. Teunisse R.J, Cruysberg J.R, Hoefnagels W.H, van't Hof M.A, Verbeek A.L, Zilman F.G. Risk indicators for the Charles Bonnet syndrome. J Nerv Ment Dis 1998; 186 (3): 190-2.



PO-107. A propósito de un caso: Afrontar la realidad dentro de un sistema delirante.

Clara Fernández Burraco; Belén Rodríguez López; Cristina Romero Pérez.

Objetivos

Este caso ilustra a una paciente con trastorno de ideas delirantes persistentes de 16 años de evolución. El objetivo es disminuir la angustia de esta paciente y reintegrar a la paciente en la sociedad conviviendo con su sintomatología delirante restableciendo su funcionalidad.

Método

La presente historia clínica describe la evolución de una paciente psicótica valorada en la Unidad de Hospitalización de Valme. Tras 5 ingresos, el caso continúa en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria.

Resultados y conclusiones

Nuestra paciente tiene un recorrido vital con determinados acontecimientos traumáticos que probablemente, han influido en la génesis y evolución del cuadro delirante. Durante 16 años la paciente ha tenido un buen rendimiento a nivel laboral manteniendo el sistema delirante. ¿Qué circunstancia vital ha desencadenado el abandono de su funcionalidad?

Nos planteamos que el objetivo terapéutico con este tipo de pacientes no debería ir dirigido a eliminar el delirio, quizás el objetivo un tratamiento psicosocial que le permita convivir con el delirio y desarrollar mecanismos de

afrontamiento y de adaptación dentro de su sistema delirante.



Rodríguez López, elén; Romero érez,



Es importante, en primer lugar, conocer la personalidad premorbida de un sujeto para explorar la diferencia entre proceso y desarrollo a la hora de diagnosticar un cuadro delirante. Proceso es una transformación permanente e incomprensible de la personalidad mientras que el desarrollo emerge de forma comprensible y coherente en torno a la historia psicobiográfica previa.

Proceso	Desarrollo
Surge algo nuevo en la vida.	Desde lo biográfico.
Ruptura, interrupción del curso biológico.	Continuidad en lo biográfico.
Rompe la unidad de la persona.	Se mantiene la unidad.
Ausencia de facto desencadenante de lo que fundamenta.	Rol de las vivencias y ambiente.
Transformación de la personalidad hacia un nuevo estado en forma permanente.	Desarrollo unitario de la personalidad y ambiente.
Personalidad previa con un rol menor.	Tipos característicos: paranoicos, inseguros, orgullosos.
Surgen contenidos psíquicos nuevos e inenquadrables.	Surgen contenidos relacionados con la personalidad previa.
Incomprensibles.	Comprensibles.

É

El análisis de estos conceptos se realiza a propósito de un caso clínico que podría ser considerado un trastorno de ideas delirantes. La presente historia clínica describe la evolución de una paciente psicótica de 16 años de evolución, con una orientación longitudinal de rasgos de personalidad anómala. Esta paciente fue valorada en la Unidad de Hospitalización de Valme. Tras 5 ingresos, el caso continúa en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria.

Ó

-Antecedentes personales:

- + Sociofuncionales: es la 3ª de una familia de 3 hermanos. Soltera, convive con su familia de origen. Estudios secundarios, activa laboralmente.
- + Somáticos: alérgica a los ácaros, al polvo y al polen. Asma extrínseca. Accidente de tráfico a los 13 años con TCE y fractura de tibia y peroné con ingreso de un mes.
- + Psiquiátricos: primer contacto en Salud Mental con 25 años, 5 ingresos consecutivos en fechas navideñas de carácter anual, orientada como trastorno de ideas delirantes persistente.

- Antecedentes familiares: hermano diagnosticado de esquizofrenia simple (sospecha de folle à deux), tía materna diagnosticada de esquizofrenia y tío paterno en seguimiento por Salud Mental por patología que se desconoce. Madre patológica con doble vínculo, invasiva, no respecta espacios, alto criticismo. Padre alcohólico con historia de alta tensión emocional en el seno familiar.

- Exploración psicopatológica: contacto evitativo. Morfología corporal astenia. Aspecto descuidado. Perpleja y suspicaz. Consiente. Orientada en las tres esferas. Parcialmente colaboradora. FES aparentemente conservadas. Capacidad de juicio alterada con nula conciencia de enfermedad. Incongruencia afectiva. Angustia psicótica en relación a temática delirante. Deterioro del autocontrol y tendencia al aislamiento social. No bloqueo del pensamiento. Pensamiento sin alteraciones de la forma, no delirado. Temática delirante sistematizada y crónica. Contenidos bizarros en relación con ideación delirante megalomaniaca y de carácter místico-religioso. No ideas de culpa. Mecanismos de defensa proyectivos. Musitaciones en su discurso. Risas inmotivadas, soliloquios. Sospecha de alteraciones sensorioceptivas. Delirios de influencia corporal. No alteraciones de la psicomotricidad. No alteraciones del control de impulso. Siliolofobia. Retraimiento sociofamiliar. No alteraciones en el patrón del sueño.

- Personalidad premorbida: hiperresponsable, introversa, tímida, excesiva rigidez, rasgos obsesivos y paranoides, escasa red social.

- Motivo de ingresos: acude tratada por los familiares de forma voluntaria, presentando alteraciones de comportamiento en relación a temática delirante, con preocupaciones en relación con contenidos y planes religiosos: "siento la presencia de Dios, él me dice que yo soy Juan el evangelista... por eso decidí que me tenía que mandar a Australia... entiendo que la gente no me comprenda, vosotros no estáis preparados... mi hermano tiene una misión conmigo yo soy Moisés y él es Aarón". Sin crítica de la realidad, con repercusiones graves en su funcionamiento familiar y laboral.

- Psicobiografía:

- + Infancia complicada con alta tensión emocional e historia de maltrato.
- + 12 años accidente de tráfico.
- + 15 años separación de padres traumática.
- + 16 años disminución de rendimiento escolar.
- + 20 años se independiza con hermano menor, sospecha de folle à deux.
- + 21 años comienza su actividad laboral con buen rendimiento.
- + 25 años primer ingreso.
- + 25-41 años 5 ingresos posteriores donde mantiene su actividad laboral.
- + 41 años último ingreso, abandona la actividad laboral en relación a descompensación psicótica.

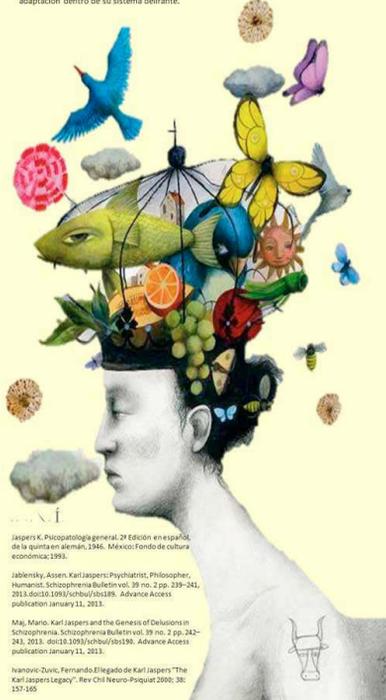
Este caso ilustra a una paciente con una psicosis delirante sistemática de muchos años de evolución con necesidad de un tratamiento multidisciplinar. Hubo un intento previo de ingreso en el Hospital de Día de Valme con intervenciones biopsicosociales. Se ha realizado una terapia cognitivo conductual con objetivo de disminuir la angustia y la sintomatología delirante para restablecer su funcionalidad. A su vez, se han utilizado fármacos antipsicóticos (haloperidol, risperidona, olanzapina y aripiprazol). Finalmente, en su último ingreso recupera la funcionalidad parcialmente con Paliperidona (Invega) 9 mg aunque se niega a recuperar su actividad laboral. La paciente ha presentado durante su evolución numerosos efectos secundarios debidos a la medicación antipsicótica. Accede a tomar este último antipsicótico, dado que no presenta efectos adversos que lo repercutan en su vida diaria.

Cumple criterios diagnósticos de F 22.0 Trastorno de ideas delirantes persistente (CIE-10).

Vivimos en una constante negación de la realidad. Este mecanismo de defensa es prototípico de la psicosis, pero no es exclusivo de ella. En el desarrollo normal se advierte la negación en el fenómeno de la percepción selectiva. Es el más infantil y primitivo método de defensa que el yo llama en su auxilio cuando el mundo exterior lo frustra o amenaza, explicable por la primacía del principio del placer sobre el principio de la realidad. El negar la realidad le sirve para evitar los aspectos de su conciencia dolorosos, contradictorios o desagradables.

Nuestra paciente tiene un recorrido vital con determinados acontecimientos traumáticos que probablemente, han influido en la génesis y evolución del cuadro delirante. Durante 16 años la paciente ha tenido un buen rendimiento a nivel laboral a pesar de nula red social, aún manteniendo el sistema delirante hasta actualmente. ¿Cuál circunstancia vital ha desencadenado el abandono de su funcionalidad?

Nos planteamos que el objetivo terapéutico con este tipo de pacientes no debería ir dirigido a eliminar el delirio, ya que son resistentes a muchos tratamientos, quizás el objetivo es que conviva con el delirio y desarrolle mecanismos de afrontamiento y de adaptación dentro de su sistema delirante.



Jaspers K. Psicopatología general. 2ª Edición en español, 6ª la quinta en alemán. 1946. México: Fondo de cultura económica; 1993.

Jablensky, Assen. Karl Jaspers: Psychiatrist, Philosopher, Humanist. Schizophrenia Bulletin vol. 39 no. 2 pp. 239-241, 2013. doi:10.1093/schbul/sbn189. Advance Access publication January 11, 2013.

Maj, Mario. Karl Jaspers and the Genesis of Delusions in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin vol. 39 no. 2 pp. 242-243, 2013. doi:10.1093/schbul/sbn190. Advance Access publication January 11, 2013.

Ivanovic-Zovic, Fernando. El legado de Karl Jaspers "The Karl Jaspers Legacy". Rev Chil Neuro-Psiquiat 2006; 38: 157-168

PO-108. Intentos suicidas con finales inesperados.

*Aida González Suárez, Covadonga Huergo
Lora y Graciano Fernández García.*

Presentación casos clínicos

A continuación, se exponen 4 casos de intentos autolíticos sucedidos en el año 2014 que han llamado la atención tanto por el método empleado como las consecuencias inesperadas de sus actos.

En el primer caso, se trata de un varón de 46 años diagnosticado de trastorno paranoide de la personalidad y de forma reactiva a dificultad vital (separación de su pareja) es encontrado en su coche en un polígono industrial abandonado con una bombona de butano abierta, filmándose con un Ipad y enviando las imágenes a su expareja. El paciente al ver que no se intoxicaba por gas y fruto del aburrimiento, encendió un cigarrillo ocasionando una explosión dentro del vehículo que le causó quemaduras de segundo grado en cara y manos.

En el segundo caso, paciente de 60 años, diagnosticado de trastorno de ideas delirantes y fruto de la temática místico religiosa que padece, se precipita por el hueco de las escaleras del edificio donde reside su madre y chocando 2 pisos más abajo contra la barandilla de las escaleras acabó en el rellano delante de la puerta de la misma no teniendo más lesiones que fractura en octava y novena costilla.

En el tercer caso, paciente de 26 años diagnosticada de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y retraso mental leve y fruto de una discusión banal

con su padre, se precipita por la ventana de la habitación donde se encontraba que distaba a 2 metros del suelo con el resultado de fracturas de ambas muñecas y tobillos y desplazamiento de primera vértebra lumbar.

Por último, mujer de 47 años con trastorno psicótico secundario a tratamiento por interferón, se precipitó por una ventana que distaba 0.5 metros del suelo saliendo ilesa del suceso.

PO-108 Intentos suicidas con finales inesperados

ALFONSO González Sánchez, Tiberto Lara, E. Fernández García, O. Umbral de Huelmo y J. A. Prada. Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Hospital General de Orense

El suicidio, según la OMS, es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años. Un factor de riesgo importante son las enfermedades mentales ya que encontramos una alta tasa de conducta parasuicida en los trastornos límites, el 50% de las personas que se suicidan estaban atravesando un episodio depresivo y un 10% presentaban sintomatología delirante florida.

CASO Nº 1

Varón de 60 años, viudo, un hijo, jubilado. Diagnosticado de Trastorno de ideas delirantes a seguimiento en Salud Mental. Conocido en nuestro Servicio de Psiquiatría por ingresos previos. El paciente presenta temática de perjuicio de contenido místico religioso que le lleva a buscar la muerte. Se precipita por el hueco de las escaleras del edificio donde reside su madre chocando contra el pasamanos de las escaleras lo que le hizo desviarse de su caída para terminar en el suelo del rellano de dos pisos mas abajo, en concreto, delante de la puerta del domicilio de su madre. Es llevado al Servicio de Urgencias donde es valorado presentando únicamente fracturas en los octavo y noveno arcos costales izquierdo sin compromiso pulmonar y posteriormente ingresa de manera voluntaria en nuestra Unidad de Psiquiatría hasta estabilización psicopatológica y al alta es derivado a centro residencial con seguimiento ambulatorio en CSM del Área.

CASO Nº 2

Varón de 35 años, soltero, sin hijos, con vida laboral activa. No tiene antecedentes de enfermedad mental previa. El paciente, tras dificultad vital, de manera impulsiva coge una bombona de gas butano en su casa la mete en el coche y se dirige a un polígono industrial abandonado. Allí, se encierra en el vehículo, abre la bombona con intención autolítica según refiere y comienza a filmar lo que sucede enviando las imágenes a persona implicada en la dificultad vital. Tras un tiempo de espera, enciende un cigarrillo. Consecuentemente se produce una explosión no intencionada en el interior vehículo que rompe los cristales de las ventanas y causa a nuestro paciente quemaduras de segundo grado faciales y en el dorso de ambas manos. Ya en el Servicio de Urgencias el paciente realiza crítica de su intento suicida que catalogo como un acto impulsivo fruto de la desesperación del momento pero dada la gravedad del mismo se decide ingreso para observación y estudio del caso. Tras unos días, es dado de alta con diagnóstico de trastorno paranoide de personalidad y seguimiento ambulatorio por nuestra parte.

CASO Nº 3

Paciente de 26 años, divorciada, vecina de un núcleo rural donde convive con su madre aquejada de trastorno bipolar incluida en el programa de Trastorno Mental Severo. Padre sano. NRAM. No enfermedades somáticas de interés. No hábitos tóxicos. Diagnosticada de Discapacidad intelectual leve y trastorno de la personalidad límite con antecedentes de seguimiento tanto en Centro de Salud Mental, como en Unidad de Hospitalización por alteraciones de conducta ligado estrechamente a la impulsividad y en Comunidades Terapéuticas. Traída al hospital de referencia tras precipitación desde un primer piso como acción impulsiva y pueril tras contradicción banal (negativa por parte del padre a comprarle un determinado artículo de ropa). Antecedentes de intentar tirarse del coche en marcha siendo frenada dicho acto anteriormente por su padre. Como consecuencia, estancia de 4 meses en el Servicio de Traumatología con rotura de ambos tobillos, ambas manos y fractura de la primera vértebra lumbar. En ese tiempo, varias intervenciones quirúrgicas y trastorno psicótico breve con factores de estrés notables.

CASO Nº 4

Paciente de 52 años. Divorciada, una hija. Vive solo en núcleo urbano. NRAM. Intervenciones de apéndice y extirpación de parótida izquierda (adenoma pleomorfo benigno). VHC genotipo 3. A los 20 años, acudió a consulta a la Unidad de Tratamiento de Toxicomanías por consumo de heroína y cocaína. En actualidad, solo consumo de tabaco. De marzo 2005 a noviembre de 2007, consulta en Salud Mental por síndrome ansioso-depresivo en relación con acontecimientos vitales estresantes. Estando a tratamiento con interférón. Estando en el quinto mes de tratamiento (tenía programados 6 meses en total), es traída al Servicio de Urgencias siendo encontrada por la familia tras haberse precipitado desde medio metro de altura del suelo, con fascies angustiosa y desesperada refiriendo no sentir el latido del corazón y verbalizando temática bien sistematizada de perjuicio y persecución en relación con su entorno próximo. Tras descartar patología orgánica, es ingresada en la Unidad y donde tras suspender tratamiento con interférón y ajuste de neurolépticos presenta buena evolución con remisión total del cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan & Sadok Manual de bolsillo de psiquiatría clínica, Benjamin J. Sadock, Virginia J. Sadock editores 15ª Edición. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins. 2010. p. 277-278
2. DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Ed. Panamericana, 2014

PO-109. Manía e hipertiroidismo subclínico: a propósito de un caso.

Marta Zubia Martín, Nuria Núñez Morales, Fran Arnaiz de las Revillas Almajano, Oriol Porta Olivares, Ana González Pinto

Introducción

En pacientes con sobreactividad de la glándula tiroidea, son frecuentes las alteraciones psicológicas en distintos grados. La inquietud, hiperactividad e irritabilidad son características, así como la distraibilidad o deterioro cognitivo. También aparece labilidad emocional con comportamientos irracionales o histriónicos.

De manera excepcional, cuando existe hiperfunción tiroidea, pueden aparecer cuadros de manía. Ante éstos, es necesario realizar un diagnóstico diferencial con las fases maníacas propias del trastorno bipolar, intentando esclarecer si la manía es secundaria al hipertiroidismo o si son dos cuadros coincidentes en el tiempo.

Objetivos

A través de un caso clínico vamos a analizar las características de un episodio maníaco en paciente con hipertiroidismo subclínico, el enfoque y las controversias en su manejo.

Resultados

En este paciente se inicia tratamiento antipsicótico en búsqueda de remisión de sintomatología maníaca mientras se realiza estudio de hipertiroidismo subclínico por parte de Servicio de Endocrinología, presentando buena evolución.

Conclusiones

Las manifestaciones clínicas de las enfermedades tiroideas y psiquiátricas son de difícil distinción entre sí. Es probable que los trastornos psiquiátricos pudieran ser causados o precipitados por un hipertiroidismo, o ser simplemente hechos coincidentes en el tiempo. Existe un aumento de la prevalencia de enfermedades tiroideas en pacientes que consultan ambulatoriamente por trastornos psiquiátricos, lo que obliga a una detección rutinaria. El tratamiento de la enfermedad tiroidea, aun cuando sea subclínica, resulta indispensable para la mejoría del paciente, especialmente cuando existe mala respuesta al tratamiento con psicofármacos.

En el caso expuesto, la edad tardía de presentación de la fase maníaca y la ausencia de antecedentes familiares orientaron el diagnóstico hacia un origen orgánico.

Bibliografía

- Toft A.D. Subclinical hyperthyroidism. *N Engl J Med.* 2001; 345:512-516.
- Fatourechi V. Subclinical thyroid disease. *Mayo Clin Proc.* 2001;76: 413-417.



MANÍA E HIPERTIROIDISMO SUBCLÍNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marta Zubia Martín, Nuria Núñez Morales, Fran Arnaiz de las Revillas Almajano, Oriol Porta Olivares, Ana González Pinto

INTRODUCCIÓN: En pacientes con sobreactividad de la glándula tiroidea, son frecuentes las alteraciones psicológicas en distintos grados. La inquietud, hiperactividad e irritabilidad son características, así como la distrabilidad o deterioro cognitivo. También aparece labilidad emocional con comportamientos irracionales o histriónicos. De manera excepcional, cuando existe hiperfunción tiroidea, pueden aparecer cuadros de manía. Ante éstos, es necesario realizar un diagnóstico diferencial con las fases maníacas propias del trastorno bipolar, intentando esclarecer si la manía es secundaria al hipertiroidismo o si son dos cuadros coincidentes en el tiempo. A través de un caso clínico vamos a analizar las características de un episodio maníaco en paciente con hipertiroidismo subclínico, el enfoque y las controversias en su manejo.

CASO	
Datos sociodemográficos	Varón de 58 años. Reside solo en Vitoria. Trabaja como asesor laboral, actualmente en I.L.T.
Antecedentes físicos	ANTECEDENTES FAMILIARES: -Madre, bocio. -1/3 hermanos (mujer), bocio, HTA, HLP. -Tías paternas, DM con ADO e insulina. ANTECEDENTES PERSONALES: No alergias medicamentosas conocidas. Fumador de 25 cigarrillos/día. No HTA. No DM. No dislipemias.
Antecedentes psicopatológicos	Sin antecedentes personales ni familiares. Sin tratamiento habitual.
Síntomas y exploración psicopatológica	Cuadro de 3 semanas de inquietud, discurso circunstancial, con pérdida del hilo conductor, desorganizado, aumento de energía, euforia, ideas megalomaniacas, disminución de horas del sueño... Taquipsiquia, con bloqueos frecuentes del pensamiento. No ideación delirante. Irritabilidad contenida. No ideación auto ni heteroagresiva. Insomnio global. Nula conciencia de enfermedad.
Análíticas	TSH * 0.16 mU/mL [0.35 - 4.94] T4 libre 1.12 ng/dL [.70 - 1.70] T3 libre 2.02 pg/mL [1.71 - 3.71] Se completó estudio con: TSH * 0.15 mU/mL [0.35 - 4.94] T4 libre 1.04 ng/dL [.70 - 1.70] T3 libre 2.47 pg/mL [1.71 - 3.71] Anti-TSHR <0.9 UI/L Negativo Antitiroglobulina 15 UI/mL [0 - 115] Antiperoxidasa 0.5 UI/mL [0 - 5.6]
Otras pruebas complementarias	ECO tiroidea: Bocio nódular Gammagrafía tiroidea: Bocio multinodular. Nódulo hipocaptante de gran tamaño en polo inferior del I.TD.
Tratamientos	TAC: Sin hallazgos. Olanzapina 10 mg/día.

El hipertiroidismo subclínico (HSC) se define por el hallazgo de una concentración plasmática de tirotrópina (TSH) baja asociado a hormonas tiroideas dentro del rango de referencia.

Como se explica en la tabla siguiente, en el paciente se siguen los pasos para el diagnóstico del hipertiroidismo subclínico y su etiología. En este caso tras la gammagrafía se detecta un bocio multinodular.

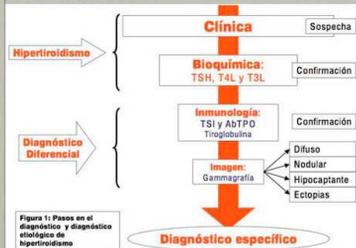


Figura 1. Pasos en el diagnóstico y etiopatología de hipertiroidismo subclínico.

En este paciente se inicia tratamiento antipsicótico mientras se inicia estudio de hipertiroidismo subclínico por parte de Servicio de Endocrinología. Dada buena evolución del cuadro y valores de TSH entre 0.1 y 0.45 µU/ml se decide no iniciar tratamiento anti-tiroideo y realizar seguimiento en CCEE tanto por Psiquiatría como por Endocrinología.

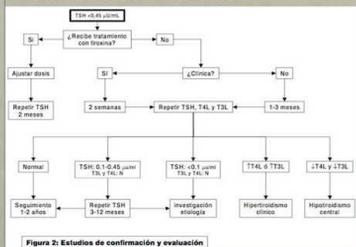


Figura 2. Estudios de confirmación y evaluación.

EVOLUCIÓN: Tras varios meses, el paciente se encuentra asintomático, mantiene tratamiento con Olanzapina y sigue sin tratamiento anti-tiroideo (sólo retirar la sal yodada), hasta completar el estudio por parte de Servicio de Endocrinología.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

La edad tardía de presentación de la fase maníaca y la ausencia de antecedentes familiares orienta el diagnóstico hacia un origen orgánico.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones clínicas de las enfermedades tiroideas y psiquiátricas son de difícil distinción entre sí. Es probable que los trastornos psiquiátricos pudieran ser causados o precipitados por un hipertiroidismo, o ser simplemente hechos coincidentes en el tiempo. Existe un aumento de la prevalencia de enfermedades tiroideas en pacientes que consultan ambulatoriamente por trastornos psiquiátricos, lo que obliga a una detección rutinaria. El tratamiento de la enfermedad tiroidea, aun cuando sea subclínica, resulta indispensable para la mejoría del paciente, especialmente cuando existe mala respuesta al tratamiento con psicofarmacos.

BIBLIOGRAFÍA:

Toft A.D. Subclinical hyperthyroidism. N Engl J Med. 2001; 345: 512-516.
 Fatourehchi V. Subclinical thyroid disease. Mayo Clin Proc. 2001;76: 413-417.
 William Alwyn Lishman; Organic psychiatry; The psychological consequences of cerebral disorder. London;1987 pag.429-30.
 Psychoneuroendocrinology of mood disorders; the hypothalamic-pituitary-thyroid axis. Psychiatry Clin. North. Am., 1998, Jun. 21; Pag. 277-92.
 Psychiatric disturbances associated with hyperthyroidism: an analysis report of 30 cases. Chung Hua I Hsueh Tsa Chin (Taipei); 1995. Dec. 56 (6) ; Pag. 393-8.

PO-110. Proyecto ¿vital? A propósito de un caso.

*Laura Fernández Cepillo, José Ildefonso Pérez
Revuelta, Yolanda Montero Beltrán*

Presentación de caso clínico

El Trastorno límite de personalidad (TLP) se incluye dentro de la categoría de los trastornos de personalidad. El TLP afecta aproximadamente al 10% de los pacientes tratados de forma ambulatoria en Centros de Salud Mental, al 15-20% de los pacientes ingresados en USMH y al 30-60% de los pacientes diagnosticados de Trastorno de Personalidad. La inestabilidad en todas las dimensiones de la persona es la característica principal de estos pacientes, manifestándose entonces de múltiples maneras. Presente en todas las culturas, el TLP es una de las patologías de mayor dificultad a la hora del abordaje y tratamiento, en ocasiones marcado por el riesgo autolesivo que con frecuencia tienen.

Nuestro objetivo es exponer un caso clínico representativo de, por un lado las características clínicas propias de esta patología incluyendo la ideación autolítica, como por otro, los objetivos e intervenciones a conseguir. Se trata de una paciente de 34 años de edad con diagnóstico de politoxicomanía y trastorno límite de personalidad desde los 17 años de edad. Ha realizado tratamiento irregular por varias zonas de la geografía española precisando en múltiples ocasiones ingreso en las Unidades de Hospitalización ante riesgo autolesivo. El escaso apoyo social y las difíciles condiciones económicas han sido una constante en esta paciente. Entre otras dificultades se han encontrado la escasa conciencia del trastorno, inestabilidad emocional y sintomatología de riesgo, afrontamiento relacional comprometido e intolerancia a la frustración, consumo

mantenido de tóxicos, deterioro de funcionalidad y a nivel ocupacional. Ha precisado de un tratamiento multidisciplinar para abordar sus dificultades, siendo varias las complicaciones encontradas, fundamentalmente marcadas por la irregularidad en su seguimiento y el riesgo autolesivo.

Proyecto ¿vital? A propósito de un caso

Fernández Cepillo, L¹, Montero Beltrán, Y², Pérez Revuelta, JI³

1: FEA Psiquiatría, USMC Jerez, UGC Salud Mental Jerez Fra., 2: FEA Psiquiatría, USMC Andújar, C. Hospitalario Jaén, 3: Psiquiatra-Investigador Fundación Investigación Biomédica de Cádiz, Hospital de Jerez Fra.

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de personalidad consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen acompañado de un escaso control de los impulsos. Es un síndrome heterogéneo, muchas veces infradiagnosticado, cada vez más atendido en nuestras consultas. El suicidio es un riesgo particular del frecuente en el trastorno límite de personalidad, con un 8-10% de los intentos de suicidio consumados, siendo además éste la principal causa de hospitalización. El trabajo terapéutico con los pacientes que presentan frecuentes intentos autolíticos y que tienen dicho trastorno es un reto. En ocasiones actuamos poniendo límites excesivamente firmes o realizando intervenciones cautelosas con la intención de prevenir la manipulación, la regresión, o una dependencia excesiva. Por todo lo ya comentado los clínicos debemos esforzarnos en realizar adecuadamente el diagnóstico de estas personas, así como a lo largo de su tratamiento detectar situaciones de alto riesgo de suicidio y trabajar en su prevención. A continuación realizamos descripción de caso clínico donde se pone de manifiesto las características diagnósticas propias de este diagnóstico así como la presentación de frecuentes conductas autolesivas, planteando las principales dificultades encontradas.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 35 años de edad que inicia su seguimiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria tras traslado de ciudad de residencia. No presenta ninguna alergia medicamentosa conocida y como antecedente somático sólo destacar asma bronquial. Ha consumido en el pasado múltiples tóxicos, fundamentalmente cannabis y cocaína. Fumadora de 20 cigarrillos al día. Durante su infancia y adolescencia no presentó alteraciones en su desarrollo, llegando a completar estudios universitarios y llevar a cabo varios trabajos remunerados. Desde la primera consulta la paciente pone de manifiesto dificultades en el ámbito familiar no manteniendo relación con ninguno de sus familiares.

Nulo contacto con familiares
Se siente diferente a ellos "no me comprenden"

Mecanismo de afrontamiento y de
gestión de emociones comprometido

Tendencia a la desestabilización de
ánimo y sentimientos de
minusvaloración

Consumo de tóxicos como
mecanismo evasivo.
Trastorno de conducta alimentaria



Progresivamente se fueron detectando características propias de las personas con trastorno límite de personalidad realizándose dicho juicio clínico, incluyéndose en el programa específico para tratar sus dificultades.

Se realiza abordaje programado multidisciplinar incluyendo terapia grupal de forma quincenal, revisiones farmacológicas con psiquiatra, trabajo individual con enfermería, valoración y tratamiento social, así como abordaje urgente en el equipo y en las urgencias del hospital de referencia.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001.
- Rajtasova J, Blum B, Romero M. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de personalidad, en un hospital de psiquiatría. Salud Mental 2009;32(4)
- Jimenez X. Patients with Borderline Personality disorder who are chronically suicidal. Am J Psychother 2013;67(2):186-201

PO-111. Psicosis e interferón, el paciente complejo: A propósito de un caso.

*Alfonso Herruzo Rivas, Lucía Pacheco Muñoz,
Carlos Gutiérrez Santaló*

Presentación de caso clínico

Mujer de 42 años sin antecedentes previos en salud mental. Diagnóstico reciente de Micosis fungoide hipopigmentada (Linfoma cutáneo de células T), inicia tratamiento con PUVA y posteriormente con interferón alfa 2B a dosis creciente hasta los 10 MU. Semanas después de iniciar tratamiento con interferón desarrolla un cuadro delirante de contenido místico religioso, hipocondríaco y de contaminación, presenta alucinaciones auditivas vividas con certeza plena y graves alteraciones de conducta con riesgo suicida, por lo que ingresa en la unidad de hospitalización de salud mental. Durante el ingreso se diagnostica un hipotiroidismo no conocido previamente que fue tratado por el servicio de Endocrinología, así mismo fue necesaria la coordinación los servicios de hematología y de Dermatología por la patología oncológica. Tras una inicial respuesta parcial a tratamiento antipsicótico la paciente mantuvo la clínica hasta la reducción de la dosis de interferón, remitiendo entonces completamente. La escala de probabilidades Naranjo indica que una relación probable entre la psicosis aguda y el interferón.

La exposición de este caso clínico responde a dos cuestiones, por un lado describir el proceso diagnóstico del desarrollo de una psicosis secundaria al tratamiento con interferón alfa 2B. Por otro lado ejemplifica la dificultad del abordaje de pacientes complejos y pluripatológicos, que precisan de una intervención multidisciplinar y una in-

tensa y efectiva coordinación entre los servicios implicados en su tratamiento.

Bibliografía

Steven A. Frankel, James A. Bourgeois, Philip Erdberg. (2012). *Comprehensive Care for Complex Patients: The Medical-Psychiatric Coordinating Physician Model*. San Francisco: University of California.

McHutchison JG, Gordon SC, Schiff ER, et al: Interferon alfa-2b alone or in combination with ribavirin as initial treatment for chronic hepatitis C: Hepatitis Interventional Therapy Group. *N Engl J Med* 1998; 339:1485-1492.

Psicosis e interferón, el paciente complejo: A propósito de un caso

Herruzo Rivas, A** ; Pacheco Muñoz, L*** ; Gutiérrez Santaló, C*
*FEA-Psiquiatría Comunidad Terapéutica San Miguel (UGC Salud mental del H. Jerez de la Frontera)
**MIR-Psiquiatría IV UGC Salud mental del H. Jerez de la Frontera
***MIR-Psiquiatría III UGC Salud mental del H. Jerez de la Frontera

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones neuropsiquiátricas asociadas al tratamiento con interferón-alfa fueron descritas a principios de la década de los 80 con el comienzo del uso terapéutico del interferón para algunas neoplasias malignas e infecciones víricas. Hay una cantidad considerable de publicaciones sobre los efectos secundarios neuropsiquiátricos asociados con el INF-alfa, que hacen referencia a la depresión (más frecuentemente), cambios de la personalidad y deterioro cognitivo; menos a menudo psicosis y delirio, y con poca frecuencia a manía.

La psicosis es poco habitual, estimándose una incidencia del 0,4% (6-7). Sin embargo, no debemos obviarlo a pesar de su baja incidencia por el alto riesgo de abandono y fracaso del tratamiento y por el riesgo de suicidio. En la mayor parte de los casos los episodios de psicosis quedan resueltos total o parcialmente al suspender el tratamiento con el interferón-alfa o introducir un tratamiento adecuado con antipsicóticos.

OBJETIVO

La exposición de este caso clínico responde a dos cuestiones, por un lado describir el proceso diagnóstico del desarrollo de una psicosis secundaria al tratamiento con interferón alfa 2B. Por otro lado ejemplifica la dificultad del abordaje de pacientes complejos y pluripatológicos, que precisan de una intervención multidisciplinar y una intensa y efectiva coordinación entre los servicios implicados en su tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 42 años sin antecedentes previos en salud mental. Diagnóstico reciente de Micosis fungoide hipopigmentada (Linfoma cutáneo de células T), inicia tratamiento con PUVA y posteriormente con interferón alfa 2B a dosis creciente hasta los 10 MU. Semanas después de iniciar tratamiento con interferón desarrolla un cuadro delirante de contenido místico religioso, hipocondríaco y de contaminación, presenta alucinaciones auditivas vividas con certeza plena y graves alteraciones de conducta con riesgo suicida, por lo que ingresa en la unidad de hospitalización de salud mental.



Psiquiatría:

Al ingreso se solicitó la batería de pruebas complementarias habituales (hemograma, bioquímica, función tiroidea, renal y hepática). Se inició tratamiento con risperidona oral en dosis ascendente hasta los 6 mg diarios, y lorazepam 4 mg diarios. La respuesta no fue satisfactoria tras unos días de ingreso: si bien la angustia intrapsíquica de la paciente y la presión de la trama delirante fueron disminuyendo sutilmente, persistían las alucinaciones auditivas y el convencimiento pleno de las ideas de contaminación.

En las pruebas complementarias solicitadas al ingreso se detectó un hipotiroidismo no conocido previamente:
-FUNCIÓN TIROIDEA: TSH 90.18 µU/ml [0.3 - 5] y T4 LIBRE: 0.214 ng/dl [0.9 - 2.1]

Ante este hallazgo y las dificultades de manejo propias del proceso oncológico de la paciente y el tratamiento de este (interferón alfa), se solicitó la intervención de los servicios de Dermatología y Endocrinología mediante Interconsulta preferente.

Se apuntó la posibilidad de la inducción de la psicosis por el inicio de tratamiento con Interferón.



Endocrinología:

Diagnosticaron un **Hipotiroidismo** no conocido previamente y pautaron tratamiento con levotiroxina oral 50 mg diarios.

En pruebas de imagen detectaron un foco anecogénico del que se descartó malignidad.

Establecieron como posible etiología un secundarismo al tratamiento con Interferón alfa.



Dermatología:

Ante la clínica de la paciente y la probable relación con el inicio de tratamiento con interferón a altas dosis (10 MU subcutáneas tres veces a la semana), se decidió disminuir la dosis inmediatamente hasta las 3 MU.

Durante el resto del ingreso mantuvieron seguimiento estrecho de la paciente en continua coordinación con el servicio de Psiquiatría.

CONCLUSIONES

Tras la disminución de la dosis de Interferón el estado psicopatológico de la paciente mejoró notablemente en escasos días, mantuvimos el tratamiento neuroleptico y fue dada de alta una semana después completamente asintomática y con 2 mg de risperidona en monoterapia como tratamiento, que posteriormente fue retirado progresivamente a nivel ambulatorio.

Este caso ejemplifica la dificultad terapéutica en pacientes pluripatológicos, donde se hace esencial la eficaz y continua coordinación entre los servicios que intervienen en el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Steven A. Frankel, James A. Bourgeois, Philip Erdberg. (2012). Comprehensive Care for Complex Patients: The Medical-Psychiatric Coordinating Physician Model. San Francisco: University of California. Madhusoodanan S, Zaveri D. Paliperidone use in the elderly. Curr Drug Saf. 2010 Apr;5(2):149-52.
2. Munt AM, Selwaz MJ, Steinbusch HWL, et al. Neuropsychiatric disorders related to interferon and interferon treatment. Metab Brain Disor. 2009; 24: p. 55-68
3. Cheng YC, Chen CC, Ho AS, et al. Prolonged Psychosis-Associated With Interferon Therapy in a Patient With Hepatitis C: Case Study and Literature Review. Psychosomatics, 2009; 50(5): p. 538-542.

PO-112. Por las noches oigo la televisión... apagada.

Germán Strada Herrera, Sandra Rubio Corgo, Ana Pérez Tejeda, Idir Mesían Pérez, Yolanda Lázaro Pascual, José Rodríguez Quijano, Luis Olivares Gerechter, Aurelia Matas Ochoa, Rafael Ángel Baena Mures, Cristina Pérez Sobrino, Ana Carabias Contreras, Nuria Tur Salamanca.

Presentación de caso clínico

Las alucinaciones auditivas en el adulto se han considerado tradicionalmente una señal incuestionable de un trastorno psicótico. En el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, pueden producirlas diversos problemas de salud mental, no necesariamente graves. Considerando los síntomas psicóticos en general (incluyendo alucinaciones), Laurens et al estimaron que 2/3 de los niños de 9 a 11 años experimentaron al menos un síntoma psicótico-like.

Presentamos el caso de una mujer de 17 años sin antecedentes psiquiátricos de interés que describe alucinaciones auditivas que consisten en escuchar el televisor encendido de manera repetida desde hace 1 año.

Durante su exploración psicopatológica se ponen de manifiesto deficiencias en la comunicación e interacción social (deficiencias en la reciprocidad socioemocional y deficiencia en las conductas comunicativas no verbales) y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento e intereses (alineación de objetos, intereses restringidos centrados en la física y la astronomía e hiperreactividad sensorial auditiva, estando respetadas las demás modalidades) además de síntomas de ansiedad de inicio a los

11-12 años que han experimentado un agravamiento en el último año. No se observaron otros síntomas psicóticos ni de trastorno afectivo mayor.

La analítica sanguínea, examen neurológico, EEG y neuroimagen fueron normales. La valoración por otorrinolaringología informa de hiperacusia.

Se han documentado casos de alucinaciones en niños no psicóticos con TDAH, trastorno depresivo mayor, trastornos de conducta, entre otros.

Un estudio reciente en una unidad de intervención temprana, evidenció que el diagnóstico de trastorno del espectro autista a veces se retrasa hasta la adolescencia. Detectaron que el modo de presentación en la mayoría de estos pacientes fue con sintomatología depresiva, seguidos de sintomatología ansioso-depresiva y síntomas psicóticos primarios.

Por las noches oigo la televisión... apagada.

G. Strada, S. Rubio, A. Pérez, I. Mesión, J. Rodríguez, L. Olivares, Y. Lázaro, A. Matas, R. Baena, C. Pérez, A. Carabias, N. Tur

Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Las alucinaciones auditivas en el adulto se han considerado tradicionalmente una señal incuestionable de la presencia de un trastorno psicótico. Sin embargo, en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil, se acepta que pueden producirlas diferentes problemas de salud mental, no necesariamente graves¹. Considerando las experiencias psicóticas en general (incluyendo alucinaciones), Laurens et al² estimaron que 2/3 de los niños de 9 a 11 años habían experimentado al menos una experiencia psicótica.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 17 años sin antecedentes psiquiátricos de interés que describe alucinaciones auditivas que consisten en escuchar el televisor encendido de manera repetida desde hace 1 año.

Durante su exploración psicopatológica se ponen de manifiesto posibles rasgos autistas consistentes en deficiencias en la comunicación e interacción social (deficiencias en la reciprocidad socioemocional y deficiencia en las conductas comunicativas no verbales) y patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento e intereses (alineación de objetos, intereses restringidos centrados en la física y la astronomía e hiperreactividad sensorial auditiva, estando respetadas las demás modalidades) además de síntomas de ansiedad de inicio a los 11-12 años que han experimentado un agravamiento en el último año. No se observaron otros síntomas psicóticos ni de trastorno afectivo mayor.

La analítica sanguínea, examen neurológico, EEG y la neuroimagen fueron normales. La valoración por otorrinolaringología informa de hiperacusia. El CI fue normal.

CONCLUSIONES

Se han documentado casos de alucinaciones en niños no psicóticos con TDAH, trastorno depresivo mayor y trastornos de conducta, entre otros.

Un estudio reciente en una unidad de intervención temprana de Australia³, evidenció que el diagnóstico de trastorno del espectro autista a veces se retrasa hasta la adolescencia. Detectaron que el modo de presentación en la mayoría de estos pacientes fue con sintomatología depresiva, seguidos de sintomatología ansioso-depresiva y síntomas psicóticos primarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paloma Ortiz, Margarita Alcamó, Sara Terán. Las alucinaciones en los niños: de la percepción a la representación. *Revista Átopos* nº 13. 2012; 28-38
2. Laurens et al. Psychotic-like experiences in a community sample of 8000 children aged 9 to 11 years: an item response theory analysis. *Psychol Med.* 2012;42:1495-1506
3. Aggarwal S. et al. Misdiagnosis versus missed diagnosis: diagnosing autism spectrum disorder in adolescents. *Australas psychiatry.* 2015 April; 23(2): 120-3

PO-113. Desesperanza Depresiva y Determinación Maníaca. Caso Clínico.

M^a José Gordillo Montaña, Elena Guillén Guillén, Diego de la Vega Sánchez

Presentación de caso clínico

El riesgo de suicidio en pacientes con TBP es del 8% en hombres y 5% en mujeres después de los 18 años. La población con TBP tiene entre 10 y 30 veces más riesgo de suicidio que la población general (Parmentier et al., 2012) y la mitad de los pacientes con TBP lo intentarán alguna vez en su vida (Jamison 2000, Valtonen 2005).

Mujer de 27 años. Convive con sus padres y su hermano menor. Trabajadora eventual.

A.Médicos: DM tipo I. Alergias: No. Tóxicos: No. Tto previo: Risperdal 6mg.

A.Psiquiátricos o análisis retrospectivo de evolución diagnóstica:

2003: Tras excursión con amigos presenta alucinaciones auditivas e ideación de perjuicio escasamente estructurada aunque con repercusión afectiva/conductual. Episodio Disociativo Vs psicótico y remitida al USMC con tto antipsicótico (Olanzapina).

2006: Ingesta de una cantidad indeterminada Paracetamol tras discusión familiar. Horas después realiza crítica aunque con actitud difícil durante la entrevista. Rasgos anómalos personalidad tipo B.

2013: Semanas previas clínica hipertímica con ideación megalomaniaca/religiosa. Afirmaba tener poderes

curativos, habiéndose curado ella la Diabetes. Ingresa en UCI por cetoacidosis diabética con traslado a psiquiatría. T.esquizoafectivo/T.Bipolar síntomas psicóticos. Tras alta iniciamos seguimiento con la paciente.

2014: Ingesta de más 60 comprimidos de Risperidona 3mg. Malestar anímico en semanas previas. Sin planificación previa ni factores estresantes. Intencionalidad autolítica.

Posteriormente admitiría haber presentado a lo largo de estos años ideación autolítica sin paso al acto. Exponemos que, dependiendo del momento del suicidio, puede recibir un diagnóstico u otro (tendencia infradiagnóstico del TBP).

En episodios mixtos estamos ante sufrimiento/desperanza del depresivo y determinación del maniaco. Clínica depresiva y maniaca son opuestas pero no excluyentes, y en caso de suicidio parecen combinar lo peor de cada caso.

Bibliografía

Pompili M, Gonda X, et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders. *Bipolar Disorder* 2013: 15

DESESPERANZA DEPRESIVA Y DETERMINACIÓN MANIACA.

CASO CLÍNICO.

M³ José Gordillo Montaño (MIR4), Elena Guillén Guillén (P.I.R 4), Diego de la Vega (F.E.A Psiquiatría)
Área Universitaria Hospitalaria Juan Ramón Jiménez (Huelva).

INTRODUCCIÓN

- El riesgo de suicidio en pacientes con TBP es del 8% en hombres y 5% en mujeres después de los 18 años.
- La población con Trastorno Bipolar tiene entre 10 y 30 veces más riesgo de suicidio que la población general (Parmentier et al., 2012) y la mitad de los pacientes con este trastorno lo intentarán alguna vez en su vida (Jamison 2000, Valtonen 2005).
- El TBP confiere el mayor riesgo de suicidio entre los trastornos mentales «mayores» (Goldstein 2012).
- Los Trastornos del espectro bipolar, sobre todo el Trastorno Depresivo recurrente, son el mayor factor de Riesgo para los intentos de suicidio de repetición (Kheirabadi). De hecho el TBP podría ser responsable de ¼ de todos los suicidios consumados (APA, 2013; Huber et al., 2014).
- Los episodios mixtos tienen una serie de complicaciones: Son más difíciles de tratar, con peor respuesta a litio y a las monoterapias (Swan 2012, Himmelhoch 1986, Duffy 2002); Suele ser tener una mayor duración del episodio (Benazzi 2007); y con peor pronóstico (Benazzi 2007).

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO:

Mujer de 27 años. Convive con sus padres y su hermano menor. Trabajadora eventual.

- Antecedentes Médicos: DM tipo I. Alergias: No. Tóxicos: No.

Tratamiento previo: Risperdal 6mg.

- Antecedentes Psiquiátricos o análisis retrospectivo de evolución diagnóstica:

2003: Tras excursión con amigos presenta alucinaciones auditivas e ideación de perjuicio escasamente estructurada aunque con repercusión afectiva/conductual.

Es diagnosticada de Episodio Disociativo Vs psicótico y remitida al USMC con tto antipsicótico (Olanzapina).

2006: Es dada de alta unos meses antes del ESM. Ingesta de una cantidad indeterminada de Paracetamol tras discusión familiar (Quería hacerse un tratamiento para depilarse con el que su madre no estaba de acuerdo) Horas después realiza crítica aunque con actitud difícil durante la entrevista. Sin repercusión orgánica.

Diagnóstico al alta: Rasgos anómalos personalidad tipo B.

2013: Manifiesta en las semanas previas clínica hipertímica con ideación megalomaniaca /religiosa. Afirmaba tener poderes curativos, habiéndose curado ella la Diabetes que presenta. Ingres en UCI por cetoacidosis diabética con traslado a psiquiatría.

Diagnóstico que se plantea: Trastorno esquizoafectivo o Trastorno Bipolar con síntomas psicóticos. Tras alta iniciamos seguimiento con la paciente.

2014: Realiza ingesta de más 60 comprimidos de Risperidona de 3mg. Había presentado malestar anímico en semanas previas. Sin planificación previa ni factes estresante, decide tomarse esa medicación con intencionalidad autolítica.

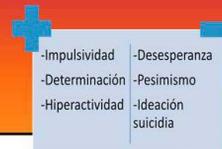
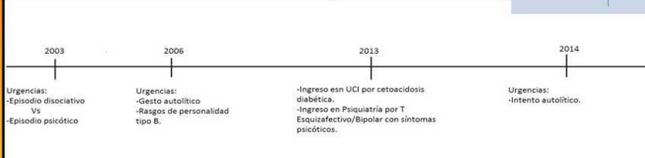
Posteriormente admitiría haber presentado a lo largo de estos años ideación autolítica sin paso al acto.

Actualmente continúa tratamiento en nuestra Unidad, con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar.

CONCLUSIÓN:

- Exponemos que, según muestra este caso, dependiendo del momento del suicidio, puede recibir un diagnóstico u otro. Existiendo una tendencia al infradiagnóstico del Trastorno Bipolar cuando el motivo del ingreso es intento autolítico.
- En este caso se observa de forma clara, lo que explica la literatura respecto al motivo de aumento de riesgo de suicidio en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. En episodios mixtos estamos ante el sufrimiento y la desesperanza del depresivo y la determinación del maniaco. Es decir, la clínica depresiva y maniaca son opuestas pero no excluyentes, y en caso de suicidio parecen que combinan lo peor de cada caso.

SECUENCIA INTENTOS AUTOLÍTICOS



Referencias Bibliográficas

- Pompili M, Gonda X, et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders. *Bipolar Disord* 2013; 15: 457-490.
- Cassidy F, Ahearn E, Carroll BJ: A prospective study of interepisode consistency of manic and mixed subtypes of bipolar disorder. *J Affect Disord* 2001; 67: 181-185
- Baldessarini RJ, Salvatore P, Khalsa HM, Tohen M: Dissimilar morbidity following initial mania versus mixed-states in type-I bipolar disorder. *J Affect Disord* 2010; 126: 299-302

PO-114. Suicidio y violencia de género.

Arántzazu Duque Domínguez, Laura Martín Díaz, Cristina García Montero, Mar Lázaro Redondo, Francisca de la Torre Brasas, Rosa Duque Domínguez

Presentación de caso clínico

Presentamos el caso clínico de una mujer de 36 años de edad, casada y con una hija de 9 años, que comienza a hiperfrecuentar el Servicio de Urgencias Hospitalarias y las Consultas Externas (Neurología, Ginecología y Psiquiatría) presentando molestias físicas y psíquicas inespecíficas. Es diagnosticada de un trastorno ansioso-depresivo. Reaparece en el Servicio de Urgencias realizando múltiples sobreingestas medicamentosas en el contexto de una separación por violencia de género. Ingresa en julio, agosto y septiembre de 2014 en la Unidad de Agudos de Psiquiatría, pasando posteriormente a realizar seguimiento en Hospital de Día Psiquiátrico. Desde esta Unidad se logra la desintoxicación de benzodiazepinas así como la contención de la ideación autolítica de la paciente, acompañándola en el proceso de su separación. No obstante, el riesgo de recaída, dados sus antecedentes, no es desestimable. La relación existente entre violencia de género y suicidio ha sido puesta de manifiesto en diferentes informes. Así, la probabilidad de que una mujer maltratada padezca trastornos mentales (incluida conducta suicida) es dos veces superior a la de mujeres que no han sufrido maltrato. Un estudio realizado en España con mujeres que buscaron asistencia tras ser víctimas de violencia de género observó que, durante el tiempo que estuvieron sometidas a violencia, el 63'2% llevó a cabo un intento suicida que requirió asistencia médica y el 18'4% presentó ideación suicida.

En la práctica totalidad de los casos existió violencia psíquica acompañada o no de violencia física o sexual. Entre las consecuencias de la violencia de género para la salud están las fatales (muerte por homicidio o suicidio) y las consecuencias en la salud física, psíquica, sexual/reproductiva y social. Entre las consecuencias en la salud psíquica están: depresión, ansiedad, trastorno del sueño, trastorno por estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, intentos de suicidio y abuso de tóxicos y alcohol.



[COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA]

SUICIDIO Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Arántazu Duque Domínguez, Laura Martín Díaz, Cristina García Montero, Francisca José de la Torre Brasas, M^a Mar Lázaro Redondo.

ANAMNESIS:

Motivo de ingreso en Hospital de Día Psiquiátrico: mujer de 36 años de edad, que es remitida a esta unidad desde la Unidad de Agudos de Psiquiatría, tras haber sido ingresada en este último dispositivo en tres ocasiones durante los últimos tres meses.

Antecedentes personales no psiquiátricos: no alergias medicamentosas conocidas. Colon irritable. Cólicos nefríticos. Otitis del oído medio de repetición. Enfermedad pélvica inflamatoria post-histerosalpingografía. Síndrome de ovario poliquístico. Infecciones urinarias de repetición. Metrorragias de repetición. **Hiperfrecuentadora** de los servicios de urgencias hospitalarias y las consultas de varias especialidades. Mal cumplimiento terapéutico. Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía. Timpanoplastia. No consumo de tóxicos.

Antecedentes personales psiquiátricos: conocida en este servicio de Psiquiatría desde hace 9 meses, cuando comienza a realizar sobreingestas medicamentosas y a precisar ingresos de contención en la Unidad de Agudos de Psiquiatría (julio, agosto y septiembre). Es remitida a la Unidad de Hospital de Día Psiquiátrico para **contención de dichas conductas autolíticas y actitud en puerta giratoria**. Tratamiento al ingreso: clonazepam: 8 mg/24 horas, lorazepam: 20 mg/24 horas, mirtazapina: 45 mg/24 horas, lormetazepam: 2 mg/24 horas, reboksetina: 8 mg/24 horas, venlafaxina retard: 300 mg/24 horas. No refiere antecedentes psiquiátricos familiares.

Datos de filiación: mujer de 36 años. **Separada** desde hace 6 meses. Tiene una hija de 9 años. Vive con sus padres en su ciudad natal. Es la segunda de una fratria de 4 hermanas. Ha trabajado como limpiadora. En situación actual de desempleo.

ENFERMEDAD ACTUAL: desde que comenzara con los trámites de su separación, la paciente refiere encontrarse muy decaída anímicamente, no tiene esperanza ni deseos de seguir viviendo por su hija, piensa que en cualquier momento su exmarido puede hacerle algún tipo de daño, porque está saltando las órdenes de alejamiento. En este contexto, realiza múltiples sobreingestas medicamentosas, con finalidad en ocasiones ansiolítica y en otras autolítica, junto a la demanda constante de subida de benzodiacepas, llegando a presentar un cuadro de inestabilidad de la marcha, diplopía y hemihipoestesia derecha, que precisó valoración por Neurología e ingreso en Psiquiatría para desintoxicación de benzodiacepas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma sin alteraciones. Bioquímica completa (incluye perfiles hepático, lipídico, renal, hormonas tiroideas y estudio de anemias) sin alteraciones. Coagulación sin alteraciones. Serología para enfermedades infecciosas sin alteraciones. Sistemático de orina sin alteraciones. RMN de cráneo: quiste milimétrico de 6x3 mm en la cisura coroidea (sin relevancia clínica).

DISCUSIÓN:

La relación existente entre violencia de género y suicidio ha sido puesta de manifiesto en diferentes informes. Así, la probabilidad de que una mujer maltratada padezca trastornos mentales (incluida conducta suicida) es dos veces superior a la de mujeres que no han sufrido maltrato. Un estudio realizado en España con mujeres que buscaron asistencia tras ser víctimas de violencia de género observó que, durante el tiempo que estuvieron sometidas a violencia, el 63,2% llevó a cabo un intento suicida que requirió asistencia médica y el 18,4% presentó ideación suicida. En la práctica totalidad de los casos existió violencia psíquica acompañada o no de violencia física o sexual.

Entre las consecuencias de la violencia de género para la salud están las fatales (muerte por homicidio o suicidio) y las consecuencias en la salud física, psíquica, sexual/reproductiva y social. Entre las consecuencias en la salud psíquica están: depresión, ansiedad, trastorno del sueño, trastorno por estrés posttraumático, trastornos de la conducta alimentaria, intentos de suicidio y abuso de tóxicos y alcohol.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida: evaluación y tratamiento. Ministerio de Ciencia e Innovación. (2011).
- 2.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. (2007).
- 3.- APA. DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5^{ed}. Madrid: Panamericana; 2014.
- 4.- CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Publicado por la OMS en Ed Meditar (Madrid). Ginebra 1992.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA: consciente, orientada en las tres esferas, actitud victimista y desvalida, facies hipotímica. Discurso en tono bajo y bradilálico. Aumento de latencia del tiempo en responder. Labilidad emocional. Ánimo subdepresivo, irritabilidad y disforia. Ansiedad ideica y somática (incapacitantes). Hiporexia sin reflejo ponderal. Insomnio de características mixtas. No alteraciones en la sensoropercepción. Ideas reiterativas de muerte, con ideación autolítica semiestructurada constante. Escasa crítica de los gestos autolíticos que realiza. Heteroagresividad verbal hacia compañeros de grupo. Escasos deseos de ayuda y de mejora. Capacidad de juicio conservada. Hiperconciencia de enfermedad.

EVOLUCIÓN: durante su estancia en el Hospital de Día Psiquiátrico se solicita interconsulta a determinados servicios, **frenando la hiperfrecuentación** de la paciente al servicio de urgencias hospitalarias. **También se evitan los constantes ingresos hospitalarios para contención de conductas autolíticas.** Antes de sucederse los juicios en los que la paciente debería luchar por la custodia de su hija, presenta una importante y poco concordante mejoría; una vez que ha obtenido los beneficios deseados (la custodia, el piso, etc.), vuelve a presentar ideas de muerte, síntomas somatiformes y clínica ansioso-depresiva, tratándose de episodios cada vez menos prolongados en el tiempo, de más fácil contención y que le permiten realizar una vida relativamente normal, ya que encuentra trabajo y lo comparte con su labor de madre y su ingreso en el Hospital de Día Psiquiátrico.

JUICIO CLÍNICO:

- 1.- **Trastorno de adaptación.** Reacción mixta de ansiedad y depresión (F43.23) (309.28)
- 2.- Rasgos disfuncionales de la personalidad (predominio tipo B)
- 3.- Trastorno por consumo de ansiolíticos grave (F13.20) (304.10). Previo.
- 4.- Ruptura familiar por separación o divorcio (Z63.5) (V61.03)
- 5.- **Visita de salud mental para la víctima de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja** (V61.11) (Z69.61)

TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO:

- Venlafaxina retard 300 mg en el desayuno.
- Lorazepam 1 mg: 1 comprimido cada 8 horas.
- Lormetazepam 2 mg: 1 comprimido antes de acostarse (puede repetirlo si insomnio).

PO-115. Comorbilidad entre el Trastorno de la Alimentación, Trastorno Obsesivo-Compulsivo e Hipocondría: presentación de un caso clínico.

Raquel Remesal Cobreros, Cristina Fabre Bernal, Cristina Sánchez Robles, Carmen Carrero García

Presentación de caso clínico

Mujer de 31 años. Sin antecedentes personales psiquiátricos/psicológicos de interés. Acude repetidamente a urgencias por dolor abdominal y tras descartar patología orgánica se decide la hospitalización completa en una Unidad de Psiquiatría. Este primer ingreso tiene una duración de aproximadamente 6 meses y tras él se suceden 5 más en un período de dos años, además de una hospitalización también prolongada en una Unidad Específica de Trastorno de Alimentación.

El cuadro clínico es abigarrado debido a su actitud hermética y a la negación de la sintomatología. Los principales síntomas y signos que se observan son: extrema delgadez (IMC: 16), conductas anómalas con la comida, rumiaciones cognitivas varias, dudas, inquietud psicomotriz, ansiedad, irritabilidad, disforia.

Quejas de estreñimiento y dolor abdominal, síntomas en los que la paciente focaliza su problema. No se objetivan síntomas psicóticos, ni afectivos. De las entrevistas mantenidas con sus padres se deduce importante preocupación por el peso e imagen corporal así como alteraciones graves del comportamiento alimentario.

Se orienta el diagnóstico hacia un trastorno de la conducta alimentaria, en principio restrictiva y posteriormente compulsiva-purgativa. En base a ello se realiza un abordaje psicoterapéutico, psicofarmacológico y nutricional, con evolución tórpida debido a su falta de conciencia de enfermedad y actitud precontemplativa. Además de la sintomatología alimentaria destacan las quejas hipocondríacas y los síntomas obsesivo-compulsivos. El enfoque diagnóstico se orienta hacia un Trastorno del Espectro Obsesivo Compulsivo, ajustándose el tratamiento psicofarmacológico en este sentido, así como el psicoterapéutico, basado principalmente en el modelo cognitivo de tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo. Se comprueba a partir de entonces una mejoría clínica significativa, precedida por un cambio de actitud a nivel motivacional y una clara conciencia de enfermedad.

Raquel Remesal Cobreros, Cristina Fabre Bernal, Cristina Sánchez Robles, Carmen Carrero García.
UGC. Hospital J. Ramón Jiménez-Huelva.

Presentación del caso....

Mujer de 31 años. Sin A.P. Salud Mental de interés. Acude repetidamente a urgencias por dolor abdominal y tras descartar patología orgánica se decide la hospitalización completa en una Unidad de Psiquiatría. Este primer ingreso tiene una duración de aproximadamente 6 meses y tras él se suceden 5 más en un periodo de dos años, además de una hospitalización también prolongada en una Unidad Específica de Trastorno de Alimentación.

Psicopatología predominante:

- Delgadez (IMC: 16)
- Amenorrea de varios años de evolución
- Negación de restricción alimentaria y/o anomalías en las ctas o hábitos alimentarios
- Negación de vómitos o uso de laxantes
- Negación de distorsión de imagen corporal y/o temor a poner peso
- Focalización en dolor abdominal y estreñimiento
- Demandas continuas de pruebas orgánicas y de laxantes para aliviar el estreñimiento.
- Admite consumo descontrolado de psicofármacos previo al primer ingreso (orifidal, miolastan, diazepam) por insomnio, nerviosismo,....
- Abandono de tareas habituales y responsabilidades en los últimos meses (no explica por qué)
- Marcada irritabilidad, falta de colaboración en las entrevistas, hermetismo, mentiras, respuestas evasivas.

Según la familia:

- Gran importancia a su imagen física, realización de ejercicio desde hace años (gimnasio, footing).
- Tendencia a la restricción de determinados alimentos, más acusado en los últimos meses.
- Hábitos alimentarios:
 - Dudas continuas sobre lo que comer
 - Evita sentarse en la mesa a la hora de las comidas
 - Le da vueltas a los alimentos, termina levantándose de la mesa sin comer
 - Mastica continuamente chicles
 - Bebe agua en exceso
 - Abusa de laxantes....

1ª Orientación diagnóstica:
Trastorno de la Cta Alimentaria: Anorexia N. restrictiva-purgativa

- Objetivos Iniciales del tratamiento:**
- Disminuir niveles de ansiedad e irritabilidad
 - Trabajar la toma de conciencia del problema (tno mental/físico).
 - Fomentar la motivación para el cambio
 - Restaurar peso y normalizar hábitos alimenticios
 - A nivel familiar: contención, escucha, pautas concretas...

DIFICULTADES.....

ACTITUD PRECONTEMPLATIVA:
No se plantea cambiar. No conciencia de enfermedad/ problema. Mas aspectos gratificantes que aversivos. Tto por presión.

- Manifestaciones:**
- Irritabilidad
 - Actitud negativista
 - Falta colaboración entrevistas
 - Respuestas evasivas
 - Negación anomalías con la comida (evidentes)
 - Resistencia activa a cumplir pautas alimenticias, reposo.....
 - Focalización en síntomas somáticos: estreñimiento, dolor abdominal
 - Demanda de pruebas físicas, laxantes/enemas
 - Rumitaciones continuas en torno a la alimentación
 - Resistencia a abordar otros aspectos de su vida
 - Aumento significativo de la ansiedad tras las comidas: hiperactividad, hiperdemandas...
 - Pérdida de capacidad para resolver actividades básicas de la vida diaria
 - Afectación funciones cognitivas: disminución atención, concentración, memoria, resolución de problemas cognitivos básicos.....
 - Aparición de ctas de tocamientos genitales, especialmente tras las comidas.

- Ttos psicofarmacológicos ensayados (sin respuesta clínica favorable)
- Lorazepam + Lormetazepam
 - Lorazepam + Lometazepam + Quetiapina
 - Lorazepam + Lometazepam + Olanzapina
 - Fluoxetina + Haloperidol + Lorazepam + Lormetazepam
 - Fluoxetina + Risperidona + Lormetazepam

Pallich, A., Cabello, F. & Carriló, C. (2011). TOC: Obsesiones y compulsiones. Tratamiento Cognitivo. Martínez E. (Ed.). Madrid.
Ellis, A. (1962). Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatric Journal*, 23, 306-308.
Hollander, E. (1992). En Hollander, E. (Ed.), *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
Hollander, E. (2002). Obsessive-compulsive disorder and spectrum across the life span. *International Journal of Psychiatry and Clinical Practice*, 8 (4): Taylor, J., & Wittgen, P. (1997). *Obsessive-compulsive disorder spectrum: pathogenesis, diagnosis, and treatment*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Cambio de enfoque.....

2ª Orientación diagnóstica:
Tno Espectro Obsesivo-Compulsivo.

- Línea de investigación:**
- Inclusión de los T. Alimentación en el Espectro O-C
 - Datos no concluyentes

Fig. 1. Espectro O-C según Yaryura Tobías y Neziroglu (1997)



Fig. 2. Espectro O-C según la Tª Multidimensional de Hollander y cols. 1993.

- | | |
|---|--|
| <p>T. Somáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - T. Dismórfico corporal - Hipocondría - Anorexia y Bulimia - T. Atracción? | <p>T. Impulsividad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Juego patológico - Clonomanía - Tricotilomanía - Compulsión sexual - TLP - TAP - ¿Tno por Atracción? |
| <p>T. Neurológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autismo - Tno Asperger - S. Tourette | |

Replanteamiento del caso (Fig. 3).



Fig. 3. Aplicación del Modelo Cognitivo de las Obsesiones a la patología alimentaria.



Tto. psicofarmacológico asociado al tto psicoterapéutico:

Clompiramina+ fluvoxamina+paliperidona

RESULTADOS:

- Comprensión e identificación con el modelo presentado
- Conciencia de enfermedad
- Mejoría relación terapéutica
- Paso a fases: contemplación, acción (modelo Prochaska)
- Intervenciones psicoterapéuticas más nucleares, menos basadas en los síntomas.

Consecuencias:

- Disminución de niveles de ansiedad
- Desaparición irritabilidad
- Desaparición tocamientos genitales, consumo de chicles, preguntas continuas sobre comida/enfermedad, dudas....
- Recuperación capacidades cognitivas, hns y habilidades básicas de la vida diaria.
- Mejoría hábitos alimentarios y peso (IMC: 17)
- Mejoría dinámica familiar....

PO-116. No me acuerdo de nada A propósito de un caso.

Ilene Criado Gutiérrez, Laura Espín Ortiz, Alberto Gutiérrez Sola, Isabel Caparrós del Moral, Eduardo García- Ramos García, Juan de la Fuente Portero.

Presentación de caso clínico

Describir el caso de una paciente con sospecha de Trastorno ansioso-depresivo, que finalmente es diagnosticada de Sd antifosfolípido (SAF). Insistir en la importancia de realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial en pacientes con cuadros de inicio brusco que nos orienta a una causa orgánica. Mujer de 44 años, acude a urgencias por no mejoría de la clínica ansiosa. Su hermana aporta informes previos y explica que la inquietud ha aumentado, repite constantemente "no me acuerdo de nada", deambula por la casa, no duerme, conductas de fuga. EPP: orientada, dificultad para mantener atención y concentración. Inquietud psicomotriz. Intenta colaborar respondiendo preguntas de filiación aunque repite constantemente "no me acuerdo de nada". Angustiada. No alteraciones sensoperceptivas. Insomnio de dos días. Una semana antes acude a su médico presentando lesiones petequiales en miembros inferiores y dolor articular. En consulta tiene una "crisis de ansiedad" y pautan Alprazolam. Diagnostican "reacción alérgica a Alprazolam". Al día siguiente "ansiosa, con habla y movimientos lentificados"; "en su mundo y en ocasiones desorientada". Diagnostican Síndrome Confusional agudo y Posible Trastorno ansioso-depresivo, se deriva Hospital de referencia. Neurología diagnostica Probable Trastorno ansioso-depresivo y Psiquiatría diagnostica Cuadro confusional y Trastorno ansioso-depresivo reactivo. Pauta Paroxetina 10mg/día y Diazepam 10mg/día. Dada la infor-

mación aportada, el inicio brusco, la fluctuación que describen, las lesiones petequiales y dolor articular presentadas, la sospecha diagnóstica es posible vasculitis. Solicitamos hemograma, factores de coagulación y PCR. Se objetiva elevación en factores de inflamación, y se consulta a Reumatología. RM: Lesiones hiperintensas en sustancia blanca periférica frontales.

Laboratorio: Inmunoglobulina M: 1164; cANCA: 1/20; DDímero: 854; ALúpico: negativo; B2 glicoproteína IgM 15.4; ACAIgG: 14.5; ACAIgM: 19; GOT/GPT: 50/100; LDH: 299; Leucocitos: 17000/mm³; . Inicia tratamiento con bolos de esteroides durante tres días. Diagnóstico de SAF.

“No me acuerdo de nada” A propósito de un caso

Autores: Ilene Criado, Laura Espin, Alberto Gutiérrez, Isabel Caparrós, Eduardo García-Ramos, Juan de la Fuente.
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivo:

- En ocasiones, las manifestaciones psiquiátricas, son la carta de presentación del síndrome antifosfolípido.
- Describir el caso de una paciente con sospecha de Trastorno ansioso-depresivo, que finalmente es diagnosticada de SAF. Insistir en la importancia de realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial en pacientes con cuadros de inicio brusco que nos orienta a una causa orgánica.

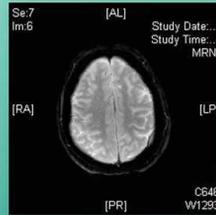
Caso Clínico:

- Mujer de 44 años acude a urgencias por no mejoría de la clínica ansiosa. Su hermana aporta informes previos y explica que la inquietud ha aumentado, repite constantemente “no me acuerdo de nada”, deambula por la casa, no duerme, conductas de fuga.
- EPP: orientada, dificultad para mantener atención y concentración. Inquietud psicomotriz. Intenta colaborar respondiendo preguntas de filiación aunque repite constantemente “no me acuerdo de nada”. Angustiada. No alteraciones sensorio-perceptivas. Insomnio de dos días.
- Una semana antes acude a su médico presentando lesiones petequiales en miembros inferiores (*Imagen 1*) y dolor articular. Estando en consulta presenta una “crisis de ansiedad” y le pautan Alprazolam. Diagnostican “reacción alérgica a Alprazolam”.
- Al día siguiente “ansiosa, con habla y movimientos entrecortados”; “en su mundo y en ocasiones desorientada”. Diagnostican Síndrome Confusional agudo (SCA) y Posible Trastorno ansioso-depresivo, se deriva Hospital de referencia. Tras valoración por Neurología y Psiquiatría, le diagnostican de Probable Trastorno ansioso-depresivo y Cuadro confusional. Pauta Paroxetina 10mg/día y Diazepam 10mg/día.
- Dado la información aportada, el inicio brusco, la fluctuación que describe, las lesiones petequiales y dolor articular presentado, la sospecha diagnóstica es de posible vasculitis. Solicitamos hemograma, factores de coagulación y PCR. Se objetiva elevación en factores de inflamación, y se consulta a Reumatología.
- Pruebas Complementarias: RM (*Imagen 2*): Lesiones hiperintensas en sustancia blanca periférica frontales. Laboratorio: Inmunoglobulina M:1164; cANCA:1/20 ; D-Dímero:854; ALúptico: negativo; B2glicoproteína IgM15.4; ACAIgG:14.5; ACAIgM:19; GOT/GPT: 50/100; LDH:299; Leucocitos:17000/mm3; Inicia tratamiento con bolos de esteroides durante tres días. Dada de alta con diagnóstico de SAF precipitado por proceso infeccioso.

Imagen 1



Imagen 2



Conclusiones:

“Las vasculitis, en este caso el Síndrome antifosfolípido (SAF), puede presentarse con síntomas psiquiátricos que oscilan desde ansiedad a sintomatología psicótica. Es importante presentar especial atención a los casos en los que la sintomatología psiquiátrica descrita presenten manifestaciones atípicas, más si se asocia clínica de enfermedades sistémicas del tejido conectivo. Es recomendable en estos casos sospechar la posibilidad de que se trate de la primera manifestación de un síndrome antifosfolípido.

Referencias:

- (1) Manifestaciones neurológicas en el síndrome Antifosfolípido. Luisa Suárez Álvarez, Graham R.V, Hughes y Munther A. Khamashtab. Hospital Universitario La Fe. Valencia, España. Med Clin (Barc). Lupus Research Unit. Rayne Institute. St. Thomas Hospital. Londres. Reino Unido. 2005;124(16):6303
- (2) Síndrome antifosfolípido, estado actual J. e. Alonso-Santoz, I. Inglada Galana, g. Pérez Paredes servicio de medicina interna. hospital universitario río Ortega. Valladolid an. med. interna (Madrid) vol. 24, n.º 5, pp.

PO-117. Psicosis cicloide: a propósito de un caso.

Laura Espín Ortiz, Ilene Criado Gutiérrez, Alberto Gutiérrez, Eduardo García-Ramos García, Jonatán González, Juan de la Fuente Portero.

Introducción

El concepto de psicosis cicloide (PC) conduce a errores diagnósticos por la dificultad en su identificación, especialmente en los primeros episodios, luego es preciso tener en cuenta las características particulares de esta entidad nosológica.

Objetivos

Describir un caso clínico compatible con el diagnóstico de PC para recordar esta entidad.

Presentación de caso clínico

Mujer de 21 años. Soltera. La mayor de 2 hermanas. Vive con familia de origen. Estudiante universitaria. Bailarina. A.P. psiquiátricos: ingreso en 2012 con diagnóstico de episodio psicótico agudo con gran componente confusional que se resolvió ad integrum. Mantenimiento con diazepam y quetiapina. Hábitos tóxicos: consumo esporádico de cannabis y tabaco. Antecedentes familiares: tía materna esquizofrenia paranoide, abuela paterna trastorno depresivo. En el momento del ingreso llevaba 5 días de insomnio, conductas desorganizadas y verbalizando ideas extrañas. EPP: consciente, orientada en persona y espacio, ligeramente desorientada en tiempo. Parcialmente colaboradora, difícilmente abordable y manejable. Alerta. Hiperactividad improductiva. Discurso inducido y disgregado, con neolo-

gismos y emisión de pararrespuestas. Verbaliza ideación delirante somática poco estructurada, autorreferencialidad con gran repercusión emocional, angustiada, predominando humor lábil, alternando rápidamente tristeza y euforia. Alteraciones sensorceptivas: alucinaciones auditivas en forma de voces y risas; alucinaciones visuales bizarras. Hiporexia e insomnio. La primera semana de ingreso mantuvo en primer plano sintomatología afectiva como desinhibición, expansividad, distraibilidad, sensación subjetiva de bienestar, humor predominantemente eufórico y despreocupado. Ajustamos el tratamiento con dosis crecientes de olanzapina hasta 25 mg/día y clonazepam hasta 4 mg/día. Posteriormente presentó discurso y conducta más organizada, manteniéndose la sintomatología psicótica en segundo plano. Tras 20 días se procedió al alta, con resolución completa del cuadro evidenciándose ciertos fallos mnésicos respecto a lo acontecido.

PSISCOSIS CICLOIDE: A propósito de un caso

AUTORES: Laura Espín Ortiz, Ilene Criado Gutiérrez, Alberto Gutiérrez, Eduardo García-Ramos García, Jonatán González, Juan de la Fuente Portero, Santa Cruz de Tenerife.

En la actualidad el concepto de psicosis cicloide(PC) conduce a errores diagnósticos por la dificultad que entraña su identificación, especialmente en los primeros episodios, por lo que es preciso tener en cuenta las características particulares de esta entidad nosológica. Describimos el caso de una paciente que presenta un cuadro clínico compatible con el diagnóstico de PC con el fin de recordar esta entidad.

Caso clínico:

Paciente mujer de 21 años, soltera. La mayor de 2 hermanas. Vive con familia de origen. Estudiante universitaria. Bailarina de danza clásica.

- Antecedentes personales:
 - Psiquiátricos: un ingreso en 2012 con diagnóstico de episodio psicótico agudo con gran componente confusional que se resolvió ad integrum. Seguimiento ambulatorio en tratamiento con diazepam y quetiapina.
- Hábitos tóxicos: consumo esporádico de cannabis y tabaco.
- Antecedentes familiares: tía materna esquizofrenia paranoide, y abuela paterna trastorno depresivo.

En el momento del ingreso llevaba varios días de insomnio, conductas desorganizadas y verbalizando ideas extrañas.

A la exploración psicopatológica estaba consciente, orientada en persona y espacio, ligeramente desorientada en tiempo, parcialmente colaboradora, difícilmente abordable y manejable. Alerta. Hiperactividad improductiva. Discurso inducido y disgregado, con neologismos y emisión de pararrpuestas. Verbaliza ideación delirante poco estructuradas somáticas (creía padecer SIDA o estar embarazada), autorreferencial, con gran repercusión emocional, angustiada, predominando un humor lábil, alternando rápidamente tristeza y euforia. Alteraciones sensorceptiva, tanto alucinaciones auditivas en forma de voces y risas, como alucinaciones visuales bizarras (bebés y gente rompiéndose en pedazos). Disminución de apetito e insomnio de 5 días de evolución.

La primera semana de ingreso se mantuvo en primer plano sintomatología afectiva como desinhibición, expansividad, distraibilidad, sensación subjetiva de bienestar, humor predominantemente eufórico y despreocupado. Ajustamos el tratamiento con dosis crecientes de olanzapina hasta 15 mg/día y clonazepam hasta 4 mg/día. Posteriormente fue presentando un discurso y una conducta más organizada, manteniéndose la sintomatología psicótica en segundo plano. Al los 20 días se procedió al alta de la paciente con una resolución completa del cuadro evidenciándose ciertos fallos mnésicos respecto a lo acontecido.

Conclusiones: La Psicosis cicloide no queda recogida entre de los sistemas diagnósticos actuales, siendo necesario ubicar a los pacientes en otras categorías, perdiéndose en nuestra opinión ciertas características y diferencias importantes entre cuadros parecidos. Diferencias que podrían ser importantes respecto al pronóstico o tratamiento.

Referencias Bibliográficas:

- (1) OMS, Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Madrid, Meditor, 1992.
- (2) Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), Barcelona, Masson, 2002.
- (3) EY, H. Estudios sobre los delirios, Madrid, Paz Montalvo, 1950.
- (4) Psicosis cicloides: Controversias diagnósticas y nosológicas a propósito de un caso. José García-Valdecasas Campelo, Amaia Vispe Astola, Desirée Díaz Meliá y María Martín Olmos Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2007; vol. XXVII, nº 99, pp. 59-73. ISSN 0211-5735.
- (5) Psicosis cicloide: a propósito de un caso. Beatriz Carrasco Calvo, María José Echánove Lanuza, Miriam Anguix Caballero, Miguel Hernández Viadel y Juan Francisco Pérez Prieto. Psiq Biol. 2009;16(2):88-93

PO-118. Intencionalidad autolítica vs finalidad instrumentalizadora del ambiente en pacientes diagnosticados de distimia, a propósito de un caso.

Alicia Quirós López, Rafael Lara Flores, Adela María Hans Chacón.

Introducción

¿Disponemos de herramientas para diferenciar gestos parasuicidas con final funesto de la intención autolítica verdadera, así como de su repercusión clínica? La OMS define el suicidio como acto con resultado letal, realizado deliberadamente por el sujeto sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener cambios deseados. Consideran el parasuicidio un acto sin resultado fatal mediante el cual una persona se autolesiona con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico (1).

Un aspecto clave para concretar el tipo de conducta suicida es la intencionalidad para la que podemos utilizar escalas como la de Beck aunque nada puede reemplazar a la entrevista clínica.

Presentación de caso clínico

Mujer de 55 años, natural y conviviente en medio rural, casada, dos hijas. Actualmente desempleada. Sin antecedentes somáticos de interés. Fumadora activa. Atendida en urgencias del Hospital de la Merced por ingesta de aguafuerte en domicilio con demanda de asistencia médica inmediata posterior.

La paciente verbaliza estresores económicos y familiares comunes con una visión personal donde predominaban sentimientos de insatisfacción y frustración desajustados a la realidad, dificultad para el manejo de las emociones reactivas a dichos estresores, demandas constantes de atención y cuidados hacia ella, rasgos disfuncionales de personalidad de corte histriónico. En seguimiento irregular durante 5 años en el equipo de salud mental comunitaria con orientación diagnóstica de distimia con diversas estrategias farmacológicas infructuosas. Varias ingestas medicamentosas voluntarias previas sin repercusión médica destacable, con finalidad modificadora del ambiente.

Esofagitis y gastritis cáustica con necrosis focal grado IIIa según clasificación de Zagar, y úlceras prepilóricas por la ingesta actual.

Bibliografía

OMS, Guía de la práctica clínica sobre la depresión mayor.
Cap. 9, pag. 99-123.

“Intencionalidad autolítica vs finalidad instrumentalizadora del ambiente en pacientes diagnosticados de distimia.” a propósito de un caso.

A. Quirós Lopez ¹, A. Hans Chacón ¹, R. Lara Flores ¹
¹ Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla

INTRODUCCIÓN

¿Disponemos de herramientas para diferenciar los gestos parasuicidas con final funesto de la intención autolítica verdadera?

CASO CLÍNICO

Mujer de 55 años natural y conviviente en medio rural, casada y con dos hijas. Actualmente en paro. Sin antecedentes somáticos y familiares de interés. Fumadora activa.

Atendida en urgencias hospitalaria del Hospital de La Merced por ingesta de agua fuerte en domicilio tras discusión con su hija mayor, con demanda por iniciativa propia inmediatamente después de asistencia médica.

La paciente verbalizaba estresores económicos comunes con una visión personal donde predominaban sentimientos de insatisfacción y frustración desajustados a la realidad, dificultad para el manejo de las emociones reactivas a dichos estresores, demandas constantes de atención y cuidados hacia ella, rasgos disfuncionales característicos de personalidad tipo histriónica.

Previamente había realizado seguimiento irregular durante 5 años en el equipo de salud mental comunitaria con orientación diagnóstica de distimia con varias estrategias farmacológicas infructuosas. Además de varias ingestas medicamentosas voluntarias previas sin repercusión médica destacable, con finalidad modificadora del ambiente.

En esta ocasión, secundario a la ingesta la paciente sufrió una esofagitis y gastritis cáustica con necrosis foc al grado IIIa (clasificación de Zagar), y úlceras prepilóricas. Necesitando hospitalización y asistencia médica de soporte especializada, con evolución favorable.

CONCLUSIONES

A pesar de la alta letalidad del medio empleado por nuestra paciente, los psiquiatras que intervenimos en la valoración coincidimos en que fue un gesto parasuicida con intencionalidad modificadora del medio.

La OMS define el suicidio como un acto con resultado letal, realizado deliberadamente por el sujeto sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener cambios deseados.

Considera parasuicidio un acto sin resultado fatal mediante el cual una persona se autolesiona con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico.

¿Es apropiado hacer valoraciones a posteriori en función del resultado del gesto suicida?

¿Cómo distorsiona esta valoración los datos estadísticos con los que contamos en la actualidad sobre intencionalidad autolítica?

Bibliografía:

•OMS, guía sobre la práctica clínica de la depresión mayor. Cap. 9, pag. 99-123.

PO-119. Dueto suicida. Paradigma de un suicidio ampliado.

Montserrat Guilabert Vidal, Anna Salas Martínez, Patricia Latorre Forcén, Cristina Abad Bouzán, Ricardo Campos Ródenas

Presentación de caso clínico

Paciente de 47 años, que acude a urgencias por malestar emocional con ideación activa de muerte de semanas de evolución.

Como antecedentes psiquiátricos, consta diagnóstico de trastorno psicótico inespecífico, en seguimiento por consultas externas de nuestro centro, con estabilidad. Vive con la madre, y a lo largo de la historia, se remarca numerosas veces la relación entre ambos, calificada de simbiótica y patológica.

El episodio actual inicia unos 12 días antes de que J acuda a nuestro servicio de urgencias refiriendo importante ideación suicida, en la que cuenta como precipitante con una extracción de tres piezas dentarias, que influye gravemente en su autoestima. Dice: "todo ha perdido el sentido para mí... con este físico no voy a poder hacer nada". Dada la clínica depresiva grave y los matices delirantes en la presentación y el contenido del discurso, y riesgo de paso al acto, se procede a ingreso. Durante éste, en intervenciones familiares, la madre nos comenta, que dada la desesperación del momento y la convicción y redundancia con la que J explicaba la pérdida de sentido de la vida, ambos refieren que reservaron una habitación de hotel donde llevar a cabo un suicidio ampliado para dar fin así al sufrimiento generado para los dos.

El examen mental al ingreso evidencia elevado nivel de angustia, con discurso pobre y reiterativo centrado en la pérdida de esperanza, la incapacidad para la resolución de las dificultades actuales e importante ideación suicida. Vivencias delirantes de ruina con empequeñecimiento yoico y deterioro psicoorgánico. Durante el ingreso se objetivamos estabilización clínica con tratamiento antipsicótico y antidepresivo pero en pocas semanas reingresa en condiciones similares. Tras esta segunda alta, permanece en domicilio sin presentar claros episodios de descompensación psíquica si bien en este último año, tiene lugar nuevo ingreso donde se le aplica Terapia electroconvulsiva con mejoría integral.

“DUETO SUICIDA” PARADIGMA DE UN SUICIDIO AMPLIADO

Autores: Montserrat Guilbert Vidal, Anna Salas Martínez, Patricia Latorre Forcén,
Cristina Abad Bouzán, Ricardo Campos Ródenas

MOTIVO DE CONSULTA: Paciente varón de 47 años, soltero, que convive con su madre (viuda desde hace seis años) y que es pensionista por Trastorno Mental Grave que padece desde la edad adulta. Ingresó desde urgencias por verbalizar ideación de muerte asociada a sentimientos de desvitalización y desesperanza que atribuye a extracción de piezas dentarias y a reciente enfermedad de la madre que interpretó como presentificación de la muerte de ella (y de él mismo).

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES: Diagnosticado de clínica psicótica atípica (esquizofrenia pseudoneurótica de corte procesual y gravemente deteriorante), consta ingreso previo en 2007 y ha dejado de acudir a la Unidad de Salud Mental.

HISTORIA ACTUAL: En los últimos meses tras la extracción de piezas dentarias, el paciente ha comenzado con pérdida de peso y con exacerbación de malestar psicológico, expresándolo en forma de ideación autolesiva para la que busca la complicidad de su madre. En los últimos días la situación fue de tal gravedad que dada la angustia y el profundo dolor moral del paciente, planean juntos reservar una habitación de hotel y proceder a acto suicida filio parental. En última instancia, es la madre la que acude a urgencias con él desbordada por los acontecimientos.

Al ingreso, en el **EXAMEN MENTAL** destacar su actitud aparatosa y su discurso tangencial, reiterativo y empobrecido en donde predomina la vivencia traumática de haber perdido sus piezas dentales. Habla principalmente de la muerte y la desgracia como destino y agotamiento extremo. Predomina un estado de ánimo que define como abatimiento e inquietud. En la conducta de enfermedad destaca sensibilidad paranoide y tendencia al aislamiento, aunque no rechaza contacto con profesionales. Descenso del nivel global que caracteriza evolución procesual, propia de su fisuración. Manifestaciones de descompensación psíquica en forma de acceso melancólico sobre trama vincular de dependencia y simbiosis con el objeto materno. No alteraciones que sugieran clínica catatoniforme.

EVOLUCIÓN: Se pauta tratamiento antipsicótico y antidepresivo durante este ingreso con mejoría a través de la relación transferencial y la toma de tratamiento, por lo que se procede al alta hospitalaria tras un mes. Aproximadamente unos dos meses después, se produce nuevo ingreso, por mostrar de nuevo aislamiento, inquietud y elevada presión de sufrimiento tras incidente de salud de la madre (lipotimia). Se procede a reajuste de tratamiento antipsicótico y se interviene psicodinámicamente para ayudar al paciente a poner palabras al duelo anticipado de la muerte de su madre y de su propia muerte, existiendo progresivamente una potenciación del yo, un atenuamiento de la presión de sufrimiento con mejoría en la capacidad de establecer relación terapéutica por lo que se procede al alta hospitalaria.

Un año más tarde, se produce un nuevo ingreso por reagudización de actividad delirante, heteroagresividad contra objetos y deterioro psicoorgánico, refiriendo de nuevo cogniciones melancólicas: “me siento muerto, no tengo oxígeno ni tensión arterial”, en esta ocasión el discurso toma forma de Cotard con ideas como “estoy muerto, no siento nada en absoluto, no existo”, se presenta reiterativo, tenso y muy angustiado. Dada la escasa respuesta a tratamiento en el momento, y al elevado nivel de angustia melancólica, se decide como tratamiento Terapia Electroconvulsiva. Se administran ocho sesiones y tras un mes de ingreso, mejora de forma clara su relación en la planta con otros pacientes, está hablador, expresivo, reverbera resonancia emocional y recupera capacidad para el vínculo social y vivificación personal.

CONCLUSIÓN: La melancolización de un sujeto con estructura psicótica puede conllevar que la pulsión de muerte se comparte con aquel sujeto (su madre) con quien siempre ha establecido una relación fusional. Esta es la psicodinamia que encontramos en una situación de pacto suicida como forma expresiva de clínica melancólica desencadenada por la pérdida corporal ante la imposibilidad para la simbolización de la castración. Finalmente la pulsión suicida se atenuó con la elaboración de un delirio de negación.

PO-120. El lamento en el cuerpo

M^a Cristina Casas Gómez, Víctor García de la Borbolla Sánchez, M^a José Rodríguez Macías, M^a Jesús Muñoz Molero.

Presentación de caso clínico

Podemos definir el suicidio pasivo o consumado indirecto como los accidentes con resultado fatal por actos temerarios y arriesgados y también como una actitud de total indiferencia hacia la vida. La intencionalidad queda frustrada, ya que no muere el sujeto por motivos ajenos a su voluntad.

Varón de 54 años con antecedentes somáticos de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II, Cardiopatía isquémica que ha precisado numerosos ingresos e intervenciones de revascularización, hiperlipemia, artrosis y esteatosis hepática.

Antecedentes psiquiátricos de larga evolución con orientación diagnóstica de Trastorno Afectivo Bipolar. Realiza tratamiento con: antihipertensivos, betabloqueantes, nitratos, doble antiagregación, analgésicos, insulina, hipolipemiantes, antidepressivo, antipsicótico atípico, benzodiazepinas y estabilizadores del estado de ánimo.

Fue llevado a urgencias, por abandono de medicación desde hacía una semana, con empeoramiento del estado de ánimo progresivo desde hacía 6 meses y que relacionaba con sentimientos de minusvalía y desesperanza ante su situación somática. Presentaba anhedonia, apatía, abandono del autocuidado, tendencia al aislamiento, clinofilia, hiperorexia e ideación autolítica. Se descartó descompensación cuadro orgánico, y posteriormente se

procedió al ingreso hospitalario por Episodio depresivo e ideación autolítica.

Las teorías psicológicas más recientes sobre el suicidio aceptan una motivación multiaxial del suicidio producida por la interacción de factores predisponentes y precipitantes. El trastorno bipolar es una enfermedad discapacitante, asociada a elevada comorbilidad médica y psiquiátrica. El suicidio es entre 20 y 30 veces más alto que en la población general. Dentro de los acontecimientos vitales más comunes que preceden al suicidio encontramos la enfermedad somática sobre todo si es gravemente incapacitante.

Bibliografía

Ruiz Hernández, J.A. Factores de estrés en adolescentes [...].Universidad de Murcia, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

El Lamento en el Cuerpo

M. C. Casas Gómez, V. García de la Borbolla Sánchez, M.J. Rodríguez Macías, M.J. Muñoz Molero
UGC-Salud Mental, Área Hospitalaria Nuestra Señora de Valme. Sevilla

Podemos definir el suicidio pasivo o consumado indirecto como los accidentes con resultado fatal por actos temerarios y arriesgados y también como una actitud de total indiferencia hacia la vida. La intencionalidad queda frustrada, ya que no muere el sujeto por motivos ajenos a su voluntad.

Caso Clínico

Varón de 54 años con antecedentes:
Somáticos:

- Hipertensión arterial,
- Diabetes Mellitus tipo II,
- Cardiopatía isquémica que había precisado numerosos ingresos e intervenciones de revascularización,
- Hiperlipemia, artrosis y esteatosis hepática.



Antecedentes psiquiátricos de larga evolución con orientación diagnóstica de Trastorno Afectivo Bipolar. Un ingreso en Junio 2014 por Episodio hipomaniaco sin síntomas psicóticos.

Realizaba tratamiento con:

Antihipertensivos, Betabloqueantes, Nitratos, doble antiagregación, Analgésicos, Insulina, Hipolipemiantes, Antidepresivo, Antipsicótico atípico, Benzodiazepinas y Estabilizadores del estado de ánimo.



Motivo de consulta: Fue llevado a urgencias por abandono de medicación desde hacía una semana, con empeoramiento del estado de ánimo progresivo desde hacía 6 meses y que relacionaba con sentimientos de minusvalía y desesperanza ante su situación somática. Casado, pensionista. Convive con su mujer e hijas.

A la exploración psicopatológica presentaba: Animo triste, anhedonia total, apatía, abandono del autocuidado, tendencia al aislamiento, clinofilia. Sentimientos de minusvalía y desesperanza e ideación autolítica. Hiperorexia. No insomnio..

Se descartó descompensación cuadro orgánico, y posteriormente se procedió al ingreso hospitalario por Episodio depresivo e ideación autolítica.

Durante su estancia en la Unidad de Hospitalización, se procedió a reajuste farmacológico y terapia de apoyo y contención, procediéndose al alta por mejoría.

Las teorías psicológicas más recientes sobre el suicidio aceptan una motivación multiaxial, producida por la interacción de factores predisponentes y precipitantes.

El trastorno bipolar es una enfermedad discapacitante, asociada a elevada comorbilidad médica y psiquiátrica. El suicidio es entre 20 y 30 veces más alto que en la población general. Dentro de los acontecimientos vitales más comunes que preceden al suicidio encontramos la enfermedad somática, sobre todo si es gravemente incapacitante.

Bibliografía:

- Ruiz Hernández, J.A. Factores de estrés en adolescentes [...].Universidad de Murcia, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
- Bobes García J. Comportamientos suicidas: prevención y tratamiento. Barcelona Ars Medica; 2004.
- El suicidio en el trastorno bipolar. Psiquiatría Biológica. 2014 Jan;21(1):30-2.

PO-121. Conducta suicida en paciente con TOC y encefalopatía postanóxica.

María Blanco Cañas, Kristina Pérez Arrieta.

Presentación de caso clínico

Se presenta el caso de un paciente varón de 50 años, soltero, el tercero de una fratria de 4 hermanos, licenciado en Derecho que está en seguimiento psiquiátrico desde los 17 años. Acudió en ese momento a psiquiatría por clínica de ansiedad y sintomatología alucinatorio-delirante, clínica que no ha vuelto a aparecer en todos estos años. Diagnosticado posteriormente de Trastorno obsesivo compulsivo, caracterizado fundamentalmente por obsesiones en forma de dudas gramaticales.

En 2002 sufrió un atragantamiento accidental con un trozo de carne y fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico al alta de encefalopatía postanóxica sin presentar secuelas neurológicas evidentes.

Desde entonces y a lo largo de estos años, ha requerido 6 ingresos en unidades breves de hospitalización psiquiátrica por ideación autolítica o por intentos de suicidio graves (mediante arma de fuego, accidente con vehículo en marcha...). El último ingreso ha sido en enero de 2014 por ideación suicida. Durante un permiso de salida el paciente se precipitó desde la ventana de su domicilio en un sexto piso sin secuelas graves.

Las conductas suicidas han sido explicadas por el paciente como mecanismo para aliviar el malestar generado por la intensificación de las dudas obsesivas y siempre con un carácter impulsivo.

La conducta suicida no parece ser un fenómeno prevalente en el trastorno obsesivo compulsivo, aunque la cronicidad, la comorbilidad asociada, lo invalidante y la escasa respuesta al tratamiento del trastorno parecen contribuir a ello.

En la literatura médica se registran numerosas secuelas neuropsiquiátricas derivadas del daño cerebral adquirido. Se han descrito cambios en los rasgos de personalidad premórbidos, en el humor, en la afectividad, en la cognición e incluso un mayor riesgo de suicidio. En este caso la afectación cerebral parece explicar la tórpida evolución del paciente en estos años así como la recurrente conducta suicida.

CONDUCTA SUICIDA EN PACIENTE CON TOC Y ENCEFALOPATÍA POSTANÓXICA

Blanco Cañas M, Pérez Arrieta K. Hospital Universitario de la Princesa.

Los trastornos psiquiátricos constituyen un importante factor de riesgo suicida. Esta conducta no parece ser un fenómeno frecuente en el trastorno obsesivo compulsivo, considerándose históricamente a estos pacientes de bajo riesgo suicida.

Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de Trastorno obsesivo compulsivo, cuya evolución se ha visto marcada por múltiples intentos autolíticos de alta letalidad.

ANTECEDENTES PERSONALES: varón de 50 años sin antecedentes psiquiátricos familiares, con los siguientes antecedentes somáticos.

- 2002. Encefalopatía anóxica tras atragantamiento accidental sin secuelas neurológicas relevantes.
- 2008. Politraumatismo tras intento autolítico mediante accidente con automóvil.
- 2014. Politraumatismo con ingreso en UCI tras intento autolítico por precipitación.
- Disfunción eréctil.

DATOS BIOGRÁFICOS: Soltero. Vive con su madre. Padres divorciados. El tercero de cuatro hermanos. Licenciado en Derecho. Nunca ha ejercido.

Desde siempre ha estado muy protegido por la familia. Mantiene una actividad relacional escasa.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS: Primer contacto con Salud Mental a los 17 años por ansiedad y actividad alucinario-delirante que no se ha advertido años después.

Ha recibido como diagnóstico principal: Trastorno obsesivo compulsivo. Ha ingresado en 6 ocasiones en unidades de hospitalización breve psiquiátrica en los últimos 6 años por ideas de muerte o tras intentos autolíticos en contexto de intensificación de ideas obsesivas en forma de dudas gramaticales. Tiene antecedentes de tres intentos autolíticos graves: en 2008 intento de suicidio con vehículo en marcha, en 2012 intento de suicidio frustrado con arma de fuego y en 2014 intento de suicidio por precipitación.

ÚLTIMO INGRESO: El paciente ingresa en enero de 2014 cuando se traslada a urgencias junto a su familia por ideación suicida e intensificación de ideas obsesivas de semanas de evolución. Como venía siendo habitual las ideas obsesivas eran en forma de dudas gramaticales sobre etimología, escritura y traducción de palabras o frases. Horas antes de acudir al hospital comentó que se había quedado bloqueado con la palabra de la marca de un bañador "endurance". Refería que esto le generó tal angustia que había subido al ático de su domicilio con intención de precipitarse, aunque finalmente comentó que le había faltado "fuerza de voluntad".

Durante el ingreso fueron continuas las preguntas y la necesidad de aclaraciones por parte del personal de sus dudas: "¿por qué el verbo "to have" se escribe con "v"?... ¿cómo se dice polito en francés?... ¿qué significan "health" y "wealth"?".

En un permiso de salida concedido al presentar mejoría clínica tras ajuste farmacológico y de acuerdo con la familia, el paciente se precipitó desde el sexto piso de su domicilio.

El paciente reconoció la conducta autolítica como única alternativa para mitigar el malestar que acompañaba a las ideas obsesivas que presentó en el permiso.

Este mismo mecanismo es el que ha estado presente en los anteriores intentos autolíticos.

DISCUSIÓN:

-La conducta suicida no parece ser un fenómeno prevalente en el trastorno obsesivo compulsivo, aunque la cronicidad, la comorbilidad asociada, lo invalidante y la escasa respuesta al tratamiento del trastorno parecen contribuir a ello.

-En la literatura médica se registran numerosas secuelas neuropsiquiátricas derivadas del daño cerebral adquirido. Se han descrito cambios en los rasgos de personalidad premórbidos, en el humor, en la afectividad, en la cognición e incluso un mayor riesgo de suicidio.

-En este caso la afectación cerebral podría explicar la evolución del paciente en estos años así como la recurrente conducta suicida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tratado de Psiquiatría. Vallejo Ruiloba. Leal Cercós. Segunda edición. Marbán. Madrid, 2012.
2. P. Alonso, C. Segalás. Suicide in patients treated for obsessive-compulsive Disorder: A prospective follow-up study. Journal of Affective Disorders 124 (2010) 300-308.
3. Lishman's Organic psychiatry: a textbook of neuropsychiatry. Anthony David et al. 4th ed.



PO-122. Typus Melancholicus de Tellenbach, endofenotipos y conducta suicida.

Silvia Parra Bru, María del Henar Arnillas, Cristina Jaume Batle, Paula Moreno Merino, Carmen Pradas Guerrero, José Luis Ortega, Irene Ruiz, Yaiza Crespo Uria, Iluminada Raja López.

Introducción

Los estudios de genética molecular sobre las conductas suicidas sugieren que la predisposición genética a las conductas suicidas es independiente de la predisposición genética a otras enfermedades mentales que aumentan el riesgo de comportamientos suicidas.

Se habla de una heredabilidad en torno al 55% en los intentos de suicidio graves.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es recoger la evidencia científica existente que relacione la presencia de una personalidad pre-mórbida e inter-mórbida vulnerable a la depresión endógena y las conductas suicidas, así como la existencia de marcadores biológicos y predisposición genética asociada a dichas conductas suicidas.

Para ello se presenta una breve descripción de un caso clínico y se plantea una búsqueda bibliográfica en MEDLINE. Se consultan las palabras clave "endofenotipos y conductas suicidas", "personalidad premórbida", "melancolía", "depresión mayor".

Resultados

Gottesman y Shields definieron los endofenotipos como fenotipos internos demostrables mediante un análisis bioquímico o la observación a través del microscopio.

Los principales endofenotipos candidatos:

- Rasgos de personalidad como impulsividad, agresividad o neuroticismo.
- Características psicológicas-cognitivas.
- Neuroquímica.
- Neuroimagen.

Tellenbach identificó características de personalidad que predisponen a desarrollar una Depresión Mayor.

La situación pre-melancólica es crucial para comprender el vínculo con la estructura de personalidad de Tellenbach.

Se describe un caso clínico en el que se ejemplifica la existencia de esta estructura de personalidad y su relación con la conducta suicida.

Conclusiones

La revisión de la literatura científica muestra que el TM sigue vigente y es utilizado en investigación, como un predictor para el desarrollo de un episodio depresivo mayor.

Por otro lado, en lo referente al estudio de la implicación genética en la conducta suicida, se ha visto que el uso de endofenotipos está aportando resultados prometedores.

Bibliografía

Ambrosini A, Stanghellini G, I. Langer A. Revisión. El Ty.

Typus Melancholicus de Tellenbach, endofenotipos y conducta suicida.

Silvia Parra Bru, María del Henar Arnillas, Cristina Jaime Batle, Jose Luis Ortega, Irene Ruiz, Yaiza Crespo, Iluminada Raja López, Paula Moreno Merino

Son Llàtzer

INTRODUCCIÓN:

Los estudios de genética molecular sobre las conductas suicidas sugieren que la predisposición genética a las conductas suicidas es independiente de la predisposición genética a otras enfermedades mentales que aumentan el riesgo de comportamientos suicidas. Se habla de una heredabilidad en torno al 55% en los intentos de suicidio graves.

MÉTODOS:

Se plantea una búsqueda bibliográfica en MEDLINE. Se consultan las palabras clave "endofenotipos y conductas suicidas", "personalidad premórbida", "melancolía", "depresión mayor".

Se presenta una breve descripción de un caso clínico en el que se aprecia la predisposición genética familiar en la conducta suicida y que ejemplifica la existencia de la estructura de personalidad de Tellenbach.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Interconsulta desde UCI, ingresada por ingesta de salfamán que precisa gastrectomía total.

ANTECEDENTES:

Sin antecedente médicos de interés.

>> DATOS BIOGRÁFICOS:

Desarrollo psicomotor normal. Buena adaptación y rendimiento escolar.

La segunda de tres hermanos, gemela homocigota.

Tiene pareja estable desde hace 9 años.

Ha finalizado estudios de magisterio y tiene un trabajo de prácticas.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS:

Antecedentes familiares

- Tío paterno con esquizofrenia, institucionalizado.

- El hermano (toxicomanía) se suicidó hace 2 años. Fue encontrado por la paciente.

- Hermana gemela en tratamiento en 2010 por episodio depresivo. Realizó gesto autolítico.

Antecedentes personales:

- Refiere un episodio depresivo al terminar 4º de ESO (15 años) que remitió sin tratamiento (lo cuenta como algo que hizo voluntariamente para tomarse un tiempo para pensar en su futuro).

- Episodio depresivo en 2007 en tratamiento con escitalopram y diazepam con remisión, mantuvo el tratamiento durante un año aproximadamente.

- Ambos episodios depresivos tuvieron remisión total y coincidieron con momentos de crisis personal.

- Personalidad previa: perfeccionista, autoexigente, extrovertida, muy activa.

ENFERMEDAD ACTUAL:

En su valoración en UCI la paciente relata con un discurso hiperracionalizador como desde noviembre volvió a empezar a sentirse como cuando tenía 20 años (la primera vez que acudió al psiquiatra), en el sentido de que se sintió muy agobiada con el trabajo, y no se veía capaz de afrontar las tareas, por lo que se le iban acumulando. Conforme se le acumulaban tareas se iba sintiendo más incapaz de afrontarlas y más culpable. Pidió una baja temporal, que se le concedió, y su padre fue a vivir con ella a Manchester una semana, para posteriormente ir a vivir su madre. realiza un intento de suicidio por intoxicación con benzodiazepinas en Inglaterra, y allí es atendida en urgencias donde le diagnostican de trastorno de personalidad. Comienza tratamiento con sertralina por su MAP y vuelve a España con su madre. Aquí realiza el intento autolítico que precisó el actual ingreso.

La paciente insiste en que realmente no estaba tan mal, pero que fingía estar peor de lo que realmente estaba, "manipulando a todo el mundo", para seguir con "el juego". Dice que quizás fuera para seguir sin afrontar la vuelta al trabajo. Finalmente viene a España unos días a estar en casa de su madre. Refiere que se sintió muy apoyada y protegida por su familia en todo momento, pero que ella se sentía indiferente. "Era como si las muestras de cariño no me produjeran ningún efecto". El día en que intentó suicidarse se levantó con todos estos pensamientos en la cabeza, que le habían sentido culpable, pues sentía que estaba manipulando a todo el mundo y que realmente no estaba tan mal e ingirió el salfamán. Decía que quería llamar la atención de su familia, sentía mucha rabia.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

Consciente y orientada. Atenta. Abordable y colaboradora. Aspecto adecuado. Actitud hipercorrecta, complaciente. Discurso coherente, hiperracionalizador y correcto en forma, centrado en su historia vital, con adecuada capacidad de síntesis, llamando la atención la escasa resonancia afectiva con la que describe determinados aspectos. Son muy evidentes sus ideas de culpa e indignidad, deliroides. Insomnio con despertar precoz. Refiere incapacidad para concentrarse y pensamientos reiterativos sobre el suicidio. Nula conciencia de enfermedad. Durante la entrevista, se muestra eufémica. Se queja de anestesia afectiva. Niega ideación autolítica actual, y crítica duramente el gesto realizado. No clínica psicótica. Juicio de realidad conservado.

EVOLUCIÓN:

Es necesario realizar una gastrectomía total y tras su alta cirugía se traslada a la planta de psiquiatría. Se inicia tratamiento con escitalopram bucodispersable, dada la historia de respuesta anterior a dicho fármaco a las tres semanas se comienza a notar una mejoría en la reactividad afectiva, aunque persisten las ideas deliroides de culpa, falta de conciencia de enfermedad y las dificultades de concentración. Se inicia tratamiento con venlafaxina llegando la dosis hasta 150mg, no obteniendo respuesta, puede que por la mala absorción del fármaco debido a la intervención quirúrgica. Se inicia de nuevo escitalopram, sin mejoría clínica y con reagudización de las ideas de suicidio.

Decidimos tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC), se realizan 9 sesiones, a partir de la 5ª la mejoría clínica es evidente y al alta la paciente no presenta sintomatología depresiva. Parece ligeramente hipertímica, aunque no presenta alteraciones conductuales, desinhibición ni alteración del pensamiento, su familia la encuentra como es ella habitualmente.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Episodio depresivo mayor con melancolía.

Gastrectomía por ingesta de cáusticos.

DISCUSIÓN:

Los endofenotipos son producto de la expresión de determinados genes involucrados en un proceso fisiopatológico más complejo, que constituye la enfermedad mental. Los principales endofenotipos en psiquiatría son:

- Rasgos de personalidad como impulsividad, agresividad o neuroticismo. Reflejan una disfunción serotoninérgica subyacente. Se relaciona impulsividad y agresividad con comportamientos suicidas y con genes serotoninérgicos (5-HTT, MAO-A, 5-HT2A o 5HT1B).

- Características psicológicas-cognitivas como la toma de decisiones o el funcionamiento ejecutivo.

- Neuroquímica. Bajos niveles de 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo (LCR)

- Neuroimagen. El metabolismo de la amígdala cerebral medido a través de Resonancia Magnética Funcional y el metabolismo de la corteza pre-frontal medido a través de Tomografía por Emisión de Positrones.

Existe una compleja interacción entre genética y conducta suicida. La investigación de los endofenotipos sugiere que hay una heredabilidad genética, independiente de la estructura de personalidad y del diagnóstico, que predispone a conductas suicidas.

El estudio del Typus Melancholicus, resulta interesante ya que puede ser un predictor del desarrollo de un episodio depresivo mayor, por lo que junto con otros factores de riesgo puede ser un buen indicador para prevenir el desarrollo de dichos episodios.

BIBLIOGRAFÍA:

Ambrosini A, Stanghellini G, L. Langer A. Revisión. El Typus melancholicus de Tellenbach en la actualidad: una revisión sobre la personalidad premórbida vulnerable a la melancolía. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39 (5):302-11.
Bíñez-Treviño I, Blasco-Fonstecilla H, Braquehais MD, Cirverino-Domínguez A, Baca-García E. Revisión. Endofenotipos y conductas suicidas. *Actas Esp Psiquiatr* 2011; 39 (1):61-9.
Gottesman II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatry* 2003; 160(4):636-45.

PO-123. Crónica de una muerte anunciada.

Alicia Gómez Peinado, Silvia Cañas Fraile, Paloma Cano Ruiz, Patricia Romero Rodenas

Anamnesis

Mujer de 16 años que acude a Urgencias acompañada de sus padres para valoración. No antecedentes somáticos importantes. Primer contacto con Salud Mental. Repite 4o de E.S.O. Padres divorciados hace cuatro años. Vive con su padre y hermana de 19 años. Madre en tratamiento por depresión.

La paciente refiere encontrarse triste, sola y desesperanzada desde el divorcio de sus padres. Este último año ha empeorado, tras enterarse de que dos amigas la engañaban haciéndose pasar por Messenger por un chico con el que ella hablaba regularmente. Cada vez se aísla más. Presenta ideas pasivas de muerte pero no autolíticas estructuradas. No se observa otra sintomatología psiquiátrica. Biorritmos conservados.

Diagnóstico: Síndrome depresivo.

Tratamiento: fluoxetina, 20 mg al día, y derivación a consultas de Infanto-Juvenil para seguimiento.

Evolucion

El cumplimiento es irregular y la evolución lenta. La paciente realiza un primer gesto autolítico (cortes superficiales en antebrazo) una noche tras discutir con su padre, volviendo la madre a vivir al domicilio familiar. Se aumenta el fluoxetina a 30mg al día. Meses después, la paciente realiza un intento autolítico gra-

ve sin provisión de rescate, siendo hallada encerrada con llave en el baño, ebria, semiinconsciente y con una toalla apretada alrededor del cuello. Se ingresa en UHB Infanto-Juvenil y, al alta, en Hospital de Día. De nuevo seguimiento irregular y poca mejoría, sustituyéndose el fluoxetina por sertralina y pautándose trazodona.

Con la mayoría de edad, pasa a consulta de adultos, con buen seguimiento y mejoría anímica. Llegado un punto, sin embargo, deja de acudir.

Siete meses después de la última consulta, la paciente, de 20 años de edad, es encontrada fallecida por ahorcadura en el domicilio. Los Servicios de Emergencia confirman la muerte. En la autopsia no se hallan tóxicos salvo los fármacos pautados, dentro del rango terapéutico.



“Crónica de una muerte anunciada”

Gómez Peinado, A*; Cano Ruiz, P*; Cañas Fraile, S*; Romero Rodenas, P**

*Médico Residente en el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

** Médico Adjunto en el Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

ANAMNESIS

Mujer de 16 años que acude a Urgencias acompañada de sus padres para valoración. No tiene antecedentes somáticos importantes. Primer contacto con Salud Mental. Repite 4º de E.S.O. Padres divorciados hace cuatro años. Vive con su padre y hermana de 19 años. Madre en tratamiento por depresión.

La paciente refiere encontrarse triste, sola y desesperanzada desde el divorcio de sus padres. Este último año ha empeorado, tras enterarse de que dos amigas la engañaban haciéndose pasar por Messenger por un chico con el que ella hablaba regularmente. Cada vez se aísla más. Presenta ideas pasivas de muerte pero no autolíticas estructuradas. No se observa otra sintomatología psiquiátrica. Biorritmos conservados.

DIAGNÓSTICO

Síndrome depresivo.

TRATAMIENTO

Fluoxetina, 20 mg al día, y derivación a consultas externas de Infanto-Juvenil para seguimiento.

EVOLUCIÓN

El cumplimiento es irregular y la evolución lenta. La paciente realiza un primer gesto autolítico (cortes superficiales en un antebrazo) una noche tras discutir con su padre, volviendo la madre a vivir al domicilio familiar. Se aumenta la Fluoxetina a 30mg al día.

Meses después, la paciente realiza un intento autolítico grave sin provisión de rescate, siendo hallada encerrada con llave en el baño, ebria, semiinconsciente y con una toalla apretada alrededor del cuello. Se ingresa en UHB Infanto-Juvenil y, al alta, en Hospital de Día. De nuevo el seguimiento es irregular y experimenta poca mejoría. Se sustituye la Fluoxetina por Sertralina y se pauta Trazodona.

Con la mayoría de edad, la paciente pasa a la consulta de adultos, con buen seguimiento y mejoría anímica. Llegado un punto, sin embargo, deja de acudir.

Siete meses después de la última consulta, la paciente, de 20 años de edad, es encontrada fallecida por ahorcadura en el domicilio. Los Servicios de Emergencia confirman la muerte. En la autopsia no se hallan tóxicos salvo los fármacos pautados, dentro del rango terapéutico.

PO-123

PO-124. El Espectro Bipolar y el Trastorno Límite de Personalidad. A propósito de un caso.

Sandra Rubio Corgo, Germán Strada Herrera, Ana Pérez Tejeda, Idir Mesían Pérez, Yolanda Lázaro Pascual, José Rodríguez Quijano, Luis Olivares Gerechter, Aurelia Matas Ochoa, Rafael Baena Mures, Ana Carabias Contreras.

Introducción

Definir la frontera entre Trastorno Límite de Personalidad y Trastornos del Ánimo es un asunto controvertido en psiquiatría. ¿El TLP es una variante del amplio Espectro Bipolar? ¿Ambos constructos sólo comparten la dimensión de inestabilidad afectiva?

Objetivos

Analizar, a través de un caso clínico la literatura existente sobre la co-ocurrencia de ambos trastornos.

Resultados

Presentamos a una paciente de 21 años cuya sintomatología comienza al inicio de la adolescencia, presentando humor inestable. A la inestabilidad afectiva de carácter basal se añade sintomatología depresiva franca con ideas de culpa y minusvalía. En varias ocasiones en dichos episodios ha realizado intentos autolíticos. Ha tenido varios episodios de hipomanía de duración recortada, dos o tres días, con aumento de energía, autoconcepto elevado, gastos excesivos y desinhibición sexual. Así mismo, refiere sentimientos de vacío, autolesiones con finalidad ansiolítica, falta de autodirección, inestabilidad en las relaciones

interpersonales y elevada impulsividad. Ha tenido una mala respuesta a multitud de antidepresivos mejorando la semiología afectiva con estabilizadores del ánimo. Pruebas complementarias sin hallazgos.

Conclusiones

La relación entre el TLP y el Espectro Bipolar no es clara, varias revisiones sobre el tópico llegaron a conclusiones opuestas. En el caso de nuestra paciente la sintomatología descrita no podría explicarse por padecer únicamente uno de los trastornos. Un estudio realizado por Benazzi y col (2005) concluyó que la inestabilidad afectiva se asoció con Espectro Bipolar pero no así la impulsividad. Los hallazgos sugieren que el TLP puede mezclar dos conjuntos de puntos no relacionados que pueden explicar las conclusiones opuestas de varias revisiones.

Bibliografía

- Maggio J.L. Bipolaridad en el trastorno de personalidad límite. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 15, N° 2, noviembre de 2008, págs. 150 a 209.
- Benazzi F. Relación entre personalidad límite y espectro bipolar. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2005 Jul 12.

El Espectro Bipolar y el Trastorno Límite de Personalidad A propósito de un caso

S. Rubio, G. Strada, A. Pérez, I. Mesian, Y. Lázaro, J. Rodríguez, L. Olivares, A. Matas, R. Baena, A. Caravias
Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Madrid

INTRODUCCIÓN

Definir la frontera entre Trastorno Límite de Personalidad y Trastornos del Ánimo es un asunto controvertido en psiquiatría. ¿El TLP es una variante del amplio Espectro Bipolar? ¿Ambos constructos sólo comparten la dimensión de inestabilidad afectiva?

OBJETIVOS

Analizar, a través de un caso clínico la literatura existente sobre la co-ocurrencia de ambos trastornos

RESULTADOS

Presentamos a una paciente de 21 años cuya sintomatología comienza al inicio de la adolescencia, presentando humor inestable. A la inestabilidad afectiva de carácter basal se añade sintomatología depresiva franca con ideas de culpa y minusvalía. En varias ocasiones en dichos episodios ha realizado intentos autolíticos. Ha tenido varios episodios de hipomanía de duración recortada, dos o tres días, con aumento de energía, autoconcepto elevado, gastos excesivos y desinhibición sexual. Así mismo, refiere sentimientos de vacío, autolesiones con finalidad ansiolítica, falta de autodirección, inestabilidad en las relaciones interpersonales y elevada impulsividad. Ha tenido una mala respuesta a multitud de antidepresivos mejorando la semiología afectiva con estabilizadores del ánimo. Pruebas complementarias sin hallazgos.



CONCLUSIONES

La relación entre el TLP y el Espectro Bipolar no es clara, varias revisiones sobre el tópico llegaron a conclusiones opuestas. En el caso de nuestra paciente la sintomatología descrita no podría explicarse por padecer únicamente uno de los trastornos. Un estudio realizado por Benazzi y col (2005) concluyó que la inestabilidad afectiva se asoció con Espectro Bipolar pero no así la impulsividad. Los hallazgos sugieren que el TLP puede mezclar dos conjuntos de puntos no relacionados que pueden explicar las conclusiones opuestas de varias revisiones.

BIBLIOGRAFÍA

Maggio J.L. Bipolaridad en el trastorno de personalidad límite. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 15, Nº 2, noviembre de 2008, págs. 150 a 209.

Benazzi F. Relación entre personalidad límite y espectro bipolar. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 2005 Jul 12.

PO-125. Abordaje del Trastorno Mental Grave en Hospital de Día.

Aitana González Álvarez

Presentación de caso clínico

Se trata de una paciente mujer de 50 años, en seguimiento por los Servicios de Salud Mental desde hace unos 5 años, diagnosticada de Trastorno Depresivo Recurrente, y con antecedentes de episodios depresivos graves con síntomas psicóticos, que precisaron terapia electroconvulsiva. Se ha objetivado, así mismo, ideación de muerte grave con varios intentos autolíticos, y una evolución desfavorable por la presentación de fuertes distorsiones cognitivas negativas que interfieren en la terapia e impiden la recuperación, presentando la paciente llamativas dificultades para la toma a cargo de actividades previas (actividad laboral remunerada previa y relaciones sociales normalizadas) e incluso para las actividades básicas de la vida diaria, manteniéndose aislada en su domicilio con su marido e hija. En 2012, es derivada al programa de Hospital de Día, con los objetivos de recuperación de su actividad diaria previa, mejora en el manejo del estrés y de las distorsiones cognitivas. Se observó la presencia comórbida de un Trastorno mixto de la personalidad, el cual interfiere en la relación terapéutica y en las relaciones personales y familiares. A pesar de la intensificación del tratamiento farmacológico, ha persistido la sintomatología psicótica, el ánimo deprimido con importante apatoabulia, y las ideas de muerte. En vista de ello, la paciente es derivada al Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC).

PO-126. Suicidio y sales de litio: la doble cara de Jano en un fármaco sexagenario

Anna Salas Martínez, Monserrat Guilbert Vidal, Cristina Abad Bouzán, Patricia Latorre Forcén, Sonia Pedrosa Armenteros, Ricardo Campos Ródenas.

Introducción

Desde el descubrimiento de la utilidad del litio en la manía en 1871 de la mano de Hammond, y su aprobación definitiva por la Food and Drugs Association en 1970, este mineral se ha convertido en una herramienta muy valiosa en la práctica psiquiátrica habitual. Por todos es conocido el papel de las sales de litio en el tratamiento y prevención de recaídas en el trastorno bipolar, pero tampoco se debe olvidar el papel potenciador de primera línea en la depresión unipolar y bipolar.

Además es el fármaco que mejor previene el suicidio en pacientes con trastornos del ánimo por ser un potente estabilizador del ánimo y requerir una relación médico-paciente más constante dados sus posibles efectos secundarios; no obstante y a pesar de ser un hecho poco frecuente, un 10% de las personas que toman litio y deciden suicidarse lo hacen tras una sobreingesta con dicho fármaco. Los pacientes que reciben tratamiento con sales de litio son conocedores de la toxicidad multiorgánica que puede conllevar su toma y la importancia de mantener sus niveles en sangre bien controlados; es por tanto un arma de doble filo pues ser conocedor de dicha información puede resultar peligroso cuando la desesperanza y las ideas de suicidio aparecen en estos pacientes.

Presentación de caso clínico

Trataremos la intoxicación voluntaria por litio a propósito de un caso que acudió a urgencias de nuestro hospital; una mujer de 47 años diagnosticada de depresión mayor hace 7 años, con empeoramiento progresivo y en tratamiento con varios fármacos que realizó sobreingesta medicamentosa con litio, lamotrigina y cloracepato dispotásico con la única finalidad manifiesta de acabar con su vida "me tomé el litio porque sabía que envenenaba la sangre...".



cara de Jano en un fármaco sexagenario

Salas Martínez, Anna; Guillabert Vidal, Montserrat; Abad Bouzán, Cristina; Latorre Forcón, Patricia; Pedrosa Armenteros, Sonia; Campos Ródenas, Ricardo

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

INTRODUCCIÓN

Desde el descubrimiento de la utilidad del litio en la manía en 1871 de la mano de Hammond, y su aprobación definitiva por la *Food and Drugs Administration* en 1970, este mineral se ha convertido en una herramienta muy valiosa en la práctica psiquiátrica habitual. A pesar de ser un hecho poco frecuente, aproximadamente un 10% de las personas que toman litio y deciden suicidarse lo hacen tras una sobreingesta con dicho fármaco. Los pacientes que reciben tratamiento con sales de litio son conocedores de la toxicidad multiorgánica que puede conllevar su toma y la importancia de mantener sus niveles en sangre bien controlados; es por tanto un arma de doble filo pues ser conocedor de dicha información puede resultar peligroso cuando la desesperanza y las ideas de suicidio aparecen en estos pacientes.



CASO CLÍNICO

Motivo de consulta:

Mujer de 47 años que acude a urgencias tras ingerir de forma voluntaria, 14 comprimidos de sal de litio, 10 de cloracepato y 8 de lamotrigina.

Antecedentes personales de interés:

Controlada en su Centro de Salud Mental desde hace 7 años por depresión mayor con diversos fármacos ensayados. Hermano menor diagnosticado de trastorno Bipolar con múltiples ingresos. Hipotiroidismo estable con tratamiento.

Enfermedad actual:

Paciente en tratamiento con sal de litio, cloracepato, lamotrigina, trazodona y venlafaxina por trastorno depresivo mayor que realiza sobreingesta medicamentosa con todos los comprimidos que tenía disponibles, estando sola en su domicilio.

La mujer, que convive con su marido e hija de 17 años, con la que mantiene relación disarmónica, es descubierta por su esposo quien avisa al servicio de emergencias. Se traslada posteriormente a nuestro centro donde se le administra carbón activo y se le realizan pruebas complementarias oportunas para descartar daño orgánico.

La paciente verbaliza en nuestra entrevista que tomó todos los comprimidos sin planificación previa, de forma impulsiva tras pequeña disputa familiar, **“me tomé todas las que tenía de litio porque sabía que envenenaba la sangre, sabía que podía morir y que es mi única salida ahora, ni siquiera salgo de casa para ir al dentista, esto no es vida, todos estarían mejor sin mí...”**



Fig.1 Evolución y manejo de litemias

Datos patológicos del examen mental

Aspecto descuidado
 Habla en tono bajo
 Hipotimia e irritabilidad
 Clinofilia severa
 Apatía y anhedonia parcial
 Sobreingesta medicamentosa impulsiva
 Ideas de muerte con riesgo de paso al acto
 Hiperorexia
 Insomnio mixto

Evolución:

La paciente fue ingresada en la unidad de corta estancia de nuestro hospital tras la estabilización de la litemia. Durante el ingreso evolucionó favorablemente realizando crítica de lo sucedido y con mejoría de su estado de ánimo tras ajuste psicofarmacológico con retirada de sales de litio. El diagnóstico fue de episodio depresivo mayor sobre una base distímica. No obstante, dados los antecedentes familiares, no se pudo descartar la presencia de clínica hipomaniaca fugaz por la que la paciente pudo ser candidata a iniciar tratamiento con sales de litio en los años previos a la depresión y de este modo pudiera orientar a trastorno bipolar tipo III.

CONCLUSIONES:

La utilización del litio cuenta con una probada eficacia terapéutica en el trastorno bipolar y la depresión mayor. Sus múltiples efectos secundarios obligan al paciente a seguir controles analíticos que favorecen la creación de una estrecha relación terapéutica con su psiquiatra. No obstante, los pacientes son conocedores de la peligrosidad de tener litemias elevadas y del riesgo que puede conllevar este hecho ya que pueden utilizar dicha información para acabar con sus vidas; además la presentación farmacéutica en nuestro país en frascos de 100 comprimidos hace que sea una medicación que puede encontrarse en grandes cantidades de forma habitual en los domicilios de los pacientes. Como en toda práctica clínica, debemos valorar el riesgo/beneficio de iniciar el tratamiento con dicho fármaco y no debemos olvidar la potencial peligrosidad que conlleva su sobreingesta.

PO-127. Trastornos neuropsiquiátricos: caso clínico de Corea de Huntington.

Rocío Torrecilla Olavarrieta, M^a José Jaén Moreno, Elena Villalobos Martínez

Presentación de caso clínico

La Corea de Huntington es una enfermedad neurodegenerativa con afectación a nivel del núcleo caudado, hereditaria, con transmisión autosómica dominante. A nivel clínico se caracteriza por síntomas motores, cognitivos y psiquiátricos. Siendo la prevalencia de 5 a 10 casos por 100000 personas.

El objetivo del caso es ilustrar el desarrollo de los síntomas psiquiátricos, la dificultad de manejo de estos pacientes y los problemas psicosociales y éticos planteados.

Nuestro caso es una mujer de 49 años que es traída al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital tras presentar un episodio de agitación psicomotriz. En un informe genético realizado en 2008 se objetiva que la paciente presenta CH. No realizaba ningún tratamiento ni supervisión en ese momento. Como antecedentes familiares madre y dos hermanas con CH (una de ella se suicidó al conocer el diagnóstico).

En la exploración psicopatológica, el humor está claramente exaltado y conductualmente muy desinhibida. Se observa clara verborrea, ideación delirante de tipo erotomaníaco. A nivel motor se aprecian claros movimientos coreoatetósicos. Total negación de padecer enfermedad de Huntington. Ingresa con autorización judicial en un dispositivo residencial para personas afectadas con Enfermedad de Alzheimer. Ofrece una resistencia continua a su

estancia en el centro y su deseo constante de volver a su localidad. La situación va llegando al límite hasta que comienza a verbalizar ideas de suicidio como ultimátum para que se le atiendan sus peticiones. Tras un gesto suicida, es ingresada en la Unidad de Agudos de salud mental.

Se pone de manifiesto una situación de conflicto de competencias a nivel asistencial. En medio de esta situación, el paciente que, además de presentar una psicopatología muy acusada como en el caso que nos ocupa con síntomas psicóticos y nulo insight, carece de una mínima red social sociofamiliar de apoyo, se sumerge en una situación de incertidumbre.

TRASTORNOS NEUROPSIQUIÁTRICOS: CASO CLÍNICO DE COREA DE HUNTINGTON

Rocio Torrecilla Olavarrieta (1), Elena Villalobos Martínez (2) y José Jaén Moreno (3)

1. MIR IV. Hospital Universitario de Puerto Real.
2. FEA Psiquiatría. Hospital Regional Universitario de Málaga.
3. FEA Psiquiatría. Infanta Margarita. Córdoba.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

La Corea de Huntington es una enfermedad neurodegenerativa con afectación a nivel del núcleo caudado, hereditaria, con transmisión autosómica dominante. A nivel clínico se caracteriza por síntomas motores, cognitivos y psiquiátricos. Siendo la prevalencia de 5 a 10 casos por 100000 personas.

El objetivo del caso es ilustrar el desarrollo de los síntomas psiquiátricos, la dificultad de manejo de estos pacientes y los problemas psicosociales y éticos planteados.

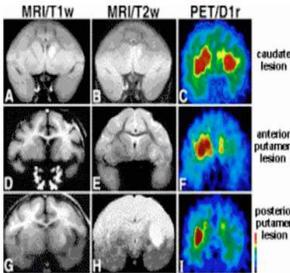
Nuestro caso es una mujer de 49 años que es traída al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital tras presentar un episodio de agitación psicomotriz. En un informe genético realizado en 2008 se objetiva que la paciente presenta CH. No realizaba ningún tratamiento ni supervisión en ese momento. Como antecedentes familiares madre y dos hermanas con CH (una de ella se suicidó al conocer el diagnóstico).

En la exploración psicopatológica, el humor está claramente exaltado y conductualmente muy desinhibida. Se observa clara verborrea, ideación delirante de tipo erotomaniaco. A nivel motor se aprecian claros movimientos coreoatetósicos. Total negación de padecer enfermedad de Huntington.

Ingresa con autorización judicial en un dispositivo residencial para personas afectadas con Enfermedad de Alzheimer. Ofrece una resistencia continua a su estancia en el centro y su deseo constante de volver a su localidad. La situación va llegando al límite hasta que comienza a verbalizar ideas de suicidio como ultimátum para que se le atiendan sus peticiones. Tras un gesto suicida, es ingresada en la Unidad de Agudos de salud mental.

Se pone de manifiesto una situación de conflicto de competencias a nivel asistencial. En medio de esta situación, el paciente que, además de presentar una psicopatología muy acusada como en el caso que nos ocupa con síntomas psicóticos y nulo insight, carece de una mínima red social sociofamiliar de apoyo, se sumerge en una situación de incertidumbre.

DISCUSIÓN



Es una constante en los trastornos neurodegenerativos del SNC la presencia de síntomas psiquiátricos, y muy especialmente en la CH, que se presentan de forma precoz incluso antes de los primeros síntomas motores. Entre las manifestaciones más frecuentes, depresión y ansiedad, seguido de síntomas psicóticos. La evolución es hacia la demencia. En este tipo de trastornos se pone de manifiesto una situación de conflicto de competencias a nivel asistencial. los neurólogos priorizan la resolución de la patología psiquiátrica mientras que los psiquiatras tienden a abordar como secundaria la clínica psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rickards H, De Souza J, van Walsem M, van Duijn E, Simpson SA, Squitieri F, et al. Factor analysis of behavioural symptoms in Huntington's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011; 82 (4): 411-412.

PO-128. Esclerosis sistémica y psicosis que casi le cuesta la vida.

*Rocío Torrecilla Olavarrieta, Elena Villalobos
Martínez, M^a José Jaén Moreno.*

Presentación de caso clínico

Mujer de 77 años diagnosticada de Esclerosis sistémica (ES). Presenta como síntomas iniciales que hacen sospechar su diagnóstico alteraciones cutáneas con los típicos dedos en salchicha en manos, síndrome de ojo seco, aftas bucales, parestesias peribucales y faciales, así como acusada astenia y fenómeno de Raynaud severo. El patrón de autoinmunidad es ANA+ de patrón homogéneo, anti-ADN.

Comenzamos a asistir a la paciente por “ver bichos”. Estaba en tratamiento con corticoides. Observamos que su entrada en la consulta es con conducta claramente desinhibida, mostrando excesiva confianza y familiaridad, frecuentes risas, y centrando su discurso en la observación de animales en las manchas de los pañuelos de los exudados procedentes de sus úlceras (gatos, perros. . .), y además en uno de sus dedos ulcerados ve una serpiente, señalando la cabeza y el cuerpo de tal. Tales visiones tienen total convicción, no haciendo crítica cuando se le intenta argumentar lo contrario. Todo lo que le está pasando es fruto de un mal de ojo, no personalizando en alguien en concreto. Está consciente y orientada en tiempo y espacio. Ánimo exaltado. El curso del lenguaje es acelerado, pero sin disgregación o fuga de ideas.

El deterioro físico observado es muy importante. Su estado físico debido a su psicopatología, hace temer por su vida, pérdida de 22 kg de peso, no sigue las indicacio-

nes médicas, no se curas las úlceras y no sigue de forma correcta el tratamiento.

Tras la instauración de psicofármacos, a los 2 meses apenas habla ya del mal de ojo, no manifiesta la existencia de serpientes en sus dedos. Además entra en la consulta ayudada con un bastón y agarrada de su marido, cuando en las anteriores revisiones venía siempre en silla de ruedas.

ESCLEROSIS SISTÉMICA Y PSICOSIS QUE CASI LE CUESTA LA VIDA

Rocío Torrecilla Olavarrieta (1), M^a José Jaén Moreno (2) y Elena Villalobos Martínez (3).

1. MIR IV. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz.
2. FEA Psiquiatría. Hospital Infanta Margarita. Córdoba.
3. FEA Psiquiatría. Hospital Regional Universitario de Málaga.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Mujer de 77 años diagnosticada de Esclerosis sistémica (ES). Presenta como síntomas iniciales que hacen sospechar su diagnóstico alteraciones cutáneas con los típicos dedos en salchicha en manos, síndrome de ojo seco, aftas bucales, parestesias peribucales y faciales, así como acusada astenia y fenómeno de Raynaud severo. El patrón de autoinmunidad es ANA+ de patrón homogéneo, antiADN.

Comenzamos a asistir a la paciente por "ver bichos". Estaba en tratamiento con corticoides. Observamos que su entrada en la consulta es con conducta claramente desinhibida, mostrando excesiva confianza y familiaridad, frecuentes risas, y centrando su discurso en la observación de animales en las manchas de los pañuelos de los exudados procedentes de sus úlceras (gatos, perros. . .), y además en uno de sus dedos ulcerados ve una serpiente, señalando la cabeza y el cuerpo de tal. Tales visiones tienen total convicción, no haciendo crítica cuando se le intenta argumentar lo contrario. Todo lo que le está pasando es fruto de un mal de ojo, no personalizando en alguien en concreto. Está consciente y orientada en tiempo y espacio. Anímo exaltado. El curso del lenguaje es acelerado, pero sin disgregación o fuga de ideas.

El deterioro físico observado es muy importante. Su estado físico debido a su psicopatología, hace temer por su vida, pérdida de 22 kg de peso, no sigue las indicaciones médicas, no se curan las úlceras y no sigue de forma correcta el tratamiento.

Tras la instauración de psicofármacos, a los 2 meses apenas habla ya del mal de ojo, no manifiesta la existencia de serpientes en sus dedos. Además entra en la consulta ayudada con un bastón y agarrada de su marido, cuando en las anteriores revisiones venía siempre en silla de ruedas.

DISCUSIÓN



La paciente muestra la úlcera donde ve «una serpiente».

El caso clínico expuesto es paradigmático de la cuestión siempre espinosa de las psicosis sintomáticas. ¿Es un producto directo de la enfermedad primaria? ¿Es la enfermedad primaria un mero factor desencadenante (condición necesaria pero no suficiente) de un proceso endógeno hasta entonces no expresado? ¿Una reacción anómala psíquica como resultado del distrés creado por los síntomas de la enfermedad como el dolor, el deterioro de la imagen corporal u otras variables de tipo psicosocial añadidas? Considerar el origen multifactorial de estos casos podría ser la opción más adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mura G, Krishna MB, Pisano A, Carta MG. Psychiatric symptoms and quality of life in systemic sclerosis. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2012;8:30-5.
2. Aspe Unanue L, González Hemosa M, Gandeazabal García J. Esclerodermia (esclerosis sistémica). Piel. 2010;25:252-66

PO-129. La vida antes y después de un intento de suicidio frustrado.

Patricia Latorre Forcén, Cristina Abad Bouzán, Montserrat Guilabert Vidal, Anna Salas Martínez, María Visitación Palomero Lobera.

Presentación de caso clínico

Paciente de 44 años que ingresa derivado desde UCI por traumatismo torácico tras múltiples fracturas costales, consecuencia de intento autolítico frustrado. Con antecedentes de TOC y depresión recurrente. Realizó intento autolítico de alta letalidad, arrojándose a las vías del tranvía. Gracias a un mecanismo especial es expulsado sin pasarle por encima. No ha realizado intentos autolíticos previos.

Llevaba dos meses algo peor, con rumiaciones persistentes en torno a la incapacidad de controlar el ascenso del trabajo con sensación de fracaso como padre con pensamientos residuales de muerte con y deseos de no despertar por la mañana.

Durante el ingreso, se encuentra rumiativo respecto al intento autolítico realizado, añadiéndose el sufrimiento y preocupación por la estigmatización derivada del acto suicida, dice no saber cómo enfrentarse a ello, cómo presentarse ante su familia y su entorno.

Tras mejoría, se procede a permiso terapéutico donde el paciente realiza una fuga con la intención de arrojar-se a un autobús. Discurso marcado por la desesperanza e imposibilidad de mejoría, verbalizando que su familia estaría mejor sin él y preocupado por la clase de ejemplo que sería par su hijo. Ideas de muerte activas, valorando la

muerte como única salida y como fuente de alivio. "Ahora ya no me queda nada .Nadie me lo impedía, no me atreví, solo me queda mucho sufrimiento para mí y para los demás No fui capaz, me daba miedo".

El suicidio frustrado se trata de un acto cuyas consecuencias son similares a las del consumado, diferenciándose de este último en cuanto al resultado mortal.

Lo complejo de esta caso radica en la persistencia de la ideación autolítica en relación a la personalidad premórbida del paciente (Typus melancholicus de Tellenbach) y el posible impacto sobre los rasgos previos de personalidad.

LA VIDA ANTES Y DESPUÉS DE UN INTENTO DE SUICIDIO FRUSTRADO

P.Latorre Forcén, C.Abad Bouzán, M.Guilabert Vidal, A.Salas Martínez, M.V.Palomero Lobera

Paciente de 44 años, casado y con un hijo de 9 años, que ingresa en UCE de Psiquiatría derivado desde UCI por traumatismo torácico tras múltiples fracturas costales, consecuencia de intento autolítico frustrado.

Con antecedentes de TOC y depresión recurrente. Realizó intento autolítico de alta letalidad, arrojándose a las vías del tranvía. Gracias a un mecanismo especial es expulsado sin pasarle por encima.No ha realizado intentos autolíticos previos .



Llevaba dos meses algo peor, con rumiaciones persistentes en torno a la incapacidad de controlar el ascenso en el trabajo con sensación de fracaso como padre, pensamientos residuales de muerte y deseos de no despertar por la mañana.

Durante el ingreso, se encontraba rumiativo respecto al intento autolítico realizado, añadiéndose el sufrimiento y preocupación por la estigmatización derivada del acto suicida, dice no saber cómo enfrentarse a ello, cómo presentarse ante su familia y a su entorno.

Tras mejoría, se procedió a permiso terapéutico donde el paciente realizó una fuga con la intención de arrojar a un autobús. Discurso marcado por la desesperanza e imposibilidad de mejoría verbalizando que su familia estaría mejor sin él y preocupado por la clase de ejemplo que sería par su hijo.

Ideas de muerte activas, valorando la muerte como única salida y como fuente de alivio."Ahora ya no me queda nada .Nadie me lo impedía, no me atreví, solo me queda mucho sufrimiento para mí y para los demás No fui capaz, me daba miedo. Rumiación, acerca del fracaso del intento frustrado e incapacidad para perpetrar un nuevo intento.



Diagnóstico Principal:

- Intento autolítico de alta letalidad.
- Tratorno depresivo recurrente
- Trastorno anancástico de la personalidad.

Conclusión:

- El suicidio frustrado se trata de un acto cuyas consecuencias son similares al suicidio, diferenciándose en cuanto al resultado mortal de este último.
- Lo complejo de este caso radica en la persistencia de la ideación autolítica en relación a la personalidad premórbida del paciente (Typus melancholicus de Tellenbach). Estos rasgos que le impiden la confrontación con lo no previsto le hacen vulnerable.

PO-130. Autopsia Psicológica - A propósito de un caso.

Kristina Pérez Arrieta. María Blanco Cañas

Presentación de caso clínico

Tras recibir la triste noticia del suicidio de un paciente en seguimiento por los Servicios de Salud Mental de nuestra área sanitaria, decidimos realizar una sesión clínica extraordinaria con objetivo de practicar su autopsia psicológica. Se entiende por este concepto el realizar un proceso indirecto de recolección y análisis de información respecto al comportamiento del sujeto, teniendo como objetivo acercarse a la comprensión de las circunstancias de su muerte. Diversos estudios demuestran que realizar este procedimiento ayuda a que los profesionales de Salud Mental puedan prosperar en su atención sanitaria posterior y a que no caigan en el escepticismo respecto a su profesión tras recibir una noticia de este calibre. Este caso trata de un paciente de 50 años, diagnosticado de Trastorno de Personalidad Dependiente y Síndrome de Dependencia Alcohólica. Era abogado de profesión, divorciado hace dos, con dos hijos. Vivía solo. Inicia seguimiento en Salud Mental dos años antes del suicidio consumado, por Trastorno Adaptativo de tipo Depresivo, en el contexto del divorcio matrimonial. Inicia tratamiento con Venlafaxina y Zolpidem, con ligera mejoría. El paciente que previamente refería consumir 2 UBE de alcohol diarios, comienza a beber cada vez más, llegando hasta los 50 UBE diarios. Trabajaba en un gabinete de abogados pero empieza a perder clientes debido a la situación descrita. Conoce a una mujer con la que tiene una relación sentimental con rupturas y reconciliaciones constantes. Ingresa en dos ocasiones en nuestro hospital por ideas de muerte de las que hace posterior crítica completa. Tras nueva discusión con su pare-

ja, el paciente aparentemente de forma impulsiva decide suicidarse, aparentemente por sobreingesta medicamentosa, aunque el método no pudimos esclarecerlo completamente, debido a falta de información. La familia contactó con su psiquiatra para anunciar la noticia, y no quisieron denunciar, entendiendo que hicimos lo que pudimos por este paciente.

PO-131. Grandes respondedores. Tratamiento con Clozapina asociado a Factor estimulante de Colonias de Granulocitos.

*Cristina Fabre Bernal, María José Gordillo
Montaño, Raquel Remesal Cobreros*

Presentación de caso clínico

El objetivo de esta publicación es presentar una estrategia de reintroducción de la clozapina asociada a factor estimulante de colonias (G-CSF) después de un episodio de neutropenia causando el cese del tratamiento con clozapina.

Lo ilustraremos con el caso de una chica de 28 años de edad, natural de Huelva, diagnosticada de psicosis esquizofrénica, mala respondedora a antipsicóticos, obteniendo resultados positivos con tratamiento con clozapina que es necesario interrumpir tras presentar cuadro de neutropenia. Se ensayan distintos tratamientos antipsicóticos sin respuesta por lo que el pasado mes de Agosto se reintroduce el fármaco con aparición nuevamente de neutropenia. Una vez más se realizan distintas combinaciones farmacológicas sin resultados terapéuticos eficaces. Se consulta con el servicio de hematología y se decide tratar de nuevo con clozapina, de forma más lenta y progresiva, con controles hematológicos más intensos, apareciendo episodio de descenso de las cifras de leucocitos y neutrófilos (2200 leucocitos; 822 neutrófilos). Se aplica tratamiento con factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) como uso compasivo al tratarse de una indicación fuera de ficha técnica. Se detecta, además, una diferencia en las cifras de leucocitos en función de la hora de extracción de

la muestra, hecho documentado en la bibliografía y que se justifica por la distribución periférica de los leucocitos tras la ingesta alimentaria. Por este motivo, los hemogramas se extraen a media mañana, horario en el que se mantiene niveles de leucocitos dentro de la normalidad, no precisando más administración de factor estimulante de colonias.

Ante un paciente "gran respondedor" a Clozapina tendremos que sopesar la reintroducción del fármaco por la mala evolución clínica que presenta.

“GRANDES RESPONDEDORES”. TRATAMIENTO CON CLOZAPINA ASOCIADO A FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS DE GRANULOCITOS.

Cristina Fabre Bernal (FEA), María José Gordillo Montaña (MIRA), Raquel Remesal Cobreros (FEA),
Complejo Hospitalario Universitario de Huelva.

Introducción

El objetivo de esta publicación es presentar una estrategia de reintroducción de la clozapina asociada a factor estimulante de colonias (G-CSF) después de un episodio de neutropenia causando el cese del tratamiento con clozapina. Lo ilustraremos a través de un caso clínico y tras realizar una extensa revisión de la literatura.

La clozapina es hoy en día el tratamiento de referencia en la Esquizofrenia Resistente, siendo eficaz sobre los síntomas positivos, negativos, cognitivos y afectivos de la psicosis, así como sobre las conductas suicidas y los comportamientos violentos o agresivos, y no tan sólo en esto, sino también en la disminución en el abuso de sustancias, mejora en las discinesias tardías, el leve aumento de las cifras de prolactina y los síntomas extrapiramidales. Podríamos hacer un símil en el que los pacientes “se despiertan”, pudiendo retomar actividades profesionales o sociales, y disminución en los días de hospitalización. A ellos llamaremos “grandes respondedores”. Como contrapartida podemos mencionar el efecto secundario más señalado con el uso de este fármaco, las discrasias sanguíneas, como la neutropenia, que hicieron que fuese retirado del mercado y que a día de hoy continúan haciendo necesario el control analítico como medida de vigilancia. A lo largo de los últimos años se han postulado diferentes alternativas en cuanto a las estrategias de reintroducción de este fármaco, entre ellas la asociada a factor estimulante de colonias de granulocitos.

Caso Clínico

Chica de 28 años de edad, diagnosticada de psicosis esquizofrénica, mala respondedora a antipsicóticos, que encadena gran cantidad de ingresos hospitalarios de larga duración. Se obtienen resultados positivos con tratamiento con clozapina que es necesario interrumpir tras presentar cuadro de neutropenia. Se ensayan distintos tratamientos antipsicóticos sin respuesta por lo que tras varios meses, se decide reintroducir el fármaco con aparición nuevamente de neutropenia. Una vez más se realizan distintas combinaciones farmacológicas sin resultados terapéuticos eficaces. Se consulta con el servicio de hematología y se decide tratar de nuevo con clozapina, de forma más lenta y progresiva, con controles hematológicos más intensos, apareciendo episodio de descenso de las cifras de leucocitos y neutrófilos (2200 leucocitos; 822 neutrófilos). Llegados a este punto, y ante la nula/escasa respuesta con el resto del arsenal terapéutico y de las opciones por las que decantarnos, finalmente se aplica tratamiento con factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) como uso compasivo al tratarse de una indicación fuera de ficha técnica.

En los sucesivos hemogramas, se detecta, además, una diferencia en las cifras de leucocitos en función de la hora de extracción de la muestra, hecho documentado en la bibliografía y que se justifica por la distribución periférica de los leucocitos tras la ingesta alimentaria. Por este motivo, los hemogramas se extraen a media mañana, horario en el que se mantiene niveles de leucocitos dentro de la normalidad, no precisando más administración de factor estimulante de colonias.

Discusión

Aparece la neutropenia cuando existe una tasa inferior a 1,8 en el número absoluto de neutrófilos circulantes. En el tratamiento con clozapina el mayor riesgo lo encontramos entre las primeras 18 semanas de tratamiento, siendo desconocido el mecanismo por el que se produce y siendo independiente de la dosis. Si bien existe varias hipótesis, una de ellas, que será en la que nos basemos, menciona el papel de las citoquinas hematopoyéticas, en concreto del G-CSF, relacionada por la eficacia del tratamiento con factor estimulante de colonias.

En la literatura encontramos otros factores que se asocian al factor hematotóxico: la asociación de la clozapina a otras moléculas potencialmente neutropeniantes, el ritmo circadiano de los neutrófilos circulantes que también observamos en nuestro caso y que guarda relación principalmente con la digestión o la relación con los ritmos de cortisol; variaciones étnicas.

Pero deberemos valorar, sopesar el riesgo de una nueva neutropenia ante una importante descompensación psicopatológica y observar la mala evolución de la psicosis. Tres estrategias se plantean, la simple reintroducción del fármaco, que se hizo inicialmente y vuelve a fracasar; la asociación a lito, que tampoco será efectiva en nuestro caso, y por último la asociación a G-CSF que aumenta los granulocitos medulares en la circulación sanguínea, y que no olvidemos se deberá acompañar de una vigilancia clínica y biológica importante, pues entre otros efectos indeseables, podría camuflar/ocultar una neutropenia real.

Conclusiones

La clozapina continua siendo el antipsicótico de elección para la esquizofrenia refractaria. La incertidumbre sobre la causa probable discrasia sanguínea en personas que toman clozapina, junto con el desconocimiento en el mecanismo por el cual tiene lugar, hace que cualquier intento de reiniciar el tratamiento se haga con la máxima cautela.

Habrà que sopesar los riesgos y beneficios de la reexposición a clozapina, realizar un balance entre la severidad de la alteración hematológica con la gravedad de la enfermedad mental y la evolución que presentaría de no ser tratada con clozapina, existiendo casos en los que la afectación es tal que obliga a considerar estas medidas terapéuticas garantizando una supervisión muy cercana.



VI ENCUENTROS
EN PSIQUIATRÍA
conducta suicida
Sevilla, 27 y 28 de Abril 2015

PO-132. ¿Dejarse morir es intentar suicidarse?

*Alicia Navarro Moreno, Alexandra De Severac
Cano, Elena Villalobos Martínez.*

Presentación de caso clínico

Planteamos un caso clínico donde se ven entremezcladas las cuestiones de tipo legal, los principios de la ética del paciente en la toma de decisiones, la organicidad y la clínica psiquiátrica. Paciente de 53 años que acude a urgencias acompañada de su hija, refiere sensación de ahogo y taquicardia. A la llegada a urgencias se trata como una crisis de ansiedad y es valorada por psiquiatría de guardia. La paciente está en seguimiento por un equipo de salud mental comunitaria con un diagnóstico de trastorno de personalidad mixto y T. ansioso-depresivo con anti-depresivos como tratamiento actual. En los antecedentes clínicos hay un episodio de Tromboembolismo pulmonar (TEP) hace tres meses. La paciente refiere que no ha seguido las indicaciones del tratamiento para el TEP que había sufrido, refiriendo en consulta "no quiero vivir, no soy capaz de hacerme daño así que me voy a dejar morir". Tras la exploración de la paciente se sospecha un origen orgánico del cuadro por lo que se amplían las pruebas complementarias (Analítica de sangre, orina y Rx tórax) obteniéndose el Dímero D elevado. Cuando se le propone a la paciente que firme el consentimiento informado para realizar el TAC con protocolo de TEP se niega a ello. Vuelve a ser valorada por psiquiatría de guardia, en la exploración psicopatológica las capacidades volitivas son consideradas como mermadas a consecuencia del cuadro afectivo que presenta. Tras la entrevista la paciente accede a realizarse la prueba, sin embargo tras confirmarse el TEP se niega al ingreso y al

tratamiento que se le ofrece, siendo necesario un ingreso involuntario en el área de observación.

¿DEJARSE MORIR ES INTENTAR SUICIDARSE?

Navarro Moreno, A. (MIR); De Severac Cano, A. (MIR); Villalobos Martínez, E.(FEA)
(Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.)



INTRODUCCIÓN: Los principios de Bioética guían al profesional de la salud hacia un enfoque particular en la solución de un problema, pueden además cumplir con la función de justificación. Son normas generales, necesarias y suficientes para dirimir los dilemas éticos. Consisten en reglas, no poseen carácter absoluto, permitiendo resolver situaciones de conflicto, basándose en el principio que predomine en la situación de salud determinada. Los principios fundamentales, universalmente reconocidos de la bioética planteados por Beauchamp y Childress son:

- > **BENEFICENCIA:** Obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios; deber de ayuda al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar de la persona enferma.
- > **NO MALEFICENCIA:** Uno de los más antiguos de la medicina hipocrática: "Primum non nocere" (Lo primero es no hacer daño). Es la formulación negativa del principio de beneficencia que nos obliga a promover el bien. Los preceptos morales provenientes de este principio son: No matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor, no privar de placer, ni discapacitar evitablemente. Obligado hacer análisis riesgo/beneficio ante la toma de decisiones específicamente en el área de la salud y evitar la prolongación innecesaria de proceso de muerte (distanasia). Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.
- > **AUTONOMÍA:** Consiste en que cada persona es autodeterminante para optar por las propias decisiones, es decir, que al hacer uso de la autonomía, cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias.
- > **JUSTICIA:** En un sentido general, está relacionado con la norma moral de dar a cada quien lo que necesita, de la cual se derivan diversas obligaciones, como realizar una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente de un adecuado nivel de atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de salud.
- **TROMBOEMBOLISMO PULMONAR:** Es la manifestación más grave de la Enfermedad Tromboembólica Venosa. Se produce como consecuencia de la migración hasta el árbol arterial pulmonar de un trombo procedente del territorio venoso, generalmente del sistema venoso profundo de las extremidades inferiores. Los factores de riesgo que más predisponen a desarrollar la trombosis venosa profunda son la inmovilización y la cirugía (aunque hay otros factores como la obesidad, antecedentes previos de enfermedad tromboembólica, los viajes de larga duración etc). La sospecha clínica se establece sobre la base de los síntomas y signos iniciales, junto a la presencia o no de factores de riesgo. Según estudios de autopsias, en la mayoría de muertes por TEP está no se sospechaba antes del fallecimiento, lo que indica que se está infradiagnosticando.
Planteamos un caso clínico donde se ven entremezcladas las cuestiones de tipo legal, los principios de la ética del paciente en la toma de decisiones, el diagnóstico diferencial entre la clínica orgánica y la psiquiátrica.

ANAMNESIS: Paciente que acude a urgencias acompañada de su hija, refiere sensación de ahogo y taquicardia. Se trata de una mujer de 53 años, divorciada desde hace 15 años, con una hija de 29 años, ama de casa. Estudios de primaria. Padres fallecidos. Conviene con su hija, la cual trabaja como dependienta.

> Como Antecedentes Orgánicos: No refiere alergias medicamentosas conocidas. Ha tenido hace tres meses un Tromboembolismo Pulmonar (TEP) que requirió ingreso en el Servicio de Medicina Interna y por el cual tiene pendiente una cita para seguimiento (la paciente refiere no haber estado tomando el tratamiento anticoagulante que se le había prescrito al alta del hospital). Diagnóstico de Fibromialgia y Lumbocelgia. Refiere no estar tomando tratamiento médico alguno.
> Como Antecedentes en Salud Mental: Esta en seguimiento en una Unidad de Salud Mental Comunitaria desde hace 15 años con diagnóstico de Trastorno Ansioso-depresivo y Trastorno de la personalidad de tipo histriónico. Actualmente con tratamiento antidepressivo y ansiolítico que la paciente refiere no estar tomando. Tiene antecedentes de ingresos en la unidad de psiquiatría en varias ocasiones tras intentos autolíticos (uno de ellos requirió ingreso en UCI tras ingesta medicamentosa masiva de fármacos y otro requirió ingreso en el Servicio de Traumatología por fractura de cadera tras precipitación).

EVOLUCIÓN Y CURSO CLÍNICO: Es valorada por el servicio de urgencias con pauta ansiolítica (Clorazepato dipotásico 15mg oral) orientándole como una crisis de ansiedad. La clínica no remite por lo que pauta nuevamente el ansiolítico y se requiere la valoración por parte de psiquiatría. Tras ser valorada por Psiquiatría de guardia se orientan los síntomas de ahogo y taquicardia como de origen orgánico y se amplían las pruebas complementarias:

- > Análisis de Sangre: Leucocitosis, aumento de LDH. Dímero D elevado.
 - > Gasometría Arterial: Datos de hipoxemia.
 - > Radiografía de Tórax: Elevación de hemidiafragma y descenso de cisuras.
 - > ECG: Taquicardia Sinusal con datos de sobrecarga derecha (Desviación del eje eléctrico hacia la derecha).
- Tras valorar la clínica de la paciente, los antecedentes de TEP hace tres meses sin tratamiento y el resultado de las pruebas complementarias se decide realizar como prueba de imagen un TAC con protocolo de detección de TEP. Para dicha prueba es necesario que la paciente firme el consentimiento informado. Al plantearle a la paciente la necesidad de dicha prueba debido al riesgo vital que presenta según la sospecha de TEP se niega a realizársela. Refiriendo que ella desde que hace tres meses ya sufrió el TEP se ha estado "dejando morir" "no quiero vivir, no soy capaz de hacerme cargo así que me voy a dejar morir". Por este motivo se vuelve a derivar para ser valorada por psiquiatría y así poder decidir si sus capacidades de decisión se encuentran mermaidas o no debido a su patología mental de base.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA (PSIQUIATRÍA): La paciente a la exploración se encuentra consciente, orientada globalmente, poco colaboradora durante la entrevista, queriéndose marchar y pidiendo alta voluntaria continuamente, parcialmente atendida. Atención comprometida presentado cierta dificultad para concentrarse en la entrevista, quedándose ensimismada en sus pensamientos, con intención de respuesta a las preguntas. Aspecto descuidado, higiene comprometida. Hipotímica, lúrica en consulta, discurso coherente, bripidsiquica, centrado en ideas de muerte, con sentimientos de culpa, de sentirse una carga para su hija y de dificultad para afrontar la situación actual, verbalizando haberse rendido ante la vida y no querer seguir luchando ni por mejorar su clínica orgánica ni su estado de salud mental. Anhedonia apática y marcada tendencia a la clinofilia en su día a día, habiendo descuidado su higiene personal, y desde hace varios meses habiendo dejado de ocuparse de sus tareas en el hogar. Insomnio global e hiporexia de meses de evolución con pérdida de peso de 7 kg en dos meses según refiere su hija. Se valoran las capacidades volitivas como COMPROMETIDAS.

RESULTADOS: La paciente tras ser valorada por psiquiatría y conversar con ella le accede a firmar el consentimiento informado, verbalizando que "habiendo probado si así me dejas tranquila, pero yo en el hospital no me quedo".

Tras realizarse la prueba de imagen se confirma la presencia de Tromboembolismo Pulmonar, necesitando el ingreso en el área de observación para posteriormente pasara a la planta de Medicina Interna. Es aquí cuando la paciente se niega de forma rotunda, explicando que ella se había hecho las pruebas "para que me dejen en paz y poderme ir a mi casa y morir en paz" en el pasillo comienza a gritar y agitarse, pidiéndole a su hija que la lleve a casa y explicándole que "soy dueña de mi vida, y puedo ponerme fin cuando yo decida" "no podéis obligarme a que me quede".
Tras esto de decide realizar ingreso INVOLUNTARIO y urgente a cargo del área de observación.

CONCLUSIÓN/DISCUSIÓN: En este caso se plantea la cuestión de cómo encontramos en algunas ocasiones para tomar decisiones en base a los principios de bioética marcados en la introducción. Nos planteamos diversas dudas y auto-cuestiones antes de la toma de decisiones que se lleva a cabo en este caso concreto: hasta que punto esta paciente tiene sus capacidades volitivas comprometidas debido al episodio depresivo que plantea, no habiéndose observado síntomas psicóticos en la exploración. Hasta que punto en una entrevista en urgencias dichas capacidades son valorables sin conocer evolución ni la paciente previamente. Nos planteamos si el principio de autonomía se esta valorando correctamente en este caso, teniendo en cuenta que la paciente no presenta síntomas psicóticos que se hayan referido durante la exploración psicopatológica.

En este caso concreto se le dio más importancia al principio de no maleficancia y de beneficencia por encima del de autonomía. Nosotros mismos quisimos reflexionar si el ser una paciente con patología mental hacía que el de autonomía no se valorara con la misma importancia que en otras ocasiones, si el "alta voluntaria" tenía una negativa a priori sin escuchar más argumentos y si desde nuestra visión, la de salud mental, estábamos abusando de una decisión de vida o muerte que no nos compete.

La toma de decisiones se basó en la clínica marcada de depresión que presentaba la paciente, habiéndose abandonado desde meses atrás y habiendo dejado de tomar el tratamiento prescrito tras el episodio de TEP, conociéndose por la paciente el riesgo vital que esto suponía.

Decidimos plantear el caso de esta paciente como cuando valoramos a una paciente que acude tras haber atentado sobre su vida o haberle mentado casos en los que se veía que el riesgo vital esta por encima de demandar el alta voluntaria. Realizando en muchos casos de ellos ingresos involuntarios y urgentes en la unidad de agudos de psiquiatría. Basándonos en el diagnóstico que presentaba la paciente de TEP y el riesgo para si misma que suponía no darle el tratamiento adecuado y realizar el ingreso Hospitalario para prestarle los cuidados necesarios como la balanza hacia el riesgo vital que justificaba el dejar a un lado la negativa de ingreso por parte de la paciente.

Pulse para añadir texto

BIBLIOGRAFÍA: Engelhardt H. (1995). Fundamentos de la bioética. Paidós. 2ª Edición. Cap. IV, Buenos Aires. Kotory, M. (1995). Introducción a la bioética. Editorial Universitaria. Santiago de Chile, p. 72. Beauchamp T, Childress J. (1979-1994). Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York, 2ª edición, pp.148-149. Castillo A. (2006). Bioética. Ed. Desinimed C.A. Caracas, 51-88. Ferrater M. (2001). Diccionario de Filosofía. Tomo 3. Ed. Anubar. Barcelona. Ipp. American psychiatric association (APA). Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; Barlow D, y Durand V.M (2001). Psicopatología. Madrid: Thomson.

PO-133. Silencio y estigma, a propósito de un caso.

Miguel Zacarías Pérez Sosa, Lara Asensio Bordonaba, María Riesgo Arias, María Isabel Rídruejo López.

Presentación de caso clínico

El estigma sobre las enfermedades mentales es un hecho que sigue estando a la orden del día. Presentamos un caso de un intento fallido de suicidio, que no consultó en Urgencias por el temor familiar a un informe clínico relatando lo sucedido y a la “etiqueta” de enfermo mental.

Se trata de un varón de 18 años sin antecedentes médico quirúrgicos previos, no antecedentes familiares ni personales en Salud Mental. Parto eutócico sin incidencias, con buena adquisición en los ítems del desarrollo, escasas relaciones sociales y distanciamiento familiar. Acude a Consultas Externas derivado por su Médico de Atención Primaria por clínica ansiosa depresiva. Al indagar en la historia clínica del paciente aparece que 15 días antes, cuando se encontraba con su hermano en su domicilio, se intentó ahorcar, fallando las cuerdas que había utilizado para conseguir su objetivo. Es su hermano quien tras escuchar ruidos alerta a sus padres y logra tranquilizar al paciente.



“Silencio y estigma, a propósito de un caso.”

Pérez Sosa M.Z, Asensio Bordonaba L, Riesgo Arias M, Ridruejo López M. I
Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental.
Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

INTRODUCCIÓN

El estigma sobre las enfermedades mentales es un hecho que sigue estando a la orden del día. Presentamos un caso de un **intento fallido de suicidio**, que no consultó en Urgencias por el temor familiar y personal a un informe clínico relatando lo sucedido y a la “etiqueta” de enfermo mental.

CASO CLÍNICO

Varón de **18 años** sin antecedentes médico quirúrgicos de interés, sin antecedentes familiares ni personales en Salud Mental. Parto eutóxico sin incidencias, con buena adquisición en los ítems del desarrollo, escasas relaciones sociales y distanciamiento familiar.

Acude a Consultas Externas derivado por su Médico de Atención Primaria por **clínica ansiosa depresiva**. Al indagar en la historia clínica del paciente, narra que 15 días antes tuvo un intento fallido de suicidio (ahorcamiento) causado por diferentes estresores. Al preguntar el porqué de no acudir a Urgencias ese día su padre afirma *“las cosas de casa se quedan en casa”*

Psicopatológicamente contacto visual esquivo, con discurso espontáneo escaso. Refiere encontrarse en el momento de la entrevista eutímico y **realiza crítica** de lo ocurrido, justificando su acto en los sentimientos de **soledad** e incompreensión por parte de su familia y sentimientos de **sobrecarga**. Rasgos de personalidad clúster A con gran frialdad emocional.

DISCUSIÓN

Los factores biológicos, sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida, pero debido a la **estigmatización de los trastornos mentales** y del suicidio, muchos sienten que no pueden pedir ayuda.



En el informe de la OMS **Preventing suicide: A global imperative**, se señala la importancia de priorizar el suicidio como un problema de salud pública y de **desestigmatizar** el mismo mediante la psicoeducación, la difusión responsable de los medios de comunicación, creación de estrategias nacionales de prevención...

Casos como el del presente trabajo incitan a **reflexionar** sobre lo mucho que queda por hacer y trabajar en este sentido, estando aún lejos de normalizar en la sociedad la enfermedad mental en general y los intentos de suicidio en particular.



- World Health Organization, Preventing suicide: A global imperative, 2014.

- J. J. López Ibor, J. C. López, J. A. Gutiérrez. El estigma de la enfermedad mental en los medios de comunicación. Retos para la psiquiatría y la salud mental Española. Madrid. 2003.

-Muñoz M, Pérez E. Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren los pacientes con enfermedad mental. Editorial Complutense. 2009.

PO-134. Este cuchillo estaba en la salita... Suicidio por Harakiri en un paciente con Esquizofrenia Hebefrénica. Fundación Hospital de Jove, Servicio de Psiquiatría, AGCSM V-SESPA.

Carlos Mario Rodríguez Mercado, Danny Francisco Frías Ortiz, Juan José Fernández Miranda, M^a Concepción Pedrero de Bustos, Alicia González Fernández.

Presentación de caso clínico

Varón nacido en 1977, con diagnóstico de esquizofrenia hebefrénica de aproximadamente 20 años de evolución, conocido por la red de SM del Principado de Asturias (SESPA. Área V), desde 1982; seguido desde el CSM, con varios ingresos en la UHP. Madre con trastorno de tipo psicótico sin filiar, con quien vive y presenta una relación del tipo fusional. En los primeros años de su enfermedad se caracterizó por presentar fenómenos productivos positivos (alucinaciones auditivas, automatismos mentales) conjuntamente con características desorganizadas del pensamiento, frialdad emocional, embotamiento afectivo y aplanamiento. Posterior a su edad adolescente fue evidente el aumento de su deterioro cognitivo, disminuyendo los síntomas positivos y permaneciendo los residuales.

Tratado con Risperidona hasta 12 mg/día, Olanzapina 20 mg/día y Clozapina 300mg/día.

Durante su último ingreso en UHP, posterior a pasar aproximadamente 1 mes en la UCI por haber cometido auto apuñalamiento abdominal con fines autolíticos, defi-

ne el episodio como: una “pérdida del sentido” con olvido del momento y “falta de sensación de su cuerpo”, despersonalizándose. Comenta que tenía el cuchillo ya guardado en “la salita debajo del sofá, escondido, para liberarme...”. Así mismo presentó sintomatología de tipo psicótico, con cortejo delirante en relación a su esquema corporal y funcionalismo, motivo por el cual se negaba selectivamente a comer y beber alimentos. Con la reintroducción paulatina del tratamiento con Clozapina mejora ostensiblemente. Según Schreiber J y Culpepper L (“Suicidal ideation and behavior in adults” 2007), el suicidio puede ser impredecible y de carácter impulsivo, siendo así más común en los pacientes con más síntomas positivos que en aquellos con larga evolución, con deterioro de funciones cognitivas y con síntomas negativos. Generalmente es letal, siendo un reto médico-quirúrgico. Las personas psicóticas que comenten este acto en un raptus tienen muy mal pronóstico (C. Cisneros, 2005)

PO-135. Dismorfofobia y suicidio, a propósito de un caso.

Miguel Zacarías Pérez Sosa, María Isabel Rídruejo López, María Riesgo Arias, Lara Asensio Bordonaba

Presentación de caso clínico

Presentamos a un varón de 19 años sin antecedentes médico-quirúrgicos, ni psiquiátricos previos, que protagoniza en su domicilio episodio de heteroagresividad verbal e intento de precipitación desde el balcón de su domicilio. En la exploración psicopatológica en Urgencias muestra un discurso fluido y organizado, con importante autorreferencialidad y alteración en el contenido del pensamiento en forma de idea delirante sobre una queja dismorfofóbica. Distimia depresiva con irritabilidad, apatía, anhedonia parcial y tendencia al aislamiento social. Ideación autolítica persistente y estructurada, sin crítica de lo ocurrido.

El paciente finalmente ingresa y se inicia tratamiento con ISRS y antipsicótico a dosis baja con buena evolución en lo afectivo, no así en la dismorfofobia. En sucesivas revisiones se encuentra más tranquilo, continúa la tendencia al aislamiento aunque en menor medida y ha desaparecido la apatía y anhedonia. No ideación autolítica en el momento actual. Ideación delirante de tipo somática, estructurada, basada en interpretaciones delirantes de origen visual y auditivo.

Los pacientes con este trastorno presentan series interferencias en todos los ámbitos de la vida relacional, con habitual evitación social. Estudios refieren que aproximadamente un tercio de los pacientes presentan ideación suicida. Respecto al suicidio consumado se ha hallado que

presenta un riesgo relativo de 45 veces mayor que la población general, situándose por encima de otras enfermedades como la depresión, el trastorno bipolar o el trastorno por estrés postraumático.

PO-136. Redes Sociales o Enfermedad? Abordaje Clínico - Terapéutico de la Racionalización Delirante de Brote psicótico en un paciente con trastorno Esquizotípico de la Personalidad. Fundación Hospital de Jove, Servicio de Psiquiatría. SM Área V- SESPA.

Danny Francisco Frías Ortiz, Juan J. Fernández Miranda, Isabel Barrera Salas, Laura Pérez, Omar Walid Muquebil Ali Al Shaban Rodríguez, Carlos Mario Rodríguez Mercado.

Presentación de caso clínico

La racionalización encuentra firmes apoyos en ideologías diversas, constituidas como la moral común, religiones, convicciones políticas, así como ahora en la modernidad a la globalización y los medios de comunicación nuevos, construyendo a reforzar aquí las defensas del yo a la personalidad.

Este caso se caracteriza por la idea de peculiar racionalización del delirio las cuales están fuertemente vinculadas a la realidad socio cultura moderna.

Varón de 36 años, sin antecedentes conocidos, tanto personales como familiares, refiere tener desde siempre una: "peculiar relación con el mundo", provocándole aislamiento del entorno social, pero sin interferir en su vida cotidiana, se desarrolla académicamente pudiendo mantener una relación adaptativa con el medio, hasta entonces. El paciente sin contacto conocido con la red de SM del Principado de Asturias SESPA. Área V, acude a Urgencias

Médicas, motivado a su fuerte convicción de los supuestos hechos delirantes, estos le condicionaban una distorsión de la realidad conocida, ocasionándole fuerte malestar y ansiedad.

La intervención llevada a cabo a posterior fue de corte clínico-terapéutico, mediante dos pruebas de antipsicóticos atípicos (Risperidona y Aripiprazol, paralelamente se lleva un seguimiento clínico cognitivo -conductual, de una medida fundamental de dicho trastorno del pensamiento referencial y mágico religioso, por medio de series temporales breves, los resultados pos tratamiento muestran una mejoría general en varios de los aspectos afectados, destacando las relaciones interpersonales, la disminución de carácter racional-referencial del contenido delirante, disminución del contenido inusual del pensamiento, e interpretaciones de la realidad. Perdurando levemente las características iniciales propias del carácter del paciente, disminuyendo la suspicacia y la desorganización conceptual.

PO-137. Pedro y el lobo.

*Laura Martín Díaz, Cristina García Montero,
Arántzazu Duque Domínguez, María del Mar
Lázaro Redondo.*

Presentación de caso clínico

A raíz del caso de uno de nuestros pacientes, comentaremos los factores de riesgo de suicidio y las fases y síntomas de la intoxicación etílica, según la concentración de etanol en sangre. De esta manera, nos gustaría añadir una reflexión sobre la accidentabilidad asociada al consumo de alcohol.

Se trata del caso de un paciente varón de 45 años que presenta un trastorno por consumo de alcohol crónico asociado a un trastorno de la personalidad. Comienza a ser visto en nuestro servicio en 2012.

A partir de ese momento, actúa como hiperfrecuentador de los Servicios de Urgencias. El paciente refería intencionalidad autolítica de manera recurrente y con clara finalidad instrumentalista. Observábamos que, durante los ingresos en la Unidad de Agudos, el paciente toleraba bien la abstinencia alcohólica dado que tenía cubiertas otras necesidades (alimento, limpieza...) de las que carecía en su hogar de origen. Además, tuvo diversos accidentes con varios TCE importantes que le llevaron incluso a padecer un hematoma subdural. Así, era ingresado en nuestro servicio y algún otro, llegando a ser derivado en más de 4 ocasiones en un periodo relativamente breve de tiempo a la Comunidad Terapéutica para deshabituación, pidiendo en todas las ocasiones el alta voluntaria. A pesar de todos nuestros intentos, siempre se mantuvo en fase precontemplativa respecto al abandono del hábito enólico. Finalmen-

te, supimos que el paciente falleció en el contexto de una intoxicación etílica por causas accidentales.



[COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA]

PEDRO Y EL LOBO

Laura Martín Díaz, Cristina García Montero, Arántzazu Duque Domínguez, M^a Mar Lázaro Redondo

Paciente varón de 45 años. Divorciado. En paro. Trastorno por consumo de alcohol crónico grave y Trastorno de la personalidad. Comienza a ser visto en nuestro servicio en enero de 2012. **Hiperfrecuentador.** Refería intencionalidad autolítica de manera recurrente y con clara finalidad **instrumentalista**. Durante los ingresos en la Unidad de Agudos, el paciente toleraba bien la **abstinencia** porque tenía cubiertas otras **necesidades** (alimento, limpieza...) de las que carecía en su hogar de origen. En domicilio, diversos **accidentes** con varios TCE importantes: hematoma subdural. Ingresaba en nuestro servicio y en Medicina Interna, llegando a ser derivado en más de 4 ocasiones a la Comunidad Terapéutica para deshabitación, pidiendo en todas las ocasiones el alta voluntaria. A pesar de todos nuestros intentos, siempre se mantuvo en fase **precontemplativa** respecto al abandono del hábito enólico.

Factores de riesgo de suicidio:

Varón, edad avanzada, raza blanca
Separado/Divorciado/Viudo/Soltero
Desempleado/Trabajo estresante
Aislamiento social
Trastorno Depresivo
Trastorno Por abuso de sustancias
Trastorno de Personalidad (límite/antisocial)
TCA tipo anorexia nerviosa
Enfermedades físicas
Acceso a medios de alta letalidad
Antecedentes familiares de suicidio
Conductas suicidas previas

En el plazo de 730 días (2 años y medio):
 Visitas a urgencias: 19. Visto en PSQ de urgencia: 13.
 Ingresó en Medicina Interna en 3 ocasiones y en Psiquiatría 7, con un total de 120 días. Pasó ingresado el 13% del tiempo desde que comenzamos a tratarle.



[OH] en sangre Correlación clínica

20-50 mg/dL	Alteración de la coordinación motora fina. Euforia. Déficits de atención y cognitivos.
50-100mg/dL	Pérdida de juicio. Falta de coordinación. Ataxia. Cambios de humor.
100-150mg/dL	Problemas de marcha y equilibrio.
150-250mg/dL	Letargia, dificultad para sentarse recto sin ayuda.
300mg/dL	Coma en no habitados.
400mg/dL	Depresión respiratoria.

A pesar de que este paciente cumplía la mayoría de los factores de riesgo de suicidio, no llegó a consumirlo sino que falleció por causas accidentales en el contexto de una intoxicación etílica grave el verano de 2014. Se habla a menudo del alcohol y su relación con los accidentes de tráfico, sin embargo, hay que tener en cuenta que se encuentra en la base de un importante porcentaje de accidentes de todo tipo, siendo la tercera causa de muerte prevenible en el mundo occidental.

Bibliografía:
 Marx JA. *Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice*. 5ª ed. Mosby, Inc., St. Louis 2002. p. 2513. Elsevier.
 Vallejo Rulloba J., Leal Cercós C. *Tratado de Psiquiatría*. Madrid: Marbán; 2012.
 Vallejo Rulloba, J., Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 7ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011.
 APA, *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2014.



PO-138. TEC y ganas de vivir.

Cristina García Montero, Arántzazu Duque Domínguez, Laura Martín Díaz, Francisca de la Torre Brasas.

Presentación de caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 78 años de edad monorrena e hipertensa, sin antecedentes psiquiátricos de interés, que es remitida al Servicio de Urgencias Hospitalarias tras haber sido descubierta por segunda vez sentada en la repisa de la ventana de un piso alto con intencionalidad autolítica. Ingresa en la Unidad de Agudos de Psiquiatría siendo diagnosticada de Depresión con características psicóticas (Síndrome de Cotard) y requiriendo para su estabilización tratamiento con Terapia Electroconvulsiva dada la ineficacia del tratamiento psicofarmacológico. Como desencadenante a su cuadro psicopatológico encontramos una caída al suelo que le sumió en una irreversible y progresiva situación de invalidez y miedo a la soledad. Cabe destacar que durante su ingreso, la paciente manifestó ideación autolítica de forma constante así como negación a la ingesta. Estas ideas desaparecieron por completo tras las primeras sesiones de TEC. En las revisiones la paciente se encuentra estable. No obstante, se está aplicando TEC de continuación y posterior mantenimiento de forma ambulatoria para evitar las recaídas.

La depresión psicótica tiene peor respuesta a los psicofármacos habituales. Tiene peor pronóstico a largo plazo. En los ancianos se puede relacionar con pérdida del cónyuge, enfermedad física concurrente y aislamiento social.

El tratamiento de elección es el TEC en: trastornos depresivos con síntomas psicóticos cuando existe inhibi-

ción intensa, elevado riesgo de suicidio, ideas delirantes de negación (síndrome de Cotard), ansiedad o agitación intensa, buena respuesta a la TEC en episodios previos, clínica de melancolía o pseudodemenia depresiva.



[COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA]

-TEC Y GANAS DE VIVIR-

Cristina García Montero, Arántzazu Duque Domínguez, Laura Martín Díaz, Francisca José De La Torre Brassas



trastorno delirante
manifiestan haber perdido no sólo sus posesiones, su estatus y su fuerza, sino también su corazón,

ANAMNESIS:

Motivo de ingreso: Mujer de 78 años que ingresa en la Unidad de Agudos de Psiquiatría tras realizar gesto autolítico.
Antecedentes personales orgánicos: Hipertensión arterial, dislipemia, temblor esencial, insuficiencia renal crónica por agenesia renal derecha, ingreso en Medicina Interna hace 4 meses por cuadro sincopal de causa desconocida.
Antecedentes personales psiquiátricos: trastorno ansioso-depresivo desde hace 3 años en seguimiento por su Médico de Atención Primaria. Tratamiento: Clonazepam 2 mg/día y Escitalopram 10 mg/día.
Antecedentes familiares psiquiátricos: prima autolisis por precipitación.
Datos de filiación: Vive sola en su pueblo. Viuda desde hace 13 años. Cuatro hijos que prestan buen apoyo familiar. Dependiente parcialmente para las actividades básicas de la vida diaria.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Desde el alta de Medicina Interna tras sufrir un cuadro sincopal inespecífico, comienza a sentirse sola y decaída, descuidando su alimentación, medicación y cuidado personal. Precisa recibir ayuda de sus hijos y una cuidadora. Desde hace una semana verbaliza que no merece la pena vivir así y en dos ocasiones ha sido sorprendida sentada en la ventana de su domicilio. La paciente indica que siempre ha sido una persona muy independiente y resolutiva y que le cuesta asimilar que tiene que depender de la ayuda de otras personas.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

Consiente y orientada en las 3 esferas. Poco colaboradora. Hábito asténico, facies inexpressiva y contacto psicótico. Discurso lleno de contradicciones. Ideas delirantes de perjuicio, nihilistas y de ruina. Falsos reconocimientos. Ánimo subdepresivo con anestesia afectiva. Anhedonia. Angustia psicótica. Hiporexia. Insomnio mixto. Ideas de muerte con ideación autolítica fluctuante. No heteroagresividad. Alteración de la capacidad de juicio y de introspección. Nula conciencia de enfermedad.

...**Ó** **depresión psicótica** tiene peor respuesta a los psicofármacos habituales. ien peor pronóstico a largo plazo. n los ancianos se puede relacionar con pérdida del cónyuge, enfermedad física

l tratamiento de elección en trastornos depresivos con síntomas psicóticos cuando existe inhibición intensa, elevado riesgo de suicidio o ideas delirantes de negación **ndrome**

BIBLIOGRAFÍA:

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría 10ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2009.
 2. Vallejo Ruiloba J., Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría. Madrid: Marbán; 2012.
 3. Palomo T., Jiménez-Arriero M.A. Manual de Psiquiatría. Madrid: Grupo ENE Publicidad, S.A.
 4. APA. DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ªed. Madrid: Panamericana; 2014.
 5. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Publicado por la OMS en Ed Meditar (Madrid). Ginebra 1992.
- Junta de Castilla y León



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Análisis de sangre: Hemograma sin alteraciones. Bioquímica (creatinina 1,45 mg/dl; colesterol total 229 mg/dl; colesterol HDL 76 mg/dl; Hierro 44 mcg/dl; Folato 4,3 ng/ml; resto sin alteraciones). Coagulación sin alteraciones. PCR 1,21 mg/dl. Serología (VIH, VHC, VHB y TP) negativa.
- Sistemático de orina sin alteraciones.
- ECG: ritmo sinusal a 85 lpm. Eje a 45-60°. PR normal. No bloques AV. Sin alteraciones en la repolarización.
- TAC craneal: signos de atrofia cortico-subcortical.

EVOLUCIÓN:

La paciente es incapaz de adaptarse a las normas de la planta, presentando nula respuesta al tratamiento con altas dosis de antidepresivos y antipsicóticos. Aumenta su ideación delirante de contaminación, hipocondría, culpa y ruina (tiene miedo de contagiar el Ebola a los demás), piensa que no puede tragar y que sus órganos se están pudriendo. Dado el deterioro físico y psicopatológico en que está derivando, se decide aplicar **terapia electroconvulsiva**. Se aplican 12 sesiones apreciándose franca mejoría desde la 3ª sesión de TEC, lo que nos permite darle el alta hospitalaria y seguir aplicando sesiones de TEC de continuación a nivel ambulatorio, manteniéndose estable hasta el momento actual.

DIAGNÓSTICO:

- Trastorno de depresión mayor grave con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo en remisión parcial (**Síndrome de Cotard**). 296.23 (F32.2), 296.24 (F32.3) y 296.25 (F32.4)

TRATAMIENTO:

- Venlafaxina retard 150 mg: un comprimido en el desayuno.
- Invega 9 mg: 1 comprimido en el desayuno.
- Olanzapina 7,5 mg: 1 comprimido en la cena.

TEC: INDICACIONES

Primarias

- Trastornos depresivos: con síntomas psicóticos o no, cuando existe inhibición intensa, elevado riesgo de suicidio, ideas delirantes de negación (Sd. De Cotard), ansiedad o agitación intensas, buena respuesta a la TEC en episodios previos, clínica de melancolía o pseudodemencia depresiva.
- Esquizofrenia: con agitación o estupor melancólico, episodios agudos con intensa agitación y gran desorganización conductual y cognoscitiva.
- Episodios maniacos o mixtos si la respuesta farmacológica es insuficiente.

Secundarias

- Episodios depresivos: cuando el paciente no responde a los antidepresivos después de 6-8 semanas de dosis terapéuticas, cuando en episodios previos no ha habido una buena respuesta a los antidepresivos, cuando existe contradicción de antidepresivos, existe rechazo a comer o beber, depresión en edades avanzadas o involutiva.
- Esquizofrenia: cuando no hay respuesta al tratamiento antipsicótico después de 4-6 semanas de dosis terapéuticas, cuando el paciente se niega a tomar el tratamiento y es imposible asegurar un correcto cumplimiento, cuando hay intolerancia o efectos adversos de los antipsicóticos.
- Otros: Parkinson, especialmente con fenómeno on-off, discinesia tardía, síndrome neuroléptico maligno, epilepsia intratable, embarazos con episodios psicóticos, preferencia del paciente ante otros tratamientos.



PO-139. ¿Y ahora que va a ser de mí? La paradoja del Insight.

M^a Teresa Mongay Elola, Lorena Francés Soriano, Sandra Jiménez Motilla, Zelma González Vega, Jose David Saa Sendra, Lorena Pereyra Grustán, Eugenia Esteban Rodríguez.

Presentación de caso clínico

El término "suicidio" significa "matarse a sí mismo". Es la principal emergencia para un profesional de la salud mental. La esquizofrenia es causa principal de muerte prematura. Alrededor del 50% de los pacientes con esquizofrenia lo intentan. Los factores de riesgo son: ser joven, varón, estar soltero, intentos previos, síntomas depresivos, primeros años de comienzo del trastorno y alta hospitalaria reciente. La conciencia de enfermedad es un importante aspecto relacionado con mejor adherencia al tratamiento y disminución del número de recaídas, pese a ello se plasma un caso que trata el insight como factor precipitante de ideación suicida estructurada: Varón de 29 años sin antecedentes psiquiátricos. Informático de profesión, buen rendimiento. Cursó los estudios con grandes expectativas. Abruptamente su conducta comienza a cambiar presentado dificultad para concentrarse, suspicacia en el trabajo y aislamiento. Posteriormente desarrolla ideación delirante autorreferencial y de perjuicio de temática laboral, unido a alucinaciones auditivas y fenómenos de robo del pensamiento que culminan en una crisis de angustia. Se produce primer ingreso e instauración de tratamiento antipsicótico con adecuado insight. Tras abandono del tratamiento se produce una recaída y segundo ingreso presentando conciencia de enfermedad. Durante la reincorporación laboral, refiere incapacidad de desempeñar su cargo y vergüenza por el estigma, desarrollando ideación autolítica

estructurada que no se lleva al acto por la supervisión de su familia. Sólo un pequeño porcentaje de personas con esquizofrenia pasan al acto debido a alucinaciones o delirios, siendo los síntomas depresivos, formando una verdadera depresión o como parte del proceso de adaptación a la enfermedad, la causa principal. El perfil que presenta mayor riesgo es: hombre joven con grandes expectativas que se hace consciente de los efectos del trastorno sobre su vida. Resultando paradójico, que los que parecen presentar mejor pronóstico son lo que se encuentran en mayor riesgo de suicidio.

"Y ahora, ¿Qué va a ser de mí?" - La paradoja del Insight -"



M^{ra} Teresa Mongay Eliola, Lorena Francés Soriano, Sandra Jiménez Motilla,
Zelma González Vega, José David Saa Sendra, Lorena Pereyra Grustán, Eugenia Esteban Rodríguez.

Los **Intentos autolíticos** son la principal emergencia para un profesional de la salud mental ya que casi el **95%** de las personas que se suicidan o lo intenta presenta un **trastorno mental diagnosticado**.



Tercera causa de suicidio en los enfermos mentales

Causa principal de muerte prematura

Riesgo 20 veces mayor que la población general.



- Disminuye **recadas**
- La conciencia de enfermedad:
- Disminuye **ingresos hospitalarios**
- Mejora **adherencia al tratamiento**

Varón de 29 años sin **antecedentes psiquiátricos** de interés. Trabajaba en una empresa de informática. Grandes expectativas de futuro.



Abruptamente presenta: **insomnio**, mayor aislamiento y menor rendimiento. Hasta desarrollar una **Ideación delirante de perjuicio** de temática laboral, "me espiaban a todas horas", "querían conseguir mi talento" junto con **alucinaciones auditivas** y **fenómenos de robo del pensamiento** "sé que me están quitando mis ideas"

- **Incapacidad de desempeñar su trabajo como antes** "No soy el mismo"
- **Desesperanza** por el "estigma de la Enfermedad Mental" - "Y ahora, ¿Qué va a ser de mí?"
- **Ideación autolítica estructurada**, frenada por supervisión familiar.



Sólo un **pequeño porcentaje** de estos enfermos lo llevan al acto debido a **alucinaciones o delirios**. Son los **síntomas depresivos**, formando una **verdadera depresión pospsicótica** o como **parte del proceso de adaptación** a la enfermedad mental, los que suponen el **mayor riesgo**



Resulta paradójico, que "**los enfermos que parecen presentar un mejor pronóstico clínico son los que se encuentran en un mayor riesgo de suicidio**"

PO-140. Manifestaciones extracutáneas del Síndrome de Darier White.

*Isabel Caparrós Del Moral, Alejandro Molina
Leyva, Andrés Fontalba Navas*

Presentación de caso clínico

La enfermedad de Darier-White o queratosis folicularis. Se trata de una genodermatosis poco frecuente caracterizada por un desorden de la queratinización. De herencia autosómica dominante con el gen defectuoso localizado en el brazo largo del cromosoma 12 (12q23-24). Afecta a ambos sexos. Cursa con la formación de pápulas queratósicas que con el tiempo se recubren con una costra amarillenta y escamosa que al desprenderse deja una depresión. Se inicia generalmente entre los 6 y los 20 años de edad. Las lesiones predominan en las áreas seboreicas y también en áreas sin folículos.

Las enfermedades asociadas son infrecuentes. Predominan los trastornos neurológicos (epilepsia, retraso mental, encefalopatía y atrofia cerebral) y manifestaciones psiquiátricas (trastornos del humor, depresión, esquizofrenia y psicosis maníaco depresiva). Además, se ha observado cierta tendencia al suicidio y actitud de retraimiento social y emocional. Realizamos valoración de una familia de 4 miembros afectados de Síndrome de Darier.

El padre presenta diagnóstico de deterioro cognitivo de inicio precoz. La hermana mayor acude a consulta recientemente por presencia de conductas extravagantes, entre ellas acumulación de objetos sin utilidad como botellas de lejía, y presencia de fugas del domicilio, de las que

posteriormente realiza crítica. El siguiente hermano presenta diagnóstico de CI límite, sin seguimiento por Salud Mental, pero con múltiples visitas al Servicio de Urgencias en los que presenta ideación delirante de corte megalomaniaco. El menor de los hermanos, fallece a los 21 años de edad "en extrañas circunstancias" que por la información que aportan familiares impresiona de autolisis.

Realizamos revisión de cada una de las patologías, a las que une un denominador común, el diagnóstico familiar de Síndrome de Darier.

PO-140 Manifestaciones extracutáneas del Síndrome de Darier White

ISABEL CAPARRÓS DEL MORAL, ALEJANDRO MOLINA LEYVA, ANDRÉS FONTALBA NAVAS, ILENE CRIADO.

USM HUÉRCAL-OVERA, AGSN ALMERÍA

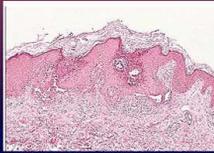
VI ENCUENTROS EN PSIQUIATRÍA. CONDUCTA SUICIDA. SEVILLA. 17-18 ABRIL 2015

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Darier-White o queratosis folicularis. Se trata de una genodermatosis poco frecuente caracterizada por un trastorno de la queratinización. De herencia autosómica dominante con el gen defectuoso localizado en el brazo largo del cromosoma 12 (12q23-24). Afecta a ambos sexos.

Cursa con la formación de pápulas queratósicas que con el tiempo se recubren con una costra amarillenta y escamosa que al desprenderse deja una depresión.

Se inicia generalmente entre los 6 y los 20 años de edad. Las lesiones predominan en las áreas sebóreas y también en áreas sin folículos.

Las enfermedades asociadas son infrecuentes. Predominan los trastornos neurológicos (epilepsia, retraso mental, encefalopatía y atrofia cerebral) y manifestaciones psiquiátricas (trastornos del humor, depresión, esquizofrenia y psicosis maniaco depresiva). Además, se ha observado cierta tendencia al suicidio y actitud de retraimiento social y emocional.



CASO CLÍNICO: Realizamos valoración de una familia de 4 miembros afectados de Síndrome de Darier.

El padre presenta diagnóstico de deterioro cognitivo de inicio precoz. La hermana mayor acude a consulta recientemente por presencia de conductas extravagantes, entre ellas acumulación de objetos sin utilidad como botellas de lejía, y presencia de fugas del domicilio, de las que posteriormente realiza crítica. El siguiente hermano presenta diagnóstico de CI límite, sin seguimiento por Salud Mental, pero con múltiples visitas al Servicio de Urgencias en los que presenta ideación delirante de corte megalomaniaco. El menor de los hermanos, fallece a los 21 años de edad "en extrañas circunstancias" que por la información que aportan familiares impresiona de autolisis.

La paciente que exploramos en más profundidad se trata de la hermana, por ser la más demandante de valoración y consultas. Presentó como inicio del cuadro una ingesta de lejía "de forma accidental" valorada por MAP. Tras ser derivada a nuestra USM se objetivó un cuadro afectivo de corte depresivo, caracterizado por apatía y anhedonia, presencia de astenia, tendencia a la clinofilia, con hiperсомnolencia diurna y aumento de apetito con ganancia ponderal. Abandono de autocuidado y presencia de conductas desorganizadas.

En común con su hermano, destaca la presencia de sintomatología fluctuante en el tiempo, con resolución del episodio (en el caso de su hermano, cuadros de manía confusa, con presencia de fenómenos de desorientación e ideación delirante megalomaniaca).

El menor de los hermanos, fallece, al igual que en gran prevalencia de pacientes afectados de Sd. De Darier, de autolisis.

Es significativa la presencia de deterioro cognitivo precoz en el padre de familia, que evoluciona progresivamente a cuadro demencial.

DISCUSIÓN: Realizamos revisión de cada una de las patologías, a las que une un denominador común, el diagnóstico familiar de Síndrome de Darier.

No es frecuente el diagnóstico clínico de patología neuropsiquiátrica asociada a la enfermedad de Darier. En nuestro caso recogemos patología mental en una familia afecta en todos sus miembros de sintomatología cutánea y psiquiátrica.

Es importante realizar genograma y línea psicobiográfica en la valoración del paciente así como antecedentes somáticos. El buen ajuste premórbido e intercrisis de los pacientes citados y su asociación a simple vist por la presencia de un denominador común como es el caso de lesiones dermatológicas, nos plantearon el nexo de unión entre ambas, llegando a la revisión de Sd de Darier.

El estudio microscópico sugiere un defecto del complejo tonofilamento-desmosoma de las células de la capa basal que determina una queratinización anormal. Existen asociadas otra serie de patologías como agenesia renal y testicular, presencia de cataratas, quistes óseos y especial sensibilidad a las infecciones virales.

Se abre el campo de investigación a la tan mencionada genética molecular y la asociación: codificación de genes-nivel intramoleculár-patología psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA: Darier's disease. Report of two cases in twin brothers. Lorenzo (González González); Juan Francisco Tejera Díaz; Dania Amable Hernández; María del Carmen Portela Arrieta; Cochem PR, Ely E. Enfermedad de Darier. Comunicación de un caso y breve revisión del tema. Rev Cent Dermatol Pascua. Vol 7, No. 3, Sept-Dic. 1998. Novales J, Rodríguez M, Estrada I. Enfermedad de Darier. Presentación de un caso. Rev Cent Dermatol Pascua. 2007;16(1):14-18. 6.Haught JM, Ashley JV. A 34-year-old man with Darier-White disease: a case report and review of the literature. W V Med J. 2005;101:214-6.

PO-141. Sálvese quien pueda: familia y suicidio

*María Riesgo Arias, Lara Asensio Bordonaba,
Maribel Ridruejo López, Miguel Pérez Sosa.*

Presentación de caso clínico

Mujer de 76 años que acude a urgencias de Salud Mental por sintomatología compatible con episodio depresivo de carácter grave sin factor desencadenante aparente y con ideación suicida activa estructurada. Es ingresada en la Unidad de Hospitalización y se inicia tratamiento antidepressivo y medidas de contención hospitalaria. En la anamnesis se recogen antecedentes de dos episodios depresivos graves que requirieron hospitalización, a los 35 y a los 40 años respectivamente, y que fueron tratados con antidepressivos y terapia electroconvulsiva con recuperación ad integrum.

Asimismo se recogen antecedentes familiares de suicidio consumado, en cinco familiares y tres generaciones consecutivas, incluyendo a su padre, una tía paterna, dos hermanos y una hija. En la actualidad realizan seguimiento en Salud Mental sus otras dos hijas y el resto de hermanos vivos.

A la exploración la paciente se muestra consciente, orientada y abordable. Facies triste. Se aprecia intensa angustia psicógena y somatizaciones múltiples. No se aprecian fallos mnésicos. Hipotimia de predominio matutino, con apatía, anhedonia parcial y abulia. Ansiedad basal y crisis de ansiedad frecuentes. Sentimientos de culpa, desesperanza y minusvalía. No hay fenómenos sensorio-perceptivos ni ideación deliroide secundaria al ánimo depresivo. Ideas de muerte activas con ideación autolítica estructurada.

da, de meses de evolución, realizando crítica parcial de la misma. Insomnio de conciliación y disminución en el apetito sin repercusión ponderal significativa.

Ante la existencia de antecedentes familiares como factor de riesgo de conducta suicida, surge la controversia de si estamos ante un núcleo familiar disfuncional generador de procesos imitativos y mecanismos de aprendizaje familiar o a una herencia genética predisponente. Asimismo nos planteamos la relevancia de diseñar programas de prevención específica cuyo objetivo sea la modificación de los factores familiares esenciales de riesgo para la conducta suicida y la potenciación de factores protectores de la misma.

“Sólvese quien pueda: Familia y suicidio”

Riesgo Arias, M. Pérez Sosa M.Z., Ridruejo López M.I., Asensio Bordonaba L.,
UGC Salud Mental. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

INTRODUCCIYN

El suicidio es considerado un hecho multicausal, en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Con el presente caso clínico, nos planteamos la influencia concreta de los antecedentes familiares en el riesgo suicida.



CASO CLHNICO

Mujer de 76 años que acude a urgencias de Salud Mental por sintomatología compatible con episodio depresivo de carácter grave sin factor desencadenante aparente y con ideación suicida activa estructurada.

Es ingresada en la Unidad de Hospitalización y se inicia tratamiento antidepresivo y medidas de contención hospitalaria. En la anamnesis se recogen antecedentes de dos episodios depresivos graves que requirieron hospitalización, a los 35 y a los 40 años respectivamente, y que fueron tratados con antidepresivos y terapia electroconvulsiva con recuperación ad integrum.

Asimismo ,se recogen antecedentes familiares de suicidio consumado, en cinco familiares y tres generaciones consecutivas, incluyendo a su padre, una tía paterna, dos hermanos y una hija. En la actualidad realizan seguimiento en Salud Mental sus otras dos hijas y el resto de hermanos vivos

A la exploración , se muestra consciente, orientada y abordable. Facies triste. Se aprecia intensa angustia psicógena y somatizaciones múltiples. No se aprecian fallos mnésicos. Hipotimia de predominio matutino, con apatía, anhedonia parcial y abulia. Ansiedad basal y crisis de ansiedad frecuentes. Sentimientos de culpa , desesperanza y minusvalía. No hay fenómenos sensorperceptivos ni ideación deliroide secundaria al ánimo depresivo. Ideas de muerte activas con ideación autolítica estructurada, de meses de evolución, realizando crítica parcial de la misma. Insomnio de conciliación y disminución en el apetito sin repercusión ponderal significativa.

DISCUSIYN

Ante la existencia de antecedentes familiares como factor de riesgo de conducta suicida, surge la controversia de si estamos ante un núcleo familiar disfuncional generador de procesos imitativos y mecanimos de aprendizaje familiar o a una herencia genética predisponente. Asimismo, nos planteamos la pertinencia de diseñar programas de prevención específica, cuyo objetivo sea la modificación de los factores familiares esenciales de riesgo para la conducta suicida y la potenciación de factores protectores de la misma.



BIBLIOGRAFHA

Suicidio y psiquiatría. Julio Bobes,
José Giner, Jerónimo Sáiz Ruiz.
Editorial Triacastela, 2011.

Yeates Conwell , Kimberly van Orden,
Eric D. Caine. Department of
Psychiatry, University of Rochester
Medical Center, Rochester, Estados
Unidos. Suicidio en ancianos. 2012.

Bowen M. De la familia al individuo.
Barcelona: Editorial Paidós; 1999. .



PO-142. Tristeza, duelo y Parkinson.

*María Riesgo Arias, Miguel Pérez Sosa, Maribel
Ridruejo López, Lara Asensio Bordonaba*

Presentación de caso clínico

Mujer de 68 años que acude a Unidad de Salud Mental Comunitaria por reacción de duelo tras el fallecimiento de su marido. En una primera valoración se aprecia sintomatología compatible con episodio depresivo moderado y se objetivan signos de parkinsonismo (temblor, rigidez y bradicinesia de predominio derechos) por lo que se deriva a consultas externas de Neurología. Es allí donde se realiza DAT-SCAN confirmándose el diagnóstico de enfermedad de Parkinson y se inicia tratamiento con parches de rotigotina.

La paciente relacionaba el inicio del temblor con el tratamiento antidepresivo con fluoxetina prescrito por su médico de familia por lo que ante la no mejoría del cuadro depresivo y la escasa tolerancia al mismo ensayamos tratamiento con citalopram y venlafaxina con escasa tolerancia. Finalmente sí tolera la paroxetina y remite el cuadro que motivó la consulta, con la elaboración del duelo por su marido y por el diagnóstico de la enfermedad.

En base a la fisiopatología de la enfermedad de Parkinson la mayoría de los estudios realizados se posicionan a favor de la depresión como una manifestación directa del daño cerebral con alteraciones bioquímicas y estructurales. Sin embargo cabe plantearse la relevancia del estrés psicosocial y factores psicológicos que contribuyen a la misma y si éstos precipitan o adelantan el inicio de la enfermedad.

TRISTEZA, DUELO Y PARKINSON

Riesgo Arias M., Asensio Bordonaba L., Ridruejo López M.I., Pérez Sosa M.Z.
UGC Salud Mental. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Introducción

La enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad degenerativa más común del SNC, y suele ir asociada a deterioro motor, cognitivo y cambios emocionales, que pueden incluir depresión, apatía y ansiedad.



Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 68 años que acude a Unidad de Salud Mental Comunitaria por reacción de duelo tras el fallecimiento de su marido. En una primera valoración se aprecia sintomatología compatible con episodio depresivo moderado y se objetivan signos de parkinsonismo (temblor, rigidez y bradicinesia de predominio derecho) por lo que se deriva a consultas externas de Neurología. Es allí donde se realiza DAT-SCAN confirmando el diagnóstico de enfermedad de Parkinson y se inicia tratamiento con parches de rotigotina.

A la exploración consciente, orientada, abordable. Temblorosa en consulta. Llorosa durante la entrevista. El discurso es fluido y coherente centrado en malestar subjetivo y sentimiento de pérdida. Ánimo triste de predominio matutino, con anhedonia parcial y ansiedad episódica en forma de crisis. No hay alteraciones de corte psicótico y no se evidencian fallos mnésicos. Sentimientos de desesperanza y soledad. Desideración de muerte sin ideación autolítica. Insomnio de segundo período y apetito conservado.

La paciente relacionaba el inicio del temblor con el tratamiento antidepressivo con fluoxetina prescrito por su médico de familia por lo que, ante la no mejoría del cuadro depresivo y la escasa tolerancia al mismo, ensayamos tratamiento con citalopram y venlafaxina con escasa tolerancia. Finalmente si tolera la paroxetina y remite el cuadro que motivó la consulta, con la elaboración del duelo por su marido y por el diagnóstico de la enfermedad.

Discusión

En base a la fisiopatología de la enfermedad de Parkinson, la mayoría de los estudios realizados se posicionan a favor de la depresión como una manifestación directa del daño cerebral con alteraciones bioquímicas y estructurales. Sin embargo, cabe plantearse la relevancia del estrés psicosocial y factores psicológicos que contribuyen a la misma, y si éstos precipitan o adelantan el inicio de la enfermedad.

Bibliografía

Kübler-Ross E. Sobre el duelo y el dolor. Barcelona: Editorial Luciérnaga; 2006.

Anderson, K.E. y Weiner, W.J. (2002). Psychiatric symptoms in Parkinson's disease.

Dietz, J., Bradley, M.M., Jones, J., Bowers, D. (2013) The late positive potential, emotion and apathy in Parkinson's disease.



PO-143. Special K

Marta Zubia Martin, Nuria Isabel Núñez Morales, Oriol Porta Olivares, Iñaki Zorrilla Martínez, Patricia Pérez Martínez de Arrieta, María Purificación López Peña, Ana María González Pinto Arrillaga.

Presentación de caso clínico

A propósito de un caso, presentamos a una mujer de 56 años en seguimiento psiquiátrico por un Trastorno Bipolar tipo II desde hace 17 años, con escasa respuesta a los diversos tratamientos instaurados [combinaciones de al menos dos medicamentos distintos, incluyendo estabilizadores del afecto (litio y anticonvulsivantes), antipsicóticos típicos y atípicos y antidepresivos (ISRS, Tricíclicos...), y TEC], y con periodos cortos de eutimia (predominio de cuadros depresivos). Antecedentes psiquiátricos personales de intentos autolíticos graves (intoxicaciones medicamentosas con ingresos en UCI). Entre los antecedentes familiares psiquiátricos: un hermano con diagnóstico de trastorno bipolar y un hijo de la paciente diagnosticada de esquizofrenia. Antes del último ingreso la paciente se mostraba angustiada, irritable, con ánimo depresivo, desesperanza, abulia, anhedonia y tendencia al aislamiento con pérdida de las actividades sociales habituales. Presentaba asimismo inhibición psicomotriz importante y manifestaba ideas de muerte con ideación autolítica poco estructurada. Se decidió el ingreso de la paciente para iniciar la administración de ketamina, debido a que en la última década se ha empezado a usar dicho medicamento en el manejo de los trastornos depresivos severos o resistentes al tratamiento, por el hecho de que puede reducir los síntomas en un lapso de 72 horas posterior a la infusión e incluso debido a que logra una disminución del riesgo suicida en el

contexto de un trastorno afectivo. Tras la primera sesión se observó una mejoría anímica, con remisión de la inhibición psicomotriz, centrándose la paciente en aspectos sobre su autocuidado, buscando la relación social y desapareciendo la ideación autolítica en las tres horas siguientes a la administración de ketamina. Se apreció una disminución significativa de la sintomatología evaluada mediante la escala de depresión de Hamilton (una reducción del 50% en la escala de depresión a las 72 horas de la infusión).

Ketamina i.v. en paciente con depresión bipolar.

Autores: Marta Zubia Martín, Nuria Núñez Morales, Oriol Porta Olivares, Iñaki Zorrilla Martínez, M^ª Purificación López Peña, Patricia Pérez Martínez de Arrieta, Ana González-Pinto Arrillaga.
Hospital Universitario de Álava.

INTRODUCCIÓN: Aunque el hallazgo clínico más distintivo del Trastorno Afectivo Bipolar es el ánimo patológicamente elevado, este no suele ser el estado de ánimo prevalente de la enfermedad. La fase depresiva del trastorno o **depresión bipolar** es más crónica, conlleva a un mayor deterioro de la funcionalidad y representa un reto terapéutico habitual. Una de las facetas más conflictivas del manejo de los trastornos afectivos lo constituyen las **ideas e intentos autolíticos** que muchos de los pacientes manifiestan a lo largo del curso de la enfermedad. Asimismo, **el riesgo suicida a lo largo de la vida en depresión bipolar es el más alto de todas las enfermedades** (tanto mentales como orgánicas).

Con el descubrimiento de los inhibidores de la monoaminoxidasa y los antidepresivos tricíclicos se revolucionó el tratamiento de los trastornos depresivos. Sin embargo, su uso se ha limitado en pacientes con depresión bipolar por el riesgo de generar inestabilidad de la enfermedad y causar episodios maníacos o hipomaniacos. De igual manera, los efectos deseados de estos medicamentos tardan en aparecer, conllevando pobre adherencia, deterioro clínico y, en el peor de los casos, suicidio. Tradicionalmente los estudios sobre la depresión se han centrado en los sistemas monoaminérgicos, sin embargo, los investigadores han ampliado el campo añadiendo otros sistemas de **señalización neurotransmisora como el sistema glutamatérgico**.

En la búsqueda de medicamentos que ejerzan una acción más rápida y eficaz, se ha postulado que los **agentes que bloquean los receptores de N-metil-D-Aspartato (NMDA)**, a través de su acción **antagonista de glutamato** pueden ejercer un papel crucial en el tratamiento de la depresión. De estos agentes es de especial interés la ketamina, por ser un medicamento ya conocido en el ámbito clínico y de fácil adquisición.

Caso clínico

Mujer de 56 años sin antecedentes Médico-Quirúrgicos de interés. Casada y con 2 hijos.

Diagnóstico

Trastorno Bipolar II desde hace 17 años.
Predominio de fases depresivas.
Escasa respuesta a los tratamientos usados, periodos cortos de eutimia.

Antecedentes

No Antecedentes MQ de interés
Intentos autolíticos graves por intoxicación medicamentosa con ingresos en UCI.

Antecedentes familiares:

1 hermano con dx de TB
1 hijo con dx de Esquizofrenia

Evolución últimos 12 meses:

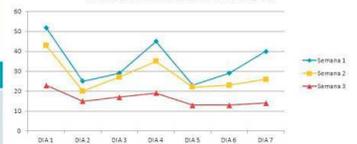
4 hospitalizaciones en U. de Agudos por empeoramiento anímico.

Exploración psicopatológica

En el último ingreso, la paciente se mostraba angustiada, irritable con ánimo depresivo, sentimientos de desesperanza, abulia, anhedonia y tendencia al aislamiento con pérdida de actividades sociales habituales. Gran componente de inhibición psicomotriz. Presentaba ideas de muerte con ideación autolítica poco estructurada. Apetito conservado, alteración del patrón de sueño.



PUNTUACIONES ESCALA HAMILTON



En la tercera semana se apreció una disminución significativa de la sintomatología evaluada mediante la escala de depresión de Hamilton (una reducción del 50%), por lo que concluimos que hubo una respuesta favorable al tratamiento.

Tratamiento con Ketamina

Se decidió administrar ketamina a la paciente debido a que en la última década se ha empezando a usar dicho medicamento en el manejo de los trastornos depresivos severos o resistentes al tratamiento, por el hecho de que puede **reducir los síntomas en un lapso de 72 horas posterior a la infusión**, con un relativo sostenimiento de los efectos durante varios días e incluso debido a que logra una **disminución del riesgo suicida** en el contexto de un trastorno afectivo.

Se le administraron **0,5 mg/kg** de ketamina en perfusión durante 40 minutos. Tras la primera sesión se observó una mejoría anímica, con **remisión de la inhibición psicomotriz**, centrándose la paciente en aspectos sobre autocuidado, buscando la relación social y **desapareciendo la ideación autolítica** en las tres horas siguientes a la administración de ketamina. No se registraron incidencias durante las sesiones de ketamina.

Puntualmente tras las sesiones de tratamiento se observó una mayor **irritabilidad**. Se decidió mantener el tratamiento con sales de **litio** para controlar la irritabilidad y el riesgo de switch. Se le dieron dos sesiones de ketamina las dos primeras semanas y ante la mejoría clínica, se decidió dar el alta hospitalaria a la paciente para continuar el tratamiento con una pauta de perfusión de **ketamina semanal**.

CONCLUSIONES

- 1 Existe evidencia del efecto rápido antidepresivo de la administración subanestésica de la ketamina endovenosa de forma repetida, con una **disminución de la ideación suicida**
- 2 Los **efectos secundarios** más frecuentes son alteración de la TA, FC, FR, euforia, vértigo y aumento de la libido.
- 3 En un 17% de los pacientes aparecen cuadros **psicotomiméticos**.
- 4 Todos los efectos secundarios **remiten** en un plazo no superior a 80 min tras iniciar perfusión.
- 5 La ketamina es útil incluso en pacientes con **Depresión Bipolar resistente**.
- 6 La administración endovenosa de ketamina a dosis subanestésica ofrece una oportunidad única de conocer la fisiología de la **disregulación glutamatérgica** en la depresión
- 7 **Nuevas líneas de investigación** sobre actuación directa sobre receptores AMPA, eEF2K, activación de mTOR o supresión de GSK-3

Bibliografía

- 1) Fond G, Loundou A, Rabu C, Macgregor A, Lançon C, Brittner M, et al. Ketamine administration in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)*. 2014 Sep;231(18):3663–76.
- 2) Shah A, Carreno FR, Frazer A. Therapeutic modalities for treatment resistant depression: focus on vagal nerve stimulation and ketamine. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2014 Aug;12(2):83–93.
- 3) Intravenous Ketamine for the Treatment of Mental Health Disorders: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2014 [cited 2015 Feb 23].

PO-144. Suicidios literarios: El caso de Ernest Hemingway.

Cristina Pérez Sobrino, Ana Carabias Contreras, Aurelia Matas Ochoa, Germán Strada Herrera, Sara González Vives, Sandra Rubio Congo, Idir Mesían Pérez, Yolanda Lázaro Pascual.

Presentación de caso clínico

Ernest Hemingway, conocido escritor Premio Nobel de literatura, se suicidó la madrugada del 2 de julio de 1961 con una escopeta en su casa mientras su mujer dormía.

A lo largo de la estirpe de Hemingway existen múltiples intentos de suicidio llegando varios a ser consumados, el que más afectó a Hemingway fue el de su padre con una pistola de su abuelo cuando él tenía 29 años.

A lo largo de su vida fue diagnosticado de trastorno bipolar, dependencia al alcohol y probable trastorno límite y narcisista de la personalidad. Aunque el diagnóstico de maniaco depresivo fue en los últimos años se supone que esta enfermedad parece que estuvo presente durante gran parte de su vida. A lo largo de sus obras quedan reflejado los momentos en los que el escritor estaba afectado por su enfermedad. Hemingway estuvo en tratamiento psiquiátrico en varias ocasiones, en el último año de su vida ingresó varias veces, llegando incluso a fugarse en alguna ocasión, llegando a aplicarle terapia electroconvulsiva dado el difícil manejo. Finalmente pocos días después de salir de alta se suicida en su casa.

Según parece en el último año los síntomas depresivos fueron de mayor intensidad, él mismo escribió "Actúo

como siempre pero no lo soy” a lo que se sumaban las secuelas que comenzaba a dejarle el alcohol. A todo esto se añade en los últimos meses de su vida la aparición de paranoias de gran repercusión afectiva ya que según parece pudo presentar una depresión con síntomas melancólicos.

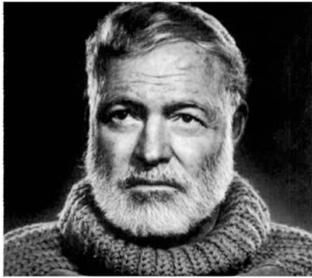
Bibliografía

Ross L (2001): Retrato de Hemingway. Barcelona. Muchnik Editores. Barcelona. p. 87

Martin, C. D. (2006). Ernest Hemingway: A psychological autopsy of a suicide. *Psychiatry*, 69, 351-361.

Hotchner AE (2008): La buena vida según Hemingway. Barcelona. Belacqua. p. 28.

C. Pérez, A. Carabias, A. Matas, G. Strada, S. Rubio, I. Mesión, Y. Lázaro, S. González
Hospital Clínico San Carlos. Madrid



Ernest Hemingway se suicidó la madrugada del 2 de julio de 1961 con una escopeta en el garaje de su casa mientras su mujer dormía .

Premio Nobel de literatura, fue el segundo hijo del matrimonio de Grace Hall, cantante, y Clarence Edmonds Hemingway, médico aficionado a la caza y la pesca.

No tuvo una infancia muy feliz, queda traumatizado por una madre autoritaria que lo vestía de niña y, posteriormente, por una experiencia dolorosa la verse obligado a acompañar a su padre (ginecólogo) en un parto de una india cuyo marido se suicidó al no poder soportar los gritos de su mujer.

A lo largo de la estirpe de Hemingway existen múltiples intentos de suicidio llegando varios a ser consumados, el que más afectó a Hemingway fue el de su padre con una pistola de su abuelo a la edad de 29 años.

Sus biógrafos concuerdan en la presencia de rasgos narcisitas y límites en su personalidad: sus relaciones interpersonales tenían como denominador la inestabilidad y los conflictos, se divorció tres veces y si casó cuatro. Se afirma que el engruimiento con su apariencia física lo llevaba a no usar gafas, lo que habría influido en varios accidentes que sufrió. Inclusive preparándose para su muerte decidió colocarse una vestimenta especial y querida que él llamaba sus "vestiduras imperiales".

Durante su vida Hemingway fue diagnosticado de trastorno bipolar, dependencia al alcohol y probable trastorno límite y narcisista de la personalidad. Aunque el diagnóstico de maniaco depresivo fue en los últimos años se supone que dicha patología le acompañó durante gran parte de su vida. A lo largo de sus obras pueden verse reflejados los momentos en los que el escritor estaba afectado por su enfermedad.

Hemingway estuvo en tratamiento psiquiátrico en varias ocasiones, en el último año de vida ingresó varias veces, llegando incluso a fugarse en alguna ocasión, precisando también aplicarle terapia electroconvulsiva dado el difícil manejo. Finalmente pocos días después de ser dado de alta se suicida en su domicilio.

Según parece en el último año los síntomas depresivos fueron de mayor intensidad, él mismo escribió " Actúo como siempre pero no lo soy" a lo que se sumaban las secuelas que comenzaba a dejarle el alcohol. A todo esto se añade en los últimos meses de su vida la aparición de paranoias de gran repercusión afectiva ya que según parece pudo presentar una depresión con síntomas melancólicos.

"Pero el hombre no está hecho para la derrota (...) Un hombre puede ser destruido pero no derrotado" E. Hemingway

Bibliografía

Ross L (2001): Retrato de Hemingway. Barcelona. Muchnik Editores. Barcelona. p. 87- Martin, C. D. (2006). Ernest Hemingway: A psychological autopsy of a suicide. Psychiatry, 69, 351-361. Hotchner AE (2008). La buena vida según Hemingway. Barcelona. Belacqua. p. 28.



Ernest Hemingway fue ingresado en varias ocasiones en la clínica Mayo, Minnesota, donde en un intento de animato fue registrado bajo el apellido de su médico, Saviers.

PO-145. Automutilación genital suicida: A propósito de un caso.

*Cristina Abad Bouzán, Patricia Latorre Forcén,
Anna Salas Martínez, Montserrat Guilabert Vi-
dal, Sonia Pedrosa Armenteros.*

Presentación de caso clínico

La mutilación genital autoinflingida es un fenómeno muy poco frecuente, y en los casos registrados suele estar asociado a pacientes con Trastorno Mental Grave (frecuentemente a Esquizofrenia Paranoide) o a personas que hayan padecido abusos sexuales en la infancia, siendo excepcionales los casos fuera de estos grupos descritos.

Presentamos el caso de un varón de 70 años sin antecedentes médicos relevantes, y sin antecedentes psiquiátricos personales ni familiares. No existen antecedentes de abuso de sustancias. Es originario de un pequeño pueblo rural, y su profesión había sido la de agricultor. Posee un buen soporte socio-familiar, habiendo permanecido soltero y sin hijos. Desde hace 5 años aproximadamente está internado en una residencia de ancianos voluntariamente, lugar en el que se encuentra bien adaptado.

Acude a nuestro servicio de Urgencias hospitalarias el paciente derivado desde su centro de atención médica rural tras autoinflingirse una importante lesión incisa en la región perineal (base del pene y testículos) con finalidad autolítica. Tras la intervención quirúrgica de urgencia por parte de Urología, en la que se consigue conservar la anatomía sin secuelas, ingresa en nuestra Unidad de Corta Estancia.

El paciente narra con afectación lo ocurrido, verbalizando que quería "quitarse de en medio". Está consciente, alerta y orientado, sin presentar alteraciones en su discurso ni en el curso del pensamiento. No se aprecia clínica psicótica ni confusional. Existe clínica afectiva de corte depresivo, asociada a ciertas dificultades mnésicas aparecidas recientemente, de las que el paciente es consciente y posiblemente han sido el desencadenante de lo sucedido. El juicio de realidad es suficiente.

El ingreso se prolongó durante 2 meses, en los que a pesar de las múltiples intervenciones terapéuticas ensayadas la ideación suicida permaneció irreductible. Tras ser dado de alta fallece semanas después tras precipitarse desde una ventana.

AUTOMUTILACIÓN GENITAL SUICIDA

A propósito de un caso

Abad Bouzán, C., Latorre Forcén, P., Salas Martínez, A., Guillabert Vidal, M., Pedrosa Armenteros, S.
Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

INTRODUCCION

La mutilación genital autoinfligida es un fenómeno muy poco frecuente pero con una alta mortalidad si no recibe una atención sanitaria urgente. En la mayoría de los casos registrados suele estar asociado a pacientes con Trastorno Mental Grave (más del 80 % del total), frecuentemente a Esquizofrenia Paranoide o síndrome de Klingsor, a intoxicaciones o a personas con conflictos sexuales, siendo excepcionales los casos fuera de estos grupos descriptos.

OBJETIVOS

Realizar una revisión de la literatura científica existente sobre la automutilación genital suicida no psicótica, y presentar un caso clínico cuya etiología y evolución difieren de los paradigmas establecidos hasta el momento.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 70 años sin antecedentes médicos relevantes, y sin antecedentes psiquiátricos personales ni familiares. No existen antecedentes de abuso de sustancias. Es originario de un pequeño pueblo rural, agricultor de profesión. Posee un buen soporte socio-familiar, habiendo permanecido soltero y sin hijos. Desde hace 5 años está internado de forma voluntaria en una residencia de ancianos del ámbito rural, lugar en el que se encuentra bien adaptado y se maneja de modo independiente.

Acude a nuestro servicio de Urgencias hospitalarias el paciente derivado desde su centro de atención médica rural tras autoinflingirse una importante lesión incisa en la región perineal (base del pene y testículos) con finalidad autolítica. El hecho tuvo lugar en el dormitorio del paciente por la noche, tras haberse acostado en la cama, con unas tijeras que había escondido previamente. Es su compañero de habitación quien da la voz de alarma al escuchar ruido y ver el sangrado. Tras la intervención quirúrgica de urgencia por parte de Urología, en la que se consigue conservar la anatomía sin secuelas, ingresa en nuestra Unidad de Corta Estancia.

El paciente narra con afectación lo ocurrido, verbalizando que quería "quitarse de en medio". Está consciente, alerta y orientado, sin presentar alteraciones en su discurso ni en el curso del pensamiento. No se aprecia clínica psicótica ni confusional. Existe clínica afectiva moderada de corte depresivo, asociada a ciertas dificultades mnésicas aparecidas recientemente, de las que el paciente es consciente y posiblemente han sido el desencadenante de lo sucedido ("no quiero depender de los demás"). Existe un buen insight y el juicio de realidad es suficiente.

Las pruebas complementarias objetivaron la existencia de una Demencia Leve (MEC 25/35, TC craneal: Ligeramente atrofia corticosubcortical), sin otras alteraciones analíticas.

El ingreso se prolongó durante 2 meses, en los que a pesar de las diversas intervenciones terapéuticas ensayadas, de la mejoría tímica y de la buena integración en el recurso la ideación suicida permaneció irreductible. Fallece semanas después del alta hospitalaria tras precipitarse desde una ventana de la residencia.

CONCLUSIONES

Se trata de un caso clínico llamativo al pertenecer a un pequeño porcentaje de pacientes (menos del 10% del total) que no presentan un trastorno psicótico. En este intervalo encontramos otras etiologías minoritarias tales como los cuadros de intoxicación (alcohol, alucinógenos), trastornos de la identidad sexual o antecedentes de abusos sexuales asociados a la autoagresión. En nuestro caso la mutilación genital es vivida con un marcado simbolismo y una clara intencionalidad suicida, posiblemente siendo más cercana a las lesiones autopunitivas que tienen lugar en ciertas culturas indúes o asiáticas, asentadas en creencias culturales complejas de carácter mágico-religioso.

El escaso número de publicaciones en relación al tema tratado (aproximadamente un centenar, ninguna española) y las dificultades de su manejo terapéutico ponen en evidencia la necesidad de profundizar en el conocimiento real de este tipo de casos, que en un 25% de las ocasiones desembocan en un suicidio consumado.

REFERENCIAS

1. Grelshmeier H, Groves JE. Male genital self-mutilation. Arch Gen Psychiatry. 1979;36:441
2. Martin T, Gattaz WF. Psychiatric aspects of male genital self-mutilation. Psychopathology. 1991;24:170-8
3. Premand NF, Eytan A. A case of non-psychotic auto-castration: the importance of cultural factors. Psychiatry. 2005;68(2):174-8.
4. Neril R, Ravish I, Amarkhed S, Manoranjan U, Prabha V, Koura A. Genital self-mutilation in nonpsychotic heterosexual males: case report of two cases. Indian J Psychiatry. 2008;50(4):285-7
5. Schweitzer I. Genital self-amputation and the Klingsor syndrome. Aust. N.Z. J. Psychiatry. 1990;24:566-9



PO-146. Alucinosis tras sobreingesta medicamentosa. A propósito de un caso.

Isabel González-Villalobos Rincón, María Martín García, Rocío Blanco Fernández, Juan Manuel García Vega, Mónica Fernández Rodríguez, César Rodríguez Lomas.

Presentación de caso clínico

Varón de 45 años que es atendido en Urgencias tras intoxicación etílica y sobreingesta de bupropión. Alérgico a penicilina y derivados. Refiere tratamiento con Trankimazin por el MAP hace 3 años, por insomnio en relación con problemas laborales. Niega intentos autolíticos previos. No antecedentes psiquiátricos familiares conocidos.

Refiere consumo de 1 copa de vino a diario desde la juventud; desde hace 2 años ha incrementado el consumo, llegando a beber hasta 6 gin-tonics diarios. En ocasiones bebe solo.

Vive con su mujer y sus 2 hijos. Trabaja como director de Marketing en una empresa desde hace 4 meses. A su llegada a Urgencias el paciente presenta mareo, agitación psicomotriz y distorsiones en la esfera visual, en forma de bultos en las paredes; presenta un discurso entecido, disártrico, en tono bajo, con tendencia al llanto. Expresa sentimientos de frustración en relación con temática laboral, lo que le produce elevada ansiedad, desgana y apatía. Por este motivo ha incrementado el consumo de alcohol en los últimos años. Asimismo refiere que desde hace 2 años mantiene una relación extramatrimonial, lo que también le provoca gran malestar.

Refiere haber pensado en la muerte como solución desde hace más de 1 año; 2 días antes de ser visto en Urgencias tomó la decisión de quitarse la vida; acudió a la Iglesia a pedir perdón por lo que iba a hacer; en su domicilio ingirió 60 compr de Bupropión y 3 chupitos de vodka. Al llegar su mujer, él le contó lo ocurrido y ella llamó al 112.

A lo largo de su estancia en Urgencias se realizan varias entrevistas clínicas, tanto con el paciente como con su mujer; el paciente realiza crítica adecuada del episodio y verbaliza planes adecuados al alta, mostrándose dispuesto a comenzar seguimiento de forma ambulatoria.

PO-146 Alucinosis tras sobreingesta medicamentosa. A propósito de un caso.



Isabel González-Villalobos¹, César Rodríguez Lomas¹, Rocío Blanco Fernández¹, María Martín García¹, Juan Manuel García-Vega¹, Mónica Fernández-Rodríguez¹

¹Departamento Psiquiatría, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España.

Motivo de consulta

Paciente varón de 45 años que es atendido en Urgencias tras sobreingesta medicamentosa (Bupropion) e intoxicación etílica.

Antecedentes personales

A. Médico-gx:

- Alérgico a penicilina y derivados.
- No HTA, DM ni DL.
- Vagotomía por esófago de Barrett.
- Colectectomía.

A. Psiquiátricos:

- Refiere tratamiento con Alprazolam por el MAP hace 3 años por insomnio en relación con problemas laborales.
- No intentos autolíticos previos.
- No antecedentes psiquiátricos familiares conocidos

Hábitos tóxicos:

- Alcohol: 1 copa de vino a diario desde la juventud; desde hace 2 años ha incrementado el consumo, llegando a beber hasta 6 gin-tonics diarios. En ocasiones bebe solo.
- Fumador de 1 paquete diario desde hace 20 años.

Datos biográficos

Casado desde hace 18 años. Vive con su mujer y sus 2 hijos de 14 y 13 años. Estudios de Comercio y Marketing. Trabaja como director de Marketing en una empresa desde hace 4 meses.

Anamnesis

El paciente refiere mareo y visión distorsionada en forma de bultos en las paredes. Explica que desde hace 7 años arrastra malestar anímico e insomnio en relación con conflictiva con un superior, lo que le ha llevado a cambiar de puesto de trabajo y a tener una situación económica inestable. Refiere elevada autoexigencia; afirma que se siente obligado a sostener a su familia y a mantener un elevado nivel de vida, lo que le produce gran frustración cuando no lo consigue. Recientemente ha comenzado a mantener una relación extramatrimonial. Refiere haber estado pensando en la muerte como solución a su malestar desde hace más de 1 año, pero que hace 2 días, tras discutir con su pareja, tomó la decisión de quitarse la vida y acudió al MAP solicitando Bupropion para dejar de fumar. Ayer acudió a la Iglesia a pedir perdón "por lo que iba a hacer"; posteriormente regresó a su casa y se tomó 60 comprimidos de Bupropion y 3 chupitos de vodka. Poco después llegó su mujer. Cuando el paciente comenzó a pecibir malestar, le dijo que había ingerido 60 pastillas, y ella llamó al 112. A lo largo de su estancia en Urgencias, remite la sintomatología alucinatoria inicial. Se mantienen sucesivas entrevistas tanto con el paciente como con su mujer, encaminadas a clarificar y tratar los motivos que le producen este malestar. El paciente realiza crítica completa de la sobreingesta medicamentosa, aceptando las opciones de ayuda iniciando un tratamiento ambulatorio.

Exploración psicopatológica

Paciente consciente, orientado auto y alopsíquicamente. Abordable, colaborador. Aspecto adecuado. Lenguaje espontáneo, en tono bajo, enlentecido. Discurso coherente centrado en problemática laboral. Inicialmente presenta mareo y alucinosis, que remiten durante su estancia en Urgencias. No otras alteraciones de la sensoropercepción. No alteraciones del contenido ni del curso del pensamiento. No auto ni heteroagresividad. Ánimo bajo. No síntomas de ansiedad. Baja tolerancia a la frustración, que palia con consumo de alcohol. Ideación pasiva de muerte de 1 año de evolución. Realiza crítica completa de la sobreingesta realizada, sin presentar planificación ni impulsividad autolítica en el momento actual. Sueño y apetito conservados. Juicio de realidad conservado.

Juicio clínico

- Intoxicación por Bupropion.
- Intoxicación etílica.
- Rasgos narcisistas de personalidad.

Evolución

Tras el alta, el paciente ha acudido a las citas en el Centro de Salud Mental. Inicia tratamiento antidepressivo con Fluoxetina, con buena respuesta. En la actualidad se mantiene estable psicopatológicamente.



Hospital Universitario
Puerta de Hierro Majadahonda



PO-147. Hablando a través de mi piel.

Ana Domínguez Cejudo, María José Márquez Márquez, Mercedes Sánchez Prieto, María Carmen Rodríguez Gamito.

Presentación de caso clínico

Varón de 40 años que ingresa de manera involuntaria en la Unidad de hospitalización de Salud Mental por presentar conductas autolesivas en el contexto de ideación delirante de perjuicio.

Antecedentes psiquiátricos: constan 2 ingresos previos en 2012 con diagnóstico de Trastorno de ideas delirantes. Tras el alta se remitió a su USMC de referencia abandonando el tratamiento y dejando de acudir a sus citas por iniciativa propia.

Antecedentes familiares: hermano menor diagnosticado de esquizofrenia paranoide. El día de su ingreso el paciente se había realizado varios cortes en cuello y antebrazos mientras se encontraba solo en una habitación de hotel que había alquilado para llevar a cabo el gesto. Estas conductas ya las había presentado anteriormente, siendo éste también, el motivo de sus ingresos previos.

Refería que había un grupo de personas que le agredían físicamente cuando iba por la calle "me estaban asfixiando metafóricamente, y ya no podía más, he intentado hacer todo lo posible para que me dejen en paz pero no ha servido para nada. No me hice los cortes para matarme, sólo quería que se dieran cuenta de lo mal que estoy..."

Además su pensamiento delirante le había llevado a presentar importantes conductas disruptivas en la vía pú-

blica, por las que se encuentra pendiente de causas judiciales.

Psicopatológicamente destacaba su actitud de desconfianza y suspicacia; la ideación delirante de perjuicio y autorreferencial, totalmente sistematizada e irreductible a la lógica y con conductas congruentes con su delirio.

Durante su ingreso su conducta fue ajustada; permaneció aislado la mayor parte del tiempo pero se mantuvo correcto y colaborador desde el inicio. Presentó cierta reticencia a la toma del tratamiento oral por lo que se prescribió tratamiento depot y el trabajo psicoterapéutico se centró en la conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica.

HABLANDO A TRAVÉS DE MI PIEL

Ana Domínguez Cejudo, María José Márquez Márquez, Mercedes Sánchez Prieto, María Carmen Rodríguez Gamito.

UGC Salud Mental Hospital Universitario Virgen Macarena

ANAMNESIS: Varón de 40 años que ingresa por presentar conductas autolesivas en contexto de ideación delirante de perjuicio. Constan dos ingresos previos de características similares.

El día de su ingreso el paciente se había realizado varios cortes en cuello y antebrazos encontrándose solo en una habitación de hotel para llevar a cabo el gesto.

Refería que había un grupo de personas que le agredían físicamente cuando iba por la calle "me estaban asfixiando metafóricamente, y ya no podía más, he intentado hacer todo lo posible para que me dejen en paz pero no ha servido para nada. No me hice los cortes para matarme, sólo quería que se dieran cuenta de lo mal que estoy..."

Antecedentes familiares: hermano diagnosticado de esquizofrenia paranoide.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

Consciente, orientado, euproxímico, abordable y colaborador, contacto distante y desconfiado. Durante las entrevistas se aprecian fuertes mecanismos de negación y racionalización, así mismo trata de minimizar la gravedad de sus conductas. Historia personal marcada por rasgos de personalidad paranoide, que han ido evolucionando hasta la aparición de un sistema delirante de contenido autorreferencial y de perjuicio e irreductible a la crítica. Niega alteraciones del ánimo pero ha presentado importante angustia reactiva al contenido del delirio, que le lleva a autoinfligirse cortes en cuello y antebrazos. Aislamiento social. Nula conciencia de enfermedad.

JUICIO CLÍNICO: Trastorno de ideas delirantes persistente (F22.0 CIE-10)

EVOLUCIÓN: Durante el ingreso, se trabajó la conciencia de enfermedad con el fin de mejorar la adherencia terapéutica y la disminución de las conductas parasuicidas. A pesar de la presencia de actividad delirante pudo expresar su sufrimiento con palabras y no a través de la piel.

CONCLUSIONES:

El riesgo de suicidio se asocia a síntomas psicóticos positivos, síntomas afectivos, depresión y abuso de sustancias. Los intentos autolíticos previos son un importante factor de riesgo.

Por ello la prevención del suicidio debería centrarse en el abordaje de los síntomas y síndromes afectivos, en la mejora de la adherencia al tratamiento y en la vigilancia intensiva de los pacientes con más factores de riesgo, especialmente en torno a los ingresos hospitalarios.

PO-148. Potenciación farmacológica en el trastorno depresivo mayor. A propósito de un caso.

David Gimeno Montes, Koren Preckler Peña, María Palomo Monge, Gemma Montero Milanes, Silvia Sánchez de la Pisa, Arantzazu Duque Domínguez.

Presentación de caso clínico

Manejo de un paciente varón de 42 años de edad, que presenta un cuadro de trastorno depresivo mayor recurrente resistente a tratamiento. Durante el seguimiento del paciente destacar la aparición de efecto adverso poco frecuente (hemorragia espontánea en paciente en tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), manejo psicofarmacológico del trastorno depresivo mayor resistente y las distintas alternativas al tratamiento. El paciente presenta persistencia sintomatología depresiva a pesar de iniciar diferentes fármacos antidepresivos, requiriendo la derivación al servicio de psiquiatría.

El paciente presenta en su historia psicobiográfica antecedentes de trastorno depresivo mayor en el pasado que respondieron a tratamiento, siendo retirado el tratamiento psicofarmacológico tras un año de estabilización del estado de ánimo.

Conclusión

Este caso clínico permite conocer el manejo de un paciente con trastorno depresivo mayor recurrente resistente a tratamiento, a pesar de utilizar las diferentes alternativas terapéuticas a nuestro alcance, utilizando potenciación psicofarmacológica (antidepresivo de diferente

mecanismo de acción, estabilizadores del estado de ánimo y estimulantes), así como las alternativas tras fracaso terapéutico con fármacos.

El diagnóstico de trastorno depresivo mayor recurrente requiere un mínimo de dos años sin sintomatología depresiva. Los paciente que presentan sintomatología depresiva recurrente, requieren un tratamiento más prolongado, que según recogen la guías clínicas será de 3 a 5 años de tratamiento antidepresivo tras la estabilización del cuadro psicopatológico de base.

Potenciación farmacológica en el trastorno depresivo mayor. A propósito de un caso.

David Gimeno Montes, Koren Freckler Peña, María Palomo Monge, Gemma Montero Milanés, Silvia Sánchez de la Písa, Arantza Duque Domínguez.

Motivo de consulta: paciente varón de 42 años de edad, conocido en nuestro servicio desde el año 2008, tras ser remitido desde su MAP, por insomnio y problemas laborales. El paciente es derivado de nuevo tras antecedentes previos de tratamiento antidepressivo y efectos secundarios a la medicación con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.

Antecedentes personales:

Somáticos:

Hipertensión arterial.
Dislipemia
Epilepsia, tratada con lamictal en el pasado, no requiriendo tratamiento en la actualidad.

Psiquiátricos:

Hasta el año 2008, se registra en la historia clínica cuatro visitas a urgencias psiquiátricas tras derivación del servicio de urgencias del hospital Nuestra Señora del Prado:

Año 94: dos visitas Enero

JC: No patología psiquiátrica en el momento actual.

JC: Intoxicación etílica aguda leve, con posterior derivación a UCA, no acudiendo

Social: Casado, con dos hijos, trabajador en una gasolinera, realizó estudios básicos, buen apoyo familiar.

Personalidad premorbida: El paciente se define como una persona activa, extrovertida, sociable.

Antecedentes familiares psiquiátricos:

Padre, abuso y dependencia alcohólica, en remisión total tardía, tras padecer un infarto agudo de miocardio. Hermano menor, abuso y dependencia alcohólica. Madre, en tratamiento por trastorno depresivo mayor.

Psicobiografía

Paciente derivado en el año 2007 a consultas externas de psiquiatría por "insomnio y problemas laborales", siendo detectada en la primera consulta un problema de dependencia a alcohol y derivado a la UCA con tratamiento ambulatorio:

Liapritel 1-1-2.

Hidroxiol 1-1-0.

En la historia toxicológica, se recoge historia de consumo de alcohol, desde los 17 años, iniciando un consumo a diario desde los 20 años hasta los 35 años, de 10 botellines de cerveza y chupito de licor, refiriendo, refiriendo sintomatología física (calambres, anorexia, insomnio) y psíquicos (labilidad emocional, falta de concentración, dificultad en las relaciones sociales, bajo ánimo, anhedonia,...).

Tras realización de historia psiquiátrica, se diagnostica de episodio depresivo moderado y abuso de alcohol (en remisión total temprana), realizando un ajuste psicofarmacológico:

-Retira liapritel e hidroxiol.

Inicia tratamiento con Escitalopram 10 mg y lorazepam 1 mg 1-0-1

Durante el seguimiento en la unidad de conductas adictivas, el paciente se muestra abstinentes a alcohol. Es necesario incrementar dosis farmacológica a 15 mg, que tuvo que ser suspendido por hemorragia rectal espontánea. Se tuvo que retirar escitalopram por reboksetina 4 mg, desapareciendo la hemorragias.

El paciente refirió mejoría franca del estado de ánimo, siendo dado de alta, tras más de un año de abstinencia y tratamiento psicofarmacológico, sin tratamiento y asintomático. En febrero de 2009

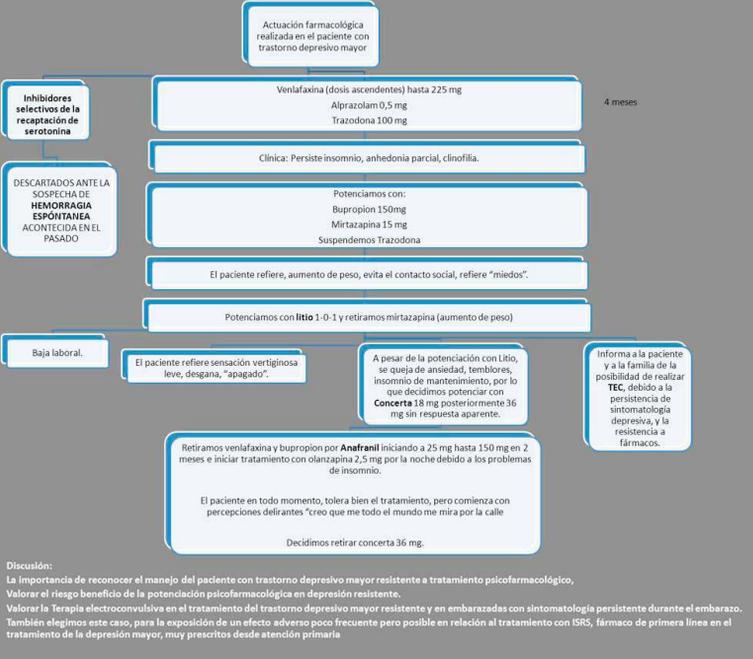
Paciente es derivado de nuevo en Noviembre de 2011, desde el servicio de Neurología, por sospecha de pseudocrisis. El paciente refiere encontrarse decaído, sin ganas, insomnio de conciliación, irritable, disminución de la actividad física.

JC: TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, RECIDIVANTE (F33.1)

Pruebas complementarias: NORMALES

Ojo tiroideo, Hemograma, vitaminas, enzimas hepáticas.

En la última consulta realizada en el día de ayer, el paciente se encuentra físicamente peor, refiere efectos secundarios (boca seca, hiperhidrosis), pérdida de equilibrio, y en una analítica de control aparece afectación tiroidea con T3I elevada y TSH disminuida., decidiendo ingreso.



PO-149. Conducta suicida en el trastorno bipolar.

*C. E. Blanch; N. García-León; J. Pons; L. Riesco;
F. X. Arrufat*

Presentación de caso clínico

Se presenta el caso de una mujer con trastorno bipolar y conducta suicida. Se trata de una paciente de 65 años con antecedentes de diversos episodios depresivos antes de los 30 años. A los 46 años presenta nuevo episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos tras valvulotomía mitral, cuando se inicia seguimiento y tratamiento con fluoxetina, evidenciándose una mejora sintomática. En 2005 presenta primer episodio filiado de hipomanía y se inicia valproato 1000mg/día con estabilización clínica, manteniéndose así hasta 2009 cuando se desvincula. En 2012 reconsulta por ánimo eufórico, reintroduciéndose valproato y olanzapina. En abril de 2014 realiza tentativa autolítica mediante sobreingesta de medicación, por lo que es ingresada en la Unidad de Observación y dada de alta al realizar crítica de los hechos. Al mes siguiente es traída a urgencias por intoxicación múltiple tras segunda sobreingesta con viales de heparina, digoxina, valproato y ansiolíticos. Refiere que hacía un mes presentaba sintomatología depresiva con ideas sobrevaloradas de culpabilidad, ruina y desesperanza. La paciente es ingresada por episodio depresivo mayor e ideación suicida persistente. Paralelamente explica que presenta sensación de taquipsiquia y ansiedad psíquica, presentando labilidad emocional. Se inicia olanzapina y valproato con respuesta pobre en las semanas posteriores. Durante un permiso de salida la paciente realiza un nuevo intento autolítico precipitándose al río. Se decide añadir litio, que se retira por efectos secundarios tiroideos y se cambia la olanzapina por que-

tiapina hasta 250mg/día con remisión de la clínica y de la ideación autolítica. En este trabajo analizamos los factores que intervienen en la conducta suicida y el trastorno bipolar.

Bibliografía

Xenia Gonda, Maurizio Pompili, Gianluca Serafini, Franco Montebovi, Sandra Campi, Peter Dome, Timea Duleba, Paolo Girardi, Zoltan Rihmer. 2012. Suicidal behavior in bipolar disorder: Epidemiology, characteristics and major risk factors. *Journal of Affective Disorders* 143 (16-26).

Conducta suicida en el TRASTORNO



C. E. Blanch; N. García-León; J. Pons; L. Riesco; F. X. Arrufat
Centro de Salud Mental Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Barcelona

Se presenta el caso de una mujer con trastorno bipolar tipo I y conducta suicida

INTRODUCCION

El suicidio es una de las diez principales causas de muerte y un problema de salud pública a nivel mundial. La etiología del suicidio es compleja y multifactorial y su prevalencia va en aumento.

La mayoría de intentos de suicidio y suicidios consumados ocurren en contexto de un trastorno afectivo mayor. El trastorno bipolar conlleva un elevado riesgo suicida, siendo 15 veces mayor que en la población general.

CASO CLINICO

Se trata de una paciente de 65 años con antecedentes médicos de HTA, asma bronquial, hipotiroidismo primario, valvulopatía aórtica y mitral y neoplasia de endometrio en remisión.

Historial psiquiátrico:

- * Se reportan **episodios depresivos** antes de los 30 años.
- * **Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos** a los 46 años tras valvulotomía mitral, cuando se inicia seguimiento y tratamiento con fluoxetina, con mejora sintomática.
- * Primer episodio filiado de **hipomanía** a los 55 años. Se inicia valproato 1000mg/día con estabilización clínica, hasta 2009 cuando se desvincula.
- * A los 62 años reconsulta por **ánimo eufórico**, sin requerir ingreso, reintroduciendo valproato y olanzapina con buena evolución y retirada del antipsicótico.

En abril de 2014 realiza tentativa autolítica mediante sobreingesta de medicación, por lo que es ingresada en la Unidad de Observación y es dada de alta a las 48h tras crítica de los hechos, avanzándose visita con su referente.

Al mes siguiente es traída a urgencias por intoxicación múltiple tras segunda sobreingesta con digoxina, valproato, ansiolíticos y viales de heparina. Refiere sintomatología depresiva con ideas sobrevaloradas de culpabilidad, ruina y desesperanza desde hacía un mes.

La paciente es ingresada por episodio depresivo mayor e ideación suicida persistente. Paralelamente explica taquipsiquía y ansiedad psíquica, presentando estado de labilidad emocional, por lo que se inicia olanzapina hasta 30mg/día y se aumenta valproato hasta 1000mg/día con respuesta pobre.

Durante un permiso de salida, la paciente realiza un nuevo intento autolítico precipitándose al río. Se decide añadir doble eutimizante con litio, que es retirado por efectos secundarios tiroideos y se cambia antipsicótico por quetiapina hasta 250mg/día con remisión de la clínica y de la ideación autolítica.

CONCLUSIONES

La importancia de la interacción entre lo biológico, los factores psicológicos, sociales, ambientales y culturales, es crucial en la determinación de las conductas suicidas.

En diferentes estudios se observa que los principales factores de riesgo para conducta suicida en forma de tentativa en el trastorno bipolar son:

- Sexo femenino
- Ideación y planificación suicida
- Intentos de suicidio previos** Predictor más potente
- Episodios depresivos o mixtos
- Temperamento ciclotímico
- Desesperanza y severidad subjetiva de la depresión
- Porcentaje de días deprimido en el año anterior
- Impulsividad, agresividad, hostilidad
- Inicio temprano de la enfermedad
- Comorbilidad por consumo de tóxicos, trastornos de ansiedad y personalidad cluster B

Sin embargo, el suicidio consumado se presenta más en hombres jóvenes (<40 años), con medios de alta letalidad y las características anteriores.

Actualmente no existen algoritmos para la predicción del riesgo de suicidio. La exploración minuciosa de los factores de riesgo tanto longitudinales como transversales y su valoración personalizada son el principal instrumento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Xenia Gonida, Roberto Pongili, Gianluca Serafini, Franco Montebovi, Sandra Campi, Peter Dome, Timea Duleba, Paolo Girardi, Zoltan Ráner. 2012. Suicidal behavior in bipolar disorder: Epidemiology, characteristics and major risk factors. *Journal of Affective Disorders* 143:16-26.
2. Hållí Anttapa, Marco Antonelli, Alessandro Serretti. 2013. Clinical, psychological and environmental predictors of prospective suicide events in patients with Bipolar Disorder. *Journal of Psychiatric Research* 47:1800-1808.



PO-150. Depresión vascular. Similitudes y diferencias con la demencia vascular.

Ana Carabias Contreras. Cristina Pérez Sobrino. Aurelia Matas Ochoa. Germán Strada Herrera. Idir Mesían. Yolanda Lázaro. Luis Olivas.

Introducción

El crecimiento marcado de la población envejecida ha requerido el replanteamiento de los conceptos de depresión vascular y demencia vascular dado el solapamiento que tiende a producirse entre ambos en la clínica diaria y que inducen a errores diagnósticos, en vistas a un tratamiento óptimo y como consecuencia pronóstico.

Objetivos

Conocer el concepto de continuum entre depresión vascular y demencia vascular, intentando definir los límites de cada uno para elegir adecuadamente el tratamiento que mejor se adapte a las necesidades del paciente.

Material y métodos

Mujer de 71 años de edad sin antecedentes psiquiátricos previos hasta julio de 2013, fecha en la que requiere ingreso en psiquiatría principalmente por insomnio y abandono de las actividades habituales con apatoabulia. Desde entonces ha precisado dos ingresos hospitalarios más en el contexto de episodios depresivos de inicio tardío con déficit cognitivo de predominio ejecutivo. Esta sintomatología se acompañaba de factores cardiovasculares como hipertensión y alteraciones en pruebas de imagen.

Resultados

El inicio tardío de la sintomatología, los factores de riesgo cardiovasculares, las alteraciones de las funciones ejecutivas, las hiperseñales periventriculares en las pruebas de imagen, la escasa respuesta a psicofármacos y la ausencia de tristeza de estos pacientes con predominancia de apatoabulia nos hace pensar en primer lugar en una depresión vascular, sintomatología que podrá ser clínicamente mejorada tras el uso de TEC.

Conclusiones

Resulta complicado determinar el inicio de demencia en pacientes con depresión vascular asociada a deterioro cognitivo de tipo ejecutivo, siendo de suma importancia la preparación de los profesionales a la hora de la decisión terapéutica. El uso de TEC se configura como tratamiento de elección en depresiones resistentes a psicofármacos de los ancianos, pero no en el tratamiento de las demencias vasculares.

Bibliografía

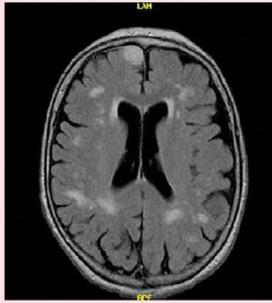
KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. Sinopsis de psiquiatría. 8ª edición. Madrid: Panamericana - Williams & Wilkins, 1999.

DEPRESIÓN VASCULAR. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON LA DEMENCIA VASCULAR.

Carabias A, Pérez C, Matas A, Baena R, Rodríguez J, Mesión I, Serván Rendón-Luna B, Strada G (Hospital Clínico San Carlos. Madrid)

INTRODUCCIÓN

El crecimiento marcado de la población envejecida ha requerido el replanteamiento de los conceptos de depresión vascular y demencia vascular dado el solapamiento que tiende a producirse entre ambos en la clínica diaria y que inducen a errores diagnósticos, en vistas a un tratamiento óptimo y como consecuencia pronóstico.



CASO CLÍNICO

Mujer de 71 años de edad sin antecedentes psiquiátricos previos hasta julio de 2013, fecha en la que requiere ingreso en psiquiatría principalmente por insomnio y abandono de las actividades habituales con apatía. Desde entonces ha precisado dos ingresos hospitalarios más en el contexto de episodios depresivos de inicio tardío (depresión vascular) con déficit cognitivo de características fronto-subcorticales de predominio ejecutivo. Esta sintomatología se acompañaba de factores cardiovasculares como hipertensión sistólica, diastólica y dislipemia así como lesiones hiperintensas periventriculares objetivables en pruebas de imagen.

RESULTADOS

- Factores de riesgo cardiovasculares
- Alteraciones neuropsicológicas
- Hiperseñales de predominio periventricular y frontobilateral subcortical (RMN)
- Inicio tardío (> 65 años) o cambio en la evolución de un trastorno depresivo previo
- Ausencia de antecedentes familiares de depresión
- Más frecuente el entecimiento psicomotor, la apatía, la discapacidad, la escasa conciencia de enfermedad; y menos frecuentes los sentimientos de tristeza.
- Síndrome depresión-disfunción ejecutiva

El cumplimiento de estas características y la escasa respuesta a psicofármacos nos hace pensar en primer lugar en una depresión vascular subsidiaria de tratamiento con TEC.

CONCLUSIONES

- Considerar la dificultad diagnóstica del posible debut de demencia en pacientes con depresión vascular asociada a deterioro cognitivo de tipo ejecutivo secundario al continuum existente entre ambas entidades.
- Importancia de la decisión terapéutica: el uso de TEC se configura como tratamiento de elección en depresiones resistentes a psicofármacos de los ancianos, pero no en el tratamiento de las demencias vasculares.
- El control de los factores de riesgo vasculares se configura como una medida de especial interés para evitar la progresión de ambas entidades.

BIBLIOGRAFÍA:

- KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. Sinopsis de psiquiatría. 8ª edición. Madrid:Panamericana – Williams & Wilkins, 1999.
- VALLEJO, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4ª edición. Barcelona: Masson; 2002.

PO-151. Doctor, mi madre no me ve.

David Gimeno Montes, Koren Preckler Peña, María Palomo Monge, Gemma Montero Milanes, Silvia Sánchez de la Pisa, Arantzazu Duque Domínguez.

Presentación del caso clínico

Motivo de ingreso: Episodio de agitación. Antecedentes personales: Hipercolesterolemia, hernia de hiato, accidente cerebrovascular hace 10 años, fibrilación auricular paroxística en tratamiento con Sintrom, discreta hemiparesia, demencia vascular y dificultad para el control de los impulsos. La paciente realiza seguimiento psiquiátrico tras el ACV sufrido hace 10 años, presentando alteraciones de conducta. Enfermedad actual: Paciente mujer de 64 años de edad, traída al servicio de urgencias en UVI móvil, por episodio de agitación, agresividad, acompañado de dos cuadros de vómitos. A su llegada al servicio de urgencias, presenta un Glasgow 12/15. Resulta complicada la entrevista con la paciente debido a su cuadro de agitación con escasa respuesta a agentes farmacológicos.

Evolución: A su llegada a urgencias, se procede a descartar cuadro orgánico por el servicio de urgencias, donde no se objetivan signos de sangrado en el TC de cráneo realizado. Debido a su cuadro de agitación, recibimos interconsulta para valoración del cuadro, la paciente se muestra poco colaboradora, aplicamos tratamiento farmacológico para contención de cuadro de agitación orgánico. Durante la entrevista, la familia del paciente nos comenta que su madre no le ve, tras exploración neurológica, observamos hemianopsia, por lo que decidimos repetición de

pruebas de imagen de control, donde se observan áreas hipodensas en el lóbulo occipital izquierdo.

Juicio diagnóstico: Síndrome confusional debido a otra afección médica. ACVA DE ACP IZDA DE ORIGEN CARDIOEMBÓLICO

Discusión del caso: Es importante recalcar la necesidad de exploración con la familia cuando el/la paciente no se muestra o no puede mostrarse colaboradora. En este caso la información dada por la hija de la paciente, nos permitió realizar pruebas complementarias para acertar el diagnóstico y tratamiento de la paciente.

Doctor, mi madre no me ve.

David Gimeno Montes, Koren Preckler Peña, María Palomo Monge, Gemma Montero Milanés, Silvia Sánchez de la Pisa, Arantzazu Duque Domínguez.

Motivo de ingreso:
Episodio de agitación.

Antecedentes personales:
Hipercolesterolemia.

Hernia de hiato,

Accidente cerebrovascular hace 10 años,

Fibrilación auricular paroxística en tratamiento con Sintrom.

Discreta hemiparesia.,

Demencia vascular y dificultad para el control de los impulsos.

La paciente realiza seguimiento psiquiátrico tras el ACV sufrido hace 10 años, presentando alteraciones de conducta.

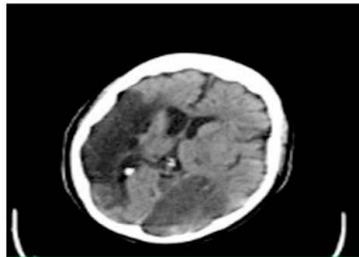
Enfermedad actual: Paciente mujer de 64 años de edad, traída al servicio de urgencias en UVI móvil, por episodio de agitación, agresividad, acompañado de dos cuadros de vómitos. A su llegada al servicio de urgencias, presenta un glasgow 12/15. Resulta complicada la entrevista con la paciente debido a su cuadro de agitación con escasa respuesta a agentes farmacológicos.

Exploración psicopatológica

Consciente, desorientada en espacio y lugar; confusa, no es posible la realización de una exploración psicopatológica detallada de la paciente en el momento actual debido al cuadro confusional que padece la paciente.

Evolución:

A su llegada a urgencias, se procede a descartar cuadro orgánico por el servicio de urgencias, donde no se objetivan signos de sangrado en el TC de cráneo realizado. Debido a su cuadro de agitación, recibimos interconsulta para valoración del cuadro, la paciente se muestra poco colaboradora, aplicamos tratamiento farmacológico para contención de cuadro de agitación orgánico. Durante la entrevista, la familia del paciente nos comenta que su madre no le ve, tras exploración neurológica, observamos hemianopsia, por lo que decidimos repetición de pruebas de imagen de control, donde se observan áreas hipodensas en el lóbulo occipital izquierdo.



Juicio diagnóstico:

Síndrome confusional debido a otra afección médica.
ACVA DE ACP IZDA DE ORIGEN CARDIOEMBÓLICO.

Discusión del caso:

Es importante recalcar la necesidad de exploración con la familia cuando el/la paciente no se muestra o no puede mostrarse colaboradora. En este caso la información dada por la hija de la paciente, nos permitió realizar pruebas complementarias para acertar el diagnóstico y tratamiento de la paciente.

PO-152. La rabia y el suicidio.

María Isabel Ridruejo López, María del Carmen Rodríguez Gamito, Lara Asensio Bordonaba, María Riesgo Arias, Miguel Zacarías Pérez Sosa.

Presentación de caso clínico

Mujer de 62 años con antecedentes de un episodio depresivo previo que remitió con tratamiento y seguimiento por su Médico de familia en menos de un año. Acude a primera cita en USMC derivada por su MAP por sintomatología depresiva nuevamente que no cede con Citalopram 20 mg. Reconoce haber realizado gesto autolítico de precipitación un par de días antes, que fue frustrado por el marido, al que había esperado para despedirse. En la entrevista se evidencia facies triste y llorosa, ánimo bajo con apatía, anhedonia y abulia, disminución de actividades rutinarias con tendencia a la clinofilia, importante ansiedad, con rabia contenida e ideas de autolisis estructuradas persistentes, sin crítica alguna del gesto previo. Identifica como estresores conflictos familiares con ambos hijos (35 y 38 años ya independizados). Precisó un corto ingreso hospitalario como contención, en el que se añade al tratamiento Mirtazapina 30 mg por la noche, además de lorazepam y lormetazepam como ansiolítico e hipnótico respectivamente.

En consultas externas se realizan entrevistas conjuntas de psicología clínica y psiquiatría, donde se trabajan la aceptación, la necesidad de centrarse en el presente para disminuir la intensidad rumiativa del pasado y la promoción de actividades lúdicas, así como fue preciso cambio de antidepresivo: Citalopram por Desvenlafaxina. Tras va-

rios meses de terapia la sintomatología afectiva fue remitiendo.

Al analizar el caso identificamos la rabia como núcleo de la sintomatología ansioso-depresiva así como desencadenante de la conducta suicida, corroborando así as teorías psicoanalíticas acerca del suicidio, que representa la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado que ha sido previamente introyectado, por regla general, de forma ambivalente.

LA RABIA Y EL SUICIDIO

Ridruejo López M, Rodríguez Gamito M, Asensio Bordonaba L, Riesgo Arias M, Pérez Sosa M.

UGC Salud Mental. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

CASO CLÍNICO

Mujer de 62 años con antecedentes de episodio depresivo previo que remitió con tratamiento y seguimiento por su Médico de familia en menos de un año.

Acude a primera consulta en USMC derivada por su MAP por sintomatología depresiva nuevamente que no cede con Citalopram 20 mg. Reconoce haber realizado gesto autolítico de precipitación dos días antes, que fue frustrado por el marido, al que había esperado para despedirse.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

En la entrevista se evidencia facies triste y llorosa, ánimo bajo con apatía, anhedonia y abulia, disminución de actividades rutinarias con tendencia a la clinofilia, importante ansiedad, con rabia contenida e ideas de autolisis estructuradas persistentes, sin crítica alguna del gesto previo. Identifica como estresores conflictos familiares con ambos hijos (35 y 38 años ya independizados).

ABORDAJE Y TRATAMIENTO

Precisó un corto ingreso hospitalario como contención, en el que se añade al tratamiento Mirtazapina 30 mg por la noche, además de lorazepam y lormetazepam como ansiolítico e hipnótico respectivamente.

En consultas externas se realizan entrevistas conjuntas de psicología clínica y psiquiatría, donde se trabajan la aceptación, la necesidad de centrarse en el presente para disminuir la intensidad rumiativa del pasado y la promoción de actividades lúdicas, así como fue preciso cambio de antidepressivo: Citalopram por Desvenlafaxina. Tras varios meses de terapia la sintomatología afectiva fue remitiendo, a medida que la paciente iba integrando la rabia sentida y dándole sentido a la misma.

DISCUSIÓN

Las aportaciones más relevantes de la obra de Freud son:

La ambivalencia amor y odio que está presente en la dinámica de todo suicida

La asociación de la agresividad, y por tanto del suicidio, a la manifestación de un instinto o pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio.

La idea fundamental del suicidio como parte del homicidio

Al analizar el caso identificamos la rabia como núcleo de la sintomatología ansioso-depresiva así como desencadenante de la conducta suicida, corroborando así las teorías psicoanalíticas expuestas acerca del suicidio, que representa la hostilidad inconsciente dirigida hacia el objeto amado (pulsión de muerte) que ha sido previamente introyectado de forma ambivalente (amor/odio).

Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Madrid: Organización Mundial de la Salud; 1992

Harold I. Kaplan, Benjamín J. Sadock, Robert Cancro. Tratado de psiquiatría Barcelona : Ediciones Científicas y Técnicas. 1992. cáp. 44 pág. 2312-2319

Freud, S. "Psicopatología de la vida cotidiana". O.C., tomo III, Biblioteca Nueva. Madrid, 1972

PO-153. Ludomanía.

*María Isabel Ridurejo López, Miguel Zacarías
Pérez Sosa, María Riesgo Arias, Lara Asensio
Bordonaba.*

Presentación de caso clínico

Varón de 26 años que ingresa en la Unidad de Hospitalización de manera involuntaria tras protagonizar episodio de heteroagresividad y agitación psicomotriz en la vía pública.

Como antecedentes personales consta una atención puntual en USMC hace un año por psicólogo clínico con orientación del caso como Ludopatía y Trastorno de Personalidad con consumo asociado de tóxicos (cannabis, alcohol y cocaína).

Un mes previo al ingreso, el paciente sufre ruptura de pareja y la muerte de un amigo cercano en un accidente de tráfico. Desde entonces venía presentando conductas de riesgo con conducción temeraria, frecuentando clubs de alterne y consumiendo tóxicos (sobre todo cocaína) en cantidades importantes. Además realiza compras excesivas y alardea de habilidades y propiedades de manera desproporcionada.

A la exploración presentaba pensamiento acelerado y discurso ideofugaz de contenido deliroide, atención dispersa, ánimo entre expansivo y disfórico, conductas disruptivas y desorganizadas, así como gran inquietud psicomotriz. Se instauró tratamiento con Plenur, Largactil, Clotiapina y Diazepam. La orientación diagnóstica fue de Episodio Maníaco.

En el equipo se ajusta la medicación, quedando finalmente con Plenur y Xeplion consiguiéndose la estabilización del paciente, pero pasando por momentos en los que se desatapa la sintomatología depresiva subyacente a la reacción maníaca: tristeza, vivencia de pérdida y de vacío, sentimientos de minusvalía, baja autoestima.

Nos planteamos a la luz de este caso si las conductas de riesgo en episodios maniacos reactivos a duelos equivalen a un gesto autolítico latente.

LUDOMANÍA

Ridruero López M.I., Pérez Sosa M.Z., Riesgo Arias M., Asensio Bordonaba L.
UGC Salud Mental. Hospital Universitario Virgen Macarena (Sevilla)

Introducción

Las personas con trastorno afectivo bipolar mueren de media 10-20 años antes que la población general (1). En un 30-40 % de los casos existe como causa subyacente enfermedades cardiovasculares, pero también se registran con mayores tasas infecciones como el VIH, muertes por suicidio y por otras causas violentas. (2)



Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 26 años que ingresa en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental de manera involuntaria tras protagonizar episodio de heteroagresividad y agitación psicomotriz.

Como antecedentes personales consta una atención puntual a nivel ambulatorio hace un año con orientación del caso como Ludopatía y Trastorno de Personalidad con consumo asociado de tóxicos (cannabis, alcohol y cocaína). Se derivó al CPD de zona al que no acudió.

Un mes previo al ingreso el paciente sufre una ruptura de pareja y la muerte de un amigo cercano en un accidente de tráfico. Desde entonces venía presentando conductas de riesgo con conducción temeraria, frecuentando clubs de alterne, realizando gastos excesivos en caprichos y salones de juegos y consumiendo tóxicos (sobre todo cocaína). Además alardeaba de habilidades y propiedades que no poseía.

A la exploración presentaba pensamiento acelerado y discurso ideofugaz de contenido megalomaniaco, atención dispersa, ánimo que oscilaba entre expansivo y disfórico con conductas disruptivas y desorganizadas, así como gran inquietud psicomotriz. Se instauró tratamiento con Plenur, Largactil, Clotiapina y Diazepam. La orientación diagnóstica fue de Episodio Maníaco.

Al alta hospitalaria, en la USMC, se ajustó el tratamiento, quedando finalmente con Plenur y Xeplion, lográndose una conducta más adaptada aunque destapándose de inmediato síntomas depresivos: tristeza, vivencia de pérdida y vacío, sentimientos de culpa, minusvalía y baja autoestima.

Discusión

En este caso vemos un cuadro maniaco reactivo a un duelo (tras ruptura sentimental y muerte de un amigo) en el que son destacables las conductas de riesgo del paciente que ponen en juego su vida.

Desde un punto de vista psicoanalítico podemos plantearnos que esta actitud temeraria obedece a la *pulsión de muerte*, y por ende a una forma de autodestrucción. (3)

Bibliografía

(1) Curr Psychiatry Rep. 2014 Nov;16(11):499. doi: 10.1007/s11920-014-0499-z.

(2) Acta Psychiatr Scand. 2015 Mar 3. doi: 10.1111/acps.12408.

(3) Klein, M (1935) "Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco depresivos". Amor, culpa y reparación. Bs. As. Paidós, 1990.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Hospitales Universitarios
Virgen Macarena - Virgen del Rocío

PO-154. Del diagnóstico transversal al diagnóstico longitudinal, a propósito de un caso de trastorno bipolar.

Juan Manuel García Vega, Mónica Fernández Rodríguez, Rocío Blanco Fernández, Isabel Eugenia González-Villalobos Rincón, María Martín García, María García Moreno, Eva María Suárez del Río.

Presentación de caso clínico

Se trata de una mujer de 34 años con múltiples diagnósticos psiquiátricos que es derivada al Centro de Salud Mental tras ingreso en planta de agudos. Natural de Rumanía, reside en España desde hace 10 años, es enfermera de profesión aunque se encuentra de baja laboral y convive con su marido e hijo de 10 años (que tienen en común). Ha tenido cinco ingresos psiquiátricos relacionados con abandono de medicación y nula conciencia de enfermedad, en los que ha tenido otros tantos diagnósticos, entre los que figura Trastorno Psicótico agudo, Esquizofrenia Paranoide, Trastorno Depresivo Grave y Trastorno Bipolar, siendo éste último su diagnóstico actual. De la misma forma y tras diversos ajustes farmacológicos en el momento actual se encuentra en monoterapia con Plenur. Desde el punto de vista psicopatológico se encuentra estable, no presenta clínica afectiva mayor, ansiedad patológica, ni clínica psicótica productiva y el juicio de realidad permanece conservado. Se ha trabajado en los últimos meses conciencia en enfermedad y necesidad de mantener tratamiento psicofarmacológico de manera crónica, dadas las características de la patología de base, con buen cumplimiento terapéutico hasta la fecha objetivable en las últimas litemias de control que se le han realizado. Dada la situación clínica

que presenta ahora planteamos a corto-medio plazo el alta
laboral

PO-154 Del diagnóstico transversal al diagnóstico longitudinal, a propósito de un caso de TBP.



Juan Manuel García Vega¹, Mónica Fernández-Rodríguez², Rocío Blanco Fernández², Isabel González-Villalobos¹, María Martín García¹, María García Moreno¹

¹Departamento Psiquiatría, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España.

Motivo de consulta

Paciente mujer de 33 años que realiza seguimiento en CSM de zona tras ingreso en unidad de agudos por descompensación de patología de base.

Antecedentes psiquiátricos

- **1º Ingreso** en psiquiatría hace 13 años, en Rumanía, no se conoce diagnóstico ni tratamiento
- **2º Ingreso** en planta psiquiatría en mayo de 2012 con diagnóstico al alta de Tr. psicótico breve y tratamiento con olanzapina velotab 5mg que la paciente según refiere no tomó fuera del hospital.
- **3º Ingreso** en UHB HUPH en julio de 2012 con diagnóstico al alta de TBP fase maniaca. Tratamiento con Olanzapina y Plenur.
- **4º Ingreso** en UHB HUPH en septiembre de 2013 con diagnóstico al alta de Esquizofrenia Paranoide y tratamiento con Risperdal Consta 50 mg i.m/15 días y Risperdal 3 mg oral 0-0-1
- **5º ingreso** en UHB HUPH en mayo de 2014 con diagnóstico de Trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos (descartar según evolución trastorno bipolar) y tratamiento con Bupropion 150mg (1-0-0), Venlafaxina 225mg (1-0-0), Loracepam 1mg (1/2-0-1), Xepion 75mg i.m mensualmente
- **Seguimiento irregular en CSM de zona:**
 - 1) Agosto 2012 – Octubre 2012 (rechaza tratamiento y el continuar seguimiento)
 - 2) Octubre 2013 – Actualidad (retoma seguimiento a raíz de ingreso en UHB)

Datos biográficos

Natural de Rumania, reside desde hace 12 años en España. Trabajaba como enfermera en residencia de ancianos y posteriormente en colegio. Actualmente de baja (enfermedad mental), el MAP llegó a solicitar incapacidad permanente (actualmente ILT). Separada. Tiene un hijo de 9 años, convive con él y con su exmarido. Buena relación con su cuñada (le acompaña a muchas consultas, se encarga de la medicación)

Evolución

A partir del último ingreso en unidad de agudos de mayo de 2014 la paciente se ha mantenido estable desde el punto de vista psicopatológico sin requerir nuevos ingresos hospitalarios. Desde el alta la paciente ha acudido a las citas de salud mental con regularidad pudiendo establecer una adecuada relación terapéutica posibilitando la realización del diagnóstico diferencial que hasta entonces planteaba muchas dudas.

De este modo se han venido realizando diversos ajustes farmacológicos en los últimos meses basados fundamentalmente en la suspensión de medicación antipsicótica (que provocaba sintomatología extrapiramidal en la paciente), antidepressiva y ansiolítica una vez que clínicamente se objetivó la estabilidad anímica y se confirmó la sospecha de trastorno bipolar (actualmente en remisión) descartándose el diagnóstico previo de esquizofrenia paranoide. En el contexto expuesto se pautó estabilizador del ánimo (litio) hasta los 800mg actuales.

Todo ello ha venido a conseguir una adecuada adherencia terapéutica por parte de la paciente, algo que constituía un gran problema en ella trayendo como consecuencia múltiples ingresos (previamente descritos) y enmascarando el cuadro clínico, de ahí los diversos diagnósticos. Accede de buen grado a la realización de litemias periódicas (última 0,84)

De la misma forma la estabilización clínica de la paciente es posible que a medio plazo pueda suponer la reincorporación al mundo laboral, lo que constantemente ha mermado anímicamente a la paciente llegando a presentar ideación autolítica estructurada en el pasado haciendo alusión a que la enfermedad mental y la medicación psicofarmacológica le impedian progresar personal y profesionalmente (lo que empeoraba notablemente la adherencia terapéutica y por ende los ingresos hospitalarios) perpetuando su propia estigmatización.

Juicio clínico

Trastorno Bipolar actualmente en remisión CIE-10 (F31.7)

Conclusiones

Como se observa en el caso de nuestra paciente, hay cuadros clínicos indistinguibles entre sí en una evaluación transversal, que requieren de conocer su evolución longitudinal para llegar a establecer el verdadero diagnóstico.

Tratamiento

Plenur 400mg (1-0-1)



Hospital Universitario
Puerta de Hierro Majadahonda



REFERENCIAS:

*E. Vieta. "Trastornos bipolares y esquizoafectivos. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría" (J. Vallejo Runkoba, 6ª Edición)

PO-155. Discapacidad intelectual, alteración de conducta y uso de Paliperidona; a propósito de un caso.

María García Moreno, Ana de Cós Milas, M. Belén Poza Cano, Laura Beatobe Carreño, Mónica Fernández Rodríguez, Juan Manuel García Vega.

Presentación de caso clínico

Las alteraciones comportamentales son la primera causa de consulta psiquiátrica en pacientes con discapacidad intelectual (DI), constituyendo la causa fundamental de tratamiento psicofarmacológico en estos sujetos. Diferentes autores apuntan tasas de aparición de estas conductas disruptivas entre un 10-15% y un 60%. Las conductas más frecuentes son las de tipo disocial (9-12%), agresión (7%), comportamiento destructivo (4-5%) y autolesiones (4%). Paliperidona - metabolito activo de risperidona - se ha mostrado eficaz y bien tolerada en el tratamiento de estas alteraciones asociadas a individuos con trastornos del espectro autista (incluso en sujetos no respondedores a risperidona), pudiéndose extrapolar su uso a sujetos con DI de cualquier etiología.

El caso que nos ocupa se trata de una mujer de 38 años, diagnosticada de Síndrome de Down, soltera, que reside en centro especial para discapacitados y acude al centro ocupacional asociado al mismo. Es derivada a nuestro Centro de Salud Mental para valoración por presentar alteraciones comportamentales en dichos dispositivos y en ámbito familiar. No había presentado hasta la fecha alteraciones similares, ni precisado tratamiento psicofarmacológico ni atención específica en Salud Mental. Se aplicó la Subescala de Agitación de la Escala de Conductas

Anómalas (ECA-I), obteniendo una puntuación total de 17. Se instaura tratamiento con paliperidona 3 mg, mejorando sustancialmente la clínica de la paciente; 4 semanas después del cambio a paliperidona se aplica nuevamente la ECA-I, obteniendo una reducción de 14 puntos. Igualmente se compara el estado de la paciente tras el cambio a paliperidona a través de la Subescala de Mejoría Global de la Escala de Impresión Clínica Global (ICG-MG), definiendo la mejoría observada como "mucho mejor". La tolerabilidad fue buena, objetivándose únicamente leve somnolencia diurna, paliada al pasar el fármaco a toma nocturna.

Bibliografía

Paliperidone for irritability in adolescents and young adults with autistic disorder. Stigler K et al. *Psychopharmacology*

PO-155. Discapacidad intelectual, alteración de conducta y uso de Paliperidona; a propósito de un caso

María García Moreno¹, Ana de Cós Milas², Belén Pozo Cano³, Laura Beatobe Carreño³, Mónica Fernández Rodríguez⁴, Juan M. García Vega⁴
¹CSM Majadahonda, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid; ²CSM Móstoles, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid; ³CEP San Carlos, Hospital Universitario El Escorial, Madrid; ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones comportamentales son la primera causa de consulta psiquiátrica en pacientes con discapacidad intelectual (DI), constituyendo la causa fundamental de tratamiento psicofarmacológico en estos sujetos. Diferentes autores apuntan tasas de aparición de estas conductas disruptivas entre un 10-15% y un 60%. Las conductas más frecuentes son las de tipo disocial (9-12%), agresión (7%), comportamiento destructivo (4-5%) y autolesiones (4%). Paliperidona - metabolito activo de risperidona - se ha mostrado eficaz y bien tolerada en el tratamiento de estas alteraciones asociadas a individuos con trastornos del espectro autista (incluso en sujetos no respondedores a risperidona), pudiéndose extrapolar su uso a sujetos con DI de cualquier etiología.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: Se trata de una mujer de 38 años de edad que inicia seguimiento en Centro de Salud Mental remitida por su Médico de Atención Primaria para valoración por alteración de conducta.

Antecedentes personales

A. Médico-quirúrgicos:

- No RAMC, no HTA, no DM, no DL.
- Síndrome de Down, con Retraso mental grave asociado.
- Hipotiroidismo en tratamiento hormonal sustitutivo (levotiroxina)
- Ferropenia en tratamiento farmacológico
- No otras enfermedades médico-quirúrgicas de interés.
- No hábitos tóxicos.

A. Psiquiátricos:

- Antecedentes de contacto puntual e intermitente con psiquiatra de residencia previa fundamentalmente por alteraciones anímicas (recibiendo tratamiento en el pasado con paroxetina, venlafaxina y zolpidem), pero no por alteraciones conductuales.
- No seguimiento psiquiátrico / psicológico previo en Centro de Salud Mental.
- No ingresos psiquiátricos previos.
- Cuando inicia seguimiento en nuestro Servicio se encontraba en tratamiento con Escitalopram 15 mg DMD desde hacía 4 años (pautado por psiquiatra y controlado posteriormente por MAP).
- Antecedentes Familiares: hermano mayor historia de enolismo crónico. No otros AF psiquiátricos de interés.

Notas biográficas: Soltera, menor de una fratria de 3 hermanos (V47, V40). Vive en Residencia para discapacitados y acude a Centro ocupacional de L a V. Los fines de semana vive con su madre y hermano mayor. Padre fallecido. No actividad académico-laboral.

Anamnesis inicial:

En primera entrevista la madre de la paciente refiere empeoramiento conductual desde hacía 2 años, coincidiendo con fallecimiento del padre y mayor conflictiva en ámbito familiar con el hermano mayor (alteraciones comportamentales en el contexto de consumo de alcohol). Presentaba irritabilidad, inquietud psicomotriz, actitud vociferante con insultos, mayor dificultad para aceptar normas / límites y episodios de autolesiones en domicilio; además referían uso de lenguaje soez, conductas y discurso de desinhibición sexual y alteraciones conductuales (p. ej., meterse el puño en la boca para llamar la atención de personal de residencia / centro ocupacional, provocándose heridas significativas en la comisura y mucosa bucal, y vómitos ocasionalmente; escupir a compañeros; conductas desafiantes hacia profesionales). Durante la entrevista se objetivan asimismo conductas estereotipadas.

Evolución:

Se aplicó la Subescala de Agitación de la Escala de Conductas Anómalas (ECA-I), obteniendo una puntuación total de 17. Se instaura tratamiento con paliperidona 3 mg, mejorando sustancialmente la clínica de la paciente; 4 semanas después del cambio a paliperidona se aplica nuevamente la ECA-I, obteniendo una reducción de 14 puntos. Igualmente se compara el estado de la paciente tras el cambio a paliperidona a través de la Subescala de Mejoría Global de la Escala de Impresión Clínica Global (ICG-MG), definiendo la mejoría observada como "mucho mejor". En las sucesivas entrevistas la paciente se mostró tranquila, sin irritabilidad ni conductas estereotipadas; según datos obtenidos de familiares y residencia mejoraron de manera significativa las conductas disruptivas hasta la casi completa desaparición de las mismas, haciendo referencia desde el centro especializado a que "desde que toma la medicación pautada su estado en general es adecuado y estable", donde se mostraba tranquila y participativa en las actividades. La tolerabilidad fue buena, objetivándose únicamente leve somnolencia diurna, paliada al pasar el fármaco a toma nocturna. Se inició reducción progresiva de tratamiento antidepressivo previo (escitalopram) sin empeoramiento anímico significativo, pero al aparecer clínica de hiperexia se sustituye por fluoxetina con buena respuesta.

Juicio diagnóstico:

Alteración de conducta en paciente con discapacidad intelectual

Tratamiento farmacológico:

- INVEGA (paliperidona) 3 mg: 0-0-1
- FLUOXETINA 20 mg: 1-0-0

CONCLUSIONES

1. Los resultados de la ECA-I objetivan como algunas de las conductas más disruptivas de esta paciente (irritabilidad, gritos, autolesiones, llamadas de atención con rabietas) mejoran significativamente.
2. La ICG-MG confirma la eficacia de Paliperidona en nuestra paciente, descrita como *mucho mejor*.
3. Dada la elevada presencia de alteraciones comportamentales en pacientes con DI, el caso de nuestra paciente y otros obtenidos de la experiencia clínica y la literatura apuntan a Paliperidona como una opción terapéutica segura y eficaz en el manejo de las mismas, siendo necesarios estudios con muestras más amplias para confirmar nuestros hallazgos.

Bibliografía:

1. Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual: Guía práctica para técnicos y cuidadores. Navari, Ariana R y cols. Colección FEAPS. Madrid 2004.
2. Practical guidelines for the use of new generation antipsychotic drugs (clozapine) in adult psychiatric patients with intellectual disabilities. De Leon J et al. *Research in Developmental Disabilities* 30 (2009) 613-620.
3. Paliperidone for irritability in adolescents and young adults with autistic disorder. Singer K et al. *Psychopharmacology* (2012) 223-237-245.
4. Paliperidone in non-stimulant treated with Aripiprazole: case report. Rosen P et al. *Pharmacopsychiatry* 2009; 42: 78-79.

PO-156. Si no estuviese viva mi madre, yo me quitaría de en medio.

Koren Preckler Peña, María Palomo Monge, David Gimeno Montes, Beatriz Lara de Lucas, Rosa Rodríguez Pindado, Rubén Ochoa Blanco, Carmen Camuñas de la Calle.

Presentación de caso clínico

Motivo de consulta: varón de 41 años que solicita valoración urgente con su psiquiatra de referencia por situación de acoso laboral.

Antecedentes Personales Psicopatológicos:

-Primer contacto con salud mental 1995. Derivado a la Unidad de conductas adictivas por consumo de tóxicos. Refiere consumo de heroína, cocaína y alcohol "por integrarme con la gente". Mantiene abstinencia durante años. Se le da el alta.

-En 1997 es derivado a Consultas Externas de salud mental por clínica ansiosa. Se le pauta tratamiento con clomipramina. Buena evolución con alta a médico de atención primaria que realiza ajustes según el aumento o remisión de síntomas ansiosos, pero no llega a retirarlo.

-En 2005 es derivado a Consultas externas de salud mental por alteración conductual: aislamiento social y comprobaciones reiteradas. Se cambia el tratamiento a venlafaxina. Buena evolución aunque continúa sin relacionarse con personas ajenas a su familia. En julio de 2010 fallece su padre y se inician numerosos despidos en la empresa en la que trabaja.

Enfermedad actual: Acude en julio de 2010 al servicio de salud mental y solicita valoración urgente con su psiquiatra de referencia por situación de acoso laboral. Refiere que se encuentra muy intranquilo porque "mi jefe viene a por mí: busca que le agreda para poder despedirme después" y "noto que todos cuchichean a mis espaldas".

Su madre comenta que lo nota muy angustiado, "hace cosas muy raras" y no duerme. Añade que ha verbalizado: "si no estuviese viva mi madre, yo me quitaría de en medio".

Ingresa en Unidad de Hospitalización Breve de psiquiatría y se inicia tratamiento antipsicótico. Juicio clínico: Esquizofrenia Paranoide.

Evolución: Disminución de la intensidad de interpretaciones paranoides sin repercusión conductual. Tendencia al aplanamiento afectivo con temporadas de intensa tristeza en las que verbaliza: "si no estuviese viva mi madre, yo me quitaría de en medio".

“Si no estuviese viva mi madre, yo me quitaría de en medio”

AUTORES: Koren Preckler Peña, María Palomo Monge, David Gimeno Montes, Beatriz Lara de Lucas, Rosa Rodríguez Pindado, Rubén Ochoa Blanco y Carmen Camuñas de la Calle

ANTECEDENTES PERSONALES PSICOPATOLÓGICOS:

-Primer contacto con psiquiatría en 1995. Derivado a la Unidad de conductas adictivas por consumo de tóxicos. Refiere consumo de heroína, cocaína y alcohol “por integrarme con la gente”. Mantiene abstinencia durante años. Se le da el alta.

-En 1997 es derivado a Consultas Externas de salud mental por clínica ansiosa. Se le pauta tratamiento con clomipramina. Buena evolución con alta a médico de atención primaria que realiza ajustes según el aumento o remisión de síntomas ansiosos, pero no llega a retirarlo.

-En 2005 es derivado a Consultas externas de salud mental por alteración conductual: aislamiento social y comprobaciones reiteradas. Se cambia el tratamiento a venlafaxina. Buena evolución aunque continúa sin relacionarse con personas ajenas a su familia. En julio de 2010 fallece su padre y se inician numerosos despidos en la empresa en la que trabaja.

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude en julio de 2010 al servicio de salud mental y solicita valoración urgente con su psiquiatra de referencia por situación de acoso laboral. Refiere que se encuentra muy intranquilo porque “mi jefe viene a por mí: busca que le agreda para poder despedirme después” y “noto que todos cuchichean a mis espaldas”.

Su madre comenta que lo nota muy angustiado, “hace cosas muy raras” y no duerme. Añade que ha verbalizado: “si no estuviese viva mi madre, yo me quitaría de en medio”.

Ingresa en Unidad de Hospitalización Breve de psiquiatría y se inicia tratamiento antipsicótico.

JUICIO CLÍNICO: Esquizofrenia Paranoide.

EVOLUCIÓN: Buena adherencia al tratamiento y seguimiento adecuado. Acude a un grupo terapéutico de esquizofrenia del mismo servicio de salud mental con carácter quincenal y a diario al Centro de Rehabilitación Psicosocial de zona pero no se integra y apenas participa. El resto del tiempo lo pasa en casa con escasas salidas con un amigo que “me obliga a salir”. Hay una disminución progresiva de la intensidad de interpretaciones paranoides sin repercusión conductual y una tendencia al aplanamiento afectivo alternado con temporadas de intensa tristeza en las que verbaliza espontáneamente: “si no estuviese viva mi madre, yo me quitaría de en medio”.

PO-157. El riesgo de la sabiduría médica, a propósito de un caso.

Juan Manuel García Vega, Eva María Suárez del Río, Isabel Eugenia González-Villalobos Rincón, Mónica Fernández Rodríguez

Presentación de caso clínico

Se trata de un varón de 28 años, latinoamericano, médico residente de profesión sin antecedentes médico-quirúrgicos ni psiquiátricos previos que ingresa en planta de psiquiatría por ideación autolítica con alta planificación. Vive solo.

Es hijo único, un chico con alta capacidad intelectual, rendimiento escolar y universitario excelente. Se ha criado en una familia de educación militar (su padre era militar) e incluso llegó a recibir formación militar. 6 meses antes del ingreso fallece su padre por accidente escasos minutos después de haber hablado con él por videoconferencia. Igualmente 3 meses antes del ingreso se divorcia de su mujer con la que tiene un niño pequeño y 3 días antes del ingreso la chica con la que mantenía una relación rechaza continuar con la misma.

En este contexto y durante los últimos 2 meses el paciente comienza a almacenar paulatinamente benzodiazepinas y anestésicos de los que se adueñaba en su hospital conociendo dosis necesarias y vía de administración que según él "aseguraban la muerte" dados sus conocimientos médicos y fácil acceso a la medicación.

El día que acude a urgencias viene acompañado de un amigo del que se despidió en una llamada. Durante el ingreso el paciente es tratado con antidepresi-

vo y ansiolítico, realiza crítica adecuada de ideación autolítica y es derivado a Centro de Salud Mental de zona donde realiza actualmente seguimiento.

Reconoce gran limitación de expresión de sentimientos y emociones negativas aludiendo a su educación militar “eso siempre me han dicho que es de gente débil”

PO-157 El riesgo de la sabiduría médica, a propósito de un caso.



Juan Manuel García-Vega¹, Mónica Fernández-Rodríguez¹, Eva M^a Suárez del Río¹, Isabel González-Villalobos¹, Rocio Blanco Fernández¹, María Martín García².

¹Departamento Psiquiatría, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España.

Motivo de consulta

Varón de 28 años que ingresa en la unidad de psiquiatría por ideación y planificación autolítica estructurada

Antecedentes personales

A. Personales médico-qx:

- NAMC
- Niega antecedentes médico-qx previos.

Tratamiento habitual:

- Tomó paroxetina 20 mg durante 2 meses (refiere lo suspendió por decisión propia).
- Actualmente niega.

Hábitos tóxicos:

- Niega

A. Personales psiquiátricos:

- Seguimiento psicológico desde Abril 2014.
- 3 episodios depresivos sin tratamiento a los 10,16 y 20 años
- Niega tentativas autolíticas previas.
- Niega ingresos psiquiátricos previos.

A. Psiquiátricos familiares:

- Padre: Consumo perjudicial de alcohol.
- Madre: Depresión sin tratamiento.

Datos biográficos

Nace en Guatemala, en el seno de una familia militar de clase media-baja. Recibió educación y formación militar. Gran capacidad intelectual con excelente rendimiento académico. Estudió la carrera de medicina. Vino a España en Abril de 2012. Casado con una compatriota suya de clase social alta y separado desde Marzo de 2014 tras 6 años de relación y un hijo de 3 años en común. Trabaja como residente de neurocirugía en un hospital. Vive solo tras la separación. No tiene familia en España.

Enfermedad actual

El paciente refiere bajo ánimo de larga evolución con empeoramiento desde Abril de 2014 por diferentes factores desencadenantes como el fallecimiento de su padre en Marzo a causa de un accidente doméstico, el divorcio de su mujer en Septiembre y rechazo sentimental en una relación posterior.

Refiere ideas de muerte sin planificación autolítica que se inician en Diciembre de 2013 y a raíz de los factores estresantes vividos expuestos comienza a planificar su muerte: calcula dosis letales de anestésicos y los sustrae en pequeñas cantidades de su centro de trabajo durante un par de meses, adquiere billetes para volver a Guatemala e ir "a una playa apartada" para inyectárselos él mismo.

Acude al SU de forma voluntaria acompañado de un amigo al que había solicitado que le trajera a urgencias para valoración al hacerse más intensas las ideas de muerte después de según refiere el paciente "ver a la mujer con la que mantenía una relación con la que es su pareja habitual cogidos de la mano". Refiere aumento de irritabilidad en las últimas semanas y disminución de horas de sueño, niega repercusión laboral afirmando haber continuado con su actividad habitual.

Exploración psicopatológica

Paciente consciente, orientado auto y alopsíquicamente. Abordable y colaborador. Aspecto cuidado. Buen contacto. Discurso coherente con lenguaje fluido y espontáneo, prolijo, con abundantes tecnicismos. Animo bajo, irritabilidad, tendencia al llanto, apatía, hipohedonia, ansiedad basal aumentada. Baja tolerancia a la frustración. No sintomatología psicótica. No alteraciones senso-perceptivas. Ideas de muerte de larga evolución con aumento de la intensidad en los últimos días, con planificación estructurada. No auto ni heteroagresividad durante la entrevista. No alteraciones del apetito. Insomnio de larga evolución. Juicio de realidad conservado.

Evolución

Durante el ingreso se instaura tratamiento con Venlafaxina 75mg DMD, Mirtazapina 30mg DMD, Fluracepam 30mg DMD con buena tolerancia. El paciente realiza crítica adecuada de la ideación autolítica referida, con planes adecuados y realistas al alta. Dada la ausencia de familiares en España, acepta la realización de entrevistas conjuntas con sus allegados, de cara a mantener acompañamiento domiciliario al alta.

Se recomienda al paciente acerca de conveniencia de informar al servicio de prevención de riesgos laborales de su centro.

Juicio clínico

- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos CIE-10 (F32.2)
- Rasgos de personalidad cluster B predominio de tipo narcisista

Tratamiento:

- Venlafaxina 75mg (1-0-0)
- Fluracepam 30mg (0-0-1)
- Mirtazapina 30mg (0-0-1)



Hospital Universitario
Puerta de Hierro Majadahonda



PO-158. No me encuentro bien, vengo a ingresarme.

María Palomo Monge, David Gimeno Montes, Koren Preckler Peña, Silvia Sánchez de la Pisa, Arántzazu Duque Domínguez, Gemma Montero Milanés.

Presentación de caso clínico

Paciente mujer de 25 años, desde septiembre de 2010, la paciente ha acudido al Servicio de Urgencias en 72 ocasiones, de las cuales 34 han sido durante el último año. En los siete últimos meses, ha precisado de 14 ingresos hospitalarios en Psiquiatría para contención. La paciente ha adquirido la dinámica de acudir al Servicio de Urgencias cada vez con mayor frecuencia, tras conflictivas o discusiones en su entorno familiar. Durante dos años acudía refiriendo únicamente sintomatología orgánica inespecífica (síntomas gastrointestinales y musculoesqueléticos).

Posteriormente comenzó a manifestar como único motivo de consulta la ansiedad en sus distintas manifestaciones (episodios aislados, generalizada, idéica, somática,...). Tras su primer ingreso en Psiquiatría, los motivos de consulta al Servicio de urgencias comienzan a ser del área psiquiátrica, pero en forma de ideación o acción autolítica, siempre forzando el ingreso hospitalario.

El paciente hiperfrecuentador es aquél que utiliza los recursos sanitarios de un modo excesivo e injustificado. Un uso extremo de los recursos sanitarios se considera, de forma arbitraria, cuando se consulta 12 o más veces al año. Representan entre un 5-10% del total de los pacientes y generan un alto consumo de recursos sanitarios. Predomi-

na en el sexo femenino, personas con bajo nivel cultural y conductas familiares aprendidas. Se da mayor prevalencia de enfermedades somáticas crónicas, psiquiátricas y funcionales así como una mayor insatisfacción con el sistema sanitario.

Suele tratarse de pacientes somatizadores, aquellos que presentan síntomas somáticos con demandas persistentes de exploraciones clínicas con resultados negativos o que no pueden explicar suficientemente sus quejas. Sus expectativas son: escucha y comprensión, aceptación como enfermo, información acerca de su enfermedad y que no se le considere un enfermo psiquiátrico. Constituye el 25% de las consultas nuevas en Atención Primaria, alto consumo de recursos sanitarios en pruebas complementarias, hospitalizaciones, bajas laborales, ambulancias, etc.

NO ME ECUENTRO BIEN, VENGO A INGRESARME

Maria Palomo Monge, David Gimeno Montes, Koren Preckler Peña, Silvia Sánchez de la Piza, Germa Montero Mianes, Arántazu Duque Domínguez.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO, TALAVERA DE LA REINA (TOLEDO)

ANAMNESIS:

Motivo de consulta/ingreso: Paciente mujer de 35 años, desde septiembre de 2010 la paciente ha acudido al Servicio de Urgencias en 10 ocasiones, de las cuales 8 han sido durante el último año. En los siete últimos meses, ha precisado de 10 ingresos hospitalarios en Psiquiatría para contención.

Antecedentes Personales somáticos: No alergias medicamentosas conocidas. Hipotiroidismo subclínico. Displasia congénita de cadera. Comunicación interventricular a los 8 meses de edad. (ecocardiograma 2013 sin alteraciones). Ulero septo. Reflujo gastroesofágico. Retraso mental leve-moderado; CIT de 54. (Ormosona Xifagi; negativo).

Consumo de tóxicos: fumadora. Consumo **amabivla y alcohol**.

Antecedentes personales psiquiátricos: realiza seguimiento desde el año 2010. Diagnosticada de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno límite de la personalidad, distonías familiares y problemática social.

Tratamiento: clorazepato dipotásico 50 mg 8 horas, biperideno 4 mg/24 horas, lormetazepam 2 mg/24 horas, olanzapina 10 mg/12 horas y oxcarbazepina 600 mg/12 horas.

Antecedentes Familiares: Psicopatológicos: **hermano** diagnosticado de esquizofrenia y consumidor de cannabis. Otro **hermano** consumidor de cannabis. **padre** diagnosticado de epilepsia. **padre** ex-consumidor de alcohol.

Datos de familia: Mujer de 25 años de edad soltera y sin hijos. No obtuvo el Grado de Psicología (curso hasta el 4º de ESO sin terminar). No ha trabajado nunca. Paroista por discapacidad física. La paciente es de hembras. Vive en un pueblo con sus padres y dos de sus hermanos (ambos consumidores habituales de sustancias). Orden de alejamiento de su ex pareja (tóxicomano). En trámites para **desapadrinar** civil.

ENFERMEDAD ACTUAL:

La paciente ha adquirido la dinámica de acudir al Servicio de Urgencias cada vez con mayor frecuencia, tras conflictivas en su entorno familiar. Durante dos años acudía refiriendo únicamente sintomatología orgánica inespecífica. Posteriormente comenzó a manifestar como único motivo de consulta la ansiedad en su distintas manifestaciones (episodios aislados, generalizada, ideada, somática...). Tras su primer ingreso en Psiquiatría, los motivos de consulta al Servicio de urgencias comienzan a ser del área psiquiátrica, pero en forma de ideación o acción autolítica, siempre forzando el ingreso hospitalario.

EXAMEN FÍSICO:

Buen estado general. Buena coloración e hidratación. Cabeza y cuello: no adenopatías ni ingurgitación yugular. Pupilas isocóricas y normoactivas. Auscultación cardíaca: icarizar de toracotomía. Rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. No ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni visceromegalias. Ruidos hidrointestinales conservados. Extremidades inferiores: no edemas ni signos de TVP. Pulso periférico conservados.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

Lúcida. Consciente y orientada en las tres esferas. Aspecto descuidado. Actitud pueril y **desorientada**. Discurso lento. **Insights psicopatológicos**. No ansiedad. Animo subdeprimido; **ansiedad** emocional. No alteración del curso o contenido del pensamiento. Lenguaje correspondiente a CI bajo. Dificultad para entender enunciados complejos. **Desatención**. Dificultad para concentrarse y controlar sus impulsos. Poca tolerancia a la frustración. No deseos de muerte. No ideación autolítica. Gestos autogrativos de carácter repetitivo. No heterogeneidad. No alteraciones sensorio-perceptivas. Insomnio de características mixtas. No alteración del apetito. Conciencia parcial de enfermedad.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Análisis de sangre; hemograma: ADE 164. Bioquímica (incluye perfil básico, renal, hepático, lipídico, eje tiroideo, estudio de anemias): urea 04, fosfato orgánico 48, resto dentro de la normalidad. Coagulación normal. Serología para enfermedades infecciosas (incluye VIH, VHB, VHC y TP): negativo. Urianálisis: sin alteraciones. Tóxicos en orina: (+) a BDZs y THC. EKG: ritmo sinusal a 65 lpm. Eje a 60°. PR normal. Sin alteraciones en la repolarización.

EVOLUCIÓN:

En los últimos dos años se ha iniciado una escalada de trastornos de la conducta en la paciente. En relación con conflictos familiares reacciona infringiéndose autolesiones y acudiendo a la urgencia del hospital demandando ingreso o buscando compañía de personas poco recomendables.

En Enero de 2013 ingresó en un **centro para discapacitados intelectuales**, abandonándolo en dos ocasiones, tras una estancia que no llegó a los 10 días. Se tramitó un **dispositivo para personas con enfermedad mental** al que la paciente no llegó a acudir por falta de colaboración familiar. Se derivó a **Unidad de Ayuda Estancia** con el fin de protegerle del entorno en que se mueve y ganar tiempo para la **incapacitación**, designación de tutor y de un centro apropiado para ella, pero fue dada de alta a las pocas semanas.

Inicialmente acudía a las revisiones ambulatorias con regularidad, no siendo así en los últimos meses.

Actualmente se encuentra en una **Unidad Residencial Rehabilitadora**, y se continúan los **familias de incapacitación** de la paciente, dada la manipulación y coacción con fines económicos por parte de la familia a la paciente desde que ésta percibe ingresos procedentes de PNC invalidez.

DISCUSIÓN:

El paciente hiperfuncionador es aquel que utiliza los recursos sanitarios de un modo excesivo e injustificado. Un uso extremo de los recursos sanitarios se considera, de forma arbitraria, cuando se consulta 12 o más veces al año. Representan entre un 5-10% del total de los pacientes y generan un alto consumo de recursos sanitarios.

Predomina en el sexo femenino, en personas con bajo nivel cultural y conductas familiares aprendidas. Se da mayor prevalencia de enfermedades somáticas crónicas, psiquiátricas y funcionales así como una mayor insatisfacción con el sistema sanitario. Suele tratarse de pacientes somatizadores (presentan no síntomas somáticos con demandas persistentes de exploraciones clínicas, con resultados negativos o que no pueden explicar suficientemente sus quejas).

Sus expectativas son: **escucha y comprensión**, **apoyación** como enfermo, información acerca de su enfermedad y que no se le considere un enfermo psiquiátrico. Constituye el 25% de las consultas nuevas en Atención Primaria, alto consumo de recursos sanitarios en pruebas complementarias, hospitalizaciones, bajas laborales, ambulancias, etc.

TABLA:

Historia de ingresos psiquiátricos de la paciente (tipo de ingreso, duración, motivo de consulta y derivación posterior, y diagnóstico al alta). Estos ingresos corresponden al período de tiempo entre Octubre de 2012 y septiembre de 2014, es decir, dos años, durante los cuales se han precisado 18 ingresos en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Entre los cuales aparecen las correspondientes derivaciones a los dispositivos.

TIPO INGRESO	DURACION INGRESO	MOTIVO CONSULTA	DIAGNOSTICO
voluntario	24 días	-Autolesiones	-Trastorno por ansiedad generalizada -Retraso mental ligero-moderado. -Conflictiva socio-familiar.
voluntario	8 días	-Autolesiones	-El mismo.
voluntario	1 días	-Autolesiones	-El mismo.
voluntario	2 días	-Autolesiones	-El mismo.
voluntario	7 días	-Autolesiones	-El mismo.
voluntario	4 días	-Ideación autolítica	-El mismo.
involuntario	13 días	-Autolesiones	-El mismo.
voluntario	5 días	-Autolesiones. -Demandas de ingreso.	-Retraso mental ligero-moderado -Conflictiva socio-familiar. → Traslado a Centro para discapacitados intelectuales.
voluntario	3 días	-Autolesiones.	-Trastorno límite de personalidad. -CI bajo -Problemática social.
involuntario	2 días	-Ideación autolítica.	-El mismo.
voluntario	2 días	-Aumento de ansiedad.	-El mismo. -Hispalismo.
involuntario	5 días	-Autolesiones.	-El mismo.
involuntario	6 días	-Autolesiones.	-El mismo.
involuntario	43 días	-Contención por hiperfuncionación → Traslado a UME.	-Trastorno por ansiedad generalizada. -Trastorno límite de personalidad. -Retraso mental leve. -Problemas relacionados con la educación y el alfabetismo. -Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario.
voluntario	3 días	-Demandas de ingreso. -Ansiedad.	-Retraso mental leve con deterioro de la conducta. -Consumo perjudicial de cannabis.
voluntario	6 días	-Demandas de ingreso.	-El mismo.
voluntario	9 días	-Demandas de ingreso.	-El mismo.
involuntario	42 días	-Contención → Traslado a URR.	-Retraso mental leve con deterioro de la conducta. -Soporte familiar inadecuado.

DIAGNÓSTICOS:

- ✦ Paciente hiperfuncionador.
- ✦ Retraso mental leve-moderado con deterioro de la conducta (F70.1)
- ✦ Soporte familiar inadecuado (Z63.2)
- ✦ Problemas relacionados con la educación y el alfabetismo (Z55)
- ✦ Consumo perjudicial de alcohol y cannabis (F19.10; F19.12)

TRATAMIENTO:

- ✓ Sertralina 100mg 1-0-0
- ✓ Paliperidona 6mg 2-0-0
- ✓ Diazepam 10mg 1-1-1
- ✓ Trazodona 100mg 0-0-1
- ✓ Ácido valproico solución 2-0-2 ml
- ✓ Zuclopentixol depótampollas IM 1 vial cada 15 días
- ✓ Biperideno ampollas IM 1 vial cada 15 días
- ✓ Ferofoglicina sulfato 1-0-0
- ✓ Omeprazol 20mg 1-0-0

BIBLIOGRAFÍA:

- ✦ Arranz C, Giménez MJ. Abordaje del paciente somatizador en la práctica médica. Psiquiatría y Atención Primaria 2004; 5: 19-25.
- ✦ Casquero R, Artesú JA. Relaciones difíciles médico paciente. Barcelona: Edikamed; 2003.
- ✦ Gilí M, Roca M, Serrano MJ. Trastornos mentales e hiperfuncionación en Atención Primaria. Infoconopsis-Revista de Psicología 2007.
- ✦ Miguez JC. Relaciones difíciles médico-paciente. Abordaje de los pacientes hiperfuncionadores. Otras competencias en Salud Mental. Aula Semergan, 2007.
- ✦ Zamorano E. Trastornos somatomorfos. Madrid: IMC, 2004.

PO-159. Trastorno bipolar de inicio en la senectud secundario a enfermedad cerebrovascular por hiperhomocisteinemia: una muy rara causa de suicidio.

E. Domínguez Ballesteros, M. Vázquez Delgado, P. Aguilar Valseca, M.J Márquez Márquez, C. García Román.

Presentación de caso clínico

La hiperhomocisteinemia es un defecto genético (prevalencia 5-10%) caracterizado por aumento de homocisteína sérica asociada a enfermedad cerebrovascular. El trastorno bipolar de inicio tardío secundario a enfermedad cerebrovascular es una entidad clínicamente rara. Las localizaciones exactas y los circuitos involucrados en la expresión del trastorno bipolar tras ictus permanecen desconocidos. Presentamos el caso de un varón de 82 años con antecedentes de hiperhomocisteinemia y varios eventos tromboticos secundarios (trombosis retiniana derecha a los 52 años y lesiones vasculares subcorticales) En 2003 presentó episodio depresivo severo con suicidio frustrado por ahorcamiento y en los meses posteriores euforia, aumento de gastos e ideación megalomaniaca. En este periodo se diagnostica de trastorno bipolar de comienzo tardío iniciándose tratamiento.

Permanece estable hasta 2014 en que ingresa nuevamente por cuadro depresivo y tentativa suicida grave por apuñalamiento. En este ingreso se manifiesta clínica depresiva mayor, ausencia de crítica del acto suicida y delirio de Cotard. Se evidencia además hemiparesia izquierda con asimetría facial. En la RM craneal solicitada se mues-

tra un ictus subagudo en territorio de ACM derecha con pequeños focos contralaterales que sugieren origen cardioembólico. Es diagnosticado de trastorno bipolar de comienzo tardío secundario a enfermedad cerebrovascular por hiperhomocisteinemia. Evoluciona favorablemente y al alta continúa seguimiento ambulatorio. En febrero del 2015 ingresa por nuevo cuadro maniforme.

El trastorno bipolar de presentación senil secundario a enfermedad cerebrovascular es una rara entidad. Aún más rara es su asociación etiológica con la hiperhomocisteinemia como el caso presentado. El debut del cuadro con tentativa suicida de alta letalidad y la repetición de un nuevo intento suicida grave constituyen un ejemplo de la posible relación entre áreas cerebrales infartadas y clínica suicida, aún por determinar.

hiperhomocisteinemia

Autores: E. Domínguez Ballesteros, M. Vázquez Delgado, P. Aguilar Valseca, M. J. Márquez Márquez, C. García Román

La hiperhomocisteinemia es un defecto genético cuya prevalencia ronda el 5-10%. Se caracteriza por un aumento de homocisteína sérica y se asocia a eventos isquémicos de repetición con la consecuente posibilidad de enfermedad arterial periférica, embólica y/o cerebrovascular.

El trastorno bipolar de inicio tardío es una entidad clínicamente rara con prevalencia del 0,5%. La manía secundaria a enfermedades orgánicas (enfermedad cerebrovascular, demencia, tumores o infecciones) se describe en el 15-40% de estos casos.

Las localizaciones exactas y los circuitos involucrados en la expresión del trastorno bipolar tras ictus permanecen aún desconocidos

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

Presentamos el caso de un varón de 82 años con antecedentes personales de hiperhomocisteinemia diagnosticada a los 52 años tras trombosis retiniana derecha en seguimiento en Neurología encontrándose estable. Únicamente destacan en las exploraciones previas, lesiones vasculares isquémicas subcorticales en pruebas de imagen.

En 2003 (a los 71 años) presenta episodio depresivo severo con suicidio frustrado por ahorcamiento que precisó ingreso en psiquiatría instaurándose tratamiento antidepresivo con Venlafaxina 75mg. Se diagnostica de episodio depresivo mayor. Las pruebas de imagen no mostraron cambios.

En los meses posteriores al ingreso inicia cuadro de euforia, expansividad, irritabilidad, gastos excesivos e ideación megalomaniaca. Precisa de nuevo ingreso breve, se diagnostica de trastorno bipolar de comienzo tardío. Se suspende el antidepresivo y se inicia tratamiento con neurolépticos (Quetiapina 25mg/12horas) y eutimizantes (A. Valproico 1000mg/día)

permanece estable hasta que ingresa nuevamente por cuadro depresivo y tentativa suicida grave por ahorcamiento. En este ingreso se manifiesta clínica depresiva mayor, ausencia de crítica

e evidencia además
 izquierda con asimetría
 en territorio de derecha con pequeños focos isquémicos
 cardioembólico, n días
 pulmonar con insuficiencia respiratoria severa que precisa intubación

La evolución del cuadro orgánico y psiquiátrico
 mg/horas, añadiendo
 interacción con) e instaurándose anticoagulación (por

evoluciona favorablemente y al alta continúa
 que precisó estabilización hospitalaria y reajuste farmacológico suspendiéndose

1) El caso que presentamos resulta de especial interés a varios niveles. El trastorno bipolar de presentación
 , en sí es una rara entidad, pero aún más infrecuente es su asociación
 etiológica
) igualmente el caso ejemplifica la mayor correlación (descrita en la literatura) de ictus hemisféricos

) La peculiaridad es el debut clínico con tentativa suicida de alta letalidad y la repetición de un nuevo intento
 suicida grave, ambos en relación a lesiones isquémicas (lesiones subcorticales múltiples en el primer episodio e ictus
 derecha en el segundo). Esta variabilidad anatómica con una correlación clínica común, podría suponer un ejemplo de la
 posible relación entre áreas cerebrales infartadas y clínica suicida, una relación aún

Bibliografía: 1) Bipolar disorder after stroke in an elderly patient. De Melo RC, Lopes R, Alves JC. Case Rep Psychiatry 2014;2014:741934. doi: 10.1155/2014/741934. Epub 2014 Jun 2) Late-onset bipolar disorder following right thalamic injury. Lopez JD, Araujo A, Paramo M. Actas Esp Psiquiatría. 2009 Jul-Aug;37(4):233-5.

PO-160. ¡Mi comandante, el cuartel se ha llenado de bichos!

María Palomo Monge, David Gimeno Montes, Koren Preckler Peña, Silvia Sánchez de la Pisa, Arántzazu Duque Domínguez, Gemma Montero Milanés.

Presentación de caso clínico

Mujer, 62 años de edad, trasladada por su esposo al Servicio de Urgencias por negativa a la ingesta. Ingresó de forma urgente e involuntaria en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Según refiere su esposo, la paciente lleva una semana sin ingerir alimentos, “ve bichos” en la comida y “los noto en mi piel”, piensa que la envenenan y que los vecinos quieren dañarla (“me roban y echan azufre en mi casa, lo huelo”). Desde hace meses presenta importantes alteraciones de conducta (viste de modo inapropiado, mira hacia atrás para comprobar si la persiguen y ha abandonado su higiene).

- SINDROME DE EKBOM o TRASTORNO DELIRANTE MIXTO GRAVE (parasitosis)

-HEMOCROMATOSIS TIPO 1

Síndrome de Ekbom: trastorno psiquiátrico en el que los pacientes tienen una idea falsa de estar infestados por parásitos. Puede presentarse aislado o formando parte de gran variedad de enfermedades, físicas y psíquicas.

Clasificación clínica:

Primario y psicótico: ésta es la única alteración psicológica manifiesta. Trastorno delirante tipo somático (DSM IV y V).

Secundario y funcional: cuando existe un trastorno psiquiátrico subyacente.

Orgánico secundario: cuando existe un trastorno médico subyacente.

La conducta está dominada por una lucha contra los insectos imaginarios. Utilizan tratamientos antiinfecciosos y continuas actividades de limpieza.

Puede aparecer de forma característica el signo de la caja de cerillas (el paciente dice que ha logrado capturar al parásito y lo trae para mostrarlo en dicho recipiente). En el caso de nuestra paciente, encontramos una causa orgánica que puede ser el motivo del Síndrome de Ekbom: la hemocromatosis.

La buena evolución y respuesta al tratamiento confirman el diagnóstico y a su vez nos envuelve en la duda de si ha sido originada por el tratamiento antipsicótico o el control de la hemocromatosis, que probablemente también hubiese ocasionado otros antecedentes somáticos recogidos en la historia de la paciente.

MI COMANDANTE, EL CUARTEL SE HA LLENADO DE BICHOS!

María Paloma Monge, David Gimeno Montes, Koren Preckler Peña, Silvia Sánchez de la Písa, Gemma Montero Milanes, Aránzazu Duque Domínguez.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL PRADO, TALAVERA DE LA REINA (TOLEDO)

ANAMNESIS:

Motivo de ingreso: mujer de 62 años de edad, que es trasladada por su esposo al Servicio de Urgencias por **negativa a la ingesta**. Desde allí ingresa de forma urgente e involuntaria en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría.

Antecedentes personales no psiquiátricos: no alergias medicamentosas conocidas. Intolerancia por acalasia a zirasodona y paliperidona. **Historia médica:** leve diagnosticado hace un año. Niagra hábitos tóxicos. Gestaciones 4; Abortos 1; Partos 3 (todos ellos fallecidos antes de las 24 horas de vida). **Intervenciones quirúrgicas:** fractura de Colles, rotura uterina durante el último parto con realización de histerectomía y doble anexectomía.

Antecedentes personales psiquiátricos: acude al Servicio de Urgencias hace un año y tres meses, por inquietud, ansiedad e insomnio nuevo visita a dicho Servicio con diagnóstico de trastorno adaptativo mixto, problemas relacionados con la situación económica-laboral y problema crónico de distorsión del núcleo de convivencia habitual. A partir de entonces comienza seguimiento en Consultas Externas de Psiquiatría. Posteriormente consulta nuevamente en el Servicio de Urgencias por acalasia intensa e ideación autolítica, ingresa en UH y es diagnosticada al alta de trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos en resolución (F32.0).

Antecedentes psicopatológicos familiares: madre diagnosticada de trastorno bipolar, (múltiples ingresos). hermana internada en Centro Psiquiátrico de Larga Estancia (diagnóstico desconocido). Ambas fallecidas.

Datos de filiación: mujer, 62 años, casada y sin hijos. Es la primera de una familia de cuatro hermanos, todos fallecidos (uno de ellos antes de nacer). Trabajo como limpiadora en el cuartel de la Guardia Civil.

Tratamiento al ingreso: venlafaxina 150 mg (1-0-0), cizapem 5 mg (1-1-1), mirtazapina 15 mg al acostarse, paliperidona 6 mg (1-0-0).

EVOLUCIÓN:

Debido a intensa acalasia y por despistaje de patología orgánica se suspendieron los neurolépticos durante la primera semana del ingreso mejorando los síntomas extrapiramidales (parkinsonismo y acalasia) progresivamente, persistiendo sintomatología psicótica positiva abundante y polymorfa, junto con desinhibición conductual. Se inició tratamiento con quetiapina a dosis creciente con buena tolerancia pero escasa eficacia, por lo que se añadió aripiprazol.

Se cursó protocolo ampliado para descartar patología orgánica por **síndrome de Ekbom**. En dicho estudio se descubre hemocromatosis tipo 1.

A medida que va cediendo la sintomatología llamo por el tratamiento antipsicótico como por el control de la hemocromatosis se programan salidas y permisos. Al alta la paciente se encuentra tranquila, adecuada y eufémica. Persiste ideación delirante contra los vecinos, con distanciamiento afectivo pero sin repercusión conductual. Han desaparecido las alteraciones sensorioceptivas.

En la actualidad la paciente realiza seguimiento en Consultas Externas de Salud Mental y **Hospital de Día**. También seguimiento por Digestivo.

DISCUSIÓN:

El síndrome de Ekbom, es un trastorno psiquiátrico en el que los pacientes tienen una idea fija y fija de estar infestados por parásitos (ácaros, liendres, pulgas, arañas, gusanos y otros organismos). Recibe otros nombres como delusión de parasitosis, delirio parasitario dermatológico o delirio de infestación.

Puede presentarse de forma aislada o formando parte de gran variedad de enfermedades, tanto físicas, como psíquicas.

- **Primario y psicótico:** ésta es la única alteración psicológica manifiesta, trastorno delirante tipo somático (DSM IV y V).
- **Secundario y funcional:** cuando existe un trastorno psiquiátrico subyacente.
- **Orgánico secundario:** cuando existe un trastorno médico subyacente.

La conducta está dominada por una lucha contra los insectos imaginarios. Utilizan tratamientos antinfestadores y continuas actividades de limpieza. Puede aparecer de forma característica el signo de la caja de cerillas (el paciente dice que ha logrado capturar al parásito y lo trae para mostrarlo en dicho recipiente).

En el caso concreto de nuestra paciente, encontramos una **ideación delirante** que puede ser el motivo del Síndrome de Ekbom; el **delirio parasitario**. La buena evolución y respuesta al tratamiento nos confirman el diagnóstico y a su vez nos envuelve en la **idea** de si ha sido originada por el tratamiento antipsicótico o el control de la hemocromatosis que padecía la paciente, que probablemente también hubiese ocasionado el aborto y las múltiples muertes fetales que anteriormente se describen.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Según refiere su esposo, la paciente lleva una semana sin ingerir alimentos, ya que "ve bichos" en la comida, piensa que la **envenenan** y que los vecinos quieren dañarla ("me roban cosas y echan azufre en mi casa, lo huelo"). Desde hace unos meses presenta importantes **alteraciones de conducta**: viste de modo inapropiado a la estación, mira hacia afuera para comprobar si la persiguen y ha abandonado su higiene.

EXAMEN FÍSICO:

Regular aspecto general, aspecto descuidado, acalasia. **Lesasas de rasgado** en la espalda y en los brazos. Resto sin alteraciones.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

Consciente, orientada en persona y espacio, parcialmente en tiempo. Acalasia. Suspícaz. **Contacto psicótico**, Hipoprosexia. Parcialmente colaboradora. Alexitimia. Hipotimia con ánimo expansivo. Ansiedad ideica y somática. Asociaciones laxas. Ideación delirante de perjuicio. **Asociaciones delirantes**, **delirios visuales** y **delirios auditivos**. Ideas de muerte sin autoagresividad ni ideación autolítica. Heteroagresividad verbal hacia su marido. Anorexia con pérdida ponderal. Insomnio global. Nula conciencia de enfermedad.

DIAGNÓSTICO:

- ♦ Síndrome de Ekbom o trastorno delirante mito grave (parasitosis).
- ♦ Hemocromatosis tipo 1.

TRATAMIENTO:

- ✓ Aripiprazol 30 mg: 1-0-0
- ✓ Quetiapina 200 mg: 1-1-1
- ✓ Quetiapina 100 mg: 0-0-0,1
- ✓ Enalapril 10 mg: 1-0-0-0

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Análisis de sangre:

Hemograma y coagulación: sin alteraciones.

Bioquímica (incluye perfil básico, renal, hepático, lipídico, HbA1c, ácido fólico, vitamina B12, cobre y hormonas tiroideas): ALT 82 U/L, AST 44 U/L, FA 189 U/L, GGT 51 U/L, LDL-colesterol 68 mg/dL. Resto de parámetros normales.

Metabolismo del hierro: hierro 166 µg/dL, transferrina 173 mg/dL, saturación de transferrina 685%, captación total fijación de hierro 242,2 µg/dL.

Serología para enfermedades infecciosas (incluye VIH, TP, VHB y VHC): negativas.

Sistemático de orina: sin alteraciones.

Tóxicos en orina: positivos a benzodiazepinas.

Marcadores tumorales (AFP, CEA, CA125, CA15.3, CA19.9): negativos.

Anticuerpos antinucleares: negativos.

Proteínograma: alta- α -globulina 51%, alta- β -globulina 133%, gamma-globulina 219%. Resto sin alteraciones.

Mutaciones en Gen HFE: mutación C282Y, H63D (mutaciones en heterocigosis) y S65C (no mutación).

ECG: ritmo de taquicardia sinusal a 116 lpm. Eje a -50°. PR normal. Sin alteraciones en la repolarización.

Valoración psicopatológica: CI total: 65 (Retraso Mental Leve). Dotación de base límite. Es muy probable que en la actualidad se encuentre, junto con el deterioro fisiológico, la influencia de su estado de ánimo inhibido, presentando pseudodeterioro depresivo.

TAC y RMN cerebrales: sin alteraciones.

Interconsulta a Digestivo: paciente diagnosticada de hemocromatosis tipo 1 durante este ingreso. A la exploración presenta hepatomegalia de dos centímetros bajo reborde. Resto de exploración física anodina. Datos analíticos de sobrecarga férrica y hepatopatía. Tratamiento: flebotomías semanales de 400 cc hasta femina < 50 (se solicita RMN cardíaca y abdominal). Estudio a familiares por ser enfermedad autosómica dominante. **Diagnóstico:** probable hepatopatía crónica secundaria a hemocromatosis tipo 1.

BIBLIOGRAFÍA

> OIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento. Publicado por la Organización Mundial de la Salud en Ed. Medifar (Madrid). Ginebra 1992.

> Moreno K, Ponce RJM. Síndrome de Ekbom. Dermatología Rev Mex 2007;51:51-56.

> Berrios CE. Delusional parasitosis and physical disease. Comprehensive Psychiatry, 1985;26:395-403.

> Alonzo L, Fernández R. Delirio de parasitosis. Dermatología Rev Mex 2008;52(6):263-7.

> Lyell A. Delusions of parasitosis. Br J Dermatol. 1983;108:485-99.

PO-161. Otras percepciones.

Aurelia Matas Ochoa, Cristina Pérez Sobrino, Ana Carabias Contreras, Germán Strada Herrera, Yolanda Lázaro Pascual, Rafael Baena Mures, Sandra Rubio Corgo, Ana Pérez Tejeda, José Rodríguez Quijano, Luis Olivares Gerechter.

Presentación de caso clínico

Varón de 24 años que acude a Urgencias refiriendo visión borrosa, midesopsias y sensación de ardor en contacto con la almohada. Tras su evaluación por M. Interna y al no encontrarse hallazgos patológicos, es derivado a Psiquiatría. El paciente refiere estas y otras molestias somáticas desde hace un año, atribuyéndolas a la alergia que le producen los detergentes y al haber sido envenenado por la pareja de su madre. Hasta en la tercera parte de los pacientes esquizofrénicos podemos encontrar alucinaciones somáticas. Presentamos un caso de la práctica clínica con alucinaciones somáticas o cenestésicas con el objeto de poner en conocimiento estos síntomas que en innumerables ocasiones son atendidos por el médico no psiquiatra y haremos una revisión de la literatura acerca de este concepto. Huber en 1957 postuló un subtipo de esquizofrenia (cenestopática), aunque admitió que las cenestopatías podían hallarse además en todos los subtipos de esquizofrenia. En la actualidad, está dentro de "Otras esquizofrenias" (F20.8) en la CIE-10. Dentro de las psicosis suele brindarse mayor atención a las alucinaciones auditivas y visuales, consideradas las primeras casi patognomónicas de trastornos psiquiátricos primarios.

Sin embargo, no podemos olvidar la presencia de las alucinaciones somáticas en el trastorno mental grave.

Bibliografía

- Blom JD, Sommer IEC. Hallucinations of bodily sensations.
En: Blom JD, Sommer IEC. Hallucinations. Research and practice. New York: Springer; 2012. p. 157-169.
- Oyebode F. Sims' Symptoms in the mind. An introduction to descriptive psychopathology. Edinburgh: Saunders Elsevier; 2008. p. 95-120.
- Huber G. Cenesthopathic schizophrenia as conciseness type of schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 1971; 47: 349-362.

Otras percepciones

A. Matas¹, C. Pérez¹, A. Carabias¹, G. Strada¹, Y. Lázaro¹, R. Baena¹, S. Rubio¹, A. Pérez¹, J. Rodríguez¹, L. Olivares¹.
¹ Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Introducción

Hasta en la tercera parte de los pacientes esquizofrénicos podemos encontrar alucinaciones somáticas. Éstas pueden aparecer en depresiones psicóticas y procesos cerebrales orgánicos como la epilepsia aunque estos cuadros son, en general, o menos frecuentes o más accesibles al diagnóstico clínico diferencial.

Presentamos un caso de la práctica clínica con alucinaciones somáticas y realizamos una revisión de la literatura acerca de este concepto, con el objetivo de poner en conocimiento estos síntomas que en innumerables ocasiones son atendidos por el médico no psiquiatra.

Varón de 24 años, natural de Rumanía, que acude a Urgencias refiriendo presentar miedosopsias, sensación de ardor en contacto con la almohada y cefalea, síntomas que asocia a haber sido envenenado con arsénico por la pareja de su madre. Tras ser evaluado por medicina interna y no encontrarse patología orgánica, es derivado a Psiquiatría. El paciente dice venir presentando diferentes molestias físicas (coloración azulada de los dedos, visión borrosa...) desde hace un año, las cuales atribuye a padecer alergia a determinados componentes de los detergentes. Al examen psicopatológico destacaba el importante retraimiento social en los últimos años, además de las descritas alucinaciones somáticas y delirios de perjuicio. Tuvo una favorable respuesta al tratamiento con Paliperidona intramuscular 150mg/mes, resolviéndose la sintomatología positiva.

No existe una clasificación de consenso de las alucinaciones somáticas -llamadas también alucinaciones de las sensaciones corporales- dada la indole dispar de los fenómenos considerados. Sims divide a estas alucinaciones en tres grupos: superficiales (es decir, táctiles, incluyendo térmicas e higrícas), cenestésicas (relacionadas a los movimientos y posturas articulares y musculares), y las viscerales (referidas específicamente a la percepción de los órganos internos).

El término cenestesia tiene una larga historia; fue acuñado en 1794 por *J.C. Reil* a partir de las raíces griegas *koiné* (común) y *aesthesis* (sensación) para designar aquellas sensaciones no dependientes de los órganos, sino provenientes de la percepción interna del propio cuerpo. Cenestesia vendría a ser pues la experiencia global que sintetiza todas las sensaciones corporales simples y en la cual se fundamentaría la conciencia y la sensación de existencia de un yo; cenestopatía se refiere al disturbio y aberración de la cenestesia, usualmente de naturaleza alucinatoria. Estos conceptos fructificaron en la psiquiatría europea continental más no así en la inglesa y norteamericana donde las cenestopatías fueron subsumidas en el concepto genérico de alucinaciones somáticas, viscerales o fenómenos de pasividad somática.

G. Huber en 1957 postuló un subtipo de esquizofrenia (esquizofrenia cenestopática) caracterizado por el predominio de estas experiencias extravagantes y cualitativamente anormales aunque admitió que las cenestopatías podían hallarse además en todos los subtipos de esquizofrenia. En la actualidad la esquizofrenia cenestopática está dentro de "Otras esquizofrenias" (F20.8) en la CIE-10, no teniendo cabida en el DSM-5.

En la práctica clínica una sencilla -pero no infalible- regla es la apuntada por *Berrios*: nos enfrentamos a una alucinación somática cuando el dato perceptivo no es explicable en términos fisiológicos y el paciente brinda sobre su vivencia una explicación delusional.

Conclusiones

Dentro de las psicosis suele brindarse mayor atención a las alucinaciones auditivas y visuales, consideradas las primeras casi patognomónicas de trastornos psiquiátricos primarios. Sin embargo, no podemos olvidar la presencia de las alucinaciones somáticas en el trastorno mental grave. Debemos tener en cuenta que así como estos pacientes pueden alucinar, no debe olvidarse que también pueden sufrir padecimientos distintos a su trastorno psiquiátrico primario.

Bibliografía

1. Blom JD, Sommer IEC. Hallucinations of bodily sensations. En: Blom JD, Sommer IEC. Hallucinations. Research and practice. New York: Springer; 2012. p. 157-169.
2. RUIZADO, Lázaro, CORDOVA, Rubén y VIZCARRA, Oscar. Alucinaciones viscerales y cenestopáticas en el diagnóstico diferencial de síntomas médicamente inducidos. Rev Med Hered [online]. 2012, vol.23, n.3, pp. 193-198. ISSN 1018-130X.
3. Huber G. Cenesthopathic schizophrenia as consciousness type of schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 1971; 47: 349-392.

PO-162. Consideraciones Forenses al respecto de Internamientos Involuntarios Urgentes frecuentes en un mismo paciente.

Rafael Rodríguez Matarredona. Julio Antonio Guija Villa. Santiago Cansino Adorna. Cristina Romero de la Cruz. Pedro García Gallardo. Alejandro Guijarro Santoro. Francisco Javier López Aguilar.

Introducción

En el Servicio de Psiquiatría Forense del IML de Sevilla, una de las actividades habituales consiste en acudir a los hospitales sevillanos, en sus respectivas plantas de psiquiatría, para valorar en tiempo y forma, como recoge preceptivamente la Ley, los casos de internamientos urgentes que se han producido recientemente.

Resultados

Una mirada retrospectiva a los archivos e historiales del mencionado servicio, nos hace reflexionar en algunos pacientes, sobre lo numerosísimos internamientos urgentes involuntarios y las consecuencias y las implicaciones sociales sanitarias.

Resultados

Se comprueba mediante el análisis retrospectivo de historiales forenses, la enorme complejidad de la sujeción social y sanitaria de determinados pacientes mentales.

Bibliografía

Gisbert Calabuig JA. Medicina Legal y Toxicología. 5ª edición. Ed. Masson 1998.

Andrew Sims: Síntomas mentales. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Ed. Triacastela 2008.

Carrasco Gómez JJ; Maza Martín JM. Manual de Psiquiatría Legal y Forense. 3ª edición. Ed. La Ley, 2005.

PO-163. Ideaciones autolíticas en víctima de acoso. Modificación de la responsabilidad penal.

Alejandro Guijarro Santoro; Pedro García Gallardo; Francisco Javier López Aguilar; Santiago Cansino Adorna; Rafael Rodríguez Martredona; Cristina Romero de la Cruz; Julio Guija Villa.

Presentación de caso clínico

Se presenta un caso de acoso en el que la víctima refiere la existencia de ideaciones autolíticas. Dichas ideas se presentan de forma espontánea en la víctima y no relaciona los hechos denunciados.

El estudio psiquiátrico-legal del caso se basa en establecer el grado de responsabilidad del acosador en la aparición de dichas ideas o si las mismas están en consonancia con una personalidad premórbida que hace especialmente susceptible a la víctima y si las mismas se hubieran desarrollado de forma independiente al acoso denunciado.

El caso da lugar a realizar un estudio de situaciones de acoso, en sus diversas formas de presentación, para plantearse desde el punto de vista médico legal si, en caso de establecerse una relación de causalidad entre el acoso y dichas ideas, cabría plantear la posibilidad de modificar la responsabilidad criminal del acosador, llegando a poderse hablar de homicidio en aquellos casos en los que el suicidio se consume.

IDEACIONES AUTOLÍTICAS EN VÍCTIMA DE ACOSO. MODIFICACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD PENAL

Guillermo Sainza, A. J.; Camino Adorna J. S.; Rodríguez Matarradona, R.; López Acuña F. J.; Romero de la Cruz, C.; García Gallardo, P.; Guila Ylla, J. A.
Servicio de Psiquiatría Forense, Instituto de Medicina Legal de Sevilla.

RESUMEN

Se presenta un caso de acoso en el que la víctima refiere la existencia de ideaciones autolíticas. Dichas ideas se presentan de forma espontánea en la víctima y no los relaciona los hechos denunciados.

El estudio psiquiátrico-legal del caso se basa en establecer el grado de responsabilidad del acosador en la aparición de dichas ideas o si las mismas están en consonancia con una personalidad premórbida que hace especialmente susceptible a la víctima y si las mismas se hubieran desarrollado de forma independiente al acoso denunciado.

El caso da lugar a realizar un estudio de situaciones de acoso, en sus diversas formas de presentación, para plantearse desde el punto de vista médico legal si, en caso de establecerse una relación de causalidad entre el acoso y dichas ideas, cabría plantear la posibilidad de modificar la responsabilidad criminal del acosador, llegando a poderse hablar de homicidio en aquellos casos en los que el suicidio se consume.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una mujer de 30 años de edad que denuncia ser víctima de acoso por parte de un conocido. Dicho acoso no se produce en el ámbito laboral ni tiene contenido sexual por lo que no puede encuadrarse en dichos tipos. El mecanismo utilizado por el acosador se basa en adoptar varias identidades falsas para entablar un especie de juego emocional entre estas falsas personalidades, su verdadero perfil y la víctima, quien desconoce que en realidad se trata de una sola persona. Los contactos se producen por Correo Electrónico, WhatsApp, Facebook y Twitter, toda vez que la víctima se encuentra trabajando durante largos periodos en el extranjero.

El hilo argumental de la puesta en escena del acosador se resume en que él mismo está siendo acosado por otro acosador tras haberle sustraído un dispositivo electrónico con información personal sensible, lo que justifica que disponga de todos sus contactos y que además, tanto la víctima, como el acosador real y el imaginario están siendo investigados por el grupo de Delitos Tecnológicos de la Policía Nacional, quienes contactan con la víctima a través de un perfil falso inventado por el acosador.

Toda esta historia va generando en la víctima una situación de miedo, indefensión y ansiedad, toda vez que, pensando en que la misma es real, no se atreve a acudir a la Policía ni a contar su situación personal a nadie de confianza. Es en esta situación personal la llevan a desarrollar un cuadro de tipo ansiosodepresivo en el que refiere al menos dos situaciones de ideación suicida con disposición de llevarlas a cabo, pero sin llegar a consumirlas por el mismo miedo e inseguridad que dominaban en esos momentos su vida interior.

Tras tener conocimiento de la falsedad de la situación que estaba viviendo y de la identidad de la única persona que la estaba sometiendo a la situación de acoso que venía padeciendo, persiste la clínica ansiosodepresiva, pero aparecen sentimientos ambivalentes hacia el acosador y crítica y arrepentimiento de las ideaciones autolíticas.

En la exploración practicada se pone de manifiesto, además de la sintomatología ansiosodepresiva, una personalidad inmadura, con rasgos de personalidad dependiente y con escasos recursos para afrontar situaciones de estrés.

DISCUSIÓN Y CONSIDERACIONES PSIQUIÁTRICO FORENSES

El análisis psiquiátrico forense del caso se basa en la petición por parte del Juzgado de Instrucción de reconocimiento de la víctima para valorar el daño psíquico causado y la posible persistencia de secuelas para determinar la pena del imputado y establecer el quantum indemnizatorio de la víctima. En este caso, independientemente de la calificación penal en base a la acción del imputado (coacciones, amenazas, acoso...), procede aplicar el Artículo 147 del Código Penal en el que se castiga "al que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental", toda vez que el cuadro psicopatológico que presenta la víctima es consecuencia directa de la conducta del imputado.

Cabe plantearse en este caso y en otros similares la cuestión de si el desarrollo de una ideación autolítica supondría una modificación de la responsabilidad penal del imputado, pudiendo ser de aplicación en estos casos el Artículo 143 del Código Penal "el que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años", ya que la respuesta psicológica de la víctima especialmente vulnerable a la situación vivencial inducida por el acosador puede desencadenar las ideaciones autolíticas. En los casos más graves, los de suicidio consumado, pudiera incluso plantearse la aplicación del Artículo 138 "el que matare a otro será castigado, como reo de homicidio..." e incluso, si se dieran las circunstancias, a los Artículos 138 y 139, referentes al Delito de Homicidio Agravado (adeltosía, precio o recompensa menores de 16 años, abusos sexuales...)

El informe psiquiátrico forense, en caso de establecerse una relación causa-efecto entre el estímulo (acoso) y la respuesta (ideas de suicidio), resultaría de vital importancia para que las partes implicadas en el procedimiento penal modificaran sus peticiones considerando esta propuesta de modificación.

PO-164. Abordaje del suicidio basado en factores que favorecen la resiliencia en adolescentes. A propósito de un caso.

Emilia Fernández Nicolás, Leticia Peris-Mencheta Puch, Bárbara Carabias Contreras.

Presentación de caso clínico

Tras revisar en una publicación formato póster los factores que favorecen la resiliencia frente al suicidio en adolescentes, nos proponemos ilustrar el abordaje basado en los mismos del caso clínico de un adolescente de 17 años que presenta ideas de muerte y conductas autolesivas en contexto de cambio de ciclo vital (proceso de desvinculación) con el consiguiente desajuste psicosocial, además de una situación adversa que actúa como factor precipitante (ruptura de pareja).

Desde la perspectiva salutogénica, nos centramos en la identificación y refuerzo de factores positivos tanto internos (cognitivos, afectivos, conductuales y de personalidad) como externos, que pueden proteger al chico frente a la repetición de este tipo de conductas, logrando incluso amortiguar el efecto de algunas de las variables de riesgo.

Así, la intención de nuestro trabajo es resaltar cómo la intervención centrada en los factores protectores en cada caso puede emplearse en mejorar las fortalezas y afianzar características positivas en la vida de los adolescentes.

Bibliografía

Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A. Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en

- adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 2014. Vol. 35(2), pp. 181-192.
- Grupo de Trabajo, *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*, Capítulo 9. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- Gómez de Giraudó, M. T. *Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia*. *Psicología y Psicopedagogía*, 2000. ISSN en línea 1515-1182. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad del Salvador.



Abordaje del suicidio basado en factores que favorecen la resiliencia en adolescentes. A propósito de un caso

Fernández Nicolás, E*, Carabias Contreras, B*, Peris-Mencheta Puch, L**.

* FEA-Psiquiatría UGC-Salud Mental Jerez de la Frontera. **FEA-Psicología clínica UGC-Salud Mental H. Carlos Haya, Málaga

La resiliencia es la capacidad para la recuperación ante situaciones vitales estresantes, negativas o adversas, y un crecimiento psicosocial que anteriormente a la exposición no existía. Diferentes estudios se han centrado en identificar los factores protectores que promueven la resiliencia en adolescentes y adultos jóvenes, focalizando el interés en la conducta suicida.

Para ilustrar el abordaje enfatizando la potenciación de estos factores hablaremos del caso de un chico de 17 años que toma contacto con la red de Salud Mental a través de Urgencias donde fue atendido por el psiquiatra de guardia por presentar ideas de muerte, habiendo pedido él mismo ayuda a su madre.

No destacan antecedentes familiares. Vive con sus padres y su hermano, de 9 años. Describe la convivencia familiar como buena, pero sus padres refieren que en los últimos meses es tensa, con discusiones frecuentes. Él explica que en casa no cuenta sus cosas "por no estorbar".



Padece bronquitis de repetición en la infancia, lo que motivó múltiples atenciones en urgencias y que pasase mucho tiempo con su madre, generándose una relación de intenso apego (inseguro-ambivalente). Presentó ansiedad de separación, con muchas dificultades para adaptarse a la guardería. Lo describen como un niño aprensivo, miedoso y más bien introvertido. Pese a ello, en la actualidad acude al Instituto donde cursa un Ciclo formativo de grado medio, con buenos resultados académicos hasta que recientemente ha dejado de acudir a clase. Nunca ha dado problemas de comportamiento en el centro escolar y sus padres lo describen como un buen estudiante.

Mantiene un amigo desde la guardería al que está "muy pegado". Destacan como aficiones el deporte y la lectura, comenzando a salir con iguales a los 15 años. Al poco tiempo, empieza a salir con su novia, con la que establece relación de cierta dependencia. En este tiempo empieza a mostrarse desafiante en casa ante las normas. Después de dos años, rompen la relación, tendiendo al aislamiento tras la ruptura y es en este contexto en el que solicita ayuda: percibe presión por el entorno de ella, describe sensación de que la situación le sobrepasa, malestar y haberse "visto más solo". Ha presentado cambios bruscos de humor, irritabilidad... sobre todo en su casa. Además a veces, le rondan ideas de muerte, intensificándose en momentos en que, sin que identifique causa aparente, le invade una desagradable sensación de vacío y soledad.



Ante estos síntomas sugestivos de un episodio depresivo, se elaboró un plan terapéutico en el que se dio especial importancia a potenciar factores que favorecen la resiliencia frente al suicidio, ya que a través de ellos podemos, además, potenciar características positivas mejorando sus fortalezas para mantener una vida sana.

Factores a trabajar/favorecer

(en sesiones individuales, grupales, intervenciones familiares y contando con apoyo del centro educativo)

EL AUTOCONCEPTO POSITIVO: valoración (positiva) que hace el adolescente de sus propias habilidades, capacidades y actitudes

LA AUTORREGULACIÓN y la FLEXIBILIDAD COGNITIVA: capacidad de para responder adecuadamente a las exigencias del entorno, regulando los pensamientos y emociones para la consecución de sus objetivos

EL ESTILO ATRIBUCIONAL POSITIVO: proceso cognitivo mediante el cual las personas explican las situaciones que experimentan a lo largo de su vida

EL AUTOCONTROL EMOCIONAL en situaciones de conflicto o incomodidad. Aprendizaje de la identificación y manejo del enfado, la irritabilidad y la tristeza como emociones adaptativas en determinada intensidad

EL CONTROL DE IMPULSOS en situaciones de presión

EL SENTIDO DEL HUMOR, el OPTIMISMO DISPOSICIONAL (creencia de que el futuro depara más éxitos que fracasos) y la **EMPATÍA** (capacidad de ponerse fácilmente y con alta intensidad en el lugar de las personas que están a su alrededor)

La **ESPERANZA** y las **RAZONES PARA VIVIR**, focalizando en todos aquellos aspectos positivos de su etapa vital, para contrarrestar los efectos negativos de situaciones adversas

La **GRATITUD** junto a otras variables como la **AUTOESTIMA** o la **PERSEVERANCIA HACIA METAS** a pesar de la adversidad, producen efectos sinérgicos

Habilidades para **PEDIR APOYO y AYUDA INMEDIATA** normalizando el hecho de pedir ayuda en situaciones adversas. Es fundamental entrenar a padres y amigos cercanos para poder ofrecer apoyo social de tipo emocional, y no tanto de tipo instrumental (sentimientos de pertenencia, intimidad y confidencialidad, conductas de afecto y cuidado)

La **EXPRESIÓN DE EMOCIONES** y fomento de un ambiente cordial en la familia, donde exista una adecuada validación, contención y se planteen pautas eficaces para la gestión de conflictos

ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y ECOLÓGICOS: en el ámbito académico se deben incrementar las relaciones positivas con **compañeros y profesores**, más que sólo un alto rendimiento académico. Favorecer su re-vinculación al centro educativo, como activo de salud.

Aspectos a destacar:

- En lugar de poner énfasis en los factores negativos que pueden predecir quien va a sufrir un daño, nos centramos en buscar aquellos **factores positivos** que, a veces sorprendentemente y contra lo esperado, **protegen** al adolescente.
- A nivel de intervención, nos permite emprender acciones de promoción de la salud y la búsqueda de intervenciones o actividades que tiendan a **mejorar las condiciones de vida**, creando y mejorando fortalezas y afianzando características positivas.

BIBLIOGRAFÍA

- Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A. *Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes*. Papeles del Psicólogo, 2014. Vol. 35(2), pp. 181-192
- Grupo de Trabajo, *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*, Capítulo 9. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*; 2009.
- Gómez de Giraudo, M. T. *Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia*. Psicología y Psicopedagogía, 2000. ISSN en línea 1515-1182. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad del Salvador.

PO-165. Comorbilidad entre Trastorno Bipolar y Trastorno Límite de la Personalidad en la adolescencia.

Irene Ruiz Roselló, Carlos Castillo Flores

Presentación de caso clínico

Se trata de una chica de diecisiete años que comenzó a realizar psicoterapia con psicólogo privado a los doce. Fue derivada a consultas externas de psiquiatría infantil a los quince años por problemas conductuales tales como explosiones de ira, autolesiones en contexto de episodios de frustración, insomnio, terrores nocturnos..., con orientación diagnóstica de Trastorno Límite de la Personalidad. Tras tres meses de seguimiento con aparente mejoría clínica, requirió su primer ingreso hospitalario con diagnóstico al alta de Episodio afectivo mixto sin síntomas psicóticos. Ha realizado seguimiento posterior de forma irregular, con necesidad de precisar 3 ingresos más. Durante su evolución ha predominado la sintomatología mixta, disforia, desorganización del pensamiento, suspicacia y autorreferencialidad, interpretaciones delirantes, intentos autolíticos, episodios de agresividad y agitación intensos y consumo habitual de cannabis, todo añadido a la nula conciencia de enfermedad y muy escasa adherencia terapéutica. Su diagnóstico es de Trastorno Bipolar tipo I, Trastorno por consumo de cannabis y Rasgos de personalidad borderline.

Actualmente se encuentra en tratamiento desde Hospital de Día de adultos con inyectable de larga duración de palmitato de paliperidona de 150mg mensuales, ácido valproico a dosis de 1300mg al día dividido en tres tomas, 7 gotas de levomepromazina diarias y 50mg de sumial, con lo que se ha conseguido relativa estabilidad clínica de su patología de base.

A continuación he realizado una revisión bibliográfica de la comorbilidad del Trastorno Bipolar con los tres ejes diagnósticos, mostrando especial interés con los Trastornos Límites de la Personalidad, su relación con la severidad clínica del cuadro y la hipótesis de modelo de estadios como etapa evolutiva.

Comorbilidad entre Trastorno Bipolar y Trastorno Límite de la personalidad en la adolescencia: a propósito de un caso.

Irene Ruiz Roselló, Carlos Castillo Flores, José Luis Ortega Torés, Silvia Parra Bru, Cristina Jaume Batle, Yaiza Crespo Urfia, Iluminada Raja López, Paula Moreno Merino.
Servicio de Psiquiatría del Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Introducción

La comorbilidad psiquiátrica consiste en la concurrencia de dos o más trastornos mentales en un mismo paciente (Klerman 1990).

Feinstein fue el primero en utilizar el término "comorbilidad", Kraepelin (1909) ya hablaba en sus textos de "psicosis combinada" mientras K. Jaspers más tarde (1973) defendía que "todas las señales de la enfermedad fueran incluidas bajo un único diagnóstico." Actualmente, en el DSM V y la CIE-10, la comorbilidad es la regla y no la excepción. Este concepto ha crecido enormemente, se habla incluso de "un parásito" del moderno sistema diagnóstico.

El trastorno bipolar se asocia a un alto grado de comorbilidad. En el caso que vamos a presentar se trata de comorbilidad con un trastorno de personalidad, especialmente frecuente con un Ratio entre 29-48% y con una preponderancia aun más importante con el **clúster B** (y menor frecuencia con el C).

Material y método

Se trata de la exposición de un caso clínico que realizó seguimiento desde el servicio del Instituto Balear de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia (IBSMIA), y en la actualidad acude a Hospital de Día de Psiquiatría de Son Llàtzer.

Exposición del caso

•La paciente es una mujer menor, de 17 años y 4 meses, que es derivada a HDD de Psiquiatría de HSLL para seguimiento. Se encontraba en seguimiento de forma irregular en IBSMIA desde Septiembre 2012, habiendo precisado 3 ingresos previos en dicha unidad.

Los diagnósticos que se habían manejado hasta entonces eran:

- Trastorno Bipolar tipo I
- Rasgos de personalidad disfuncionales clúster B (tipo límite)
- Trastorno por consumo de cannabis
- Trastorno Disfórico Premenstrual

•Los **antecedentes familiares** que presentaba eran los siguientes:

- **Mamá:** Trastorno Bipolar diagnosticada desde 2004 (41 años). Debut con depresión tratada con clomipramina hasta aparición de fase maníaca. Ha requerido 3 ingresos UHB por intentos autolíticos. Actualmente estable y en seguimiento psiquiátrico.
- **Padre:** síndrome ansioso-depresivo que ha estado en tratamiento farmacológico, no en la actualidad. Carácter estricto y crítico.
- **Hermana:** múltiples ingresos en clínica privada por episodios depresivos e ideación autolítica.

•Como **antecedentes médicos personales:**

- Síndrome del Ovario Poliquístico
- IVE en julio 2012.
- Hábitos tóxicos: consumo cannabis y alcohol de forma ocasional.

•**Evolución de la enfermedad:**

- **Visita de acogida en IBSMIA (Septiembre 2012)** a sus 15 años. Derivada por **problemas de conducta** a petición de los padres. Había estado en psicoterapia con psicólogo privado. Se orientó el diagnóstico de TLP, había tomado paliperidona, sertralina y paroxetina. Presentaba **explosiones exageradas** ante mínimos límites, **autolesiones** en contexto de discusiones. Ideas de muerte sin ideación autolítica estructurada. Asimismo, insomnio y ansiedad desde hacía 2 meses. Se inicio tratamiento farmacológico con escitalopram 10mg. Mejoría posterior con este tratamiento, e inicio de seguimiento por psicología

- **1º Ingreso UHB (Nov-Dic 2012; 21 días)** tras alteraciones conductuales de 10 días de evolución con insomnio global. Se mostraba verborreica, con discurso circunstancial, lábil, disfórica, con ansiedad fofante con componente conductual, autorreferencial sin ideas delirantes. No auto/heteroagresividad. El diagnóstico al alta fue de **Episodio afectivo mixto sin síntomas psicóticos**. Se inicio tratamiento con risperidona 2,5mg y clonazepam 1,5mg al día.

- **2º Ingreso UHB (Octubre-Noviembre 2013; 36 días)** debido a gran irritabilidad, ansiedad y agresividad. Evidencia de **rascados intensos con escoriaciones en EESS**. Vivencia distorsionada de la realidad. Suspiciosa. Disfórica. Presión al habla y verborrea. Taquipsiquia. Fuga de ideas. Nula conciencia de enfermedad. Se diagnostica de **Trastorno Bipolar con síntomas mixtos**. Rasgos de TLP. Se inicia palmitato de paliperidona 75mg c/30d; ácido valproico 500mg (0-0-2); escitalopram 10mg 1-0-0; diazepam 5mg (0-0-1). Deprogovera IM. Tras este ingreso, la paciente abandona el seguimiento y empieza un periodo de consumo diario de cannabis. Inicia tratamiento en clínica privada.

- **3º Ingreso UHB (Septiembre 2014; 23 días)** Derivada de clínica privada por "imposibilidad de control en su institución" y agresión a personal en contexto de descompensación psicótica. Se encontraba en seguimiento por psiquiatra privado y enfermera que le ofrecían cannabis como "medida terapéutica". Ingresó a mediados de agosto en clínica privada para desintoxicación, donde se retiró la medicación para "confirmar diagnóstico". El diagnóstico al alta fue **Trastorno Bipolar tipo I, episodio maníaco con características mixtas**. Trastorno por consumo de cannabis. Rasgos de personalidad borderline. Tratamiento: palmitato de paliperidona 100mg c/30d; ácido valproico retard (500-300-500); olanzapina 2,5mg (1-1-1); quetiapina prolina (0-0-1). Se deriva a Hospital de Día de adultos.

- Actualmente se encuentra en tratamiento desde Hospital de Día de adultos con palmitato de paliperidona 150mg IM mensuales, ácido valproico a dosis de 1300mg al día dividido en tres tomas, 7 gotas de levomepromazina diarias y 50mg de sumal.

Conclusiones

En un primer momento, la paciente se orientó como trastorno límite de la personalidad dado los problemas conductuales que presentaba, tales como explosiones de ira, autogestiones en contexto de baja tolerancia a la frustración, inestabilidad emocional, etc. Posteriormente, tras meses de evolución y requiriendo ingresos hospitalarios por sintomatología psicótica y maníaca, se diagnosticó de Trastorno Bipolar con rasgos de personalidad borderline.

Cabe destacar ciertos factores de riesgo implicados en este caso, como diagnóstico de trastorno mental grave con rasgos borderline de personalidad, consumo de THC, factores familiares (relaciones familiares conflictivas, madre también con Trastorno Bipolar, hermana con graves gestos autolíticos) que están relacionados con la conducta suicida y el pronóstico de ésta.

Referencias

- Barcollet S; Vohringer PA; Ghaemi SN. Borderline versus bipolar: differences matter. Acta Psychiatr Scand. 2013 Nov;128(5):385-6.
- Paris J. Borderline personality and bipolar disorder: the limits of phenomenology. Acta Psychiatr Scand. 2013 Nov;128(5):384.
- Elisei S; Anastasi S. The continuum between Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. Psychiatr Danub. 2012 Sep; 24 Suppl 1: S143-6.
- Zimmerman M et al. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. Dialogues Clin Neurosci. Jun 2013; 15(2): 155-169.
- Sergio Apfelbaum et al. La comorbilidad del trastorno bipolar con trastornos de la personalidad tipo B como indicador de severidad clínica y desregulación afectiva. Actas Esp Psiquiatr. 2013;41(5):269-78

PO-167. Conducta suicida. Sobreviviente ante el suicidio

Paloma Cano Ruiz, Alicia Gómez Peinado, Silvia Cañas Fraile

Introducción

La conducta suicida produce la muerte de un millón de personas al año en todo el mundo. Se estima que la conducta suicida no mortal es del orden de 25 a 50 veces más frecuente. El descubrir formas de identificar a los individuos con riesgo, es una meta de la salud pública clave. Un factor de riesgo esencial tanto en la tentativa como en el suicidio consumado; es un antecedente previo de conducta suicida.

Se ha constatado una asociación positiva entre el nivel de psicopatía y los intentos de suicidio, así como cierto nivel de comorbilidad entre la psicopatía y otros trastornos mentales.

Objetivos

1. Describir mediante un caso clínico la relación entre conducta suicida y TLP, así como su asociación a otras patologías psiquiátricas.
2. Conocer la relación entre psicopatía y suicidio.

Método

Descripción de un caso clínico con múltiples antecedentes de intentos autolíticos graves siendo diagnosticado de trastorno límite de la personalidad y trastorno esquizoafectivo.

Conclusiones

El suicidio o conducta suicida es uno de los principales síntomas en el paciente con TLP, siendo una de las principales preocupaciones dada la alta tasa de mortalidad, requiriendo por tanto un tratamiento multidisciplinar e intensivo, siendo una de las principales causas de derivaciones hacia modelos de intervención más contenedores. Se estima que la tasa de suicidio en pacientes con TLP es de 9% aunque las tentativas suicidas ascienden hasta el 70%.

-Las personalidades antisociales se vinculan a la conducta suicida, mientras que aquellos relativos a la pobreza emocional no muestran relación con ella.

Bibliografía

Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. Maria A. Oquendo^{1,2} and Enrique Baca-Garcia. World Psychiatry. Volume 13, Issue 2, pages 128-130, June 2014.

Rev Esp Sanid Penit 2013; 15: 3-7 L Negrodo, F Melis, O Herrero. Psychopathy and suicidal behaviour in a sample of mentally disordered offenders. Selva, G. Bellver, F y Carabal, E "Epidemiología del TLP".



PO-167

CONDUCTA SUICIDA.

Sobreviviente ante el suicidio

VI ENCUENTROS
EN PSIQUIATRÍA
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PSIQUIATRÍA

Autores: Cano Ruiz, P*¹; Gómez Peinado, A*, Cañas Fraile, S*,
*Médico residente. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA)

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida produce la muerte de un millón de personas al año en todo el mundo. Se estima que la conducta suicida no mortal es del orden de 25 a 50 veces más frecuente. El descubrir formas de identificar a los individuos con riesgo, es una meta de la salud pública clave. Un factor de riesgo esencial tanto en la tentativa como en el suicidio consumado; es un antecedente previo de conducta suicida (1).

La literatura empírica ha constatado una asociación positiva entre el nivel de psicopatía y la presencia de intentos de suicidio, así como cierto nivel de comorbilidad entre la psicopatía y otros trastornos mentales (2).

OBJETIVOS

- 1-Describir mediante un caso clínico la relación entre conducta suicida y TLP, así como su asociación a otras patologías psiquiátricas.
- 2-Conocer la relación entre psicopatía y suicidio.

MÉTODO

Se trata de un varón de 35 años soltero y sin hijos, con antecedentes de seguimiento en salud mental de más de 15 años de evolución por alteraciones conductuales graves con múltiples de intentos autolíticos (IA).

Dentro de su psicobiografía consta un primer *intento autolítico* mediante precipitación desde un 2º piso en con la edad de 20 años. Durante años posteriores realiza varios ingresos en la UHB de Albacete por predominar *inestabilidad afectiva, intolerancia a la frustración, autorreferencialidad y nula capacidad para planificar a medio-largo plazo*. Tras 6 años de seguimiento y abordaje en diferentes dispositivos de la red, realiza otro IA por defenestración desde el domicilio familiar. Dos años después un tercer IA mediante defenestración desde un 9º piso, sin llegar a fallecer precisando de una larga recuperación y presentando secuelas físicas tras el mismo.

Tras éste suceso continuas atenciones por urgencias donde predominaba *actitud psicopática y gran inestabilidad emocional*, requiriendo ser derivado a diferentes dispositivos para realizar una bordaje más estrecho (UME, HD) sin obtenerse cambio pese a los diferentes abordajes y tratamientos psicofarmacológicos utilizados. Durante el siguiente año el paciente acumula un total de 11 ingresos en la UHB por *sobreingestas farmacológicas, conductas auto/heteroagresivas, descompensaciones afectivas y problemática legal secundaria*.

Debido a los reiterados fracasos terapéuticos de alternativas intermedias, el escaso apoyo socio-familiar y las conductas disruptivas del paciente así como la continuidad de IA graves se solicita centro de larga estancia donde permanece hasta la actualidad.

CONCLUSIONES

-El suicidio o conducta suicida es uno de los principales síntomas en el paciente con TLP, siendo una de las principales preocupaciones dada la alta tasa de mortalidad, requiriendo por tanto un tratamiento multidisciplinar e intensivo, siendo una de las principales causas de derivaciones hacia modelos de intervención más contenedores. Se estima que la tasa de suicidio en pacientes con TLP es de 9% aunque las tentativas suicidas ascienden hasta el 70% (3)

-Distintos trabajos realizados en muestras penitenciarias señalan que los aspectos relativos a la impulsividad y la desinhibición de las personalidades antisociales se vinculan a la conducta suicida, mientras que aquellos relativos a la pobreza emocional no muestran relación con ella.

También diferentes estudios apoyan que esta relación parece ser también válida en personas que sufren una patología psiquiátrica, independientemente del riesgo de suicidio que pueda ir aparejado a esta condición.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Suicidal behavior disorders as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. Maria A. Oquendo^{1,2} and Enrique Baca-García. *World Psychiatry*, Volume 13, Issue 2, pages 128–130, June 2014.
- (2) *Rev Esp Salud Pública* 2013; 15: 37-1. Negrodo F, Melis O, Herreo. Psychopathy and suicidal behaviour in a sample of mentally disordered offenders.
- (3) Selva G, Belver F, y Carbal E. *Epidemiología del TLP*. En: G. Cervera, G. Haro y J. Martínez-Raga. *Trastorno límite de personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2005.

PO-168. Inflamación y citocinas: biología del suicidio.

*Ana Fructuoso Castellar, Alberto Miranda Sive-
lo*

Introducción

La inflamación podría representar un mecanismo habitual en la patofisiología de los trastornos neuropsiquiátricos. Presentamos el caso de una paciente en la cual suponemos una implicación del sistema inmunológico en el desarrollo de su depresión con aparición de conducta suicida.

Objetivos

Ampliar el conocimiento de los trastornos neuropsiquiátricos inducidos por mecanismos inflamatorios (citocinas).

Material y métodos

Se realiza una revisión bibliográfica extensa sobre el tema, además de un análisis detallado del caso objeto de estudio.

Resultados

Presentamos el caso de una paciente de 38 años, con antecedentes familiares de trastorno afectivo mayor y con una personalidad armónica, normofuncionante y adaptativa, sin antecedentes psiquiátricos previos; diagnosticada de Linfoma de Hodgking de tipo nodular, en la que se inició protocolo ABVD de quimioterapia por el Servicio de Oncología. La paciente, que había aceptado muy bien el diagnóstico, manifiesta, a los dos meses de

empezar la quimioterapia: anhedonia, apatía, abulia, anergia, mejoría vespertina (polo matutino), ánimo deprimido, insomnio de mantenimiento (despertar precoz), hiporexia, abandono de su cuidado personal, clinofilia, ideación autolítica (dejarse morir) y conductas de tipo suicida (intento de defenestración). Los síntomas cedieron al finalizar el protocolo, observándose, durante su ingreso en la UHB de psiquiatría, una clara secuencia temporal de la sintomatología en relación al tratamiento.

Discusión

Dosis estándar de quimioterapia se asocian a incrementos en los niveles de citocinas. Se ha observado en pacientes con depresión mayor un aumento de citocinas pro-inflamatorias que acceden al SNC e interaccionan con el metabolismo de los neurotransmisores y la función neuroendocrina. Las alteraciones inmunes provocadas por las citocinas inducen cambios en la sustancia blanca cerebral (neuroplasticidad) que se han asociado con la etiología de la depresión y a la aparición de conducta suicida.

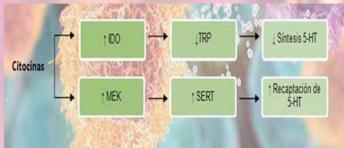
INFLAMACIÓN Y CITOCINAS: BIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Fructuoso Castellar, Ana; Miranda Sivelo, Alberto; Servicio de Psiquiatría.
Complejo Asistencial Universitario de Palencia

INTRODUCCIÓN

La inflamación podría representar un mecanismo habitual en la patofisiología de los trastornos neuropsiquiátricos. Presentamos dos casos de nuestra consulta en los cuales existiría una implicación del sistema inmunológico en el desarrollo de los síntomas depresivos, pretendemos profundizar en los aspectos psiconeuroinmunológicos de la depresión y en sus implicaciones prácticas.

CAMBIOS METABOLISMO SEROTONINA INDUCIDOS POR CITOCINAS



CAMBIOS METABOLISMO DOPAMINA INDUCIDOS POR CITOCINAS



CASO CLÍNICO: QUIMIOTERAPIA ABVD

Paciente de 38 años, con antecedentes familiares de trastorno afectivo mayor, sin antecedentes psiquiátricos previos; diagnosticada de Linfoma de Hodgkin de tipo nodular, en la que se inició quimioterapia según protocolo ABVD (adriamicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina) por el Servicio de Oncología. La paciente, que había aceptado muy bien el diagnóstico, comienza con la siguiente sintomatología a los dos meses de empezar la quimioterapia: anhedonia, apatía, anergia, ánimo deprimido con mejoría vespertina, insomnio de mantenimiento, hiporexia, abandono de su cuidado personal, clinofilia, ideación autolítica (dejarse morir) y conductas de tipo suicida (intento de defenestración). TAC cerebral normal. En los test realizados (Millon, Rorschach) no se detectan alteraciones de la personalidad y sí síntomas de trastorno depresivo mayor. Realizamos diagnóstico de trastorno depresivo mayor. Fueron precisos dos ingresos en Unidad de Agudos de Psiquiatría pues la clínica no mejoraba a pesar de dosis altas de antidepressivos en combinación (venlafaxina, mirtazapina, imipramina). Los síntomas cedieron al finalizar el protocolo de QT, observándose una clara secuencia temporal de la sintomatología en relación al tratamiento.

APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Existiría un subgrupo de pacientes con trastorno depresivo resistente con inflamación incrementada (biomarcadores inflamatorios elevados de forma basal) que respondería al antagonismo de las citocinas
- Primeros pasos en la personalización de la terapia antidepressiva: detección de biomarcadores inflamatorios que identificarían pacientes que responderían únicamente a terapias con dianas de carácter inmune
- Los antidepressivos podrían utilizarse como tratamiento en enfermedades inflamatorias donde el TNF- α sea importante en su patogenia
 - Hasta el momento se ha utilizado bupropión en series de casos y casos aislados en:
 - Psoriasis
 - Dermatitis atópica
 - Enfermedad de Crohn
 - Ulceras orales recurrentes
 - Hepatitis B

DISCUSIÓN

- ✓ Tanto el tratamiento con Interferón- α (citocina pro-inflamatoria) como la quimioterapia, producirían una alteración en los circuitos cerebrales mediada por citocinas.
- ✓ Se conoce que dosis estándar de quimioterapia se asocian a incrementos en los niveles de citocinas. La adriamicina se ha asociado con aumento de los niveles de TNF- α en modelos animales.
- ✓ Se ha observado en pacientes con depresión mayor un aumento de citocinas pro-inflamatorias que acceden al SNC e interaccionan con el metabolismo de los neurotransmisores y la función neuroendocrina.
- ✓ Las alteraciones inmunes provocadas por las citocinas inducen cambios en la sustancia blanca cerebral (neuroplasticidad) que se han asociado con la etiología de la depresión.
- ✓ La investigación en psiconeuroinmunología debe permitir identificar nuevas vías fisiopatológicas que revelen dianas neurobiológicas para el desarrollo de nuevos fármacos.

Bibliografía:

- ✓ Linking the cytokine and neurocircuitry hypotheses of depression: A translational framework for discovery and development of novel anti-depressants. *Brain, Brain, Behavior, and Immunity* 24 (2010) 515-524
- ✓ Mechanisms of Cytokine-Induced Behavioral Changes: Psychoneuroimmunology at the Translational Interface Norman. *Brain Behav Immun*. 2009 February ; 23(2): 149-158. doi:10.1016/j.bbi.2008.08.006.



PO-169. Valoración del riesgo de suicidio mediante técnicas de neuroimagen.

Ana Fructuoso Castellar, Ángeles López López, Ángela Bernabéu Sanz

Introducción

La Espectroscopia por RM constituye una herramienta de incuestionable utilidad en el estudio bioquímico de los tejidos. Mediante esta metodología se ha pretendido evaluar la existencia de anomalías metabólicas en diferentes áreas cerebrales y comprobar si los cambios metabólicos descritos se correlacionan con las variables clínicas.

Objetivos

Exponer, a partir de un caso clínico, la aplicación de novedosas técnicas de neuroimagen, capaces de prevenir la comisión de actos violentos y la aparición de conductas de tipo suicida.

Material y métodos

Planteamos realizar un estudio completo mediante el cálculo y análisis de imágenes moleculares obtenidas mediante espectroscopia por resonancia magnética, con fines pronósticos. Para ello, presentamos el caso clínico de una paciente que ha permanecido estable, durante varios años en nuestro centro, a pesar de presentar mala respuesta al tratamiento. Durante los últimos meses, realiza múltiples intentos autolíticos muy graves, cuya prevención y abordaje, suponen un reto para los profesionales.

Resultados

Se observó que la paciente presentaba una disminución de la sustancia blanca, con pérdida de las conexiones, a nivel de la corteza prefrontal anterior y en el lóbulo temporal izquierdo. Los resultados metabólicos mostraron cambios significativos en las cuatro regiones muestreadas encontrándose diversos resultados en función de la localización y del cociente metabólico. Estas alteraciones, podrían explicar sus repentinas alteraciones de conducta.

Conclusiones

Realizar una valoración temprana mediante los exámenes complementarios adecuados, y en especial, mediante pruebas de neuroimagen funcional, podría contribuir a prevenir el riesgo de suicidio, así como ayudar a escoger el tratamiento farmacológico más adecuado, evitando la aparición de efectos adversos indeseables, en determinados pacientes.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO MEDIANTE TÉCNICAS DE NEUROIMAGEN

Fructuoso Castellar, Ana¹, López López, Angeles¹, Bernabeu Sanz, Angela¹, Briones Perona, Antonio¹,¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia;
²Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Fontcalent, Alicante,³Hospital Internacional Medimar de Alicante

INTRODUCCIÓN

La **Espectroscopia** por RM constituye una herramienta de incuestionable utilidad en el estudio bioquímico de los tejidos. Mediante esta metodología se ha pretendido evaluar la existencia de anomalías metabólicas en diferentes áreas cerebrales y comprobar si los cambios metabólicos descritos se correlacionan con las variables clínicas.

Los **lóbulos frontales** intervienen en la actividad motora aprendida y en la organización de la conducta expresiva. En el hemisferio dominante, el área parietal inferior procesa las funciones matemáticas y está íntimamente relacionada con el reconocimiento del lenguaje y con la memoria para las palabras.

El **lóbulo parietal** no dominante integra la relación de la parte izquierda del cuerpo con su entorno. En este trabajo, realizamos un estudio completo mediante el cálculo y análisis de imágenes moleculares obtenidas mediante **espectroscopia** por resonancia magnética, con fines pronósticos.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una paciente con diagnóstico de TLP con buena respuesta al tratamiento, que ha permanecido estable durante varios años en nuestro centro. Sin embargo, durante los últimos meses, realiza **múltiples intentos autolíticos** muy graves, cuya prevención y abordaje, suponen un reto para los profesionales. En el último de ellos, habiendo negado la paciente ideas autolíticas, se quemó "a lo bonzo", precisando ingreso y seguimiento por la Unidad de Quemados del Hospital La Fe de Valencia por las graves lesiones que presenta. En la exploración psicopatológica de la paciente, destacaba la indiferencia afectiva posterior a la comisión de los intentos autolíticos, con nula crítica de lo acontecido y quejas inespecíficas y superficiales ("me encuentro gorda"), distriabilidad, conductas regresivas y desafiantes y escasa conciencia de problema.

RESULTADOS

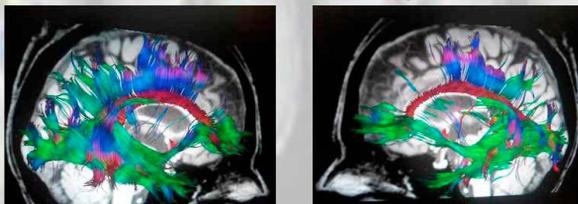
El análisis espectroscópico realizado en ambas localizaciones ha mostrado únicamente valores cociente del NAA significativamente inferiores a los valores esperados para la edad del paciente. Teniendo en cuenta que el NAA constituye un marcador de la integridad de la funcionalidad neuronal/axonal consideramos que estos resultados sugerirían la existencia de afectación de significatividad de la funcionalidad neuronal/axonal a nivel frontal y parietal bilateral. No hemos evidenciado gliosis patológica asociada. Tampoco hemos observado presencia de lípidos móviles significativos o ácido láctico resultado que descartaría la existencia de fenómenos inflamatorios, infecciosos, desmielinizantes, necróticos o isquémicos en las áreas estudiadas en el momento actual. En el lóbulo frontal observamos valores cociente del Glutamato-Glutamina ligeramente elevados, resultado que podría sugerir un ligero aumento de la actividad sináptica a dicho nivel. En el lóbulo parietal no ha sido posible cuantificar los valores de Glutamato y Glutamina.

	Lóbulo frontal	Lóbulo parietal
NAA/Cr	1.13	1.2
Cho/Cr	0.93	0.71
mIno/Cr	0.88	0.62
Glx/Cr	2.44	---
Lip-Lac/Cr	0	0

Valores extraídos de la cuantificación espectral

NAA/Cr: *N*-acetil aspartato. Marcador de la funcionalidad neuronal/axonal.
Cho/Cr: *Ch*olina. Marcador de membranas celulares.
mIno/Cr: *M*ioinositol. Marcador de densidad glial.
Lip/Cr: *L*ípidos. Marcador de fenómenos de necrosis.
Lac: *L*actato. Aumento patológico en procesos inflamatorios, isquemia.

Pérdida bilateral de conexiones frontales y parietales



CONCLUSIONES

- 1.- El análisis espectroscópico fue sugerente de afectación de significatividad de la funcionalidad neuronal/axonal en ambos lóbulos frontales y parietales.
- 2.- Los pacientes con una gran **lesión frontal** basal se encuentran apáticos, inatentos, indiferentes a los estímulos y a las consecuencias de sus actos y a veces incontinentes. Aquellos con lesiones anterolaterales o del polo frontal tienden a rechazar las consecuencias de su comportamiento y suelen estar distraídos, eufóricos, y a menudo vulgares e indiferentes a las normas sociales, como en el caso de nuestra paciente. La **lesión aguda del lóbulo parietal** no dominante puede alterar la conciencia del lado izquierdo del cuerpo y el reconocimiento de la naturaleza grave de la lesión por el propio paciente (anosognosia). Encontramos todas estas manifestaciones en nuestra paciente, de modo que la clínica es compatible con las alteraciones en la neuroimagen.
- 3.- Realizar una valoración temprana mediante los exámenes complementarios adecuados, y en especial, mediante pruebas de neuroimagen funcional, podría contribuir a prevenir el riesgo de suicidio, así como ayudar a escoger el tratamiento farmacológico más adecuado, evitando la aparición de efectos adversos indeseables, en determinados pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Endofenotipos y conductas suicidas, L. Jimenez-Treviño, et al., Actas Esp Psiquiatr 2011;39(1):61-9
- Estudios de neuroimagen en el trastorno límite de la personalidad, K. Tajima, et al.; Actas Esp Psiquiatr 2009;37(3):123-127



PO-170. Bipolaridad, suicidio y arte: a propósito de Robert Schumann.

Yolanda Lázaro Pascual, Idir Mesián Pérez, Ana Pérez Tejada, Sandra Rubio Corgo, José Rodríguez Quijano, Germán Strada Herrera, Luis Olivares Gerechter, Aurelia Matas Ochoa, Sara González Vives, Rafael A. Baena Mures.

Introducción

Mientras que por un lado el trastorno bipolar se considera la patología psiquiátrica con mayor riesgo de suicidio, por otro ha sido relacionado desde la Antigüedad con la capacidad artística y creadora. Estudios recientes confirman la prevalencia más alta de trastornos afectivos así como de suicidio consumado en los artistas.

Objetivos

Examinar la interrelación de bipolaridad, arte y suicidio a través de la biografía de Robert Schumann.

Resultados

Como factores de riesgo de suicidio en la bipolaridad se han descrito el debut temprano, el tipo de primer episodio - más riesgo si es de tipo depresivo-, la clínica mixta, acontecimientos vitales traumáticos, tentativas previas e historia familiar de trastornos afectivos y suicidología. Sin embargo, sintomatología maniforme como la hipervigilia, el aumento de la capacidad cognitiva con mayor velocidad de procesamiento mental así como las hiperesencias podrían favorecer el proceso creativo.

Conclusiones

Robert Schumann es un ejemplo paradigmático de esta asociación. Principal representante del Romanticismo, su primera descompensación psicopatológica tuvo lugar en la adolescencia en forma de episodio depresivo, desencadenado por la muerte de su padre - afectado de un probable trastorno bipolar- y el suicidio de su hermana. Su primer intento de suicidio tuvo lugar a los 23 años, mediante defenestración, que nuevamente protagonizó a los 43 años tirándose al Rhin. Un primo paterno había fallecido por suicidio. Durante sus fases maníacas, existió un aumento notable de su producción musical, de extraordinaria complejidad técnica. El último período de su vida lo pasó en un asilo, acelerando en última instancia su propia muerte mediante la inanición, preso de un episodio depresivo grave.

Bibliografía

Kyaga S, Landén M, Boman M, Hultman C, Långström N, Lichtenstein P. Mental illness, suicide and creativity: 40 Year prospective total population study. *Journal of Psychiatric Research*. 2013; 47(1):83-90.

PO-171. Retrato de un escritor bipolar: Hemingway.

Rafael Ángel Baena Mures, Luz Rubio Mendoza, Ana Pérez Tejeda, Idir Mesión Pérez, Sandra Rubio Corgo, José Rodríguez Quijano, Luis Olivares Gerechter, German Strada Herrera, Aurelia María Matas Ochoa, María Dolores Saiz González, Yolanda Lázaro Pascual.

Introducción

Ernest Hemingway representa uno de los grandes escritores del siglo XX. Reconocido a nivel mundial por los múltiples premios que recibió a lo largo de su vida como el Pulitzer y el premio Nobel de Literatura. Pero su vida de grandes éxitos está marcada por una enfermedad física que le atormenta (hemocromatosis), el alcohol, un posible trastorno bipolar y grandes conflictos intrapsíquicos que le llevan al suicidio.

Objetivos

Realizar una revisión acerca de la vida de Hemingway y determinar qué factores pudieron favorecer que el escritor decidiese poner fin a su vida mediante el suicidio.

Resultados

En sus biografías publicadas y en la mayoría de sus obras, Hemingway relata con gran frialdad y con múltiples detalles su vida intrapsíquica y la gran cantidad de conflictos que le atormentaban. El abuso de alcohol, la presencia a lo largo de su vida de episodios depresivos graves con síntomas psicóticos y la historia familiar de suicidio pueden ayudarnos a comprender con mayor claridad el final de la vida de Hemingway.

Conclusión

Varias son las piezas claves para entender los entresijos de la vida de Hemingway: el trastorno bipolar, el uso comórbido de alcohol, su enfermedad física y la historia familiar de suicidio nos ayudan a comprender mejor la vida del escritor.

Bibliografía

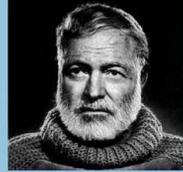
- Castillo-Puche, José Luis (1968). Hemingway, entre la vida y la muerte. Ediciones Destino.
- Meyers, Jeffrey. (1985). Hemingway: A Biography. New York: Macmillan.
- Kert, Bernice. (1983). The Hemingway Women. New York: Norton.

Retrato de un escritor bipolar: Hemingway

Baena R¹, Lázaro Y¹, Mesán I., Pérez A.¹, Rubio S.¹, Olivares L.¹, Strada G.¹, Rodríguez J.¹, Matas A.¹, Saiz M.D.¹, Rubio L.¹
¹Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos (Madrid)

Introducción

Ernest Hemingway representa uno de los grandes escritores del siglo XX. Reconocido a nivel mundial por los múltiples premios que recibió a lo largo de su vida como el Pulitzer y el premio Nobel de Literatura. Pero su vida de grandes éxitos esta marcada por una enfermedad física que le atormenta (hemocromatosis), el alcohol, un posible trastorno bipolar y grandes conflictos intrapsíquicos que le llevan al suicidio.



Objetivos

Realizar una revisión acerca de la vida de Hemingway y determinar que factores pudieron favorecer que el escritor decidiese poner fin a su vida mediante el suicidio.

Resultados

En sus biografías publicadas y en la mayoría de sus obras, Hemingway relata con gran frialdad y con múltiples detalles su vida intrapsíquica y la gran cantidad de conflictos que le atormentaban. El abuso de alcohol, la presencia a lo largo de su vida de episodios depresivos graves con síntomas psicóticos y la historia familiar de suicidio pueden ayudarnos a comprender con mayor claridad el final de la vida de Hemingway.



Conclusiones

Hemingway no es sólo un gran escritor, sino que para el psiquiatra, y en particular para los psicoanalistas es una prodigiosa "vida" para el análisis. Tras su imagen de grandiosidad que trató de proyectar a lo largo de su vida, surge de su interior y de su identidad central experimentada como baja y mala. Trata de reforzarse a sí mismo, con "grandes proezas" físicas, un excesivo consumo de alcohol y dotando a su yo interior de grandes episodios de perturbación de la vida intrapsíquica, varios episodios depresivos graves con sintomatología psicótica y que precisaron el internamiento psiquiátrico y la administración de varias sesiones de electrochoque. Una vez vencido su "impulso de vida" Hemingway decidió poner fin a su vida al igual que lo hizo su padre poniendo fin a su vida con un arma de fuego. El mismo final que más tarde, su hermana tuvo que hacer. Fue la acción que ninguno de los héroes de Hemingway había llevado a cabo nunca. No fue la muerte que habríamos deseado para este hombre que, a la edad de veinte años, escribió a su padre: «y cuanto mejor morir durante el período feliz de la juventud no desilusionada, extinguirse cubierto de luz, que tener tu cuerpo agotado y viejo y las ilusiones hechos añicos».

Bibliografía

Castillo-Puche, José Luis (1968). *Hemingway, entre la vida y la muerte*. Ediciones Destino
Meyers, Jeffrey. (1985). *Hemingway: A Biography*. New York: Macmillan
Kert, Bernice. (1983). *The Hemingway Women*. New York: Norton.

PO-172. Ideación suicida en patología dual: una aproximación diferente.

Antonio España Osuna, M^a Catalina Fernández Pérez, Miguel Ortigosa Luque.

Presentación de caso clínico

Paciente con empeoramiento anímico, impulsividad, imposibilidad de control en ámbito familiar e ideación autolítica con dudas acerca de la capacidad de autocontrol. Atribuye su empeoramiento a sensación de soledad aumentada y reciente concesión de la jubilación por enfermedad lo que ha mermado su autoestima.

Antecedentes personales. Crisis convulsivas por abstinencia a benzodiazepinas con rabdomiolisis e insuficiencia renal. Hepatitis C. Ha tenido varios ingresos psiquiátricos previos con diagnósticos de trastorno de control de impulsos, trastorno adaptativo y consumo de tóxicos (heroína y cannabis). No ha tenido intentos autolíticos previos.

Pruebas complementarias. Analíticas: aumento de la bilirrubina y transaminasas. El triaje a tóxicos es positivo a benzodiazepinas, cannabis y opiáceos. Abordaje psicoterapéutico. Terapia narrativa y Psicoterapia psicodinámica de orientación junguiana. Ausencia de apriorismos iniciales con disponibilidad e implicación del terapeuta. Trabajo con sueños y simbólico de elementos aportados por el paciente: dibujos de terapia ocupacional y de imagen de superación manifestada en tatuaje de la "carpa koi". Trabajo con sueños.

Evolución clínica. Muy buena en un periodo de dos semanas. El paciente abandonó consumo de todo tipo de

tóxicos y mantiene abstinencia actual acudiendo a centros de drogodependencias con regularidad así como a equipos de salud mental correspondientes. La relación con los padres ha mejorado y continúa con trabajo a través de la pintura habiendo realizado varias colaboraciones a ese respecto.

Comentario. La patología dual constituye un reto para la Psiquiatría por su dificultad de tratamiento y frecuentes recidivas. Tampoco existen tratamientos claramente válidos al respecto. El abordaje psicoterapéutico debe de estar abierto a las características del paciente, la formación del terapeuta y la disponibilidad y circunstancias del dispositivo en el que ejercemos nuestra labor.



”IDEACIÓN SUICIDA EN PATOLOGÍA DUAL: UNA APROXIMACIÓN DIFERENTE.“

Antonio España Osuna¹, Cati Fernández Pérez², Miguel Ortigosa Luque³

1. Psiquiatra, Unidad de Hospitalización de Psiquiatría, HORT. 2. Enfermera, UBEI, Mancha Real, Jaén. 3. Psiquiatra USMC Alcala.

CASO CLÍNICO:

1. Motivo de consulta. -Empeoramiento anímico, impulsividad, imposibilidad de control en ámbito familiar e ideación autolítica con dudas acerca de la capacidad de autocontrol.

2. Enfermedad actual. -El paciente solicita ingreso voluntario porque se encuentra muy triste, tiene ideas de suicidio, ha consumido cannabis y mantiene dificultades relacionales familiares. Atribuye su empeoramiento a sensación de soledad aumentada y reciente concesión de la jubilación por enfermedad lo que ha mermado su autoestima.

3. Antecedentes personales 3.1. Médicos. Intolerancia a la lactosa. Crisis convulsivas por abstinencia a benzodiazepinas con rambomolis e insuficiencia renal. Hepatitis C.
3.2. Psiquiátricos. Ha tenido varios ingresos psiquiátricos previos con diagnósticos de trastorno de control de impulsos, trastorno adaptativo y consumo de tóxicos (heroína y cannabis). Sin intentos autolíticos con paso al acto previos.

4. Exploración. -Inicialmente se muestra desconfiado y con miedo. “a qué me dirá o regañará el psiquiatra”. Destaca en la exploración quejas subjetivas de memoria e hipotimia intensa con ideación autolítica estructurada así como consumo de cannabis. No ha recaído en consumo de heroína del que toma sustitivamente metadona a dosis altas. El apetito y sueño son irregulares y están disminuidos. No hay alteraciones sensorceptivas ni del curso o contenido del pensamiento.

5. Pruebas complementarias. En las analíticas de sangre y orina destaca un aumento de la bilirrubina y transaminasas. El triaje a tóxicos es positivo a benzodiazepinas, cannabis y opiáceos.

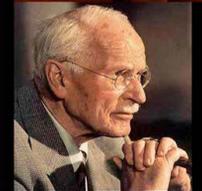
6. Abordaje terapéutico.

6.1. Farmacológico. Sertralina 50: 1-0-0 / Mirtazapina 30: 0-0-1 / Quetiapina 50: 1-1-1 / Pregabalina 75: 1-0-1, Metadona: 90 mg / día y diazepam 10 mg: 1-1-1 (en dosis decrecientes).

6.2. Psicoterapéutico.
a) Terapia narrativa. Elaboración de elementos biográficos destacados con resignificación de los mismos.

b) Psicoterapia psicodinámica de orientación junguiana. Ausencia de aporismos iniciales con disponibilidad e implicación del terapeuta. Trabajo con sueños y simbólico de elementos aportados por el paciente: dibujos de terapia ocupacional y de imagen de superación manifestada en tatuaje de la “carpa koi”. Trabajo con sueños.

7. Evolución clínica. Muy buena en dos semanas. El paciente abandonó consumo de todo tipo de tóxicos y mantiene abstinencia actual acudiendo a centros de drogodependencias con regularidad así como a equipos de salud mental correspondientes. La relación con los padres ha mejorado y continúa con trabajo a través de la pintura habiendo realizado varias colaboraciones a ese respecto.



COMENTARIO.

•El paciente tenía tatuado en el brazo la carpa KOI, un símbolo y estímulo de superación pudiéndose usar como elemento psicoterapéutico de partida al ser especialmente significativo para él.

Los peces Koi: La leyenda dice que los peces que conseguían nadar río arriba hasta la cascada y subirla, al llegar como recompensa por su esfuerzo se transformaban en dragones, por eso dicen que las carpas Koi se parecen tanto a los dragones. Normalmente cuando se representa una carpa Koi se consideran de buena fortuna en los negocios o en la vida académica, también esta asociado a la perseverancia ante la adversidades (fortaleza) y la persistencia, por otro lado también se considera un símbolo de paciencia y longevidad. Se dice que el ascenso del koi a la cascada significa “triunfar en la vida”.

•Los sueños en que la madre agredía a sus peces eran un reflejo del temor real a la agresión a su perro, única figura de anclaje con la responsabilidad de hacerse cargo de sí y de otros.

•La elaboración de la propia psicobiografía sirvió de resignificación del pasado e identificación de las fortalezas del paciente lo que proporcionó elementos con los que trabajar en el futuro.

•La patología dual es un reto para la Psiquiatría por su dificultad de tratamiento y frecuentes recidivas. Tampoco existen tratamientos claramente validados al respecto. El abordaje psicoterapéutico debe de estar abierto a las características del paciente, la formación del terapeuta y la disponibilidad y circunstancias del dispositivo en el que ejercemos nuestra labor. Las terapias que ofrecen una interpretación simbólica y facilitan la creatividad inherente a la persona promueven cambios duraderos y su eficacia es patente en la mayoría de los casos. La reatribución signifiacinal vital consolida cambios que mejoran la vida de los pacientes. En este caso fueron útiles la combinación de terapias narrativa y elementos de psicoterapia junguiana como el trabajo con el arte, los sueños y la imaginación activa.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Jung, CG: “La práctica de la psicoterapia”. Obras completas. Volumen 16. Editorial Trotta. Madrid, 2006.
2. Hochheimer, W: “La psicoterapia de C.G. Jung”. Editorial Herder. Barcelona, 1969.
3. Fernández Liria, A: “Monografías de Psiquiatría: Psicoterapia”. Nº3, Julio-Septiembre 2005.

Contacto:
spainosuna@gmail.com

PO-173. Siempre la locura de por medio...

*Marta Busto Garrido, Alicia Navarro Moreno,
Daniel Gutiérrez*

Presentación de caso clínico

Varón de 48 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. VHC. Fumador de 2 paquetes diarios. Ex consumidor de cannabis, cocaína más heroína fumada hace 14 años y posteriormente estuvo en tratamiento de deshabituación con metadona. Abstinente en la actualidad. Inicia seguimiento en Salud Mental en el año 2002, tras ingreso hospitalario, siendo diagnosticado de Psicosis secundaria al consumo de tóxicos, hasta el año 2011. Estaba en tratamiento farmacológico con Lormetazepam 5mg 0-0-1, risperidona 1-0-1, quetiapina 200mg 0-0-1 y citalopram 30mg/24h. Se ha mantenido estable todos estos años. Hace 8 meses reinicia consumo de cannabis, y hace un mes, tras cesar el consumo se produce descompensación psicopatológica, apareciendo insomnio mixto, angustia, inquietud psicomotriz, ideas de culpa por haber vuelto a consumir, alucinaciones auditivas, ideación delirante de perjuicio y de persecución. Pensaba que sus vecinos le iban a matar a él y a sus padres, por lo que la noche antes del ingreso se pone a pintar toda su casa pues así decía les protegería de los malos. Reducción de ingesta por delirio de envenenamiento, megalomaníaco y fenómenos de difusión y control del pensamiento.

En este contexto, y por sentirse muy angustiado, de forma impulsiva a las 6 de la mañana se mete en la bañera y se realiza cortes en antebrazos y tobillos con finalidad autolítica, encontrándolo sus padres a la mañana siguiente,

quienes contactan a los servicios sanitarios que lo trasladan al hospital.

Se procede a ingreso hospitalario con diagnóstico de Trastorno psicótico secundario al consumo de tóxicos. Se ajusta tratamiento pues se sospechaba que lo abandono semanas antes. La evolución ha resultado favorable, realizando crítica de las ideas delirante que pasan a un segundo plano, siendo consciente de las repercusiones del consumo de tóxicos y comprometiéndose a un seguimiento ambulatorio

“Siempre la locura de por medio...”

Busto Garrido M. (MIR4 Psiquiatría), Navarro Moreno A. (MIR4 Psiquiatría), Gutiérrez Castillo Daniel (FEA Psiquiatría)

Introducción:

Diversos estudios epidemiológicos han constatado que el consumo de psicotóxicos ha asociado con la presencia de ideas delirantes y alucinaciones auditivas y visuales de carácter transitorio tras el consumo. El uso de sustancias puede exacerbar y precipitar episodios psicóticos en pacientes funcionales y ser la causa de cuadros psicóticos agudos pasajeros sin que haya un trastorno funcional subyacente.

Material y métodos:

Presentamos el caso de un varón de 42 años, VHC. Buen apoyo familiar. Inicia consumo de múltiples tóxicos hace aproximadamente veinte años de heroína y cocaína fumada así como cannabis. Recibió tratamiento con metadona hace 14 años. Desde entonces se ha mantenido abstinente. Inició seguimiento en Salud Mental en el año 2002 y hasta el 2011 de forma ambulatoria siendo diagnosticado de Trastorno psicótico secundaria al consumo de tóxicos, habiendo estado en tratamiento psicofarmacológico, que finalizó por buena evolución clínica. Recientemente, acude a las urgencias del hospital por venoclisis realizados intencionalmente con una cuchilla de afeitar. Es valorado por Traumatología que describe múltiples heridas incisas a nivel de mano, muñecas y codo, así como en tobillo derecho y pie izquierdo donde se aprecia afectación parcial del tendón extensor del 4º dedo. El paciente reconoce haber retomado consumo de cannabis hace unos meses pero que abandona hace un mes por inicio de la sintomatología, manifestando gran sentimiento de culpabilidad. Niega haber consumido otros tóxicos. Define el gesto autolesivo de manera impulsiva, sin premeditación pero con intencionalidad autolítica tras problemática con un vecino pues pensaba que no le miraban bien, le criticaban, desconfiaban de él, se sentía espiado, registrando la casa, las cortinas, levantando maceteros, buscando micrófonos en casa, sospecha que le están envenenando el agua y la comida por lo que ha restringido la ingesta y el día antes estuvo pintando las paredes y el suelo de su casa pues decía que querían hacer daño a su familia y que había droga en el domicilio y así les protegía. Esto se acompaña de inquietud psicomotriz, insomnio global y aislamiento social. Se angustió tanto que quería quitarse la vida.. A la exploración psicopatológica en urgencias se evidencia un pensamiento desorganizado con discurso incoherente y evidente ideación delirante de persecución y perjuicio, alucinaciones auditivas, fenómenos de difusión y control del pensamiento, pararrespuestas, neologismos por lo que se decide ingreso hospitalario en unidad de agudos de salud mental. Refiere que tras el cese del consumo de cannabis comenzó a sentirse más nervioso, angustiado /"notaba a mis padres excesivamente preocupados...yo siempre he sentido que cuando hablo, esta la locura de por medio..."/. Se diagnostica de Psicosis no orgánica sin especificación (F29) y se inicia tratamiento con risperidona 3mg, quetiapina 200mg, citalopram 30mg, lormetazepam 2mg y clotiapina 40mg ½ comprimido sin insomnio. La evolución del cuadro resulta favorable durante el ingreso, realizando crítica de las ideas delirantes que han pasado a un segundo plano, remitiendo poco a poco la sintomatología que motivó el ingreso. Persisten las ideas de culpa con características obsesivas.

Conclusiones

El consumo de tóxicos tales como cocaína, cannabis... puede aumentar 2-3 veces el riesgo de aparición de psicosis a lo largo de la vida. Los estudios sugieren que se trata de una relación causa-efecto entre cannabis y aparición posterior de psicosis que es dosis-dependiente, en la que el consumo de cannabis suele preceder a la aparición de la psicosis, y que el consumo de cannabis al consumo de la adolescencia aumenta el riesgo de psicosis posterior. Si bien es cierto que el cannabis no es una causa necesaria ni suficiente, sino que actúa sobre otros factores para tener influencia sobre el riesgo para la psicosis. Los estudios realizados en los últimos años demostraron que aquellos que consumen cannabis tienen un riesgo más alto de lo normal de desarrollar esquizofrenia. Así, los síntomas psicóticos son una de las complicaciones más habituales producidas por el consumo de cocaína, ya sea agudo o crónico. Por todo esto, en la urgencia psiquiátrica, ante un cuadro psicótico en un paciente con antecedentes de abuso de sustancias, hay que pensar siempre en el origen tóxico hasta que se demuestre lo contrario.

Bibliografía

Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry*. 2004;184:110-117

Brown AS & McGrath JJ. La prevención de la esquizofrenia. *Schizophrenia Bulletin*, edición en Español. 2011;6:104-108

PO-174. Eficacia de la psicoterapia y tratamiento farmacológico en patología dual con ideación suicida.

Juan Gibert Rahola, María Robles Martínez, Yai-za Cabrera Barragán, Francisca Lourdes Díaz.

Presentación de caso clínico

Introducción: intervención realizada desde la perspectiva del análisis funcional en un paciente con patología dual y trastorno por consumo de alcohol.

Caso clínico: Varón de 35 años, soltero. Desde hace unos cuatro consumo abusivo de alcohol y esporádico de cocaína y cannabis.

Intento autolítico tras un episodio psicótico con delirios de perjuicio, ideas autorreferenciales e ideas de perjuicio en el ámbito laboral. Llevaba una semana muy inquieto, con insomnio y consumiendo 16 UBEs diarias, cocaína y cannabis puntualmente. Tratado con Olanzapina 10 mg 1-0-1 y Clonacepam 0,5 mg 1-0-1 Acude a ARCA donde objetivamos riesgo de suicidio, agorafobia, dependencia y abuso de alcohol y sustancias, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos (MINI), craving moderado (EMCA) e impulsividad baja (EIE).

Tras varias sesiones, continúa con episodios de consumo puntual de alcohol (\approx 4 UBEs/ semana), pautándose Nalmefeno.

Actualmente el paciente está abstinentes de alcohol y otras sustancias. Continúa apatía, pero sin ideas autorreferenciales ni pensamientos autolíticos.

Se inicia la terapia Psicológica con sesiones quincenales.

-Terapia de Restructuración cognitiva, para ideas de perjuicio.

-Terapia de Exposición en imaginación y Técnicas de relajación para la ansiedad ante la idea del alta laboral.

-Role-playing para entrenar la conducta asertiva.

-Terapia motivacional para mantener la abstinencia.

-Terapia Conductual para instaurar hábitos saludables, inicio de rutina de actividades y deporte con la intención de fomentar las relaciones sociales escasas o inexistentes.

Conclusión: Destacamos la importancia de un tratamiento holístico en el que se sumen farmacoterapia y psicoterapia adecuada a cada caso, en pacientes psiquiátricos cuya enfermedad cursa con dependencia a sustancias, debido a que, mediante ella, se restablecen las esferas de la vida del paciente que se han visto deterioradas.

Eficacia de la psicoterapia y tratamiento farmacológico en patología dual con ideación suicida.

Gibert Rahola,J; Robles Martínez,M;Cabrera Barragan,Y;Díaz Rubio F.L .

Introducción

Intervención realizada desde la perspectiva del análisis funcional en un paciente con patología dual y trastorno por consumo de alcohol.

Caso clínico

Varón de 35 años, soltero. Desde hace unos cuatro consumo abusivo de alcohol y esporádico de cocaína y cannabis.

Intento autolítico tras un episodio psicótico con delirios de perjuicio, ideas autorreferenciales e ideatfts de perjuicio en el ámbito laboral. Llevaba una semana muy inquieto, con insomnio y consumiendo 16 UBEs diarias, cocaína y cannabis puntualmente. Tratado con Olanzapina 10 mg 1-0-1 y Clonacepam 0,5 mg 1-0-1.

Acude a ARCA donde objetivamos riesgo de suicidio, agorafobia, dependencia y abuso de alcohol y sustancias, trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos (MINI), craving moderado (EMCA) y impulsividad baja (EIE).

Tras varias sesiones, continúa con episodios de consumo puntual de alcohol (\approx 4 UBEs/ semana), pautándose Nalmefeno.

Actualmente el paciente está abstinente de alcohol y otras sustancias. Continúa apatía, pero sin ideas autorreferenciales ni pensamientos autolíticos.

Se inicia la terapia psicológica con sesiones quincenales:

- Terapia de reestructuración cognitiva, para ideas de perjuicio.
- Terapia de exposición en imaginación y técnicas de relajación para la ansiedad ante la idea del alta laboral.
- Role-playing para entrenar la conducta asertiva.
- Terapia motivacional para mantener la abstinencia.
- Terapia conductual para instaurar hábitos saludables, inicio de rutina de actividades y deporte con la intención de fomentar las relaciones sociales escasas o inexistentes.

Conclusión

Destacamos la importancia de un tratamiento holístico en el que se sumen farmacoterapia y psicoterapia adecuada a cada caso, en pacientes psiquiátricos cuya enfermedad cursa con dependencia a sustancias, debido a que, mediante ella, se restablecen las esferas de la vida del paciente que se han visto deterioradas.

Bibliografía

- Belloso,J.J.(2012).Intervención psicoterapéutica en el trastorno mental grave. *Clinica contemporánea*,3,3-23. [Http://dx.Doi.Org/105093/cc2012a1](http://dx.Doi.Org/105093/cc2012a1)
- Yaría J.Introducción. En: Yaría J. Psicosis y drogodependencia. Buenos aires: Gabas; 2008, pp. 279

PO-175. Stefan Zweig: un acercamiento al suicidio desde la psiquiatría y la sociología.

Idir Mesian Pérez, Rafael Baena Mures, José Rodríguez Quijano, Luis Olivares Gerechter, Ana Pérez Tejada, Sandra Rubio Corgo, Germán Strada Herrera, Aurelia Matas Ochoa, Yolanda Lázaro Pascual.

Introducción

Desde que poco antes de comenzar el siglo XX Durkheim revolucionara la sociología y abriera una nueva visión para intentar entender el suicidio, periódicamente se retoma el debate acerca de sus postulados en contraste con las visiones que la psiquiatría ofrece de este problema.

Objetivos

Analizar, a partir del caso del escritor austriaco Stefan Zweig, las diferencias que se plantean entre las tesis psiquiátricas y sociológicas del suicidio, así como las repercusiones en el pensamiento occidental de estas divergencias.

Resultados

Desde las tesis sociológicas, siempre se ha considerado el suicidio de Zweig como un suicidio anómico. A raíz del auge del nazismo, el escritor -de ascendencia judía- decide exiliarse y comienza un peregrinaje por varios países hasta recluirse en Brasil. El miedo a la desintegración social global ante un posible triunfo nazi, la crisis política mundial y el aumento de la militarización carioca determinaron la decisión final de Zweig.

Por el lado contrario, desde un punto de vista psiquiátrico, se objetivan un carácter predominantemente melancólico y numerosas depresiones padecidas a lo largo de su vida, la última de ellas ya en Brasil, negándose siempre a recibir tratamiento. Asimismo, es en él patente un insomnio crónico que intentaba combatir abusando de barbitúricos. Se atribuye a toda esta clínica, agravada por los condicionantes externos mencionados, la explicación para su suicidio.

Conclusiones

A pesar de las constantes reivindicaciones de ambas ciencias para copar la hegemonía del conocimiento pleno del suicidio, las visiones que plantean son tan complementarias como necesarias para lograr una comprensión global del problema, no pudiendo obviar ni los aspectos psicofisiológicos ni los sociogénicos de este fenómeno.

Bibliografía

- Durkheim É. El suicidio. Estudio de sociología. 2ed. Madrid: Akal. 2012.
- Ey H. Estudios psiquiátricos. 1ed. Buenos Aires: Polemos. 2008.

STEFAN ZWEIG: UN ACERCAMIENTO AL SUICIDIO DESDE LA PSIQUIATRÍA Y LA SOCIOLOGÍA

I. Mesian¹, R. Baena¹, A. Pérez¹, J. Rodríguez¹, L. Olivares¹, S. Rubio¹, C. Pérez¹, A. Carabias¹, Y. Lázaro¹
¹ Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Introducción

Desde que poco antes de comenzar el siglo XX Durkheim revolucionara la sociología y abriera una nueva visión para intentar entender el suicidio, periódicamente se retoma el debate acerca de sus postulados en contraste con las visiones que la psiquiatría ofrece de este problema.



Objetivos

Analizar, a partir del caso del escritor austriaco Stefan Zweig, las diferencias que se plantean entre las tesis psiquiátricas y sociológicas del suicidio, así como las repercusiones en el pensamiento occidental de estas divergencias.

Resultados

Stefan Zweig, escritor vienés de ascendencia judía (aunque no fue educado bajo esos preceptos), adquirió con su literatura un gran reconocimiento en el periodo de entreguerras a principios del siglo XX. Sin embargo, con el auge del nazismo, sus libros fueron prohibidos y quemados. Advertiendo el peligro que corría su vida, decidió emigrar junto con su segunda mujer a Brasil, lugar donde en 1942 ambos acabarían suicidándose mediante sobredosis de barbitúricos tras dejar zanjadas todas las deudas y pagos que tenían pendientes y preparar con gran meticulosidad numerosas cartas de despedida.

Desde un punto de vista psiquiátrico, ateniéndonos a los testimonios de los allegados de Zweig y de sus propios escritos autobiográficos, nos encontramos con un suicidio patológico de una persona con un carácter predominantemente **melancólico** y numerosas **depresiones** padecidas a lo largo de su vida, la última de ellas ya en Brasil, negándose siempre a recibir tratamiento. Por otro lado, las **ideas de muerte** estaban en él presente desde tiempo atrás, con gran planificación de las mismas y, según varios testimonios, con un interés especial en los últimos meses por el conocimiento de venenos letales y reflexiones acerca de el funcionamiento psicológico en las últimas horas de vida. Asimismo, es en él patente un **insomnio crónico** que intentaba combatir abusando de barbitúricos.

A diferencia de la sociología, se considera clave la enfermedad depresiva de Zweig para entender su final, agravada por los condicionantes externos mencionados, pero plagada de aspectos médicos irrefutables.

Desde las tesis sociológicas, se incide en la importancia de las causas sociogénicas y, desde las posturas más ortodoxas, en la negación de lo individual (tanto moral como patológico) para explicar todo tipo de suicidio.

Así, y atendiendo a la clasificación tradicional de los tipos de suicidio, siempre se ha considerado el suicidio de Zweig como un **suicidio anómico**, esto es, fundamentado por la **descomposición de la sociedad** y por unas **normas sociales vigentes en constante cambio** debido a la pugna en la relación de fuerzas del momento.

Desde esta postura, el miedo a la desintegración social global ante un posible triunfo nazi, la crisis política mundial y el aumento de la militarización cariosa determinaron, junto con su situación de exilio, la decisión final de Zweig, en cuyo sustrato también se pueden encontrar justificaciones de índole cultural y religioso que hubieron podido favorecer el acto. El suicidio es en este caso, por tanto, síntoma de la enfermedad de la sociedad y no síntoma de ningún estado patológico del individuo.



Conclusiones

A pesar de las constantes reivindicaciones de ambas ciencias para copar la hegemonía del conocimiento pleno del suicidio, las visiones que plantean son tan complementarias como necesarias para lograr una comprensión global del problema, no pudiendo obviar ni los aspectos psicofisiológicos ni los sociogénicos de este fenómeno.

Bibliografía

¹Durkheim É. *El suicidio. Estudio de sociología*. 2ed. Madrid: Akal. 2012
²Ey H. *Estudios psiquiátricos*. 1ed. Buenos Aires: Polemos. 2008

PO-176. Demencia y suicidio. A propósito de un caso.

Fernández Cepillo, Laura; Montero Beltrán, Yolanda; Pérez Revuelta, José I.

Introducción

Los estudios sobre el suicidio demuestran que las personas mayores tienen la tasa más alta de suicidio y la más baja de intentos. El suicidio en el anciano es un fenómeno complejo y multifactorial. Aunque no está clara la influencia de la demencia en el comportamiento suicida, sí parece existir una posibilidad de suicidio en los primeros estadios de la enfermedad y/o si hay síntomas psicóticos o afectivos asociados, disminuyendo el riesgo a medida que avanza la demencia. Recientemente, se ha especulado con el suicidio de un famoso actor diagnosticado de demencia, lo que nos hizo pensar en otro caso.

Presentación de caso clínico

Varón de 84 años, con antecedentes de consumo perjudicial de alcohol, frecuentes intoxicaciones en las que verbalizaba amenazas autolíticas. Cuenta con un ingreso por tentativa autolítica (ahorcamiento y sobreingesta de fármacos). Tras el alta, seguimiento ambulatorio, presenta agresividad, llanto frecuente, irritable y malhumorado, insultos casi continuos a su mujer, amenazas de hacerse daño (ahorcarse, tomarse lejía), desinhibición sexual. Insomnio de fragmentación. Episodios de desorientación temporo-espacial, fugas de casa, alteraciones perceptivas, principalmente auditivas (piropos a su mujer, gente que le habla), celotipia. No deterioro cognitivo. El caso se orienta como Síntomas psicóticos en contexto de probable demencia. Se inicia tratamiento con antipsicóticos y se mantiene se-

guimiento estrecho ambulatorio. Evolución favorable de los síntomas psicóticos, desaparecen ideas autolíticas (incluso hace crítica de las mismas), aunque se pone de manifiesto deterioro cognitivo progresivo.

Conclusiones

Debemos explorar siempre la existencia pensamientos suicidas y analizar los factores de riesgo, principalmente en los ancianos, para realizar un diagnóstico y prevención precoz. El conocimiento de suicidio en personas con demencia es limitado, es necesario realizar más estudios que ayuden a describir el comportamiento, las características clínicas y de atención de personas con demencia que murieron por suicidio, con el fin de prevenir nuevos casos.

DEMENCIA Y SUICIDIO.

A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fernández Cepillo, L*; Montero Beltrán, Y.**; Pérez Revuelta, J.I.***

* FEA-Psiquiatría USMC-Jerez, UGC Salud Mental Hospital de Jerez

** FEA-Psiquiatría USMC-Andújar, Complejo Hospitalario de Jaén

*** Psiquiatra Fundación Biomédica de Cádiz, USMH Jerez

Los estudios sobre el suicidio demuestran que las personas mayores tienen la tasa más alta de suicidio y la más baja de intentos.

El suicidio en el anciano es un fenómeno complejo y multifactorial. Aunque no está clara la influencia de la demencia en el comportamiento suicida, sí parece existir una posibilidad de suicidio en los primeros estadios de la enfermedad y/o si hay síntomas psicóticos o afectivos asociados, disminuyendo progresivamente el riesgo a medida que avanza la demencia.

Recientemente, se ha especulado con el suicidio de un famoso actor diagnosticado de demencia, lo que nos hizo pensar en otro caso y reflexionar sobre el tema.

CASO CLÍNICO.

Varón, 84 años.

Antecedentes destacables:

Consumo perjudicial de alcohol, frecuentes intoxicaciones en las que verbalizaba amenazas autolíticas.

Un ingreso previo en unidad de agudos por tentativa autolítica (ahorcamiento y sobreingesta de fármacos).

Motivo de consulta:

Agresividad, llanto frecuente, irritable y malhumorado, insultos casi continuos a su mujer, amenazas de hacerse daño (ahorarse, tomarse lejía), desinhibición sexual. Insomnio de fragmentación. Episodios de desorientación temporoespacial, fugas de casa, alteraciones perceptivas, principalmente auditivas (piropos a su mujer, gente que le habla), celotipia. No deterioro cognitivo.

Juicio clínico:

Se orienta como Síntomas psicóticos en contexto de probable demencia.

Evolución:

Se inicia tratamiento con antipsicóticos y se mantiene seguimiento estrecho ambulatorio. Evolución favorable de los síntomas psicóticos, desaparecen las ideas autolíticas (incluso hace crítica de las mismas), aunque se pone de manifiesto un deterioro cognitivo progresivo, confirmándose el diagnóstico de demencia.

CONCLUSIONES.

- Debemos explorar siempre la existencia de pensamientos suicidas y analizar los factores de riesgo, principalmente en los ancianos, para realizar un diagnóstico y prevención precoz.
- El conocimiento de suicidio en personas con demencia es limitado, es necesario realizar más estudios que ayuden a describir el comportamiento, las características clínicas y de atención a personas con demencia que murieron por suicidio, con el fin de prevenir nuevos casos.

BIBLIOGRAFÍA.

- Nitin Purandare; Richard C. Oude Voshaar; Cathryn Rodway...[et.al]. *Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales. British journal of Psychiatry.* Febrero 2009; Volumen 194, número 2, página(s) 175-180.
- Dombrovsky AY; Butters MA; Reynolds 3rd CF; et al. *Cognitive performance in suicidal depressed elderly: preliminary report. Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16: 109-15.

PO-177. Cuando el suicidio es el mito familiar: a propósito de un caso.

*Martha Zarabanda Suarez, Ángeles Corral
Alonso, Diana Basto Pacheco*

Presentación de caso clínico

Desde una perspectiva sistémica, el secreto hace referencia a un funcionamiento vincular: el ocultamiento consciente de algo a otros miembros del sistema, no impide que aquello que se oculta, circule en el inconsciente del mito familiar. El secreto tiene una función relacionada con la preservación de ideales familiares, mediante el secreto se intenta ocultar, acallar o desmentir un hecho o evento y así evitar las ansiedades catastróficas que generaría el descubrimiento de la transgresión de ciertos ideales o creencias familiares. Se obtura así la resolución del conflicto, bajo el supuesto que desconocer es no saber. La función del secreto sería preservar la unidad familiar, desde la historia verdadera que construyen los miembros que pertenecen a la misma.

¿Qué ocurre cuando el secreto es el suicidio de uno o más miembros de la unidad familiar? Presentamos un caso de una familia integrada por cuatro miembros (subsistema parental y subsistema filial: fratría de dos hijos menores de edad), en el que el suicido aparece como una forma secreta de denuncia, y que se abordó desde un encuadre sistémico, trabajando la posibilidad de resignificar la historia familiar y abrir caminos de reparación.

Bibliografía

Ausloss, G. Secretos de Familia. Secretos de Familia. Diálogo; 1980, 70: 83-91.

- Alarcón, M.; Gutiérrez, M.; Gallego, L. Secretos, familia y lugar del analista en la trama vincular. Los secretos y su relación con los ideales familiares. III Jornadas Nacionales "Teoría y Clínica Vincular Psicoanalítica." Buenos Aires, 2000.
- Andolfi, M., Angelo, C. "La construcción del mito familiar y su evolución en la terapia". Tiempo y Mito en la Psicoterapia Familiar. Buenos Aires, Paidós, 1989.
- Mircea E. Mito y Realidad, Editorial Labor, Barcelona, 1991.
- Pincus, L; Idare. C. Secretos en la familia. Institución Tavistock. Cuatro Vientos. Santiago de Chile. 1978.
- Puget, J. y Wender "La vida secreta de los secretos". Rev. AAPPG, XVI, 1993

PO-178. Esquizofrenia, depresión y autolisis. A propósito de un caso.

Erica López Lavela, Carlos Rodríguez Gómez-Carreño, Fátima Vargas Lozano, Laura Mella Domínguez, Isabel Morales Saenz, Victoria Muñoz Martínez.

Introducción

Las cifras de tentativas de suicidio en T. Psicóticos (Esquizofrenia) se sitúan en torno al 20%, con datos de suicidio consumado del 4% (1ª causa de muerte prematura). Se han identificado algunos factores sociodemográficos de riesgo: sexo masculino, edad joven, desempleo, consumo de tóxicos, buena situación premórbida, antecedentes familiares de suicidio... Las alucinaciones con carácter imperativo y la clínica depresiva con sentimiento de desesperanza relacionado con la enfermedad "depresión post-psicótica" son los principales factores implicados en la conducta suicida.

Presentación caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 42 años que ingresa en la UHB remitido desde cirugía torácica tras intento autolítico grave. Diagnóstico de esquizofrenia a los 19 años. Varios ingresos previos, dos de ellos por tentativas autolíticas. Soltero, buen nivel educativo premórbido. Tratamiento farmacológico con Clozapina, Haloperidol, Escitalopram, Mirtazapina y Lorazepam. Asistencia puntual a recursos de rehabilitación psicosocial. Ingreso tras realizar tentativa de suicidio grave (precipitación a vías del metro) en relación con sintomatología positiva (voces de carácter imperativo) y presencia de cuadro afectivo a filiar.

Resultados/Discusión

Los síntomas depresivos asociados a la psicosis presentan elevado riesgo de conducta suicida. En el caso que presentamos, episodios depresivos y tentativas autolíticas previas. En relación al tratamiento farmacológico, la clozapina se posiciona como un antipsicótico eficaz tanto en síntomas de la esfera afectiva como en sintomatología positiva. Es importante la correcta evaluación del paciente con Trastorno Mental Grave y factores de riesgo suicida. La coordinación de recursos rehabilitadores con las consultas de Salud Mental sería fundamental en la evolución favorable de pacientes con este perfil clínico.

Bibliografía

Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente.

Suicidio de una persona con esquizofrenia: Visión clínica e impa.

PO-179. Cuando no hay otra opción...

*Zelma González Vega, José David Saa Sendra,
Teresa Mongay Elola, Lorena Francés Soriano,
Sandra Jiménez Motilla, Lorena Pereyra Grus-
tán, Eugenia Esteban Rodríguez.*

Presentación de caso clínico

Paciente mujer de 21 años de edad, soltera. Como antecedentes psiquiátricos familiares destaca suicidio de familiar de primer grado por ahorcamiento que fue encontrado por ella en su domicilio familiar. A raíz de este suceso la paciente inicia con tristeza intensa, aislamiento social, disminución marcada de peso unido a restricciones alimentarias y pesadillas frecuentes en las que revive el suicidio del padre. Se muestra ambivalente con este tema, reconoce que es una opción más pero que no es una conducta aceptada socialmente. Comenta sentimientos de culpa y rencor tanto hacia él como hacia ella, destaca que el centro de su malestar no es el hecho en sí mismo sino el método y el lugar elegido. Comenta pérdida de ilusión, ideas de muerte crónicas e ideación autolítica que por el momento ha podido controlar aunque lo considera un desenlace inevitable que llevará a cabo en cualquier momento. Facies triste con llanto durante la entrevista. Contacto visual evitativo. Aspecto de extrema delgadez y tristeza extrema. Discurso coherente, en respuesta a preguntas con monosílabos, no espontáneo, bradilálico, pausas prolongadas. Tono bajo. Hipotimia de larga evolución, apatía, anhedonia, clinofilia. Rumiaciones relacionadas con el suicidio consumado de su padre. Rasgos de personalidad cluster C. No aumento de ansiedad basal. No alteraciones sensorio-perceptivas ni del contenido o curso del pensamiento. Insomnio mixto encronizado con flashbacks. Hiporexia con conductas restrictivas. Ideas de muerte pasivas de lar-

ga evolución con intención autolítica no estructurada en el momento actual. Juicio de realidad conservado. A pesar de seguimiento estrecho tanto por Psicología como por Psiquiatría y múltiples tratamientos psicofarmacológicos, la evolución ha sido tórpida con alto riesgo de paso al acto. Actualmente con desvenlafaxina y litio.

CUANDO NO HAY OTRA OPCIÓN

González Vega Z., Mongay Eliola M.T., Francés Soriano L., Jiménez Motilla S., Saa Sendra J.D., Pereyra Grustán L., Esteban Rodríguez E.
Centro de Salud Mental de Teruel.

INTRODUCCIÓN: Acto suicida es todo intento, exitoso o no, de terminar con la propia existencia, generalmente anunciado de modo previo y ejecutado en un momento de perturbación psíquica. Es un problema complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, así como los antecedentes familiares de suicidio constituyen importantes factores de riesgo.

MÉTODO

Revisión bibliográfica a través de un caso clínico.

"El suicida potencial es una persona con un sufrimiento intenso, es un paciente grave para quien por su desesperanza, las expectativas del futuro no superan un presente doloroso."

RESULTADOS:

- Paciente mujer de 21 años de edad, soltera.
- APP: Sintomatología depresiva en contexto de proceso adaptativo al comenzar sus estudios universitarios fuera de su localidad de origen. En seguimiento por psicólogo privado desde hace tres años.
- APP: Suicidio de familiar de primer grado por ahorcamiento que fue encontrado por ella en su domicilio familiar.

A raíz de este suceso la paciente inicia con clínica consistente en tristeza intensa, aislamiento social, disminución marcada de peso unida a restricciones alimentarias y pesadillas frecuentes, en las que revive el suicidio del padre. Se muestra ambivalente con este tema, reconoce que es una opción más pero que no es una conducta aceptada socialmente. Comenta sentimientos de culpa y rencor tanto hacia él como hacia ella, destaca que el centro de su malestar no es el hecho en sí mismo sino el método y el lugar elegido. Comenta pérdida de ilusión, ideas de muerte crónicas e ideación autolítica que por el momento ha podido controlar, aunque lo considera un desenlace inevitable que llevará a cabo en cualquier momento. Facies triste con llanto durante la entrevista. Contacto visual evitativo. Aspecto de extrema delgadez y tristeza extrema. Discurso coherente, en respuesta a preguntas con monosílabos, no espontáneo, bradialéxico, pausas prolongadas. Tono bajo. Hipotimia de larga evolución, apatía, anhedonia, cinofilia. Rumitaciones relacionadas con el suicidio consumado de su padre. Rasgos de personalidad cluster C. No aumento de ansiedad basal. No alteraciones sensorio-perceptivas ni del contenido o curso del pensamiento. Insomnio mixto enronizado con flashbacks. Hiporexia con conductas restrictivas. Ideas de muerte pasivas de larga evolución con intención autolítica no estructurada en el momento actual. Juicio de realidad conservado.

A pesar de seguimiento estrecho tanto por Psicología como por Psiquiatría y múltiples tratamientos psicofarmacológicos, la evolución ha sido torpida con alto riesgo de paso al acto. Actualmente con desvenlafaxina y litio.

"No hay un hecho mejor establecido que el efecto imitativo en la conducta suicida"

William Mar 1841

- Niños y jóvenes que viven el suicidio de sus padres tienden a repetir la experiencia
- El suicidio tiene sus raíces en los genes
- Pero a mayor edad menor riesgo.
- La delgadez de la corteza cerebral es un factor para desarrollar depresión

(Presente en hijos y nietos de pacientes con depresión)
Holly Wilcox 2012

En Estados Unidos, cada año se suicidan entre 7,000 y 12,000 niños hijos de padres suicidas (Holly Wilcox - Centro Infantil Johns Hopkins.)

"La persona que se suicida pone su esqueleto psicológico en el armario emocional de los sobrevivientes que tienen que tratar con sentimientos negativos, pensamientos sobre su posible participación en el suicidio o lo que dejaron de hacer para evitarlo". La causa de muerte que genera mayor culpabilidad, hostilidad y estigmatización es EL SUICIDIO

Estudio realizado en Suecia en 2012 con 500 000 adolescentes-y adultos jóvenes hijos de padres suicidados, revela que los niños heredaban la conducta suicida de sus padres

CONCLUSIONES

- En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial.
- Cada año se suicida casi 1 millón de personas
- 1 muerte cada 40 segundos
- El suicidio figura entre las 20 causas de defunción más importantes a todas las edades a nivel mundial.
- Es una de las 3 primeras causas de muerte entre 15 -44 años
- La segunda causa de muerte entre 10 - 24 años
- En 1/3 de los países son los jóvenes el grupo etéreo de mayor riesgo suicida
- En 2020 representará el 2,4 % de la carga global de morbilidad
- Niños y adolescentes de padres suicidados tienen tres veces más probabilidades de morir por la misma causa
- Los resultados señalan que los factores de desarrollo, de ambiente y de genética son importantes
- La identificación temprana y el tratamiento de la depresión puede contribuir a la prevención del suicidio

PO-180. Morir es una arte y yo lo hago excepcionalmente bien

Aurelia Matas Ochoa, Cristina Pérez Sobrino, Ana Carabias Contreras, Germán Strada Herrera, Yolanda Lázaro Pascual, Rafael Baena Mures, Sandra Rubio Corgo, Ana Pérez Tejeda, Idir Mesián Pérez.

Introducción

La madrugada del 11 de febrero de 1963 se suicida en su apartamento de Londres la poeta estadounidense Sylvia Plath abriendo el gas de la cocina y metiendo la cabeza en el horno.

Objetivos

Dar a conocer a una de las figuras literarias más importantes del siglo XX para intentar entender su fatal desenlace.

Método

Revisión de la literatura acerca de este personaje.

Resultados

Marcada por una aspiración desbordada y la muerte prematura de su padre, sus diarios revelan a una mujer en conflicto, una lucha entre su deseo de ser la madre y esposa perfectas con la ambición de ser una escritora profesional.

Víctima de la traición de su marido, de su ambición, de los roles impuestos por la sociedad de la época, o sim-

plemente, de una enfermedad mental que finalmente la conducirá al suicidio.

Conclusiones

Son muchos los autores que sobre ella han escrito, sin embargo, ninguno es capaz de crear un retrato integral. Mujer frágil y brillante, pro-feminista, devota esposa, artista desequilibrada..., lo que sí queda claro es que su figura se ha convertido en un mito.

Bibliografía

Jamison, KR (1989). Mood disorders and patterns of creativity in British writers and artists. *Psychiatry*, 52, 125-134.

La campana de cristal, Editorial Edhasa. Traducción de Elena Rius.

Morir es un arte y yo lo hago excepcionalmente bien

A.Matas¹, C.Pérez¹, A.Carabias¹, G.Strada¹, Y.Lázaro¹, R.Baena¹, S.Rubio¹, A.Pérez¹, I.Mesián¹,
¹ Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.



Objetivos

Dar a conocer a una de las figuras literarias más importantes del siglo XX para intentar entender su fatal desenlace.

Introducción

La madrugada del 11 de febrero de 1963 se suicida en su apartamento de Londres la poetisa estadounidense **Sylvia Plath**, a la edad de 30 años. Dejó una bandeja con el desayuno dispuesto junto a la cama de sus dos hijos, se dirigió a la cocina, tapó todos los resquicios, abrió el gas e introdujo la cabeza en el horno.



Métodos

Estudio de su obra y revisión de la literatura publicada acerca de este personaje.

Resultados

Hija de Otto Plath (entomólogo de origen germano-polaco, profesor universitario de biología) y de Aurelia Schober (bostoniana de origen austriaco y alumna de su esposo), Sylvia Plath nació en Boston el 27 octubre de 1932. El fallecimiento de su padre cuando ella tenía tan solo 8 años es un hecho que le marcará profundamente, como bien quedará reflejado en su obra.

Ya desde su infancia soñaba con el logro del éxito, con "alcanzar la perfección" y este será uno de los ejes sobre los que girará su vida. Más tarde, su deseo se convertirá en poder compaginar este reconocimiento con la labor de buena esposa y madre.

Hasta los 19 años fue acumulando éxitos de carácter académico y literario, en 1954 tras regresar de una estancia en NY por un premio concedido por la revista Mademoiselle para trabajar como directora adjunta de la revista, sufre una "crisis nerviosa" que culminó con un intento de suicidio y tratamiento con electrochoques en un centro psiquiátrico. Una vez recuperada, finaliza sus estudios con una tesis sobre Dostoievsky y con la obtención de una beca Fulbright en la Universidad de Cambridge. Allí conocería al renombrado poeta Ted Hughes, con el que se casó, convivió seis años y tuvo dos hijos. En 1962, tras el nacimiento de su segundo hijo, el matrimonio se separó: Ted Hughes se había enamorado de otra mujer, también poeta. Sylvia se encontró sola, con una casa a medio montar, dos hijos pequeños, poco dinero y abandonada por un marido al que admiraba, decidiendo acabar con su vida aquella fría madrugada de febrero de 1963.

Conclusiones

La enfermedad de Sylvia y su suicidio ha generado numerosos artículos en revistas, pero casi todos se centran en cuestiones de interpretación psicodinámica. Se ha propagado también que la suya era un enfermedad maníaco-depresiva y la importancia de los factores psicosociales en el desarrollo de la misma. Víctima de la traición de su esposo, de su ambición, de los roles impuestos por la sociedad de la época o de una enfermedad mental que finalmente la conducirán al suicidio.

Bibliografía

- JAMISON, KR (1989). Mood disorders and patterns of creativity in British writers and artists. *Psychiatry*, 52, 125-134.
- La campana de cristal. Editorial Edhasa. Traducción de Elena Rius.
- Letters home 1989. Ediciones Grijalbo, S.A.
- Sylvia Plath and the depression continuum. Brian Cooper MD FRCPsych, *J R Soc Med* 2003;96:296-301.

PO-181. Gran Invalidez en el ámbito social en paciente con Depresión Mayor y múltiples intentos autolíticos.

José Santiago Cansino Adorna, Rafael José Rodríguez Matarredona, Alejandro José Guijarro Santoro, Cristina Romero de la Cruz, Pedro Antonio García Gallardo, Francisco Javier López Aguilar y Julio Antonio Guija Villa.

Presentación de caso clínico

En el Servicio de Psiquiatría Forense del Instituto de Medicina Legal de Sevilla se reciben a diario solicitudes para que se practique exploración psiquiátrica de los juzgados de todos los ámbitos del derecho. Uno de esos ámbitos es el Social. La solicitud más habitual sobre la que hemos de informar a estos juzgados consiste en la Valoración Médico Forense del Trastorno Mental que presenta el trabajador y las limitaciones que ese Trastorno supone para el correcto desarrollo en la realización de las actividades de su profesión habitual.

Apoiado en la valoración realizada en el Informe Médico Forense el Juez de lo social califica la Incapacidad permanente que presenta el paciente comprendida entre la Incapacidad permanente parcial hasta la gran invalidez. Un paciente que es calificado con una gran invalidez supone que su patología física y/o psíquica le impide la realización de cualquier actividad laboral y además requiere de la ayuda y/o supervisión de otra persona o entidad.

El caso que planteamos consistió en la valoración del Trastorno mental y limitaciones que presentaba una mujer de 58 años de edad, soltera, de profesión administrativa y que cumplió completamente el periodo de inca-

pacidad temporal por depresión. Fue calificada en el INSS con una incapacidad permanente en el grado de total y se recurrió en el Juzgado de lo social, mediante el preceptivo escrito de demanda, solicitándose el grado de Incapacidad Permanente Absoluta.

Se realiza la exploración psiquiátrica concluyéndose que esta mujer presentaba un diagnóstico compatible con un Trastorno depresivo Mayor refractario al tratamiento. En su historia clínica presentaba 4 intentos autolíticos. El primero de ellos ocurrido 7 años atrás y consistió en la precipitación desde un primer piso con el resultado de varias fracturas, de las que curó sin secuelas de interés, y mantener el primer contacto con un servicio de psiquiatría que instauró el tratamiento adecuado. Los tres intentos autolíticos restantes ocurrieron hace 3'5 años por ingesta medicamentosa que requirió ingreso hospitalario y fue la causa de la Incapacidad temporal y dos posteriores hace 2 y 1 año aproximadamente, ambos por nueva ingesta medicamentosa, y también requirieron de ingreso hospitalario. En la actualidad vive con una hermana, soltera, 2 años mayor que ella y que actúa de cuidadora y supervisora de la medicación de la paciente. La medicación está custodiada por la hermana bajo medidas de seguridad en el domicilio ya que las ingestas medicamentosas se han producido en periodos de relajación en la custodia de los mismos.

La valoración Médico Forense de la gravedad del cuadro se realiza en base a los requisitos incluidos en el Capítulo 16 (Enfermedad Mental) del baremo que se incluye en el Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre. La valoración se considera que cumple los requisitos para su inclusión en la Clase V: discapacidad muy grave en la que se estima: a) Repercusión invalidante de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de sí mismo ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello, necesitan de otra u otras

personas de forma constante. b) No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aún en centros ocupacionales supervisados, aunque puede integrarse en centros de actividad que promuevan, en su caso, el paso al centro ocupacional. c) Se constatan todos los síntomas que excedan los criterios requeridos para el diagnóstico, o algunos de ellos son extremadamente graves.

En estos términos se valoró el Trastorno Depresivo Mayor, con lo que se cumplían los requisitos de calificación de la Incapacidad Permanente como Gran Invalidez. El Informe Médico Forense fue recogido en la sentencia como elemento de valoración sobre el que se había dictado la misma.

GRAN INVALIDEZ EN PACIENTE CON DEPRESIÓN MAYOR Y MÚLTIPLES INTENTOS AUTOLÍTICOS

Cansino Adorna J.S.¹, Rodríguez Matarredona R.J.¹, Romero de la Cruz C.¹, García Gallardo P.A.^{1,3}, Guijarro Santoro A.J.¹, López Aguilar F.J.¹, Guija Villa J.A.^{1,2}

1: Servicio de Psiquiatría Forense del IML de Sevilla; 2: Universidad de Sevilla; 3: Universidad Pablo de Olavide de Sevilla

OBJETIVO

Exposición de un caso valorado en el Servicio de Psiquiatría Forense del IML-SE del que se informa al Juzgado correspondiente sobre la Patología y Limitaciones en el ámbito social (Laboral) de la persona valorada y proponiéndose en el Informe, en términos exclusivamente médicos, la calificación de la Incapacidad Permanente en el grado de Gran Invalidez.

METODOLOGÍA

- Revisión del caso clínico: antecedentes, demanda y solicitud del Juzgado.
- Estudio de la documentación administrativa del caso.
- Estudio y valoración de la documentación médica
- Exploración psicopatológica
- Valoración Médico Forense.

ANÁLISIS DEL CASO

Se trata de la valoración del Trastorno mental y limitaciones de una mujer de 58 años de edad, soltera, de profesión administrativa y que cumplió completamente el periodo de incapacidad temporal por depresión. Fue calificada en el INSS con una incapacidad permanente en el grado de total y se recurrió en el Juzgado de lo social, mediante el preceptivo escrito de demanda, solicitándose el grado de Incapacidad Permanente Absoluta.

Se realiza la exploración psiquiátrica concluyéndose que esta mujer presentaba un diagnóstico compatible con un Trastorno depresivo Mayor refractario al tratamiento. En su historia clínica presentaba 4 intentos autolíticos. El primero de ellos ocurrido 7 años atrás y consistió en la precipitación desde un primer piso con el resultado de varias fracturas, de las que curó sin secuelas de interés, y mantener el primer contacto con un servicio de psiquiatría que instauró el tratamiento adecuado. Los tres intentos autolíticos restantes ocurrieron hace 3'5 años por ingesta medicamentosa que requirió ingreso hospitalario y fue la causa de la Incapacidad temporal y dos posteriores hace 2 y 1 año aproximadamente, ambos por nueva ingesta medicamentosa, y también requirieron de ingreso hospitalario. En la actualidad vive con una hermana, soltera, 2 años mayor que ella y que actúa de cuidadora y supervisora de la medicación de la paciente. La medicación está custodiada por la hermana bajo medidas de seguridad en el domicilio ya que las ingestas medicamentosas se han producido en periodos de relajación en la custodia de los mismos.

La valoración Médico Forense de la gravedad del cuadro se realiza en base a los requisitos incluidos en el Capítulo 16 (Enfermedad Mental) del baremo que se incluye en el Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre. La valoración se considera que cumple los requisitos para su inclusión en la Clase V: discapacidad muy grave en la que se estima: a) Repercusión invalidante de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de sí mismo ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello, necesitan de otra u otras personas de forma constante. b) No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aún en centros ocupacionales supervisados, aunque puede integrarse en centros de actividad que promuevan, en su caso, el paso al centro ocupacional. c) Se constatan todos los síntomas que excedan los criterios requeridos para el diagnóstico, o algunos de ellos son extremadamente graves.

En estos términos se valoró el Trastorno Depresivo Mayor, con lo que se cumplan los requisitos de calificación de la Incapacidad Permanente como Gran Invalidez. El Informe Médico Forense fue recogido en la sentencia como elemento de valoración sobre el que se había dictado la misma.

CONCLUSIONES

1. Trastorno Mental Grave: Trastorno Depresivo Mayor Recidivante (F.33 CIE-10) persistente durante más de 2 años continuado y sin remisiones.
2. Repercusión laboral consistente en la incapacidad para asumir un horario laboral ni soportar una carga psíquica mínima para cualquier trabajo.
3. Trastorno crónico que da el carácter de Incapacidad Permanente.
4. Mal pronóstico debido a la naturaleza del Trastorno, la refractariedad al Tratamiento y la repercusión psicofísica para la realización de tareas laborales y sociales de una manera mínimamente satisfactoria.
5. Trastorno Mental que supone limitaciones progresivas y definitivas.
6. Requiere de la ayuda y supervisión continuada de terceras personas para evitar conductas autolíticas.
7. Todos estos requisitos fueron suficientes para la calificación como Incapacidad Permanente en el grado de Gran Invalidez.



BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Carrasco Gómez JJ; Maza Martín JM. Manual de Psiquiatría Legal y Forense. 3ª edición. Ed. La Ley, 2005.
- ✓ Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria. Capítulo 7: Trastornos Mentales. Ed. Agencia Estatal BOE. 2010.
- ✓ R.D. 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

IML
SEVILLA

PO-182. Problemas de comunicación entre dispositivos: Fracaso en el abordaje de un TMG.

Lucía Pacheco Muñoz, Alfonso Herruzo Rivas, Carmen Fernández González, Inmaculada Tello García.

Presentación de caso clínico

Paciente de 40 años con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide que inicia enfermedad a los 19 años y cuenta con múltiples ingresos en la unidad de agudos por escasa conciencia de enfermedad y negativas a tratamiento continuas. En penúltimo ingreso hospitalario se evidencian serias dificultades para el automantenimiento, inexistente soporte familiar y nula vinculación al seguimiento ambulatorio. Por lo que se decide derivación a comunidad terapéutica en régimen de hospitalización completa para abordaje rehabilitador.

Durante su ingreso en la comunidad el contacto llega a mejorar en algunos momentos, disminuyendo la suspicacia y la presión del delirio. Pero en general la evolución es tórpida con dificultades en la toma de tratamiento, continuas exacerbaciones sintomáticas y repetidos abandonos del dispositivo. Regresando voluntariamente cuando ha sido consciente de su empeoramiento físico y mental.

En una de estas descompensaciones es necesario de nuevo su ingreso en la unidad de agudos para su estabilización psicopatológica. Tras este último ingreso, debido a un problema de coordinación entre los referentes de ambos dispositivos, el paciente es dado de alta de la unidad y derivado a Comunidad sin acompañamiento familiar o de personal sanitario. Por lo que el paciente incumple lo

pactado con su referente al alta y se instala en su domicilio abandonando tratamiento farmacológico y seguimiento ambulatorio.

A día de hoy han sido numerosos los intentos de revinculación del paciente, solicitándose incluso autorización judicial para ingreso involuntario, siendo esta denegada. Volviendo el paciente a su estado de deterioro, desestabilización psicopatológica y situación de exclusión social previas a su ingreso en Comunidad.

Problemas de comunicación entre dispositivos: Fracaso en el abordaje de un TMG

Pacheco Muñoz, L.**; Herruzo Rivas, A***; González Fernández, C****; García Tellado, I.*
*FEA-Psicología Clínica CT San Miguel (UGC Salud mental del H. Jerez de la Frontera)
**MIR-Psiquiatría III UGC Salud mental del H. Jerez de la Frontera
***MIR-Psiquiatría IV UGC Salud mental del H. Jerez de la Frontera
****MIR-Psiquiatría III UGC Salud mental del H. Jerez de la Frontera

Introducción:

En 1954 Stanton y Schwartz publicaron varios artículos en los que demostraban persuasivamente el valor profiláctico de desentrañar y discutir **desacuerdos encubiertos** en el equipo terapéutico. También observaron numerosos fenómenos de agitación y conductas disociadas en pacientes mentales como resultante de conflictos que tienen lugar entre los miembros del **equipo responsable**. Los autores proponen la hipótesis de que la disociación del enfermo es la repercusión en el paciente de un campo social gravemente dividido y al mismo tiempo es su modo de participación en él. Por tanto va siendo cada vez más evidente que existe una interacción entre los pacientes y el equipo terapéutico y que la presión social resultante **moldea el carácter del sujeto ingresado** en un dispositivo de media estancia.

Objetivo:

Con la visión de este caso clínico queremos exponer la evolución de un paciente TMG que lleva en seguimiento estrecho por nuestra UGC desde hace más de 20 años. Existiendo un **fracaso en la vinculación y el proceso terapéutico**, posiblemente debido a los **problemas de criterio entre dispositivos**, a pesar de los múltiples abordajes utilizados con en él.

Presentación del caso:

Paciente de 40 años, en la actualidad, que toma contacto con nuestro servicio por primera vez al ingresar en USMH a los 19 años con diagnóstico de F.20.00 **Esquizofrenia Paranoide Continua**.

Tras este primer ingreso se deriva al paciente a USMC, donde mantiene **seguimiento irregular** debido a la nula conciencia de enfermedad. Debido a esto, durante las dos décadas de seguimiento del paciente, llega a ser **doce veces ingresado en agudos**. Sin ser dado de alta, en ninguna ocasión, mostrando estabilidad psicopatológica y siendo ineficaz el trabajo en la conciencia de enfermedad.

Son **múltiples los abordajes terapéuticos** utilizados con el paciente, habiendo muchas **diferencias de criterio entre los diferentes dispositivos** que intervienen en el proceso.

En los últimos años se ha intentado una **vinculación forzosa a la Comunidad Terapéutica**. Mediante visitas al dispositivo durante los Ensayos Terapéuticos realizados en los múltiples ingresos en agudos.

Durante el ingreso en CT el contacto ha llegado a mejorar en algunos momentos, disminuyendo el nivel de suspicacia y la presión del delirio. Pero en general, se ha mantenido con producciones psicóticas de forma continuada. Siendo la **evolución tórpida** con dificultades en la toma de tratamiento, continuos **reagudizaciones y repetidas fugas** del dispositivo rehabilitador.

Como ya hemos resaltado, hay **diferentes opiniones sobre el fracaso en la evolución** del paciente entre los múltiples terapeutas referentes del caso. Siendo producto de estas diferencias, la **falta de consenso y coordinación** que han propiciado las fugas del paciente.

Fugas que conllevan el abandono prolongando de tratamiento farmacológico así como alteraciones conductuales de riesgo que están agravando el **deterioro físico y mental asociado** a su proceso de enfermedad.

Conclusiones:

A través de este caso, podemos ver con claridad lo que querían exponer Stanton y Schwartz. En aquellos pacientes con **múltiples abordajes terapéuticos y refractariedad a todo tipo de fármacos**, podemos intentar ir más allá del paciente y buscar **la causa del fracaso terapéutico en el propio equipo**. En este sentido, las disociaciones y reagudizaciones no serían fenómenos exclusivamente determinados desde dentro por la historia psicopatológica del paciente, sino que estarían fuertemente influidos desde fuera por la estructura del **grupo social dividido**.

Bibliografía:

1. Stanton, H.A. & Schwartz, M.S. (1949) "Observations on a dissociation as social participation", *ibid.*, 339-354.
2. Stanton, H.A. & Schwartz, M.S. (1949) "The management of a type of institutional participation in mental illness", *Psychiatry*, vol. XII:13-26.
3. García Badaracco, J.E. (1990) "Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar" 24-25.

PO-183. Ictus en sustancia blanca y esquizofrenia: a propósito de un caso.

Antonio España Osuna, M^a Catalina Fernández Pérez, César García Castrillo.

Presentación de caso clínico

1. Motivo de consulta: Conducta autoagresiva y alteraciones neurológicas en paciente institucionalizado que padece esquizofrenia paranoide de curso crónico.

2. Enfermedad actual: El paciente es ingresado de forma involuntaria por haberse autolesionado con arma blanca en residencia donde vive. Además de descompensación de tipo psicótico congruente con su diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide de evolución crónica, tiene otros síntomas neurológicos asociados.

3. Antecedentes personales: Hipertensión arterial. Diabetes Mellitus. Hipertrofia benigna de próstata. Esquizofrenia paranoide.

4. Exploración. Indicios de descompensación: Productividad delirante de aparición aguda en el contexto de una vivencia crónica de tipo paranoide: percepción de que una trabajadora del centro es su esposa y que mantiene relaciones con otro de los ingresados. Discurso con tendencia a la disprosodia, Irritabilidad en crisis, Impulsividad episódica, Astenia progresiva, Parkinsonismo, Caídas al suelo durante la deambulación ("se tira").

5. Pruebas complementarias. Pruebas analíticas: parámetros dentro de la normalidad y congruentes con los resultados obtenidos en los controles ambulatorios (múltiple patología orgánica en tratamiento).

TAC: INFARTO ISQUEMICO NO RECIENTE EN CORONA RADIATA DERECHA

6. Comentario.

Las alteraciones cognitivas relacionadas con lesiones vasculares o degenerativas en la corteza cerebral son una sintomatología muy conocida y está en la mente de todos nosotros (síntomas de demencia vascular o degenerativa). Ahora bien, si las lesiones están en estructuras por debajo el córtex, los síntomas cognitivos, afectivos y conductuales observados en los pacientes pasan desapercibidos o son muchas veces controvertidos y generan dudas. Ello se debe tener en cuenta cuando exista concomitantemente una psicosis crónica con clínica defectual.



PO-183 - " ICTUS EN SUBSTANCIA BLANCA Y ESQUIZOFRENIA: A PROPÓSITO DE UN CASO "

Antonio España Osuna¹, Cati Fernández Pérez², César García Castrillo³

1 y 3. Psiquiatría, Unidad de Hospitalización de Psiquiatría, HUNT Jaén. 2. Enfermería, UBS Mancha Real, Jaén. 3 .

CASO CLÍNICO:

1. Motivo de consulta. --Conducta autoagresiva y alteraciones neurológicas en paciente institucionalizado que padece esquizofrenia paranoide de curso crónico.

2. Enfermedad actual. --El paciente es ingresado de forma involuntaria por haberse autolesionado con arma blanca en residencia donde vive. Además de descompensación de tipo psicótico congruente con su diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide de evolución crónica, tiene otros síntomas asociados: Discurso con tendencia a la disprosodia, astenia progresiva y caídas al suelo durante la deambulación ("se tira").

3. Antecedentes personales. HTA, Diabetes, Mellitus, Hipertrofia benigna de próstata, Esquizofrenia paranoide.

4. Exploración. Indicios de descompensación:

- Productividad delirante de aparición aguda en el contexto de una vivencia crónica de tipo paranoide; percepción de que una trabajadora del centro es su esposa y que mantiene relaciones con otro de los ingresados.
- Percepción de imágenes y voces referentes al contenido de su delirio (escenas, diálogos entre otros residentes, voces que le insultan y ruidos).
- Alteraciones de conducta del tipo fugas, enfrentamientos verbales con otros residentes e intento de agresión a alguno de estos Actitudes oposicionista en la convivencia normal con trasgresión de reglas de convivencia.
- Asocia además: Discurso con tendencia a la disprosodia, Irritabilidad en crisis, Impulsividad episódica, Astenia progresiva, Parkinsonismo, Caídas al suelo durante la deambulación ("se tira").

5. Pruebas complementarias.

❖ Pruebas analíticas: parámetros dentro de la normalidad y congruentes con los resultados obtenidos en los controles ambulatorios (múltiple patología orgánica en tratamiento).

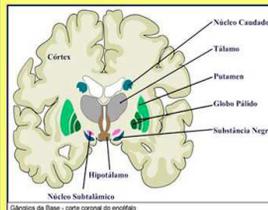
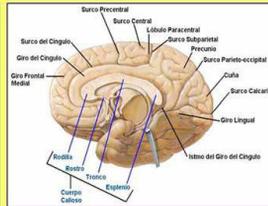
❖ TAC: INFARTO ISQUEMICO NO RECIENTE EN CORONA RADIATA DERECHA.

6. Abordaje terapéutico. IJLIP

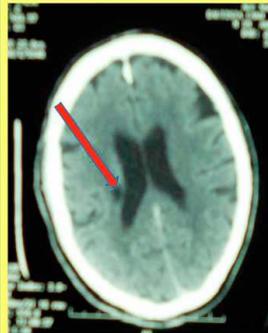
Paliperidona : 9 mg/ día, tratamiento múltipatología orgánica y Rehabilitación del iclus.

7. Evolución clínica.

- Respuesta rápida a medicación neuroléptica con : Atenuación de la productividad de tipo psicótico, tanto delirante como de las alucinaciones Cese de la agresividad y la impulsividad
- Ceden conductas oposicionistas, normalización de conducta relacional y del discurso.
- Pero persiste: Astenia, Claudicación a la marcha, Caídas hasta que completa la rehabilitación.



Gérgora de Bize - (con coronal de envoltío)



COMENTARIO.

•Las alteraciones cognitivas relacionadas con lesiones vasculares o degenerativas en la corteza cerebral son una sintomatología muy conocida y está en la mente de todos nosotros (síntomas de demencia vascular o degenerativa). Ahora bien, si las lesiones están en estructuras por debajo el cortex, los síntomas cognitivos, afectivos y conductuales observados en los pacientes pasan desapercibidos o son muchas veces controvertidos y generan dudas . Ello se debe tener en cuenta cuando exista concomitantemente una psicosis crónica con clínica defectual.

• La enfermedad vascular cerebral representa: la tercera causa de muerte en el mundo occidental. Es la primera causa de mortalidad global en España por entidades específicas: la primera en mujeres y la segunda en hombres; con una tasa de mortalidad anual por iclus: 26-27 por 100.000 habitantes --- 1 muerte cada 14 minutos Es la segunda causa de demencia, después de la enfermedad de Alzheimer . Constituye la primera causa de incapacidad en la población adulta.

Contacto:

spanosuna@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. G. Espárrago Ulorca, L. Castilla-Guerra, M.C. Fernández Moreno, S. Ruiz Doblado, M.D. Jiménez Hernández. Depresión post iclus: una actualización *Neurología*, Volume 30, Issue 1, Pages 23-31.
2. Ambrosino, A; Wyszynski, B: "Manual de Psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas". Editorial Masson. Barcelona , 2006.
3. Mylan, D: "Neurología clínica para psiquiatras". Sexta Edición, Saunders. Elsevier-Masson. Barcelona, 2008.

PO-184. Manifestaciones neuropsiquiátricas del LES.

*Ana Carabias Contreras. Cristina Pérez Sobri-
no. Aurelia Matas Ochoa. Germán Strada He-
rrera. Idir Mesían. Yolanda Lázaro. Luis Oliva-
res.*

Introducción

El conocimiento de las manifestaciones sistémicas propias de enfermedades como el LES es de especial interés en el campo de la neuropsiquiatría dado que la presencia a este nivel constituye un signo de mal pronóstico contribuyendo a elevar la mortalidad.

El lupus neuropsiquiátrico es una enfermedad de difícil diagnóstico y representa un reto diagnóstico para el clínico.

Objetivos

Considerar la importancia de la variada afectación neuropsiquiátrica en el contexto del lupus que puede semejar cuadros de mielopatías, desmielinización, trastornos conductuales y sintomatología psiquiátrica, en relación a la rápida instauración de un tratamiento óptimo para la cesión de la sintomatología y mejoría del pronóstico.

Material y métodos

Mujer de 48 años de edad que comienza a los 17, con manifestaciones psiquiátricas que requieren ingreso hospitalario; cuatro años después de las primeras manifestaciones sistémicas de la enfermedad. Ha requerido numerosos ingresos donde se ha manifestado sintomatología psiquiátrica muy variada: psicosis lúpica, trastorno depresivo

mayor, alteraciones conductuales, gestos autolíticos, estado ansiosodepresivo y fallos mnésicos.

Resultados

Se observó cómo coincidiendo con las reagudizaciones a nivel orgánico, se producía un nuevo recaimiento a nivel psiquiátrico; por lo que se determinó de gran relevancia la estabilización de la enfermedad y correcto uso de corticosteroides.

Conclusiones

El lupus neuropsiquiátrico consiste en una amplia gama de trastornos focales y difusos del sistema nervioso central y periférico que afecta hasta un 75% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico y configura una causa importante de morbimortalidad. La importancia de un diagnóstico no tardío y la instauración de un tratamiento adecuado radica en permitir la mayor funcionalidad durante el mayor tiempo posible y mejoría del pronóstico, teniendo en cuenta que la manifestaciones neuropsiquiátricas se asocian a una mayor morbimortalidad.

Bibliografía

Vallejo, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4ª edición.

MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS DEL LES

Carabias A, Pérez Sobrino C, Matas A, Rubio S, Olivares L, Pérez A, Lázaro Y, Strada G, Serván Rendón-Luna B (Hospital Clínico San Carlos. Madrid)

• INTRODUCCIÓN:

El conocimiento de las manifestaciones sistémicas propias del LES, es de especial interés también en el campo de la neuropsiquiatría dado que la prevalencia de manifestaciones a este nivel es alta, y su presencia constituye un signo de mal pronóstico contribuyendo a elevar la mortalidad. Las manifestaciones consisten en una amplia gama de trastornos focales y difusos del sistema nervioso central (SNC) y periférico que afecta hasta un 75% de los pacientes con LES. Pueden presentarse incluso años antes de instaurarse la enfermedad y asemejar cuadros de mielopatías, desmielinización, trastornos conductuales y sintomatología psiquiátrica.

• CASO CLÍNICO:

Mujer de 48 años de edad que comienza a los 17 años con manifestaciones psiquiátricas que requieren ingreso hospitalario; cinco años después de las primeras manifestaciones sistémicas de la enfermedad. A lo largo de la vida de la paciente, ha requerido numerosos ingresos donde se ha manifestado sintomatología psiquiátrica muy variada: psicosis lúpica, trastorno depresivo mayor, alteraciones conductuales, gestos autolíticos, estado ansiosodepresivo y fallos mnésicos.

A lo largo de la progresión de la enfermedad de la paciente, se observó cómo coincidiendo con factores vitales estresantes así como con las reagudizaciones a nivel sistémico, se producían nuevos recaimientos a nivel psiquiátrico lo que nos apoya la etiología MULTIFACTORIAL de las afectaciones neuropsiquiátricas. De esto radica la relevancia de la estabilización de la enfermedad de base así como el óptimo manejo de las afectaciones en fase aguda con corticosteroides.

• CONCLUSIONES:

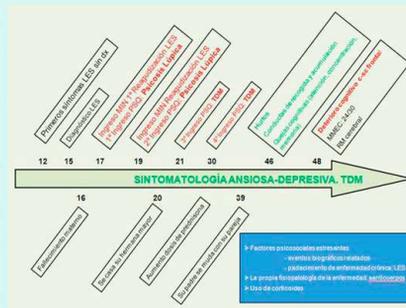
→ El lupus neuropsiquiátrico configura una causa importante de morbimortalidad, pudiendo manifestarse en cualquier momento de la enfermedad incluso en periodos de inactividad empeorando el pronóstico.

→ Importancia de la instauración de un tratamiento adecuado (psicofarmacológico y corticoides en fases aguda) que permita la mayor funcionalidad de los pacientes durante el mayor tiempo posible así como mejoría pronóstica.

→ Es correcto el uso de corticoides durante las fases de reagudización tanto sistémica como neuropsiquiátrica del LES. No obstante, en ocasiones, su propio uso puede ser factor desencadenante de manifestaciones a este nivel (precaución).

• BIBLIOGRAFÍA:

VALLEJO, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 4ª edición. Barcelona: Masson; 2002.
KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. Sinopsis de psiquiatría. 8ª edición. Madrid:Panamericana – Williams Wilkins, 1999.



PO-185. Esquizofrenia y Trastorno Obsesivo Compulsivo. ¿Solapamiento diagnóstico o nueva entidad? A propósito de un caso clínico.

Ana Pérez Tejada, Idir Mesian Pérez, Sandra Rubio Corgo, German Strada Herrera, Yolanda Lázaro Pascual, Luis Olivares Gerechter, José Rodríguez Quijano, Rafael Baena Mures, Aurelia Matas Ochoa, Cristina Pérez Sobrino.

Introducción

Jahreiss acepta por primera vez en 1926 la coexistencia entre el trastorno obsesivo compulsivo TOC y esquizofrenia.

Objetivos

A partir de un caso clínico se realiza una revisión bibliográfica de la psicosis, en este caso esquizofrénica, concomitante con sintomatología obsesivo-compulsiva. Se describen las diversas hipótesis que explicarían la coexistencia de estos síntomas así como el pronóstico de estos pacientes.

Metodología

Se presenta el caso de una mujer de 39 años, que ha recibido los diagnósticos de esquizofrenia y TOC. Debut de la clínica a los 23 años, presentando un cuadro psicótico agudo con síntomas esquizofreniformes. Tras la resolución del episodio agudo, aparece clínica de corte obsesivo, que se mantiene latente entre los diversos episodios psicóticos y que pasa a un primer plano tras el control de los síntomas esquizofrénicos con el tratamiento psicofarmacológico.

Resultados

Se han propuesto tres hipótesis que explicarían la presencia de síntomas de esquizofrenia y de TOC: que exista comorbilidad entre el TOC y la esquizofrenia, que constituyan subgrupos dentro de cada una de las patologías y que síntomas de ambos tipos coexistan en una nueva entidad clínica "esquizo-obsesiva". Estos pacientes presentan mayor resistencia al tratamiento y peor pronóstico, con mayor deterioro cognoscitivo.

Conclusiones

Destacar la elevada incidencia de síntomas obsesivos asociados a esquizofrenia y la necesidad de detectar a estos pacientes y establecer para ellos un tratamiento particular, dada su mayor complicación y peor respuesta al tratamiento.

Bibliografía

- David R, Luis S. Trastorno obsesivo-compulsivo y psicosis: ¿un trastorno esquizo-obsesivo? Revista Colombiana de Psiquiatría.2006;35(4):590-599.
- Loyzaga C, Nicolini H et al. Una aproximación al fenómeno esquizo obsesivo. Salud Mental. 2002;25(3):12-18.

PO-186. La vida de nadie: Un suicidio frustrado.

Laura Colino Martínez, Lourdes Fajardo Simón, Rosa Perteguer Barrio, Hilario Blasco-Fontecilla, Eva María Suárez del Río, Pedro García Parajuá, Luis Iruela Cuadrado.

Presentación de caso clínico

La mayoría de los suicidios consumados y frustrados se producen en personas que nunca han sido atendidas por los Servicios de Salud Mental. A propósito de un caso real, realizamos un paralelismo con el protagonista de "La vida de nadie", para mostrar como el perfil de los sujetos que consuman el suicidio muestran un perfil clínico (género masculino, rasgos narcisistas de personalidad y ausencia de contacto con los servicios de salud mental) hace especialmente difícil su detección.

Se presenta el caso de un varón de 42 años ingresado en la Unidad de psiquiatría del H.U. Puerta de Hierro tras un intento de suicidio de alta letalidad. Durante el ingreso, sorprende su buen aspecto físico e imagen cuidada. Tanto su familia como su pareja creen que trabaja como empresario de éxito. El paciente convive con su pareja desde hace 2 años. Nunca había consumido tóxicos ni había tenido ideación autolítica.

Al igual que el protagonista de la película, representa a un hombre aparentemente bien situado, con una familia y un trabajo envidiables.

El intento de suicidio es precipitado cuando su pareja le solicita su nómina para realizar el contrato de alquiler de una vivienda. Pero eso es imposible, ya que nues-

tro paciente no es empresario y sus últimos años han sido una farsa. En realidad, no es nadie. El paciente escribe una breve nota de despedida explicando todo, y que decide la muerte como solución. Planea día, lugar, hora y forma de hacerlo, sin estar bajos los efectos de alcohol, drogas u otros fármacos. Casualmente su padre regresa del trabajo antes de lo esperado, evitando un suicidio consumado por ahorcamiento. A nivel psicopatológico, únicamente destacan los rasgos narcisistas patológicos.

Futuros estudios deben ir encaminados a identificar sujetos de riesgo por suicidio consumado (varón, rasgos narcisistas).

Bibliografía

- Artieda-Urrutia P., Parra Uribe I, García-Pares G, et al. Management of suicidal behaviour: Is the World upside down? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2014, Vol 48(5) 399-401.
- Giner L, Blasco-Fontecilla H, Mercedes Pérez-Rodríguez M, García-Nieto R, Giner J, Guija JA, Rico A, Barrero E, Luna MA, de Leon J, Oquendo MA, Baca-García E. Personality disorders and health problems distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison. *J Affect Disord.* 2013 Nov;151(2):474-83. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.029. Epub 2013 Jul 13. PubMed PMID: 23859005.
- Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Giró Batalla M, Llorens Capdevila M, Cebrià Meca A, de León-Martínez V, Pérez-Solà V, Palao Vidal DJ. Attempted and completed suicide: not what we expected? *J Affect Disord.* 2013 Sep 25;150(3):840-6. doi: 10.1016/j.jad.2013.03.013. Epub 2013 Apr 23. PubMed PMID: 23623420. a

La vida de nadie: un suicidio frustrado



Laura Colino Martínez¹, Lourdes Fajardo Simón¹, Rosa Perteguer Barrio¹, Hilario Blasco-Fontecilla^{1,2,3,4*}, Eva María Suárez del Río¹, Pedro García Paraja¹, Luis Iruela Cuadrado^{1,4}.

¹Servicio de Psiquiatría, IDIPHIM, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España ²CIBERSAM, Madrid, España

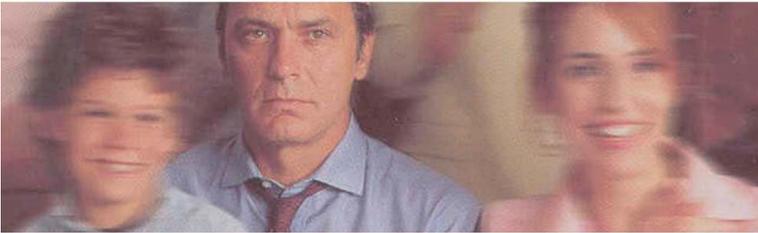
³Consulting Asistencial Sociosanitario, Madrid, España

⁴Universidad Autónoma de Madrid, España

*Correspondencia: hmlblasco@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los suicidios consumados y frustrados se producen en personas que nunca han sido atendidas por los Servicios de Salud Mental. A propósito de un caso real, realizamos un paralelismo con el protagonista de la película “La vida de nadie”¹, película basada en hechos reales, para mostrar como los sujetos que consuman el suicidio muestran un perfil clínico (género masculino, rasgos narcisistas de personalidad y ausencia de contacto con los servicios de salud mental) que dificulta su detección y prevención.



PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 42 años ingresado en la Unidad de Hospitalización Breve del H.U. Puerta de Hierro tras un intento de suicidio de alta letalidad (ahorcamiento). Durante el ingreso, sorprende su buen aspecto físico e imagen cuidada. Tanto su familia como su pareja creen que es CEO de una importante empresa española. El paciente nunca había consumido tóxicos ni había tenido ideación autolítica ni había estado en seguimiento por los servicios de salud mental. Mantiene una relación de pareja estable en los últimos 5 años. Al igual que el protagonista de la película, representa a un hombre aparentemente bien situado, con una familia y un trabajo envidiables.

El intento de suicidio es precipitado cuando su pareja le solicita su nómina para poder firmar un contrato de alquiler e irse a vivir juntos. Esto es imposible, ya que el paciente no es CEO. Ha mantenido su elevado nivel de vida gracias a una herencia y a robos inadvertidos a sus padres. Su vida es una farsa. *No es nadie*. El suicidio es la única solución. Planea día, lugar, hora, y método, sin estar bajos los efectos de alcohol, drogas u otros fármacos. Deja una nota de despedida explicándolo todo. La cuerda de la que pende, se rompe, y su padre, que regresa del trabajo antes de lo esperado, evita el suicidio de su hijo. Durante el ingreso, a nivel psicopatológico, únicamente destacan los rasgos narcisistas patológicos. Ver la Figura 1 (ref.1), en la que se representa la paradoja del suicidio: los sujetos que se suicidan no están dentro del circuito de salud mental.



Figure 1. Conceptual representation of the different types of suicidal behaviors, and the health setting where the individuals exhibiting such suicidal behaviors are followed up. The graphical representation of these suicidal behaviors is not proportional to the prevalence in the population (i.e. 20 suicides per 100,000 or 0.02%). Furthermore, do note that figures represented here are summarizing data from literature and not data from a single population. Patients who completed suicide are characterized by the presence of economic, domestic, social, religious, alcohol use, relationship, personality disorders and traits profile.

CONCLUSIONES

Futuros estudios deben ir encaminados a identificar sujetos de riesgo por suicidio consumado (varón, rasgos narcisistas).
** http://es.wikipedia.org/wiki/La_vida_de_nadie



REFERENCIAS: 1. Arheda-Urriola P., Parra Urbe I., García-Pares G., et al. Management of suicidal behaviour: Is the World upside down? Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2014; Vol 48(5): 399-401.
2. Giner L., Blasco-Fontecilla H., Mercedes Pérez-Rodríguez M., García-Nieto R., Giner J., Guja JA., Rico A., Barrero E., Luna MA., de León J., Oquendo MA., Baca-García E. Personality disorders and health problems distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison. J Affect Disord. 2013 Nov;151(2):474-83.

P-1.1. Riesgo suicida en los primeros episodios psicóticos

Ruiz-Veguilla

El suicidio supone la principal causa de muerte prematura en personas con esquizofrenia (López-Moríñigo et al., 2014). Después de un primer episodio psicótico un 3% de los pacientes realiza algún intento de suicidio a lo largo del primer año y un 18% al cabo de los 5 años. El objetivo del presente trabajo es el análisis de la influencia del insight y las dimensiones de personalidad en los intentos de suicidio a los 6 y 12 meses después de un primer episodio psicótico. Recientes estudios han demostrado la relación entre insight y suicidio aunque dicha relación aún es inconsistente (Barret., 2010).

Se ha investigado acerca de la asociación entre la personalidad y los intentos de suicidio. La importancia de la personalidad viene marcada por la capacidad que tiene ésta en describir las actitudes de las personas en diferentes situaciones (Calati et al., 2008). En nuestro estudio se realizó un seguimiento de 65 personas que habían sufrido un primer episodio psicótico a lo largo de un año. Se emplearon las adaptaciones al castellano de: Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD) (Amador et al., 1990), Personality Assessment Schedule (PAS) (Tyrer et al., 1988), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987). La severidad de los síntomas fue clasificada según la propuesta de Van Os (Van Os et al., 1999).

El análisis univariante fue realizado empleando Mann-Withney U-test para comparar las puntuaciones en los diferentes subgrupos mientras que se empleó la corre-

lación de Spearman para explorar las asociaciones entre las diferentes dimensiones. Este tipo de análisis encontró diferencias significativas entre las personas que habían realizado algún intento suicida y las que no a los 6 meses en: PAS-Esquizoide (2.3 ± 1.5 vs. 1.4 ± 1.5 , $P=0.054$); PAS-Sociopatía (1.9 ± 1.0 vs. 1.6 ± 1.1 , $P= 0.059$); PAS-Pasivo-Dependiente (2.0 ± 1.5 vs. 1.2 ± 0.8 , $P= 0.014$); PAS- Esquizotípico (1.8 ± 1.0 vs. 0.8 ± 1.1 , $P= 0.022$) y Severidad de los síntomas (1.5 ± 1.3 vs. 0.7 ± 1.0 , $P= 0.022$). A los doce meses las diferencias se hallaron en: PAS- Esquizoide (2.4 ± 1.8 vs. 1.3 ± 1.4 , $P= 0.041$) y Severidad de los síntomas (1.7 ± 1.1 vs. 0.6 ± 1.0 , $P= 0.000$). Mediante la correlación de Spearman se hallaron relaciones significativas entre los intentos de suicidio a los 6 meses con: PAS-Esquizoide ($P \leq 0.005$), PAS-Sociopatía ($P \leq 0.05$), PAS-Pasivo-Dependiente ($P \leq 0.05$) y Severidad de los síntomas ($P \leq 0.05$). A los 12 meses: PAS-Esquizoide ($P \leq 0.05$) y Severidad de los síntomas ($P \leq 0.01$).

Los predictores de los intentos de suicidio a los 6 meses fueron: No conciencia de enfermedad ($OR=2.81$, $95\% CI= 1.01-7.82$), PAS-Pasivo-Dependiente ($OR=2.08$, $95\% CI= 1.04-4.18$) y PAS-Esquizotípico ($OR=1.91$, $95\% CI= 0.95-3.84$). A los 12 meses: No conciencia de la necesidad de tratamiento ($OR=6.00$, $95\% CI= 1.18-30.49$), Conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad ($OR=7.69$, $95\% CI= 1.54-38.46$) y Severidad de los síntomas ($OR=4.37$, $95\% CI= 1.91-10.03$).

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto la relevancia del insight y las dimensiones de personalidad en los intentos autolíticos en primeros episodios psicóticos.

P-1.2. Conducta suicida asociada al trastorno bipolar

Benabarre

La evolución del trastorno bipolar (TB) depende de muchos factores, entre los que afecta de forma negativa se encuentra la impulsividad. La impulsividad parece estar aumentada en los sujetos con TB incluso en periodos de remisión de síntomas maníacos y/o depresivos. Se conoce, por estudios clínicos y de farmacología, que el litio mejora los niveles de impulsividad. Una de las hipótesis de esta influencia es mediante la inhibición de ambas isoenzimas de la kinasa sintasa de glicógeno (GSK3). La ponencia se basa principalmente en una investigación de nuestro grupo ya publicada (1) en la que se investigaban los niveles de impulsividad de los sujetos con trastorno bipolar y la influencia de variantes genéticas localizadas en los genes α y β de la GSK3. La muestra de 199 sujetos con TB en seguimiento ambulatorio fue recogida en Barcelona (Unidad de Trastorno Bipolar del Hospital Clinic) y en Oviedo (Atención Primaria). Así, por un lado se genotiparon cuatro polimorfismos de los genes indicados y se valoró la impulsividad mediante la escala de impulsividad de Barrat (BIS-11). Los resultados indicaron que los sujetos con alelos T en el rs1732170-GSK3 β y G en rs334558-GSK3 β presentaban unos niveles de impulsividad atencional mayor que aquellos que no portaban dichos alelos. Estos datos, junto con otros datos que se presentan, vienen a respaldar la idea de que la variabilidad del gen GSK3 β se asocia a mayor impulsividad en sujetos con TB.

Referencias

1. Jiménez E, Arias B, Mitjans M, Goikolea JM, Roda E, Ruíz V, Pérez A, Sáiz PA, García-Portilla MP, Burón P, Bobes

J, Vieta E, Benabarre A. Association between GSK3 β gene and increased impulsivity in bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2014 Apr;24(4):510-8. doi: 10.1016/j.euroneuro.2014.01.005.

P-1.3. Características de los intentos de suicidio médicamente graves

Quesada, Marta; Braquehais, Dolores; Casas, Miguel.

Los Intentos de suicidio médicamente graves (ISMG) se definen por presentar un compromiso orgánico grave, independientemente de su gravedad psiquiátrica. Sin embargo, los criterios utilizados para definir los ISMG en los estudios realizados al respecto, han sido y son en la actualidad muy heterogéneos.

El estudio de los ISMG es muy relevante porque, en el espectro de la conducta suicida, son los más cercanos al suicidio consumado, tratándose de dos poblaciones con características comunes. A diferencia de los fallecidos por suicidio, la información de los sujetos que realizan ISMG puede ser obtenida directamente del superviviente. El hecho de poder valorar pacientes tan cercanos al suicidio, es de gran valor para entender los mecanismos psicológicos que desencadenan una conducta suicida severa.

Cuando se hace referencia a los ISMG, se asume que son un subgrupo homogéneo en el amplio espectro de la conducta suicida pero, hay estudios que muestran características diferenciales dentro de los ISMG.

A grandes rasgos, los sujetos que realizan ISMG presentan alta prevalencia de Trastorno mental, sobre todo Depresión Mayor, y tienen antecedentes de intentos de suicidio previos. Sin embargo, los estudios presentan resultados controvertidos. Incluso, un factor de peso como la Depresión Mayor, no nos permite distinguir entre ISMG e intentos de suicidio no graves. En la misma línea, la presencia de intentos de suicidio previos, que es un factor de riesgo amplia-

mente conocido y replicado en estudios de conducta suicida, en los ISMG los resultados también son controvertidos. Por último, a la hora de estudiar este tipo de conducta suicida, además de tener en cuenta aspectos como la definición de ISMG y el diseño de los estudios, no hay que olvidar tampoco aspectos socioculturales.

P-2. SUICIDIO CONSENSUS: un proyecto de la SEP

Palao Vidal, Diego.

¿Podemos prevenir la muerte por suicidio? La respuesta es que sí, pero únicamente de las personas que reciben una atención adecuada, accesible y continuada. Las intervenciones multifacéticas de prevención implican cambios organizativos importantes en el sistema sanitario, pero también necesita un cambio en el reconocimiento social de que el suicidio es, en la mayoría de los casos, es una consecuencia de problemas de salud (enfermedad mental, alcohol, conductas autolesivas previas...). Las iniciativas y los esfuerzos preventivos individuales fracasan frecuentemente en un sistema sanitario fragmentado en el que no se prioriza la implementación de las mejores estrategias de prevención del suicidio. La distancia entre el conocimiento y la realidad asistencial continúa siendo insalvable y 3800 personas fallecieron en 2013 en España por suicidio (8,3/100.000 hab.).

Múltiples iniciativas internacionales como la de la Alianza Europea Contra la Depresión (www.eaad.net), aplicada con éxito en Catalunya (Sant Pau y Sabadell), o el programa Zero Suicides, iniciado en Michigan y que se extiende en diversas ciudades norteamericanas (National Action Alliance for Suicide Prevención) y, que ahora adopta el NHS, son ejemplos notables de que sí se puede.

La Sociedad Española de Psiquiatría presenta el proyecto "Suicidio Consenso" (<http://suicidio.healthconsensus.net/?auto>), una iniciativa participativa que se propone extender y compartir el conocimiento disponible sobre las buenas prácticas de prevención del suicidio con todos sus socios. Partiendo de la publicación "Suicidio y

psiquiatría: recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida” (Bobes J, Giner J y Saiz J, 2011) y con una metodología innovadora de consenso Delphi online, se invita a todos los socios a conocer y consensuar las mejores propuestas de prevención del suicidio. Es evidente que la intención final es que los psiquiatras españoles ejerzan el liderazgo necesario para que se implementen en todo el territorio nacional.

P-3.1. Mediadores entre el maltrato infantil y la conducta suicida del adulto

López-Castromán

La exposición a eventos traumáticos en la infancia se ha asociado consistentemente con la conducta suicida en la edad adulta, ya sea en forma de ideación, intentos o suicidio consumado. Desgraciadamente, el maltrato en la infancia es frecuente y afecta a la capacidad de funcionamiento del individuo en múltiples áreas: comportamiento, salud física, salud mental. Los problemas de salud física se han ligado al rebasamiento de los sistemas biológicos de reacción al estrés, razón por la que se ha acuñado el término de "carga alostática" que indicaría los esfuerzos del organismo en desarrollo para mantener el equilibrio en presencia de un estrés excesivo, bien por ser crónico o por ser demasiado intenso. De forma congruente, la literatura ha demostrado que existe una relación dosis-respuesta entre el padecimiento de un evento traumático en la infancia y el desarrollo de trastornos mentales y conducta suicida en el adulto.

La naturaleza y/o la severidad del trauma pueden determinar el momento y la gravedad del comportamiento suicida. Además, el maltrato infantil se trasmite a través de las generaciones junto con otro factor de vulnerabilidad suicida, los antecedentes familiares de conducta suicida. Estos dos factores están íntimamente asociados y su presencia configura un fenotipo de riesgo suicida probablemente mediado por rasgos impulsivos o agresivos de personalidad. Por otro lado, la existencia de un correlato biológico al maltrato infantil no ofrece dudas, hasta el punto de que cada tipo de maltrato puede dejar una huella diferente en los estudios de neuroimagen. Las poblaciones maltratadas muestran también modificaciones epige-

néticas en la edad adulta que les hacen más sensibles a los estresores. En este contexto, la experiencia de nuevos eventos traumáticos (a menudo en forma de revictimización) puede precipitar la conducta suicida, especialmente en presencia de un trastorno mental y en particular de un trastorno por estrés postraumático.

La alta prevalencia de maltrato infantil entre los suicidas nos obliga a replantear el concepto de vulnerabilidad suicida (estrés-diátesis) desde la perspectiva del neurodesarrollo. Los insultos sobre un cerebro en desarrollo podrían explicar las alteraciones posteriores en aspectos psicológicos importantes como la toma de decisiones, la regulación emocional o la impulsividad. Aunque la relación entre la exposición a experiencias traumáticas infantiles y la conducta suicida sea evidente, a día de hoy no conocemos exactamente ni los mecanismos de transmisión del riesgo ni los factores de resiliencia que protegen a algunos de los niños abusados. Necesitamos estudios longitudinales que examinen las dimensiones comunes a los diferentes tipos de maltrato y los determinantes o mediadores del paso al acto suicida en estos pacientes.

P-3.2. Abordaje y prevención a nivel institucional de la conducta suicida

Navío Acosta, Mercedes.

El suicidio es la primera causa externa de muerte en España, por encima de los accidentes de tráfico y laborales, de los homicidios, y de la violencia de género. 3870 personas murieron en 2013 según el Instituto Nacional de Estadística. La tasa asciende a 8,3/100.000hbs. De nuevo esa cifra que ya rebasa los 10 suicidios diarios protagoniza debates desde mi punto de vista equivocados en torno a su tendencia en ascenso o descenso relativos, que han de ser superados por la evidencia de que el suicidio es un problema de salud pública y la primera causa de mortalidad en salud mental de nuestro medio. La Organización Mundial de la Salud y distintas instancias a nivel europeo han sido recurrentes en sus recomendaciones. Tanto desde el Ministerio de Sanidad como desde las distintas comunidades autónomas se han llevado a cabo iniciativas preventivas encomiables, de las que conozco más en profundidad las llevadas a cabo en Madrid por mi responsabilidad directa en las mismas, aunque he podido constatar ejemplos de buenas prácticas en la mayoría de las comunidades autónomas con la visión panorámica que me ha permitido la coordinación del Proyecto de Prevención de suicidio de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad que he tenido el privilegio de dirigir.

Todas ellas son revisadas en esta ponencia. No obstante con carácter general aún son insuficientes y parciales, cada vez más convergentes en torno a modelos de intervención europeos multinivel que exceden por la propia naturaleza compleja del fenómeno del suicidio, el ámbito sanitario, lo que implica una necesaria aproximación multisectorial e integral al problema, debiendo incluir también

al sector educativo, laboral, judicial, policial, religioso, político, legal y de los medios de comunicación y requiriendo dotación de medios económicos y humanos.

Concluyendo, la primera causa externa de muerte evitable en España no tiene un Plan Nacional de Prevención, y un solo suicidio evitable es ya demasiado, para los profesionales de la salud mental y para toda la sociedad en su conjunto.

P-3.3. La improbable prevención de un suicidio

Caballero, Luis; Rothova, Diana.

El escritor checo Bohumil Hrabal (1914-1997) falleció el día 3 de febrero de 1997 tras precipitarse por una ventana del Hospital Bolovka de Praga, donde estaba ingresado. Aunque todos los indicios apuntaban al suicidio, la versión oficial, mantenida por parte de sus allegados, fue la de una muerte accidental. Sin embargo, en la reciente celebración del centenario de su muerte (13 años después del fallecimiento) se ha mostrado, con pocas opiniones en contra, que se trató de un suicidio.

Una búsqueda en internet, varias entrevistas personales llevadas a cabo por los autores con su biógrafa (Monika Zgustova), y los datos aportados por el médico que le atendía en el momento de su muerte (Dr. Dungal), dejan pocas dudas al respecto. La presentación discute los motivos de ocultación oficial del suicidio de B Hrabal en el momento de producirse y trata de entenderla, en parte, como consecuencia de un tabú que parece tener en su base el contrato social tácito "mediante el que las estructuras de poder monopolizan las vidas de los ciudadanos" (Vakin, 2014). Una búsqueda en PUBMED y en el American Journal of Suicidology sugiere que el tabú sobre el suicidio es un tópico mínimamente estudiado.

P-4.1. Evaluación y seguimiento en dispositivos ambulatorios

Alejandra Sáiz, Pilar.

El suicidio es uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública mundial. Datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO) ponen de manifiesto que más de un millón de personas se suicidan en todo el mundo, siendo la tercera causa de muerte en personas de edades comprendidas entre 15 y 44 años. En los países miembros de la Unión Europea se calcula que mueren cerca de 60.000 personas al año por este motivo. Concretamente, los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) referentes al año 2013 sitúan al suicidio en España, por sexto año consecutivo, como la primera causa no natural de defunción, con 3870 personas fallecidas.

La evaluación del riesgo suicida es una de las tareas más importantes, complejas y difíciles a las que debe de enfrentarse cualquier clínico. En el creciente ambiente legalista en que se desarrolla la práctica cotidiana, cada vez se presta mayor atención a la potencial responsabilidad derivada de una evaluación del riesgo suicida insuficiente o incorrecta.

A pesar de que la historia de tentativa suicida previa es el marcador de riesgo suicida más replicado tanto de futuras tentativas como de posterior suicidio consumado, en muchas ocasiones la exploración clínica adolece de falta de adecuada evaluación tanto de la ideación suicida presente en el momento de la entrevista como de la existencia de actos suicidas previos, infraestimando el riesgo de suicidio real de los pacientes. Lo cual se ve aún más favorecido por el hecho de que aun cuando el clínico identifica ideación o comportamientos suicidas previos, el paciente reci-

be un diagnóstico (en España, una categoría CIE-10) que no subraya adecuadamente el riesgo suicida del mismo.

Hasta la fecha son muy escasos los ensayos aleatorizados y controlados basados en la intervención sobre personas que han realizado tentativas suicidas previas. En este sentido, se ha demostrado que los programas que potencian el incremento de la adherencia al tratamiento ambulatorio post-tentativa se acompañan de un descenso significativo en la tasa de repetición de las tentativas suicidas.

Ejemplos específicos de intervenciones favorecedoras de la adherencia terapéutica, que ya han demostrado su eficacia en la prevención de comportamientos suicidas, serían el seguimiento telefónico sistemático intensivo con utilización de "tarjetas de crisis", el contacto intensivo a través del correo postal o el manejo de casos de orientación psicosocial. Por tanto, el desarrollo del manejo de casos como un método de intervención específico en pacientes con tentativas suicidas previas puede constituir una herramienta de intervención adecuada, ya que facilita una aproximación terapéutica multidimensional y comprensiva que incluye seguimiento continuado del paciente para facilitar la adherencia, tratamiento individualizado de los casos y una coordinación más adecuada para la utilización de recursos sociales de la comunidad.

P-4.2. Abordaje y evaluación de la atención urgente

Baca-García

La valoración y posterior manejo del riesgo de suicidio es uno de los mayores desafíos clínicos de la actividad del psiquiatra. El objetivo fundamental es la adquisición y ponderación de la información suficiente para minimizar la incertidumbre, y así asegurar el correcto tratamiento y continuidad asistencial.

Los factores de riesgo y protección de la conducta suicida son bien conocidos. Sin embargo - con la excepción de la existencia de un intento de suicidio previo- tienen muy poca capacidad predictiva a largo plazo. Las guías y consenso sobre manejo de la conducta suicida dan recomendaciones que coinciden en señalar la validez a corto plazo y la necesidad de instaurar y garantizar el tratamiento y seguimiento de estos pacientes.

Una de las principales deficiencias de la práctica actual de los psiquiatras en urgencias es la documentación de la valoración de la conducta suicida. Las sociedades científicas españolas se han hecho eco de este problema y han hecho recomendaciones a tal efecto. La atención a la conducta suicida en urgencias no concluye con la indicación de un tratamiento o un ingreso, es necesario asegurarle al paciente un seguimiento. En este sentido, se discute el funcionamiento del Código 100. Un programa realizado entre el SAMUR y la Fundación Jiménez Díaz que comienza con la atención de los pacientes con conducta suicida fuera de la urgencia hospitalaria y coordina la atención tanto en urgencias como el seguimiento ambulatorio en un programa específicamente diseñado para la conducta suicida.

Por último se aborda el impacto de nuevas tecnologías tanto en la valoración de los pacientes con el software memind que permite valorar pacientes y familiares en su entorno habitual, como el programa de seguimiento SIAM basado en mensajes sms.

P-4.3. Vigilancia, evaluación y derivación desde el ingreso

Courtet, Philippe.

El trastorno Conductas Suicidas (DSM5) es una entidad autónoma, con factores de riesgo y fisiopatología específicos y un curso evolutivo independiente de los trastornos psiquiátricos asociados. Por lo tanto, el tratamiento, la evaluación y el seguimiento deben ser específicos. El manejo terapéutico puede ser conceptualizado desde los trabajos neurocientíficos más recientes, en virtud de los cuales las conductas suicidas serían el resultado de una sensibilidad exagerada al estrés social. Así, el estrés social activa varias regiones del cerebro (la corteza cingulada anterior y la ínsula, en particular), responsables de una hiperactividad del eje del estrés y de una condición inflamatoria. Intrigantemente, estas mismas anomalías caracterizan la vulnerabilidad a las conductas suicidas, que ocurren a menudo tras un estrés social.

Los estudios neuroanatómicos y clínicos sugieren que los sujetos que hacen intentos de suicidio tienen una mayor propensión al dolor, su origen sea social, física o psicológica. Puesto que el dolor psicológico está en el centro del proceso suicida, el principal objetivo de la atención a los pacientes suicidas será calmar el dolor de estos sujetos. Ayudar al paciente y crear una alianza terapéutica, proteger al paciente son los principales objetivos de la hospitalización. Insistimos en que el tiempo inicial del cuidado se realiza en la evaluación clínica, precisa, completa y, muy importante, de forma empática. El síndrome de “amenaza suicida” describe el estado agudo de pacientes cerca del paso al acto. Eso indica enfoques terapéuticos en situación aguda, con el uso de tratamientos farmacológicos antiagresivos, ansiolíticos e hipnóticos.

La evaluación diagnóstica permitirá iniciar un tratamiento adecuado para el trastorno psiquiátrico asociado al estado suicida. Recordamos que en la depresión, la ketamina y el litio son tratamientos con una eficacia anti-suicida establecida, y que intervienen en vías moleculares y neurocognitivas involucradas en la vulnerabilidad suicida. No se ha establecido un consenso sobre la eficacia de la psicoterapia en la prevención del suicidio. Asimismo, hemos propuesto recientemente que la terapia ACT (terapia de aceptación y compromiso) es prometedor en los pacientes deprimidos que presentan un riesgo suicida agudo. Finalmente, los sistemas de vigilancia diseñados para restaurar la conexión social (teléfono) mostraron ser efectivas en la prevención de la recaída suicida.

La vigilancia clínica de los pacientes debe centrarse en el curso evolutivo de los trastornos psiquiátricos que padecen, teniendo en cuenta que la ansiedad es un factor importante para la recidiva. Es pertinente también monitorear dimensiones más específicas del suicidio, como las modalidades de reacción al estrés social, el dolor y la ideación suicida. Esta evaluación continua podría beneficiarse de soluciones de m-salud (tecnologías móviles de comunicación y de redes para el cuidado de la salud) que parecen muy adecuadas y seguras para el seguimiento de sujetos en riesgo.

Finalmente, esquematizaremos el plan de cuidados establecido en el Hospital Universitario de Montpellier que se caracteriza por una breve hospitalización de menos de una semana, donde se da prioridad a una evaluación clínica intensiva, la creación de una alianza y el uso de tratamientos sedativos. Sigue un procedimiento ambulatorio que incorpora estrechas consultas, seguimiento telefónico y visitas domiciliarias, durante 3 meses antes de pasar el testigo a los equipos de atención psiquiátrica.

P-5. Antidepresivos y suicidio

Gibert Rahola, Juan.

Controversia iniciada en 2003 al reanalizarse los datos de los estudios clínicos: se aprecian razones suficientes para considerar que los ATD pueden inducir ideas suicidas o intentos suicidas. Niños y adolescentes que inician tratamientos con nuevos ATD presentan un riesgo mayor de desarrollar pensamientos o conducta suicida que los tratados con placebo. La historia "actual" empieza con la paroxetina y se extiende a los otros ISRS y luego a todos los antidepresivos. Sin embargo, en los últimos años ha disminuido el nº de suicidios entre los adolescentes y una de las razones es la prescripción de ATD. El tratamiento a corto y largo plazo de los trastornos afectivos disminuye la morbilidad y mortalidad por suicidio incluso en la población de alto riesgo.

El mayor peligro de suicidio se produce en las fases iniciales del tratamiento. La situación clínica real de los pacientes en el momento que entran en condición de suicidabilidad es un estado de activación, que se conoce desde hace décadas, al incrementarse la energía antes de mejorar el estado de ánimo y que actualmente se conoce como síndrome de activación (SA).

Por otra parte, se han propuesto diversos mecanismos para inducir o exacerbar las tendencias suicidas: incrementar la energía para actuar sobre una ideación suicida ya existente, empeorando paradójicamente la depresión, induciendo acatisia asociada a impulsos auto-destructivos o agresivos, induciendo ataques de pánico, provocando estados maníacos o mixtos, produciendo insomnio grave o interfiriendo con la arquitectura del sueño, induciendo un estado obsesivo orgánico, produciendo un trastorno de personalidad orgánico de tipo límite o exacerbando o inducien-

do alteraciones electro-encefalográficas o neurológicas. Se ha utilizado un nuevo método estadístico para el análisis de efectos adversos reportados espontáneamente. Aplicando este método, los nuevos antidepresivos están asociados a una menor tasa de reportes de efectos adversos relacionados con el suicidio que los antiguos ATD.