



VIII ENCUENTROS
EN **PSIQUIATRÍA**
conducta suicida

Sevilla, 5 y 6 de abril 2017

Biblioteca
Online

PSIQUIATRÍA
BIBLIOTECA
SALUD MENTAL

Actas de los

VIII Encuentros en Psiquiatría

Conducta Suicida

Sevilla, 5 y 6 de abril de 2017

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)

VII Encuentros en Psiquiatría. Conducta Suicida.

© Varios autores, 2017

© Biblioteca de Salud Mental, 2017

© Sociedad Andaluza de Psiquiatría, 2017

Sevilla

Calle Aquisgrán 2

28232 Las Rozas Madrid

(España)

Primera edición: Octubre de 2017

ISBN: 13-978-84-617-9783-7

Contenido

Psiquiatría General	11
[PO-2001] Evaluación del impacto de la patología mental en la calidad de vida de los adolescentes mediante evaluación momentánea ecológica	12
[PO-2003] Dos polimorfismos genéticos en el cromosoma 1 como factores de protección frente al trastorno depresivo mayor en mujeres.....	13
[PO-2005] Preparándonos para el cambio. Intervención motivacional antitabaco en pacientes con trastorno bipolar	14
[PO-2008] Conductas autolíticas en pacientes con trastorno mental asociado al consumo de sustancias .	15
[PO-2018] Pacientes con trastorno mental grave en la interconsulta psiquiátrica. Estudio de 6 años.....	16
[PO-2022] Conducta suicida en el niño y adolescente en el AGS sur de Sevilla.....	17
[PO-2025] Estudio observacional descriptivo sobre urgencias ginecológicas en pacientes con pródromos de psicosis.....	18
[PO-2038] Patología Dual y Salud Mental: ¿Abordaje interdisciplinar o duplicidad terapéutica? Experiencia en el Área Sur de Sevilla.	19
[PO-2047] La desesperanza y su relación con variables clínicas y psicosociales en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal con indicación quirúrgica.....	20
[PO-2055] Efectividad de la formulación trimestral de palmitato de paliperidona en la práctica clínica. Primeros resultados.....	21
[PO-2060] Demandas latentes que esconden las interconsultas.....	22
[PO-2062] Aripiprazol inyectable de larga duración en Centro de Salud Mental	23
[PO-2069] Estudio del proceso de incapacitación en el Área VII de Salud Mental de Asturias	24
[PO-2070] Evolución del consumo de alcohol en una muestra de pacientes con dependencia alcohólica con o sin patología dual.	25
[PO-3001] ¿Paliperidona o Risperidona?	26
[PO-3002] Trastornos de la conducta alimentaria e impulsividad	27
[PO-3005] Suicidio en la red, consideraciones éticas.....	28
[PO-3009] Uso del ajedrez como terapia en salud mental: una revisión sistemática.....	29
[PO-3020] Revisión actualizada sobre síntomas psiquiátricos en pacientes con distrofia muscular de Duchenne.....	30
[PO-3022] Mindfulness y Tabaquismo	31
[PO-3023] Ciclos Tóxicos.	32
[PO-3026] Sintomatología depresiva crónica y deterioro cognitivo leve. Hallazgos en pruebas de neuroimagen y asociación con enfermedad de Alzheimer.	33
Conducta suicida	34
[PO-2004] Niveles de colesterol sérico en pacientes hospitalizados por intento autolítico.....	35

[PO-2006] Estudio sociodemográfico de tentativas autolíticas y adherencia terapéutica tras instauración de protocolo de atención urgente en Santiago de Compostela.....	36
[PO-2007] Conducta Parasuicida Juvenil en el Centro de Salud Mental.	37
[PO-2009] Conductas de suicidio en Primeros Episodios Psicóticos en el Área 5 de Valencia	38
[PO-2010] El programa ARSUIC de prevención del riesgo suicida en Madrid. Diferencias en su efectividad entre pacientes adultos y adolescentes. Resultados de un estudio prospectivo de base hospitalaria	39
[PO-2011] Personalidad y cognición social y su relación con la conducta suicida tras un primer episodio psicótico.....	40
[PO-2012] Comparación de las características sociodemográficas y clínicas en una muestra de pacientes psiquiátricos adolescentes, según la presencia o ausencia de ideas de muerte y conductas autolesivas ...	41
[PO-2013] Funcionamiento psicosocial a los 12 meses de un primer episodio psicótico: personalidad y conducta suicida.	42
[PO-2016] Resultados paradójicos en la evaluación con las escalas WHO-5 y GHQ-12 en pacientes con ideas de muerte continuas.....	43
[PO-2017] Psiquiatría de enlace y suicidios frustrados. Análisis de 6 años.....	44
[PO-2019] Actitud ante la muerte y psicoterapia.....	45
[PO-2020] Análisis de los reintentos autolíticos tras dos años de seguimientos en la provincia de Huelva.	46
[PO-2021] Ideación suicida en pacientes con dolor crónico	47
[PO-2023] Características sociodemográficas y clínicas asociados a intentos de suicidio en zona rural.....	48
[PO-2024] Estudio de las características de una muestra de pacientes con suicidio consumado.....	49
[PO-2026] Comparación de intentos autolíticos según las poblaciones de cada Unidad de Salud Mental Comunitaria.	50
[PO-2028] Niveles de vitamina D en pacientes hospitalizados por intento autolítico.....	51
[PO-2029] Respuestas de Afrontamiento y suicidio en Trastornos Mentales Graves	52
[PO-2030] Análisis de la conducta suicida durante en el año 2016 en el Hospital de Valme.	53
[PO-2031] Autolesiones y Adolescentes en la Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil del HCU de Valladolid.....	54
[PO-2032] Características demográficas y clínicas de los pacientes incluidos en Protocolo de Prevención de Suicidio en una Unidad de Salud Mental Comunitaria.....	55
[PO-2033] Pacientes con ideación suicida, ¿la prevención intensiva es útil para evitar el paso al acto?.....	56
[PO-2034] ¿Qué sucede con los suicidas que tras seguimiento intensivo en la consulta de riesgo suicida son devueltos a Atención Primaria?.....	57
[PO-2035] Continuidad asistencial: ¿Qué sucede con los suicidas que no se vinculan después de un intento?	58
[PO-2036] Diferencias clínicas en los pacientes con conducta suicida	59
[PO-2037] IMC y conducta suicida	60
[PO-2040] Suicidios e intentos de suicidios en el área II de Valladolid 20 años después	61
[PO-2041] Análisis de los ingresos en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital de Valme por conductas autolíticas en el año 2016.....	62

[PO-2042] Consulta de riesgo suicida: ¿Cuál es el perfil del suicida que reincide a los 2 años del seguimiento?	63
[PO-2043] ¿Son fiables las estadísticas de suicidio?	64
[PO-2045] Dolor crónico y conducta suicida: la importancia de los mecanismos de afrontamiento.	65
[PO-2046] Tentativas suicidas atendidas en un Hospital General en Guipúzcoa, España	66
[PO-2048] Análisis de las conductas suicidas atendidas de forma Urgente por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Comarcal Valle de los Pedroches	67
[PO-2049] Burgos, 2016: Hablemos de conducta suicida	68
[PO-2051] Patología mental y antecedentes de conductas autolíticas en pacientes ingresados tras intento autolítico frustrado.....	69
[PO-2052] Variables sociodemográficas de pacientes ingresados tras intento autolítico frustrado.....	70
[PO-2053] Importancia de la teoría de la mente en las conductas autolíticas de pacientes con trastorno límite de la personalidad	71
[PO-2054] Aplicación del protocolo para los pacientes con conductas suicida en la UGC de salud mental del AGS Sur de Sevilla, 2016. Datos y reflexiones hasta el momento actual.	72
[PO-2056] Diagnósticos asociados a la conducta suicida en el Hospital General	73
[PO-2057] La conducta suicida como motivo de demanda en la Interconsulta Psiquiátrica	74
[PO-2058] Relación entre la conducta suicida y dos polimorfismos del gen del receptor de la leptina.....	75
[PO-2059] Incremento de las muertes suicidas durante la crisis económica en la provincia de Guadalajara	76
[PO-2061] Diferencias en el método de suicidio según edad y sexo	77
[PO-2064] Índice neutrofilo/linfocito posible biomarcador predictor de riesgo de tentativa de suicidio en pacientes con depresión.....	78
[PO-2065] El suicidio en Navarra.....	79
[PO-2066] Trastorno mental como predictor de riesgo de suicidio: estudio de casos y controles	80
[PO-2067] Estudio observacional descriptivo sobre tentativas autolíticas atendidas en un Equipo de Salud Mental Ambulatorio a lo largo de un año	81
[PO-2068] Riesgo suicida en población general con síntomas psicóticos.....	82
[PO-2071] Prevalencia de trastorno depresivo y riesgo suicida en una muestra de pacientes con dependencia alcohólica.	83
[PO-2073] Religiosidad y riesgo suicida en estudiantes de enfermería	84
[PO-2074] Relación entre el consumo de tabaco y café y el riesgo suicida en enfermeras de atención primaria	85
[PO-2075] Estructura factorial de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en estudiantes de enfermería... ..	86
[PO-2076] Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería.....	87
[PO-3003] Psicología social y rasgos suicidas	88
[PO-3004] Protocolo de prevención del riesgo de suicidio en una Unidad de Hospitalización Breve.	89
[PO-3006] Dolor crónico como factor de riesgo en suicidio.	90

[PO-3007] Relación entre bullying y suicidio en población adolescente	91
[PO-3008] Impacto del paciente suicida en el residente.	92
[PO-3010] Sistema cannabinoide y conducta suicida: Una revisión sistemática.	93
[PO-3011] Revisión de factores de riesgo de suicidio en Primeros Episodios Psicóticos.....	94
[PO-3013] El Suicidio en los Lesionados Medulares.....	95
[PO-3014] Trastorno Límite de la Personalidad y riesgo de suicidio.....	96
[PO-3015] Protocolo de Actuación en la Conducta Suicida en el Servicio de Urgencias	97
[PO-3016] Mejorar la atención psiquiátrica a las personas transgénero para reducir el riesgo de suicidio	98
[PO-3017] Urgencias por intento autolítico en el Hospital Infanta Cristina (parla) tras implantación del programa ARSUIC (2012-2016).....	99
[PO-3018] Las Benzodiacepinas suicidas. Revisión sobre el aumento del riesgo suicida en pacientes en tratamiento con benzodiacepinas.....	100
[PO-3019] Programa de actuación ante el riesgo de suicidio en personas mayores: Intervención en centros residenciales.	101
[PO-3021] Efecto contagio de la conducta suicida en la adolescencia. Estrategias de prevención	102
[PO-3024] Suicidio en trastornos de personalidad.....	103
[PO-3025] Depresión y suicidio: un estudio relacional	104
Caso Clínico	105
[PO-1001] De los síntomas conversivos a Narcolepsia tipo 1: reporte de un caso.....	106
[PO-1003] Depresión resistente, a propósito de un caso	107
[PO-1004] Acuciado por la deuda: a propósito de un caso.....	108
[PO-1005] Suicidio como redención de la culpa: a propósito de un caso.....	109
[PO-1006] Comorbilidad psiquiátrica en la epilepsia. A propósito de un caso	110
[PO-1007] Trastorno Bipolar y riesgo de suicidio en el adolescente: a propósito de un caso.....	111
[PO-1008] Simulación y rasgos desadaptativos de personalidad.....	112
[PO-1009] Intentos de suicidio graves ¿Un paso más cerca de la muerte?	113
[PO-1012] Viviendo con Dolor	114
[PO-1013] Tratamiento de la conducta hetero y autolesiva por descontrol de impulsos: un reto.	115
[PO-1014] Duelo y Trastorno de estrés postraumático: dificultades y abordaje.....	116
[PO-1015] La búsqueda de la salud	117
[PO-1016] Síntomas motores, ¿Enfermedad de Parkinson o trastorno mental?	118
[PO-1017] Juego Patológico y Suicidio	119
[PO-1018] TEC en Ideas de muerte persistentes en pacientes con TLP. A propósito de un caso.....	120
[PO-1019] Cannabis y psicosis. La importancia del diagnóstico.....	121
[PO-1020] Y a los tres días... brotó	122
[PO-1021] ¿ Disociación o esquizofrenia?	123

[PO-1022] Escapar de la muerte: intento de suicidio mediante cuatro métodos de alta letalidad.....	124
[PO-1024] Manía inducida por corticoides.....	125
[PO-1025] Relaciones de apego traumáticas y riesgo de suicidio.....	126
[PO-1026] Uso de terapia electroconvulsiva en el trastorno bipolar.....	127
[PO-1027] Debut maníaco en paciente anciano: a propósito de un caso.....	128
[PO-1028] Cuando pedir ayuda no es la opción principal	129
[PO-1029] Encefalitis vs. Episodio maníaco.....	130
[PO-1030] Cáncer, depresión y alcohol	131
[PO-1031] “De la deriva...a la estabilidad”. A propósito de un caso.	132
[PO-1032] ¿Padece un Trastorno afectivo bipolar? Manía inducida por corticoides	133
[PO-1033] El Trastorno de la personalidad Límite y la construcción de una identidad suicida. A propósito de un caso.....	134
[PO-1034] Grisi sikni: La locura de la selva.....	135
[PO-1035] El sentido de un final.....	136
[PO-1036] Suicidio y entorno	137
[PO-1037] Planteamiento de la atención al paciente con enfermedad mental en el Servicio de Urgencias	138
[PO-1038] Patología dual en trastornos de la conducta alimentaria.	139
[PO-1039] Síndrome neuroléptico maligno atípico en paciente con Esquizofrenia hebefrénica en tratamiento con Risperidona.....	140
[PO-1040] TEP bilateral en paciente transgénero: consideraciones sobre la terapia hormonal en este colectivo.	141
[PO-1041] La importancia de la valoración social en el suicidio	142
[PO-1042] Abordaje Terapéutico del Suicidio Ampliado.....	143
[PO-1043] Psicosis y depresión: abordaje integral y coordinación	144
[PO-1044] La locura de las parturientas.....	145
[PO-1046] Conducta suicida en episodio de psicosis puerperal. A propósito de un caso.	146
[PO-1047] Primer episodio maniforme en paciente de 68 años, ¿Manía orgánica o Trastorno Bipolar? ..	147
[PO-1048] El monologuista al que suplantaron la identidad	148
[PO-1049] Juego online y las consecuencias psiquiátricas asociadas.	149
[PO-1051] Síndrome Mielodisplásico vs Mielotoxicidad por Clozapina.....	150
[PO-1052] Cicatrices	151
[PO-1053] Episodio depresivo en paciente con antecedentes de suicidio en familiares de primer grado.	152
[PO-1054] Manejo de hiperprolactinemia secundaria a antipsicóticos: A propósito de un caso.....	153
[PO-1055] Tratamiento de mantenimiento en monoterapia intramuscular tras un primer episodio psicótico.....	154
[PO-1056] Recuperar una vida	155

[PO-1057] Invasión por la psicosis vs vida plena	156
[PO-1058] Cuadro orgánico que parece psiquiátrico: una situación habitual en Urgencias.	157
[PO-1059] Factores de Riesgo Asociados a la Conducta Suicida	158
[PO-1060] Atención psiquiátrica urgente en Sd de Gilles de la Tourette: La importancia de la atención multidisciplinar.	159
[PO-1061] La práctica de la meditación en la psicosis	160
[PO-1062] “Ellos me abocaban al fin”. La conducta suicida en el paciente psicótico: a propósito de un caso.	161
[PO-1064] Paciente con Trastorno de ideas delirantes.....	162
[PO-1065] Sobreingesta y trasplante, ¿Hasta donde se debe llegar para evitar un intento autolítico?.....	163
[PO-1066] Tratamientos ILD en el trastorno delirante con ideas suicidas. A propósito de un caso.....	164
[PO-1067] Psicosis en Síndrome de Guilles de la Tourette	165
[PO-1068] De los Andes a la Giralda: abordaje transcultural a propósito de un caso	166
[PO-1069] Episodio psicótico autolimitado en dos gemelos que trabajan en una bodega de vino.....	167
[PO-1070] Reacción de una superviviente menor de edad al suicidio de su madre.....	168
[PO-1071] Vortioxetina en el tratamiento de la depresión con síntomas cognitivos	169
[PO-1072] Uso de la asenapina en el tratamiento de la ciclotimia	170
[PO-1074] ¿La conducta suicida se justifica solo por la depresión? A propósito de un caso.....	171
[PO-1075] Intento autolítico inesperado: pérdida e intentos de control. Terapia de Aceptación y Compromiso y tratamiento farmacológico.	172
[PO-1076] Caso clínico: “ La conducta suicida como escudo antihogar”	173
[PO-1077] ¿A la tercera, va la vencida? Intentos de suicidio y Trastorno Delirante Crónico	174
[PO-1078] Irrupción de Conductas Suicidas en el curso del Psicodrama Grupal: a propósito de un Caso .	175
[PO-1079] Riesgo de suicidio: influencia de síntomas psicóticos en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor.	176
[PO-1080] Eficacia de tratamiento en los pródromos de la psicosis. A propósito de un caso.....	177
[PO-1081] Importancia del abordaje inicial. A propósito de un caso de autoestigma.....	178
[PO-1082] Catatonía por “cocaína rosa”. Tratamiento con terapia electroconvulsiva.....	179
[PO-1084] Disforia de género y riesgo suicida	180
[PO-1085] ¿Realmente intente suicidarme?	181
[PO-1087] Nuevos antidepresivos de acción multimodal (Vortioxetina) e impacto en factores de riesgo suicida: A propósito de un caso.....	182
[PO-1088] Trastorno de Identidad Disociativo: un reto diagnóstico.....	183
[PO-1089] Patología dual e ideación suicida.	184
[PO-1090] It’s never lupus.....	185
[PO-1091] Síndrome de Morgellons: ¿mito o realidad?.....	186
[PO-1092] La patoplastia de la depresión en un paciente con retraso mental.....	187

Psiquiatría General

[PO-2001] Evaluación del impacto de la patología mental en la calidad de vida de los adolescentes mediante evaluación momentánea ecológica

María Constanza Vera-Varela, Silvia Vallejo Oñate, Inmaculada Peñuelas-Calvo, Carolina Miguelez-Fernández, Juan José Carballo, Enrique Baca-García.

Mostrar Póster

Introducción:

La evaluación momentánea ecológica (EMA), utiliza tecnologías de sensores y comunicación que permiten estudiar determinadas conductas, síntomas y estados afectivos en “tiempo real” y en el medio habitual del paciente. Este tipo de evaluaciones se ha visto útil en la posibilidad de determinar el curso preciso y el orden de aparición de los síntomas propios de un trastorno (1), así como en la obtención de una mayor precisión en la recogida de los síntomas, evitando los sesgos del recuerdo retrospectivo en la consulta médica y psicológica (2). Presentamos datos preliminares de evaluación de calidad de vida mediante tecnología EMA en adolescentes y sus familias.

Hipótesis:

Presentamos datos preliminares de evaluación de calidad de vida mediante tecnología EMA en adolescentes y sus familias.

Método:

Se lleva a cabo un estudio en 40 adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, atendidos en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil de la Fundación Jiménez Díaz. Tanto los pacientes como los progenitores rellenaron los cuestionarios presentados mediante metodología EMA. Los cuestionarios aplicados serían: AQOL-MHS (Adolescent Quality of Life-Mental Health Scale): cuestionario sobre regulación emocional, autoconcepto y contexto social para el paciente; VAS (Visual analogue Scale satisfaction): cuestionario desarrollado ad-hoc para el estudio, sobre el nivel de satisfacción actual del paciente; General Health Questionnaire-12 (GHQ-12), que valora la psicopatología de los progenitores; escala Zarit que valora la sobrecarga subjetiva de los cuidadores en relación con el paciente, progenitor y funcionamiento familiar.

Resultados:

Se evaluaron pacientes con diferentes patologías entre las que se encontraban trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno de ansiedad, trastorno del ánimo y trastorno del espectro autista. Se realizó un análisis por ítems de los diferentes cuestionarios observándose diferencias significativas según las patologías evaluadas en las diferentes escalas en los pacientes y progenitores que contestaron los cuestionarios.

Discusión:

El empleo de la tecnología EMA permite conocer el funcionamiento familiar y del paciente al mismo tiempo y de esta forma obtener un conocimiento global del grado de afectación de la enfermedad mental en la dinámica familiar.

Conclusiones:

En las intervenciones dirigidas a pacientes con patología mental, se debe favorecer un abordaje integral que incluya la intervención a nivel familiar.

[PO-2003] Dos polimorfismos genéticos en el cromosoma 1 como factores de protección frente al trastorno depresivo mayor en mujeres

Javier Fernández Aurrecoechea, Pablo Fernández Navarro, Concepción Vaquero Lorenzo, Enrique Baca García

Mostrar Póster**Introducción:**

Hay un sinnúmero de artículos que demuestran la heredabilidad de los trastornos afectivos. Si se aplican criterios diagnósticos estrictos y puros biológica y endógenamente hablando de la depresión, la prevalencia-vida de los hijos de pacientes con depresión es hasta diez veces superior a la población general. El brazo corto del cromosoma 1 alberga varios genes indispensables para el neurodesarrollo. Hay estudios que sitúan la existencia de vulnerabilidad para los trastornos afectivos en ciertos locus en el cromosoma 1. El gen ASTN1 codifica la astrotactina, que es una proteína que facilita la adhesión neuronal. Entre otras funciones, juega un papel importante en la migración de los neuroblastos y de células gliales en el hipocampo, cerebelo y bulbo olfatorio. Ciertos autores han vinculado este gen con el abuso de sustancias, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. El gen DNAJC6 codifica la proteína auxilina, implicada en el reciclado de las vesículas sinápticas y susceptible de acarrear graves trastornos del neurodesarrollo. Además, este gen aparece modulado, junto a otros, en la depresión inducida por tratamiento con interferón.

Hipótesis:

La hipótesis del presente estudio es que existen polimorfismos genéticos en el cromosoma 1 relacionados con el trastorno depresivo mayor. El objetivo, por tanto, es comprobar el efecto, protector o de riesgo, sobre el trastorno depresivo mayor de variantes polimórficas y haplotipos de genes sitios en el cromosoma 1.

Método:

Se ha conducido un estudio retrospectivo de casos y controles de asociación genética analizando variantes polimórficas y haplotipos de genes codificados en el cromosoma 1 en pacientes depresivos. La muestra estuvo compuesta por un total de 791 sujetos de nacionalidad española. 414 controles sanos y 377 pacientes depresivos, de los cuales, además, 245 habían realizado un intento de suicidio y 132 no.

Resultados:

Segregando por sexos, se han encontrado dos polimorfismos en las mujeres depresivas (tanto en el grupo de suicidas como en el que no) que estarían vinculados con un menor riesgo de padecimiento de trastorno depresivo mayor. Uno, el rs10493377, cuya variante polimórfica A/G frente a la común A/A, protegería frente a la depresión tanto en mujeres con conducta suicida ($p=0,042$) como sin ($p=0,034$). Otro, el rs12041859, que comportaría un menor riesgo de depresión en la variante C/C respecto de la común T/T en mujeres con intentos suicidas ($p=0,039$) y sin intentos ($p=0,026$).

Discusión:

Hay polimorfismos de genes sitios en el cromosoma 1, que codifican para proteínas implicadas en el neurodesarrollo y vinculados en otros estudios con ciertos trastornos mentales, depresión incluida, que podrían actuar como protectores frente al riesgo de desarrollar depresión en el sexo femenino.

Conclusiones:

El polimorfismo rs10493377 del gen DNAJC6 y el rs12041859 del ASTN1 están asociados a una protección frente al trastorno depresivo mayor en mujeres.

[PO-2005] Preparándonos para el cambio. Intervención motivacional antitabaco en pacientes con trastorno bipolar

Marina González Ibars, María Camarena Gea, Julia Orzaez Sánchez, Ana Martínez Domingo, Saray Nieto Carrascosa

Mostrar Póster**Introducción:**

Actualmente el consumo de tabaco está identificado como uno de los principales factores de riesgo de mortalidad prevenibles en pacientes con Trastorno Mental Grave. La tasa de tabaquismo en estos pacientes es 2-3 veces la de la población general. Prochaska y DiClemente diseñaron el Modelo Transteórico de Cambio (TTM) basado en estadios, cuyas variaciones en la motivación se definen como un proceso dinámico y temporal.

Hipótesis:

Los objetivos planteados fueron valorar la prevalencia de tabaquismo en una muestra representativa de trastorno bipolar (TB), y valorar el nivel de motivación y los cambios tras una intervención breve basada en las 3 A's (Ask, Advice and Assess).

Método:

Se trata de un diseño abierto multicéntrico (8 Equipos de Salud Mental de Andalucía) y longitudinal. Durante 6 meses se reclutaron de forma consecutiva 212 sujetos afectados de TB (según criterios de la CIE-10) en fase eutímica (definida por menos de 7 puntos en la YMRS y de 10 puntos en la HDRS) que acudían a su cita programada en su ESM. A los pacientes que fumaban de forma activa en el momento del reclutamiento se les propuso participar en la fase de intervención. Se diseñó una breve intervención antitabaco consistente en 3 entrevistas de no más de 10 minutos, cada dos semanas, basadas en los principios de las 3 A's. La primera entrevista y la de la semana 4 se llevaron a cabo de forma presencial y la de la semana 2, por contacto telefónico.

La evaluación del estadio de motivación se realizó mediante la escala URICA, constituida por 32 ítems con respuesta tipo Likert. Aporta una medida discreta que sitúa a los pacientes en un estadio de motivación y una medida continua denominada "Readiness to change" (RTC) o disposición al cambio, calculada mediante la fórmula [Contemplativa+Acción+Mantenimiento]-Precontemplativa. El proyecto recibió la aprobación del comité de ética e investigación del HURS y todos los pacientes firmaron el consentimiento informado.

Resultados:

De los 212 pacientes con TB, 101 eran fumadores activos (47.6%), 47 exfumadores (22.2%) y 64 nunca habían fumado (30.2%). En la primera visita el 14.8% de los pacientes se encontraban en fase precontemplativa, el 76.5% en contemplativa y el 8.6% en fase de acción. Tras la breve intervención, un 30.9% avanzó en sus estadios de motivación: en la semana 4, el 8.6% se encontraban en fase precontemplativa, el 65.4% en contemplativa y el 25.9% en fase de acción. El RTC evolucionó de 53.3 a 59.3 ($p=0.019$).

Discusión:

Más del 70% de los pacientes con TB se plantea dejar de fumar.

Conclusiones:

Una breve intervención antitabaco, llevada a cabo en una consulta programada de salud mental, consigue que gran parte de los pacientes evolucionen en su estadio de motivación.

[PO-2008] Conductas autolíticas en pacientes con trastorno mental asociado al consumo de sustancias

Fátima Martínez León, M^a Cristina Casas Gómez, Esther Rodríguez Díaz

Mostrar Póster**Introducción:**

La prevención del suicidio y de los intentos de suicidio deben ser una prioridad de salud pública, por su prevalencia, la sobrecarga sobre el sistema de atención de salud y por la gravedad del impacto social. La conducta suicida puede verse afectada por factores psiquiátricos, biológicos y sociales y puede ser el resultado de un largo periodo de estrés emocional o ser un acto más impulsivo. La enfermedad psiquiátrica y el trastorno por abuso de sustancias (TUS) constituyen por separado factores de riesgo críticos. Los pacientes que sufren de ambas condiciones, por lo tanto, son un grupo particularmente vulnerable siendo una prioridad su detección y abordaje.

Hipótesis:

Análisis de las conductas autolíticas en pacientes con patología mental y trastorno por uso de sustancias asociado.

Método:

Es un estudio observacional retrospectivo de una muestra de 52 pacientes que presentan un trastorno mental asociado a trastorno por uso de sustancias en una área sanitaria específica entre 2009 y 2016, en el que se analizan las conductas autolíticas atendidas en urgencias, así como el trastorno mental que padece y la sustancia de la que abusa.

Resultados:

Se detectaron cinco atenciones en urgencias por ideas autolíticas y nueve por intentos: seis ingestas voluntarias de fármacos, un intento de ahorcamiento frustrado, uno por venoclisis y otro por otras lesiones autoprovocadas. El trastorno mental que presentaban fue en cinco de ellos, síndrome ansioso depresivo, cuatro tenían un trastorno psicótico y otros cuatro estaban diagnosticados de trastorno de personalidad. La sustancia adictiva predominante era el alcohol, seguida del cannabis.

Discusión:

El riesgo de intentos de suicidio aumenta cuando se asocia patología mental y abuso de sustancias, sobre todo alcohol y cannabis, como se pone de manifiesto en nuestra muestra.

Conclusiones:

El trabajo coordinado entre la red de salud mental y los centros de tratamiento de adicciones puede favorecer una mejor evolución de los trastornos mentales y por tanto una disminución del riesgo autolítico, así como la detección de pacientes con trastorno mental grave que no llegan a la red de salud mental.

[PO-2018] Pacientes con trastorno mental grave en la interconsulta psiquiátrica. Estudio de 6 años.Fátima Martínez León, Francisco Gotor Sánchez-Luengo, M^a Cristina Casas Gómez**Mostrar Póster****Introducción:**

La definición más consensuada de trastorno mental grave (TMG) probablemente sea la del National Institute of Mental Health que incluye tres dimensiones: un diagnóstico, que incluye a los trastornos psicóticos y algunos trastornos de personalidad (trastornos esquizofrénicos, esquizotípicos, trastornos delirantes, esquizoafectivos, otros trastornos psicóticos no orgánicos, trastorno bipolar, episodios depresivo grave con síntomas psicóticos, depresivos graves recurrentes, trastorno obsesivo compulsivo y algunos trastornos graves de la personalidad); una duración de la enfermedad y tratamiento superior a 2 años; y la presencia de cierto grado de discapacidad. La consecuencia es una afectación de moderada a severa del funcionamiento a todos los niveles (social, laboral, familiar, autocuidado...). A estas características se suma que los pacientes con TMG tienen una mayor morbilidad y mortalidad comparada con la población general y una reducción de 10 a 25 años en la esperanza de vida.

Hipótesis:

Analizar los pacientes atendidos por el programa de enlace del Hospital General Universitario Virgen de Valme de pacientes con TMG.

Método:

Se realizó un estudio observacional retrospectivo donde se evaluaron datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes con TMG, que fueron atendidos por el servicio de interconsulta, entre los años 2010 y 2016. Se excluyeron aquellos pacientes menores de 18 años.

Resultados:

Se atendieron un total de 1485 interconsultas en este periodo, de las cuales 161 fueron de pacientes TMG (10.84%). De éstos, el 62.7% fueron hombres con una edad media de 55 años. El 70% realizaba seguimiento en las unidades de salud mental comunitaria (USMC). En el 53% se realizó intervención farmacológica y tras el alta, el 77% fue derivado a USMC. Los servicios más demandantes fueron las especialidades médicas con el 70%.

Discusión:

En nuestros resultados encontramos un porcentaje mayor de estos pacientes con respecto a literatura previa. Así mismo, observamos que a diferencia del resto de interconsultas de pacientes no TMG, la mayoría fueron hombres y con una edad media inferior y coincidimos en los servicios más demandantes.

Conclusiones:

Podemos concluir sugiriendo que los psiquiatras de enlace, sean líderes en realizar un esfuerzo que cierre la brecha entre la atención médica y psiquiátrica, trabajando en equipo y educando al personal sobre la naturaleza de estos pacientes, teniendo en cuenta que la enfermedad mental muchas veces evoca el miedo y es poco comprendida por el personal médico. "Todo lo que es bueno para los sanos es bueno para el esquizofrénico. Todo lo que es malo para los sanos es también malo para el esquizofrénico (Bleuler)"

[PO-2022] Conducta suicida en el niño y adolescente en el AGS sur de Sevilla

Belén Rodríguez López, Irene Pérez Zapico, Ángela Valladares García

Mostrar Póster**Introducción:**

El suicidio es un importante problema de salud pública para niños y adolescentes en todo el mundo. En los Estados Unidos, las tasas de suicidio en este grupo de edad siguen en aumento. Entre las posibles explicaciones figuran el aumento de las tasas de abuso de alcohol y drogas, la depresión, la desorganización familiar y social y el acceso a las armas de fuego. Los datos disponibles indican que hay entre 50 y 100 intentos de suicidio por cada suicidio completado en adolescentes. Siendo más frecuente a la edad de 15 a 19 años y en el sexo femenino. La prevención del suicidio implica la identificación de los jóvenes o niños en riesgo antes de que surja el comportamiento suicida.

Hipótesis:

¿El tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico del niño o el adolescente previene la aparición de una conducta autolítica? Nuestro objetivo es analizar si existen diferencias entre la frecuencia de estas conductas en niños o adolescentes sin antecedentes de patología mental, de los que sí los presentan y se encuentran en tratamiento.

Método:

El método empleado fue la revisión manual de los libros de registro del total de urgencias psiquiátricas, atendidas en el Hospital Universitario Virgen de Valme durante el año 2016.

Se incluyen los pacientes menores de 20 años de edad que han presentado una conducta autolítica. Obteniéndose una muestra de 33 individuos. Se lleva a cabo una revisión de la historia clínica en cada caso para obtener las variables de diagnóstico previo y tratamiento realizado. Posteriormente se realiza un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

Resultados:

Dentro del total de urgencias atendidas por conducta autolesiva, se encontraron 33 casos con edades comprendidas entre 12 a 19 años de edad. El 91% de sexo femenino. Entre los resultados obtenidos sólo en 8 individuos no se encontraron antecedentes psiquiátricos.

Entre los adolescentes que se encontraban en tratamiento, el 68% recibía tratamiento psicoterapéutico y únicamente el 32% psicofarmacológico. El 72% presentaba un diagnóstico incluido dentro de la categoría de trastornos del humor (F30-39, CIE-10). Realizaban seguimiento en salud mental a nivel comunitario (48%), en ámbito privado (36%) y en la unidad de salud mental infanto-juvenil (16%).

Discusión:

Las revisiones sistemáticas sobre los mecanismos preventivos para reducir los intentos de suicidio, indican como una de las intervenciones más eficaces la evaluación y seguimiento por profesionales especializados en sesiones de tratamiento intensivas, especialmente centradas en el abordaje de interacciones familiares. Aunque existe cierta preocupación de que los antidepresivos o hablar explícitamente sobre la ideación suicida con el niño o adolescente pueden aumentar el riesgo de suicidio, esto sigue siendo un área de controversia significativa, y el consenso entre la mayoría de los especialistas en salud mental es que los beneficios de la terapia superan los riesgos.

Conclusiones:

El análisis de nuestros datos muestra que sólo un 16% de los niños o adolescentes que realizaron una conducta autolesiva se encontraba en seguimiento especializado para este rango de edad. Planteándonos si el mayor acceso a unidades de salud mental infantojuveniles disminuiría la aparición de estas conductas.

[PO-2025] Estudio observacional descriptivo sobre urgencias ginecológicas en pacientes con pródromos de psicosis

María Ángeles Arenas Jiménez, Margarita Guerrero Jiménez, Carmen Maura Carrillo de Albornoz Calahorro, José Ángel Rodrigo Manzano, Braulio Manuel Girela Serrano

Mostrar Póster**Introducción:**

Entre los años 2008 y 2014, el 21% de las mujeres con diagnóstico de primer episodio psicótico del área de gestión clínica del sur de Granada acudió al servicio de urgencias ginecológicas durante la fase inicial de la enfermedad

4 de cada 5 pacientes no fue derivada a atención especializada.

Hipótesis:

Analizar el perfil y motivos de consulta del paciente y estudiar si existen variables que faciliten la derivación a consulta especializada. Se realiza un análisis retrospectivo de las historias médicas con recogida de distintas variables sociodemográficas.

Método:

Se realiza un análisis retrospectivo de las historias médicas con recogida de distintas variables sociodemográficas.

Resultados:

La mayoría eran mujeres solteras de entre 18-32 años. 60% informó de consumo de cannabis. Todas viven con la familia. 80% estaban estudiando o en paro. Existieron tres tipos de consultas con una incidencia similar: Solicitar la anticoncepción de emergencia(píldora postcoital), una prueba de embarazo o una exploración para comprobar la virginidad / una relación no consentida. Durante la exploración inicial aproximadamente el 40% estaban bajo la influencia de drogas. La mayoría de ellos tenían síntomas inespecíficos de ansiedad, labilidad emocional, irritabilidad, etc. En la mitad de los casos se informó de la pérdida de peso, insomnio y diversas variaciones del comportamiento habitual en los últimos días. Los síntomas positivos se detectaron sólo en una cuarta parte de los casos.

Discusión:

A raíz de estos datos creemos que podría ser pertinente la elaboración de un plan de colaboración multidisciplinar entre los servicios de psiquiatría y ginecología de nuestro hospital para facilitar detección de posibles primeros episodios psicóticos entre las pacientes que asisten a urgencias ginecológicas y así disminuir el tiempo de psicosis sin tratar.

Conclusiones:

Un alto porcentaje de las mujeres que comienzan con pródromos de psicosis consultan en urgencias por sintomatología ginecológica inespecífica.

Con estos resultados se aprecia una alta prevalencias de consumo de sustancias en esta población y una combinación de pródromos que incluye síntomas positivos y otros inespecíficos de la esfera ansioso-depresiva.

[PO-2038] Patología Dual y Salud Mental: ¿Abordaje interdisciplinar o duplicidad terapéutica? Experiencia en el Área Sur de Sevilla.

Víctor Manuel García de la Borbolla y Sánchez, Ángela María Valladares García, Clara Fernández Burraco

Mostrar Póster**Introducción:**

La alta tasa de co-ocurrencia de trastornos adictivos y otras condiciones psiquiátricas está bien establecida. A pesar de ello, en algunas regiones de España el enfoque de las adicciones depende de la Red de Atención Social, mientras que el tratamiento de los trastornos psiquiátricos depende de los Servicios Públicos de Salud Mental.

Hipótesis:

Describir las situaciones psiquiátricas comórbidas más frecuentemente observadas en una muestra de pacientes ambulatorios durante el período de seguimiento en un Centro de Trastornos Adictivos, estratificados por sexo, edad, adicción y derivaciones desde y hacia el Centro de Salud Mental de Referencia.

Método:

Diseño: observacional, retrospectivo, análisis descriptivo

Muestra: 104 pacientes ambulatorios con psicopatología dual en tratamiento regular en un Centro de Trastornos Adictivos en Dos Hermanas (España), quienes iniciaron el seguimiento durante los últimos 10 años.

Resultados:

21% mujeres, 79% hombres. Edad media 36,5 años [DE = 7,2]. Sólo el 27% recibía tratamiento específico para su estado mental.

Categorías diagnósticas psiquiátricas y prevalencia dentro de la muestra:

- Trastornos Esquizofrénicos: 43%
- Trastornos Bipolares: 58%
- Otros Trastornos Afectivos: 37%
- Trastornos de Ansiedad: 21%
- Trastornos de Personalidad: 84%

Discusión:

La alta prevalencia de clínica psiquiátrica comórbida dentro de la muestra en comparación con el pequeño porcentaje de pacientes que recibía tratamiento específico para su problema de salud mental debe hacernos reflexionar sobre si el sistema de atención al paciente dual en Andalucía mediante 2 redes separadas es el más adecuado.

Conclusiones:

Los pacientes con patología dual no siempre reciben la misma atención en términos de equidad. Algunos sólo reciben tratamiento en 1 de las 2 redes de atención coexistentes en Andalucía, mientras que otros son tratados simultáneamente en ambas. Incluso dentro de este segundo grupo, la atención que perciben no siempre es igual: algunos son tratados de forma interdisciplinaria mientras que otros son tratados simultáneamente sin coordinación entre ambas redes.

[PO-2047] La desesperanza y su relación con variables clínicas y psicosociales en pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal con indicación quirúrgica

Esperanza Prieto bonilla, Amelia Villena Jimena, Ernesto García Linares, Trinidad Bergero de Miguel

Mostrar Póster**Introducción:**

El diagnóstico de cáncer supone un gran impacto en la vida de la persona, siendo en muchos casos, desencadenante de un alto malestar emocional¹. La desesperanza es un constructo muy relacionado con la ideación suicida e intención suicida², por lo que es de suma importancia conocer qué factores pueden estar relacionados con ésta.

Hipótesis:

Conocer la relación entre la sintomatología depresiva y ansiosa, así como el apoyo social, con la desesperanza.

Método:

Participantes: 137 pacientes (88 hombres y 49 mujeres) con edad media de 69.32 años (DT= 10.67; rango= 40-90). Procedimiento: se evaluó en el periodo inicial al diagnóstico de cáncer colorrectal, de forma previa a la intervención quirúrgica, y previo consentimiento informado. Instrumentos: Escala hospitalaria de depresión y ansiedad, Escala de desesperanza de Beck, Escala de apoyo social funcional de Duke. Análisis de datos: Análisis correlacional bivariado de Pearson mediante el uso del paquete estadístico SPSS .21

Resultados:

La desesperanza correlaciona de forma positiva con la sintomatología ansiosa ($r=.42$; $p=.00$) y depresiva ($r=.68$; $p=.00$). De esta forma se puede decir que en aquellas pacientes con ansiedad y/o depresión es más probable que haya desesperanza. Respecto al apoyo social, se observa una correlación significativa y negativa con la desesperanza ($r=-.22$; $p=.01$). Es decir, las personas con mayor desesperanza presentan menos apoyo social percibido.

Discusión:

El presente estudio pretende dilucidar relaciones entre la ansiedad, la depresión y el apoyo social con la desesperanza en un grupo de población sometida a un estresor, como es el cáncer. Es importante, por tanto, la monitorización de estas variables en este tipo de pacientes con el objetivo de abordarlos y de prevenir problemas de salud más graves.

Conclusiones:

Tanto la sintomatología depresiva como ansiosa y el apoyo social están relacionados con la desesperanza. Aunque el presente estudio no permite establecer relaciones de causalidad, la detección de sintomatología ansiosa y/o depresiva, así como un bajo apoyo social, podría ayudar a predecir un alto nivel de desesperanza y, a partir de esto, poner en marcha estrategias dirigidas a la mitigación del malestar emocional y prevención de otros problemas de salud mental

[PO-2055] Efectividad de la formulación trimestral de palmitato de paliperidona en la práctica clínica. Primeros resultados

Samuel Leopoldo Romero Guillena, Beatriz Oda Plasencia Garcia de Diego, Francisco Gotor Sanchez-Luengo, Manuel Guillen Benitez

Mostrar Póster

Introducción:

La nueva formulación trimestral del Palmitato de Paliperidona (PP3M) es una nueva presentación que proporciona un intervalo de dosificación de una vez cada tres meses. De acuerdo con los datos disponibles, el PP3M presenta un aumento significativo en el tiempo hasta la recaída comparado con el placebo, no siendo inferior a la formulación mensual del Palmitato de Paliperidona (PP1M) en términos de eficacia y seguridad [1]

Hipótesis:

El objetivo de este estudio es determinar la efectividad, la seguridad y la tolerabilidad del PP3M en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia estabilizados, en el contexto de una práctica clínica ambulatoria.

Método:

Se reclutaron 21 pacientes ambulatorios con diagnóstico de Esquizofrenia, según criterios dsm-5, lo cuales iniciaron un tratamiento con PP3M. Todos los sujetos estuvieron previamente estabilizados y en tratamiento con PP1M.

Con una frecuencia bimensual, durante un periodo de seguimiento de 4 meses, se realizaron las siguientes evaluaciones: Escala del síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS), Escala de Impresión Clínica Global para la esquizofrenia (ICG-SCH-SI), escala de funcionamiento personal y social (PSP), Escala UKU de efectos secundarios y el cuestionario de satisfacción del paciente hacia la medicación (PSMQ). Registros de adherencia terapéutica, medicación concomitante e ingresos hospitalarios. Variable de eficacia: porcentaje de pacientes que se encuentran libres de recaídas al final de los 4 meses de seguimiento (definidas de acuerdo a Csernansky et al) [2] Otros criterios de evaluación: media del cambio desde la visita basal al final de la evaluación de las puntuaciones obtenidas de las siguientes escalas: PANSS, PSP, and PSMQ; porcentaje de pacientes en monoterapia antipsicótica y tasa de adherencia al tratamiento. Los test de t de Student y Chi-cuadrado fueron realizados para determinar las diferencias entre la evaluación basal y las siguientes.

Resultados:

Muestra de 21 pacientes (15 hombres y 6 mujeres). La dosis media de PP3M fue de 401.55 mg. Con una media basal de: 57,8 ($\pm 8,9$) en la PANSS; 2,84 ($\pm 0,59$) en la I.C.G-G y 67,81 ($\pm 8,56$) en la PSP. El porcentaje de pacientes que permanecieron libres de recaída al final de los 4 meses fue del 100%. A los 4 meses la variación (media) desde la situación basal fue: En la escala PANSS (-1.7 ± 3.8); en la escala I.C.G. (-0.2 $\pm 0,32$) y en la escala PSP (1,88 $\pm 2,2$). Un incremento en el número de pacientes que refieren que refieren satisfacción hacia la medicación "extremadamente satisfecho" o "muy satisfecho" (PSMQ) (81% en el momento basal frente a un 85,71% a los 4 meses) Un incremento en el número de pacientes en monoterapia antipsicótica (57,14% en el momento basal frente al 61,68% a los 4 meses). La tasa de adherencia al tratamiento con PP3M después de 4 meses fue del 100%. La tolerancia a PP3M fue alta

Discusión:

Después de 4 meses, los pacientes en tratamiento con PP3M mantienen la estabilidad psicopatológica y la funcionalidad alcanzadas previamente con PP1M.

Conclusiones:

De acuerdo con los escasos estudios publicados hasta la fecha, encontramos que el PP3M es efectivo, seguro y bien tolerado en condiciones de práctica clínica diaria.

[PO-2060] Demandas latentes que esconden las interconsultas

Ángela Valladares García, Clara Fernández Burraco, Víctor García de la Borbolla Sánchez

Mostrar Póster**Introducción:**

La psiquiatría de interconsulta y enlace es una subespecialidad psiquiátrica que se ocupa de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología psiquiátrica en pacientes ingresados o atendidos en áreas médico-quirúrgicas. La importancia de la existencia de un servicio de interconsulta y las buenas relaciones interpersonales entre éste servicio y los servicios derivantes es esencial.

Hipótesis:

Hemos realizado una revisión y pretendemos aproximarnos al análisis de la demanda implícita del médico que solicita la interconsulta, a través de un cuestionario. Nuestro propósito surge al querer contestar al interrogante de: ¿De qué manera podemos serle útil al profesional que solicitó la interconsulta, cómo entender los emergentes que aparecen en esta relación médico paciente y cómo trabajar con la información que hemos recogido, y poder contestar tanto la demanda explícita como la latente? ¿Hay posibilidad de analizar la transferencia y contratransferencia que se produce en la relación médico orgánico y paciente con antecedentes psiquiátricos?

Método:

Trabajadores de hospital de Valme
Encuesta realizada al personal médico

Resultados:**Análisis de Demanda Implícita:**

Se realiza un cuestionario en la población médica que realiza interconsultas de psiquiatría en Hospital Virgen de Valme. En el cuestionario existen diferentes partes:

- Datos demográficos: Sexo, edad del personal médico.
- Detección de estrés en la práctica clínica.
- Análisis del estigma de salud mental.
- Cuestionario de satisfacción con el servicio de interconsulta.
- Evaluación de dificultades encontradas en la práctica diaria respecto a diferentes items: orientación terapéutica, reacción médico-enfermo, actuación en la práctica diaria.
- Evaluación de métodos "antiestrés" que realizan el personal médico.
- Análisis de demanda de Grupo Balint.

Discusión:

Según el estudio de Fernandez-Argüelles, 1989, sólo el 14,10% de las interconsultas que analizaron se encontró un contenido latente concordante con el motivo de consulta formulado en la petición, demostró que efectivamente la interconsulta médico-psiquiátrica es en muchas ocasiones una consecuencia y un claro reflejo de la problemática que los trastornos psiquiátricos pueden provocar en el médico, en el desarrollo de su labor asistencial hospitalaria, mostrándose en el estudio de dicha interconsulta como un instrumento válido, al menos parcialmente, para la evaluación de las actitudes y dificultades que el médico no-psiquiatra tiene ante la psiquiatría.

Conclusiones:

El estrés laboral es la principal variable generadora de ansiedad en la práctica clínica. Se constata que la variable ansiedad tiene un gran impacto en la práctica del médico. Este estrés es mayor al sumarse otras variables que también producen alto nivel de ansiedad al médico: la insatisfacción en la relación médico-paciente, el sufrimiento del paciente, la falta de apoyo social, la carencia de formación acerca de la relación médico-paciente y la escasez de tiempo.

[PO-2062] Aripiprazol inyectable de larga duración en Centro de Salud Mental

M. Dolores Díaz Piñero, Sara Mayo González, Jesús de la Gándara Martín, Roberto A. Sosa Ojeda, M. Aránzazu Gutiérrez Ortega, Teresa González Rodríguez, Ana M. de Granda Beltrán

Mostrar Póster**Introducción:**

El uso de antipsicóticos inyectables de larga duración como tratamiento de mantenimiento y prevención de recaídas en enfermedades mentales graves ha demostrado eficacia y conlleva un menor deterioro neurobiológico y psicosocial. Realizamos un estudio de 70 pacientes, en seguimiento en Unidades de Salud Mental de nuestra provincia, que reciben tratamiento con Aripiprazol inyectable de larga duración.

Hipótesis:

En una primera fase, realizamos un estudio descriptivo de la muestra en la visita basal, características sociodemográficas y descripción clínica. En una segunda fase, analizamos durante un periodo de seis meses, eficacia, tolerancia, seguridad, si disminuye el número de ingresos y satisfacción del paciente y los cuidadores.

Método:

Análisis de los datos mediante software estadístico IBM SPSS 19, intervalo de confianza del 95%. Se realiza análisis descriptivo de la muestra y se evalúan las posibles diferencias entre las mismas variables en tres momentos distintos del tiempo, para ello se utilizan los test de medidas repetidas dependiendo de las características de las variables (continua o discreta) y del número de variables a analizar.

Resultados:

Edad media 45 años, 56% mujeres, 44% de varones. La mayoría de los pacientes convivían con su familia (65%), grado de apoyo socio familiar medio-alto en un 76% de los casos. El 45% de la muestra había cursado hasta Primaria, 17% estudios superiores. Nivel socioeconómico medio en el 60% de los casos. Diagnósticos: Esquizofrenia (40%), Trastorno Bipolar (17%), Trastorno Esquizoafectivo (16%), Trastorno psicótico ne (11%), Trastorno delirante (9%), Trastorno Esquizofreniforme (4%), TOC (1%), Trastorno de control de impulsos (1%). De los 70 pacientes, 19 habían ingresado en Unidad de Hospitalización de Psiquiatría en el último año (27%), y cuatro pacientes precisaron 2 ingresos (6%).

Discusión:

Comparativa visita basal con visita 1 (N=60) y visita 2 (N=47): Se estudiaron las variables IMC, prolactina, triglicéridos, glucosa, colesterol (HDL, LDL y total) sin encontrar variaciones estadísticamente significativas a lo largo del seguimiento. Respecto a los efectos adversos, los pacientes notaron mejoría estadísticamente significativa (P-valor 0.032), fundamentalmente en la rigidez. Disminuyó el tratamiento concomitante con otros antipsicóticos y benzodiacepinas en las visitas de revisión. El tratamiento fue eficaz, mejorando la impresión clínica global y la sintomatología respecto a la visita basal (mejoría de escalas ICG y la PANSS reducida), asimismo, se objetivó mejoría en la calidad de vida (EuroQol). En la primera visita, sólo dos pacientes (3.3 %) habían precisado ingreso en Unidad de Agudos de Psiquiatría por descompensación de su patología de base, y uno (2.1%) en la segunda visita.

Conclusiones:

La eficacia, tolerabilidad y seguridad del tratamiento con Aripiprazol inyectable de larga duración en un grupo de pacientes psicóticos (esquizofrenia y otras psicosis), en seguimiento ambulatorio normalizado, han sido muy buenas a lo largo de los seis meses de seguimiento. No se han observado abandonos relacionados con los efectos del fármaco y se ha observado mejoría significativa en la gravedad y frecuencia de los síntomas (PANSS, ICG), así como en la calidad de vida de los pacientes (EuroQol), con disminución de los efectos adversos y mejor tolerabilidad respecto a tratamiento previos.

[PO-2069] Estudio del proceso de incapacitación en el Área VII de Salud Mental de Asturias

Graciano Fernández García, Covadonga Huergo Lora, Sergio Ocio León y Cristina Emeterio Delgado

Mostrar Póster**Introducción:**

La incapacitación se entiende como la privación de la capacidad de obrar (posibilidad, aptitud o idoneidad de una persona para ejercitar o poner en práctica los Derechos u obligaciones que le sean imputables o referibles). Sólo el Juez, tras un proceso judicial, podrá declarar incapaz a una persona. Las causas, según artículo 200 del Código Civil, son “las enfermedades o deficiencias persistentes tanto de carácter físico como psíquico, que impiden a la persona gobernarse por sí misma” y cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que pudieran ser determinantes de la incapacitación y si se trata de autoridades o funcionarios públicos, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

Hipótesis:

Estudio de determinados parámetros del proceso de incapacitación en un lugar determinado.

Método:

Partiendo de una muestra de 54 pacientes aquejados de enfermedad mental del Área VII de Salud Mental que han sido incapacitados en determinados grados según sentencia judicial.

Resultados:

De los 54 pacientes, 32 son hombres (59,26%) y 22 son mujeres (40,74%) y con una edad media de 55,04. De las enfermedades mentales, predomina la esfera psicótica, principalmente esquizofrenia y los trastornos de ideas delirantes. Posteriormente, retraso mental, bipolaridad y demencia. Suele tratarse de incapacitaciones totales

Discusión:

Suele haber un predominio del sexo masculino, de media edad. Se incapacita principalmente la patología mental relacionada con psicosis, discapacidad intelectual y trastornos neurocognitivos. De los 54 pacientes, 32 son hombres (59,26%) y 22 son mujeres (40,74%) y con una edad media de 55,04. Se evidencia un predominio del sexo masculino. De las enfermedades mentales, predomina la esfera psicótica, principalmente esquizofrenia y los trastornos de ideas delirantes. Posteriormente, retraso mental, bipolaridad y demencia. Suele tratarse de incapacitaciones totales la inmensa mayoría de los casos, sobre todo en demencia, bipolaridad y retraso mental. Un pequeño porcentaje mediante curatela (problemas de prodigalidad). La tutoría recae principalmente en la familia o en fundaciones sin ánimo de lucro.

Conclusiones:

El perfil de una persona incapacitada suele ser hombre en edad media.

Suele tratarse en fermedades mentales graves.

Suelen ser incapacidades totales

Habitualmente la tutela recae sobre la familia o entidades públicas sin ánimo de lucro.

Los Servicios de Salud Mental suelen asesorar en sus dispositivos a las familias que soliciten ayuda sobre dicho proceso.

[PO-2070] Evolución del consumo de alcohol en una muestra de pacientes con dependencia alcohólica con o sin patología dual.

Juan Gibert Rahola, María Robles Martínez, Miguel Ángel García Carretero

Mostrar Póster**Introducción:**

Se estima que en Europa la cifra media de diagnóstico de abuso y dependencia del alcohol es del 15%¹, y parece que menos de un 10% de estos pacientes reciben tratamiento específico².

Hipótesis:

Medir el consumo de alcohol, la evolución del consumo de alcohol a los seis meses de tratamiento y la comorbilidad psiquiátrica del eje I en pacientes con dependencia alcohólica que acuden a un centro de tratamiento específico de alcoholismo en la ciudad de Cádiz.

Método:

Estudio descriptivo de 112 pacientes que acuden a tratamiento por dependencia alcohólica. Se determina la presencia de patología dual mediante la entrevista semiestructurada MINI 5.0.0, utilizando como criterios de dependencia los criterios del DSM-IV. A los seis meses de la evaluación inicial se comprobará nuevamente el consumo semanal de alcohol y la adherencia al tratamiento.

Resultados:

El 50% presenta patología dual. El consumo medio de UBE/semana al inicio de tratamiento era de 88,18 (88,43 duales vs. 87,93 no duales). El consumo medio de UBE/semana a los seis meses de tratamiento, es de 25,51 (30,07 duales vs. 20,93 no duales). El 46,4% de la muestra tiene pautado tratamiento específico para la deshabitación alcohólica (49,4% ♂ vs. 37% ♀; 44,6% duales vs. 48,2% no duales). En los pacientes duales, existen una disminución del consumo de alcohol a los 6 meses de seguimiento.

Discusión:

El consumo medio de UBE/semana al inicio de tratamiento refleja el consumo elevado de alcohol propio de las poblaciones que acuden a los centros de tratamiento y que superan ampliamente el umbral de consumo de riesgo elevado. Existe una disminución importante del consumo medio de alcohol a los 6 meses de seguimiento, siendo mayor la disminución en aquellos sujetos que están con tratamiento interdicator

Conclusiones:

Los pacientes tratados con fármacos interdictores consiguen, de forma significativa, mayor disminución del consumo de alcohol que aquellos que no tienen tratamiento interdicator, pero no se hallan diferencias significativas entre pacientes duales y no duales.

[PO-3001] ¿Paliperidona o Risperidona?

Ana C. Martín, M. Dolores Riesco, Judit Pons, Delphine Sylvestre, Santiago Escoté

Mostrar Póster**Introducción**

La risperidona se metaboliza en primer lugar por el citocromo P450-2D6 (CYP2D6), mediante una hidroxilación que da lugar a su metabolito activo: 9-OH-Risperidona (paliperidona). Ambas moléculas pertenecen al grupo de los antipsicóticos de segunda generación. Sin embargo, se ha visto que no tienen la misma potencia farmacológica ni toxicológica. En esta revisión se muestran algunas de las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas entre risperidona y paliperidona.

Farmacocinética

Ambos son fármacos liposolubles y su absorción se lleva a cabo por el tracto digestivo. La paliperidona utiliza un sistema osmótico, que resulta en una forma de liberación prolongada que permite una sola dosis diaria, evitando así los picos de dosis y las fluctuaciones en los niveles plasmáticos del fármaco; al contrario, la risperidona presenta un índice de fluctuación entre dosis máximas y mínimas tres veces mayor. La biodisponibilidad de la paliperidona oral (28%) es menor que la de la risperidona oral (70%). La paliperidona tiene un metabolismo hepático muy limitado, un 60% de la molécula es eliminada por excreción urinaria inalterada, esto hace que su metabolismo no se vea alterado por inductores o inhibidores de los citocromos hepáticos.

La tasa de unión a proteínas plasmáticas de la paliperidona es de un 74% a concentraciones plasmáticas de 50 a 250 ng/ml, y la de la risperidona es del 90%, que hace que las interacciones farmacológicas sean menores.

La presencia de un grupo hidroxilo en la posición 9 de la molécula de risperidona crea diferencias estructurales en ambas moléculas que influyen en el paso de la barrera hematoencefálica (BBB), siendo mayor en la risperidona, explicándose así diferencias en los resultados clínicos y dosificaciones.

Farmacodinamia

Para una óptima función terapéutica de los antipsicóticos sin efectos secundarios extrapiramidales (SEP) es necesaria la ocupación de entre el 65% y el 85% de los receptores D2 de la dopamina (R-D2). La paliperidona tiene una menor capacidad de unión a los receptores, realiza un bloqueo menos intenso y presenta una menor velocidad de disociación de los R-D2 que la risperidona, aumentando la necesidad de dosificación para conseguir la misma potencia antipsicótica. Esto explica la menor incidencia de SEP. La paliperidona presenta una ocupación 5HT2A>D2 a diferencia de la risperidona. Este antagonismo provoca un aumento de la transmisión dopaminérgica en la vía nigroestriatal reduciendo así el riesgo de SEP y en el córtex prefrontal podría explicar la mejora en los síntomas cognitivos y negativos de la esquizofrenia. La hiperprolactinemia se relaciona con el bloqueo de los R-D2 en la vía tuberoinfundibular y con las concentraciones plasmáticas de ambos; en la risperidona es dosis-dependiente y se ha relacionado directamente con el metabolito 9-OH-Risperidona. Dado que la paliperidona pasa en menor medida la BBB, podría explicar la mayor incidencia de hiperprolactinemia a dosis elevadas en comparación con la risperidona.

Conclusiones

La paliperidona, a pesar de ser el metabolito activo de la risperidona, presenta remarcables diferencias a nivel farmacocinético y farmacodinámico. Es una buena opción en pacientes con polifarmacia, pacientes que presentan SEP con risperidona y sintomatología cognitiva y negativa.

[PO-3002] Trastornos de la conducta alimentaria e impulsividad

Ester Silva Poti, Belén Unzeta Conde, César Pérez Franco, Enrique Guerra Gómez, Pilar Vilariño Besteiro, Irene Baños Martín, Karen Eaton Iturbide

Mostrar Póster

Además de ser un componente esencial de los trastornos del control de impulsos per se y de los trastornos del control de impulsos no especificados en otra parte, la impulsividad está asociada, por lo menos, a subgrupos de pacientes con las siguientes condiciones psiquiátricas: trastornos de la personalidad del grupo B (más concretamente con el trastorno límite de personalidad, los trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la alimentación (BN y ANP), el juego patológico, trastorno afectivo bipolar, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (APA, DSM IV, 2000). En este trabajo se llevara a cabo una revisión de los últimos trabajos e investigaciones acerca del concepto de impulsividad ligado a los trastornos de conducta alimentaria.

La asociación entre el TCA y la impulsividad se ha documentado ampliamente en la literatura (Lacey y cols., 1986; Lacey 1993), no sólo en la bulimia nerviosa, sino también para la anorexia purgativa (Matsunaga y cols., 2000). La mayor parte de los estudios muestran para la impulsividad un gradiente de menor a mayor que comienza en la ANR, continua en la ANP y finaliza en la BN, siendo estas las pacientes con un nivel de impulsividad mayor (Fahy y Eisler, 1993; Diaz-Marsa, 1997; Correas Lauffer, 2004)

En los individuos con TCA la presencia de mayor impulsividad, se correlacionan a su vez con determinados subtipos de TCA (Cassin y cols., 2005), la gravedad de los síntomas del trastorno de la alimentación (Newton y cols., 1993), mayor comorbilidad, factores genéticos (Steiger y cols., 2005), peor funcionamiento psicológico (Duncan y cols., 2005), un funcionamiento bioquímico alterado, estrategias de afrontamiento menos eficaces (Nagata y cols., 2000), la sensación de hambre, y resultados terapéuticos más pobres (Sohlberg y cols., 1989).

[PO-3005] Suicidio en la red, consideraciones éticas

Esther Rodríguez Díaz, M^a Cristina Casas Gómez, Fátima Martínez León

Mostrar Póster

El suicidio es un problema de salud pública y su prevención es una tarea compleja, global y obligatoria. Nos encontramos en una era donde la exposición de nuestra vida privada, la hacemos pública, y así en 2011 el 65% de los usuarios adultos de Internet, usaban las redes sociales (Facebook, Myspace y Twitter). Estas plataformas también son usadas por grupos vulnerables como personas con enfermedades mentales y pueden suponer un riesgo al influir en decisiones como morir por suicidio. Las interacciones a través de salas de chat o foros de discusión pueden fomentar la presión de los compañeros, pudiendo, en el peor de los escenarios, reducir la duda o el miedo ante esta decisión. Una tendencia que parece estar surgiendo es la de usar las redes sociales para dejar notas de suicidio, que se comparten con el público de forma instantánea, los pactos suicidas en línea, los suicidios en grupo e incluso la retransmisión en directo del suicidio en Facebook live.

Así mismo, Internet se puede utilizar para expresar y enviar comentarios sobre sentimientos y estados de ánimo, que en el caso de enfermos mentales, nos puede ofrecer una idea de su estado mental en el momento actual. En este escenario surge fundamentalmente una pregunta: ¿es ético y legal acceder el estado mental de un paciente en tiempo real? Mientras que en la teoría, la búsqueda activa del perfil de un paciente en las redes sociales podría ser beneficiosa, no se considera ético sin que exista una autorización previa del paciente, aunque los perfiles sean públicos. Existe una delgada línea que separa seguimiento con “ser entrometido”. El acceso a los perfiles y redes sociales a través de medios no autorizados o encubiertos, puede provocar en el paciente un sentimiento de invasión de su vida privada y por tanto, se puede ver afectada de forma importante la relación médico paciente en la que inicialmente se presupone una confianza incondicional.

La información que podemos obtener, podría considerarse una “información clínica colateral”, pero que nos puede llevar a diferentes conflictos en caso de obtenerse su autorización:

– ¿Qué hacemos con la nueva información ó como la manejamos en consulta si no podemos desvelar la fuente?

– ¿Podría ser información no real o inexacta, (ya que cada uno puede poner la información que desea en su perfil) y por tanto incorporaríamos datos a nuestra historia clínica que son falsos y que podrían condicionar nuestro diagnóstico o plan terapéutico?

– ¿Cómo manejaríamos información contradictoria con los datos clínicos que tenemos?

Y una reflexión: ¿existiría para el psiquiatra un “deber de cuidado” para actuar sobre la información de la que habría sido desconocedor? El debate está abierto.

Bibliografía:

Luxton DD, June JD, Fairall JM. Social Media and Suicide: A Public Health Perspective. Am J Public Health. 2012 May;102(Suppl 2):S195–200.

Cox-George C. The changing face(book) of psychiatry: can we justify “following” patients’ social media activity? BJPsych Bull. 2015 Dec;39(6):283–4.

[PO-3009] Uso del ajedrez como terapia en salud mental: una revisión sistemática.

Hilario Blasco-Fontecilla, Fernando Arauz-Alonso, María Rodrigo-Yanguas

Mostrar Póster**Introducción**

El ajedrez es un deporte y juego milenario que se basa en unas reglas muy sencillas. Sin embargo, para jugar bien a ajedrez es necesario el uso de estrategias cognitivas complejas como la planificación, la atención, la concentración, la memoria y la resolución de problemas. Para las mismas, es necesario el buen funcionamiento de diferentes áreas cerebrales, particularmente el núcleo caudado y el lóbulo prefrontal. Estas áreas están implicadas en diferentes patologías psiquiátricas como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), las demencias, las alteraciones cognitivas secundarias al consumo de sustancias, y la esquizofrenia. Dado que la práctica regular del ajedrez activa esas áreas cerebrales, y se “entrenan” las funciones ejecutivas, llama la atención que apenas se haya explorado el papel terapéutico del ajedrez en salud mental. El objetivo del presente estudio es presentar los resultados preliminares de una la revisión sistemática centrada en el uso terapéutico del ajedrez en salud mental.

Métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed con términos como (“Mental Disorders”) AND (“Brain” OR “physiology”) AND (“Chess” or “Chess game”) desde 1960 al año 2017. Se amplió la búsqueda usando las 10 primeras páginas de google usando la misma estrategia de búsqueda. Los criterios de selección y la ejecución de la revisión se realizó siguiendo las recomendaciones PRISMA (<http://www.prisma-statement.org/>).

Resultado

La búsqueda inicial dió 452 artículos. Siguiendo los criterios de selección se revisaron 72 artículos. No hay apenas estudios que repliquen los estudios piloto en las diferentes patologías de salud mental. El estudio de Demily et al (2008) sugiere que con sólo practicar 10 horas de ajedrez se objetivaban mejoras en las funciones ejecutivas de los pacientes con esquizofrenia. Gonçalves et. al (2014) llevaron a cabo una investigación con pacientes dependientes a cocaína: cuando comparaban al grupo control (sólo abstinencia) con el grupo experimental (abstinencia+ ajedrez+ entrevista motivacional), encontraron que el grupo experimental obtenía una mayor recuperación de las funciones ejecutivas. Blasco-Fontecilla, et al.(2014) encontraron en su estudio piloto con 44 niños con TDAH que la introducción del entrenamiento en ajedrez durante 3 meses mejoraba la clínica del TDAH tanto en los niños medicados (con TDAH moderado o grave) como en los no medicados (TDAH leve). La mejoría se correlacionaba con el nivel de inteligencia ($r=0.2$). Lamentablemente, no usaron grupo control ni medidas objetivas en la evaluación. Finalmente, Se Hee Kim et al. (2014) realizaron un estudio con 42 sujetos en donde demostraron que jugar al GO (el ajedrez chino) mejoraba síntomas de inatención, funciones ejecutivas y cambios en el prefrontal en niños con TDAH. Asimismo, a nivel neurofisiológico observaron cambios en las ondas theta y beta del prefrontal derecho que se correlacionaban con las puntuaciones en inatención.

Conclusión

Diferentes publicaciones sugieren que el uso del ajedrez podría mejorar la clínica de diferentes patologías y funciones cognitivas como la atención, la memoria y las funciones ejecutivas. Además, una de las principales ventajas del ajedrez como estrategia de rehabilitación cognitiva frente a otros tratamientos, es su bajo coste económico, su carácter lúdico y su extensión a nivel mundial. La mayoría de estudios en las diferentes patologías de salud mental tienen un carácter piloto y requieren de estudios de replicación más consistentes metodológicamente. Sin embargo, en los estudios sobre el impacto del ajedrez en las funciones cognitivas hay mayor solidez y los estudios sugieren consistentemente la mejora experimentada con el uso regular del ajedrez.

Referencias

1. Blasco-Fontecilla H, Gonzalez-Perez M, Garcia-Lopez R, Poza-Cano B, Perez-Moreno MR, de Leon-Martinez V, Otero-Perez J. Efficacy of chess training for the treatment of ADHD: A prospective, open label study. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016 Jan-Mar;9(1):13-21. doi: 10.1016/j.rpsm.2015.02.003.
2. Demily C, Cavézian C, Desmurget M, Berquand-Merle M, Chambon V, Franck N. The game of chess enhances cognitive abilities in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2009 Jan;107(1):112-3.
3. Gonçalves PD, Ometto M, Bechara A, Malbergier A, Amaral R, Nicastrí S, Martins PA, Beraldo L, dos Santos B, Fuentes D, Andrade AG, Busatto GF, Cunha PJ. Motivational interviewing combined with chess accelerates improvement in executive functions in cocaine dependent patients: a one-month prospective study. *Drug Alcohol Depend.* 2014 Aug 1;141:79-84.

[PO-3020] Revisión actualizada sobre síntomas psiquiátricos en pacientes con distrofia muscular de Duchenne.

María Ángeles Arenas Jiménez, Margarita Guerrero Jiménez, Carmen Maura Carrillo de Albornoz Calahorro, Braulio Manuel Girela Serrano

Mostrar Póster

La distrofia muscular de Duchenne es una enfermedad causada por variaciones en el gen de la distrofina. Los síntomas físicos de la enfermedad suelen detectarse a los 2-3 años de vida manifestándose con retraso psicomotor, debilidad muscular, fatiga, rigidez, contracturas, y pérdida de la marcha hacia los 12 años, con una expectativa de vida de 30 años.

Sin embargo, la DMD afecta mucho más que los músculos. Por lo que se han descrito características cognitivas y de comportamiento asociadas a las enfermedad que se encuentran en la práctica clínica habitual y en las consultas de Atención Primaria y Salud Mental.

Se realiza una búsqueda bibliográfica en Pubmed y encontramos una bibliografía muy limitada a ensayos con tratamientos con antidepresivos en ratones y series de casos de alteraciones psicopatológicas en familiares cuidadores, sobre todo padres de niños con esta enfermedad. Sin embargo no existen muestras de pacientes ni descripciones de casos de pacientes con alteraciones psicológicas o psiquiátricas.

Se ha visto que existe un mayor porcentaje de retraso mental y alteraciones en el aprendizaje, además de una mayor prevalencia de TDAH. Muchos pueden tener comportamientos o rasgos autistas (dificultades comunicativas, sociales y rigidez mental). Con el aumento de conciencia del niño las reacciones emocionales agudas y problemas de conducta (rabietas, episodios de ira) se suelen intensificar entre los 8-10 años, justo antes de la pérdida de la deambulación. Los síntomas de ansiedad y depresión suelen presentarse con mayor edad a consecuencia de las limitaciones funcionales acompañantes. Se ha demostrado que como en otras enfermedades crónicas, las respuestas reactivas de los niños a su condición están estrechamente asociadas a las habilidades de los padres para afrontarla.

Bibliografía:

James Poysky. Behavior patterns in Duchenne muscular dystrophy: Report on the Parent Project Muscular Dystrophy behavior workshop December 2006, Philadelphia, USA. Neuromuscular Disorders 17 (2007) 986-994

Hinton V.J, Nereo N.E, Fee R.J, Cyrulnik S.E. Social Behavior Problems in Boys with Duchenne Muscular Dystrophy. Developmental and Behavioral Pediatrics Vol 27, No 5, October 2006.

[PO-3022] Mindfulness y Tabaquismo

Ana María de Granda Beltrán, Teresa González Rodríguez, Roberto A Sosa Ojeda, Sara Mayo González, María Dolores Díaz Piñeiro, Jose Ignacio de Granda Orive

Mostrar Póster

El tabaquismo es una enfermedad crónica cuyas principales manifestaciones clínicas son trastornos respiratorios, cardiovasculares y tumores en distintas localizaciones, siendo la primera causa de muerte prevenible en los países desarrollados. Afecta al 23% de la población general y genera 5 millones de muertes en todo el mundo y 60000 en España. A la oferta actual de tratamiento disponible para la cesación tabáquica se añade desde hace unos años el Mindfulness. El Mindfulness o Conciencia Plena fue creado por Jon Kabat-Zinn en el centro médico de la Universidad de Massachusetts en 1979 y se basa en prestar atención a uno mismo, a los demás y al mundo y enfatizar en la capacidad de parar y ver antes de actuar para desplegar comportamientos más eficaces y adaptados a los conocimientos. El objetivo ha sido valorar la eficacia de esta técnica como estrategia para la deshabitación tabáquica a través de dos artículos recientes en los que se lleva a cabo una revisión sistemática de la literatura. En el primer artículo de 2015 "Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Smoking: A Systematic Literature Review"* fueron seleccionados 13 artículos sobre Atención Plena y Tabaquismo, concluyéndose que podía tener efectos positivos sobre la salud mental y mantenimiento de la abstinencia del tabaco, sin embargo presentaba importantes limitaciones metodológicas por lo que se necesitan estudios clínicos adicionales. En un artículo más reciente de 2017 "Efficacy of Mindfulness meditation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis"*** se incluyeron 10 Ensayos Clínicos Aleatorizados y se concluyó que la técnica de Atención Plena no tenía efectos significativos sobre la abstinencia frente al resto de tratamientos ya disponibles, aunque vuelve a encontrarse limitado por la baja calidad de evidencia, variabilidad del diseño, pequeño número de estudios existentes y sesgo de publicación por lo que sería necesario llevar a cabo ensayos clínicos de alta calidad.

Weiss de Souza IC et al. Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Smoking: A Systematic Literature Review. *J Alter Complement Med.* 2015; 21: 129-40.

Maglione MA et al. Efficacy of Mindfulness meditation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Addict Behav.* 2017; 69:27-34

[PO-3023] Ciclos Tóxicos.

Silvia Cañas Fraile

Mostrar Póster

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.

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. 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. *Revperumedexp salud publica*. 2008; 25(3): 279-84.

Ohen 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.

[PO-3026] Síntomatología depresiva crónica y deterioro cognitivo leve. Hallazgos en pruebas de neuroimagen y asociación con enfermedad de Alzheimer.

María Garriz Forné, María del Mar Unceta González, Álvaro Gargallo Vaamonde

Mostrar Póster

Introducción:

Recientemente se ha establecido que los síntomas depresivos en personas con deterioro cognitivo leve, constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad de Alzheimer y otros procesos neurodegenerativos. Estudios de neuroimagen cerebral pueden ayudar a clarificar el papel que los síntomas depresivos juegan en la conversión a enfermedad de Alzheimer.

Objetivos:

Realizar una revisión sistemática de la literatura para estudiar la asociación entre la sintomatología depresiva crónica y su papel en el desarrollo de Enfermedad de Alzheimer. Revisar los hallazgos en estudios de neuroimagen en pacientes con síntomas depresivos crónicos.

Material y métodos:

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos médicas (MEDLINE, Pubmed y Biblioteca Cochrane Plus) de los artículos relacionados con sintomatología depresiva crónica y enfermedad de Alzheimer de los últimos 5 años.

Conclusiones:

La sintomatología depresiva crónica y el deterioro cognitivo leve parecen representar factores de riesgo para el desarrollo a Enfermedad de Alzheimer, más que pródromos de la propia enfermedad. La sintomatología depresiva crónica está relacionada con la pérdida de integridad estructural de determinadas regiones frontales en los estudios de neuroimagen.

Conducta suicida

[PO-2004] Niveles de colesterol sérico en pacientes hospitalizados por intento autolítico

Teresa Ruiz de Azua Aspizua, Oihan Uriarte Larizgoitia, Lucía González Endemaño, Sofía Trincado Robles, Davida Carlos Peralta Donner, Gregorio Montero González, Eva M^a Garnica de Cos, Mercedes Zumarraga Ortiz

Mostrar Póster

Introducción:

Existen numerosas investigaciones que han estudiado la relación del riesgo suicida con los niveles de colesterol en sangre. Esta hipótesis se basa en el papel que juegan los lípidos en la estabilidad de las membranas y en la neurotransmisión, así como en la evidencia experimental de correlación entre el metabolito de la serotonina 5-HIAA, las tasas plasmáticas de colesterol y las tentativas suicidas. Actualmente existe controversia acerca de este tema, ya que mientras en algunos estudios observacionales y epidemiológicos se ha observado esta relación, en otros no se ha encontrado asociación positiva o incluso se han observado niveles mayores de colesterol en los pacientes suicidas. En enero de 2016, un meta-análisis sobre este tema sí identificó una asociación inversa entre niveles de colesterol y conducta suicida (1), aunque son necesarios más estudios para explicar dicha asociación. El nivel de colesterol sérico recomendado en adultos es inferior a 200 mg/dl, mientras que un nivel igual o menor a 175 es considerado bajo. La prevalencia de hipercolesterolemia en la población española se encuentra entre el 30 y el 60%, variando según el sexo y la edad de los individuos (2).

Hipótesis:

Comprobar cuales son los niveles séricos de colesterol total y LDL en los pacientes que ingresaron por intento autolítico en las unidades de agudos de un hospital psiquiátrico en el transcurso de cuatro meses

Método:

Entre los meses de noviembre de 2016 y marzo de 2017 hemos recogido datos analíticos, socio-demográficos y de estilo de vida en todos los pacientes que ingresaron en las unidades de agudos de un hospital psiquiátricos de Bizkaia. Dentro de dicha muestra, analizamos las cifras de colesterol total y LDL de los pacientes cuyo motivo de ingreso había sido un intento autolítico.

Resultados:

Se analizaron un total de 23 pacientes, con una edad media de 55,04 años. La media de los niveles de colesterol total en la muestra fue de 185,39 mg/dl, con una desviación estándar de 34,22. De entre ellos, 7 (30,43%) presentaban cifras de colesterol por superiores a 200mg/dl, 8 (34,78%) se encontraban en el intervalo entre 175 y 200 mg/dl y otros 8 (34,78%) presentaron niveles de colesterol total inferiores a 175 mg/dl. En cuanto al LDL, se excluyeron del análisis 3 pacientes que presentaron triglicéridos por encima de 200 mg/dl por escasa fiabilidad de la medición de LDL. La media de LDL de los restantes fue 108,05 mg/dl, con desviación estándar de 29,12. Sólo un paciente presentó LDL superior a 160 mg/dl.

Discusión:

Los resultados que hemos obtenido reflejan una menor prevalencia de hipercolesterolemia en nuestra muestra de pacientes que la registrada para la población general, especialmente considerando el rango de edad en que se encuentran. Una parte importante de los pacientes presentaron, además, niveles considerados como bajos.

Conclusiones:

La baja prevalencia de hipercolesterolemia en nuestros pacientes ingresados por intento autolítico va en la línea de los estudios que relacionan bajos niveles de colesterol con mayor riesgo suicida.

[PO-2006] Estudio sociodemográfico de tentativas autolíticas y adherencia terapéutica tras instauración de protocolo de atención urgente en Santiago de Compostela

Alberto De la Cruz Dávila, María Teresa Ríos Vilas, Iria Veiga Ramos

Mostrar Póster

Introducción:

El suicidio constituye, actualmente, uno de los mayores problemas de la sanidad pública. Es considerada la décima causa de muerte a nivel mundial (con un número mayor de 800.000 suicidios/año) y la segunda en la población entre los 15 y los 30 años (OMS)(1). Las conductas autolesivas responden a una serie de determinantes o patrones que tras haber sido estudiados se pueden considerar factores de riesgo (2), a pesar de lo cual no se ha conseguido una reducción significativa en el número de intentos ni se ha creado una herramienta predictiva fiable, si bien se están estudiando estrategias de control en la población de riesgo (4). Teniendo en cuenta estos factores, y dada la incapacidad para hospitalizar a todos los pacientes que han realizado tentativas autolíticas como método de contención, se ha implantado en nuestro servicio (Psiquiatría - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela) un protocolo de atención ambulatoria urgente (5-7 días) para control estrecho de los mismos, que además nos permite estudiar las características de dichas tentativas.

Hipótesis:

Nuestro objetivo es analizar las características psicosociales de los pacientes que realizan tentativas autolíticas en nuestra área sanitaria, de 420.000 habitantes aproximadamente. Presenta la finalidad específica de diferenciar si se trata de tentativas autolíticas cuya intención es real o se trata de gestos parasuicidas. Igualmente, se pretende comprobar el grado de adherencia terapéutica tras establecer el citado protocolo. Se espera una mayor incidencia de gestos parasuicidas que de tentativas suicidas, en pacientes con diagnóstico psiquiátrico previo (especialmente en trastornos de la personalidad), con una adherencia terapéutica próxima al 75%.

Método:

Desde el año 2015 se han recogido las características de todas las tentativas autolíticas atendidas en Urgencias de psiquiatría: sexo, edad, convivencia, diagnóstico y seguimiento previos, método de la tentativa, intentos previos, derivación y seguimiento post-tentativa. La muestra de este estudio (n=126) son los pacientes atendidos entre enero y junio de 2016. Se han excluido atenciones por ideación autolítica únicamente (sin llegar al acto) así como conductas dañinas con finalidad ansiolítica. Se han incluido todas las tentativas con arrepentimiento posterior al acto. La intención del acto se ha dividido en cierta o gesto parasuicida, siendo tipificados el resto de valores, que se mostrarán en gráficas en el póster.

Resultados:

De la muestra inicial (n=129) tres pacientes fueron retirados por repetir tentativa en los 6 meses de estudio, siendo finalmente la n=126. Según lo previsto, la mayoría de tentativas fueron gestos parasuicidas (56%) llevados a cabo por mujeres (63.5%). Previsiblemente, se trataba de pacientes con diagnóstico psiquiátrico previo, siendo lo más frecuente los trastornos afectivos (30%). Un 44.5% de los pacientes había realizado tentativas anteriormente, y el seguimiento ambulatorio mantenido (protocolo de atención urgente mediante) fue del 61%.

Discusión:

En nuestra muestra, recogida a lo largo de seis meses, encontramos varios datos discordantes con las evidencias recogidas en la literatura. Si bien se considera la tentativa previa como el mejor indicador de riesgo suicida (3), únicamente tres pacientes (7,14%) repitieron su tentativa a lo largo de seis meses. Por otro lado, a pesar de la implantación del protocolo de cita rápida para el seguimiento de estos casos, únicamente un 61% de ellos mantuvieron seguimiento ambulatorio. Sin embargo, este porcentaje puede deberse en parte a que realicen seguimiento en dispositivos fuera de la red pública. A pesar de que el método más frecuente fue la sobreingesta medicamentosa (método de baja letalidad) la intención cierta de suicidio fue del 44%, mayor de la esperada.

Conclusiones:

Siendo las cifras de suicidio en Galicia de las más prevalentes del Estado (11,74 por cada 100.000 habitantes), es importante implementar medidas concretas para hacer frente a este tipo de urgencias sanitarias. Debido a que se han observado datos poco esperables, serán necesarios estudios a más largo plazo para confirmarlos, así como validar la efectividad del protocolo implantado.

[PO-2007] Conducta Parasuicida Juvenil en el Centro de Salud Mental.

María Casanueva Fernández, María Laura Iglesias Víctor, María del Pilar Pérez García, María del Mar Martínez

Mostrar Póster**Introducción:**

Las autolesiones en adolescentes han adquirido mayor relevancia en los últimos años por el aumento de su prevalencia y difusión en las redes sociales. La conducta autolítica o parasuicida se define como un acto en el que el individuo se produce daño físico de forma intencional, sin resultado fatal e independientemente del motivo o grado de intencionalidad suicida(1). La autolesión se considera uno de los predictores más fuertes del suicidio consumado. Sólo una pequeña proporción de adolescentes que se autolesionan llegan a acudir a los servicios clínicos (2). Alrededor del 10% de adolescentes presentan conductas autolesivas (2,3). Según datos del Instituto Nacional de Estadística en España en 2014, la categoría "Suicidio y Lesiones autoinfligidas" constituyó la segunda causa de muerte más frecuente entre adolescentes con rango de edad entre 15 y 19 años, periodo definido por la Organización Mundial de la Salud como adolescencia tardía. En la literatura se describen diversos factores de riesgo contextuales y psicopatológicos asociados a las conductas e ideas autolesivas.

Hipótesis:

Determinar la prevalencia, características sociodemográficas, clínicas y psicopatológicas de los sujetos entre 16 y 19 años con ideación y/o conductas autolesivas, y comprobar si se adecúa a los parámetros estudiados en la literatura.

Método:

Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal de pacientes entre 16 y 19 años citados en consulta en una Unidad de Salud Mental durante seis meses y en cuya historia clínica electrónica constan conductas autolesivas y/o ideación autolítica. Los datos fueron analizados en el programa estadístico SPSS versión 18.

Resultados:

De una muestra total de 91 pacientes, el 28% (N:26) presentaron ideación y/o conductas autolesivas y ambas entidades coexistieron en el 34,6 %. El 69% eran mujeres. El biparenteral fue el modelo de convivencia familiar más frecuente (54%). El 20% eran adoptados y el 31% inmigrantes. El 15% habían abandonado los estudios y el 64% repetido curso académico. La comorbilidad más frecuentemente encontrada fue el Trastorno de Conducta Alimentaria. El 58% presentaban antecedentes de conductas autolesivas y el 23% consumían tóxicos. El 55% recibían tratamiento psicofarmacológico previo a consulta, siendo el antidepresivo el fármaco más habitual. La mitad tenían antecedentes familiares psiquiátricos. La edad media de inicio de autolesiones fue 14 años, los desencadenantes más frecuentes el entorno familiar y colegio. El método autolesivo más habitual fue el corte cutáneo. Se describieron en 70% de pacientes la presencia de rasgos desadaptativos de personalidad. En el 75% se pautó tratamiento psicofarmacológico y psicológico.

Discusión:

La tasa de conductas autolíticas en nuestra muestra es superior a lo descrito en otros estudios (2,3). Los factores de riesgo más frecuentes encontrados en la muestra, como historia previa de autolesión, patrón disfuncional de personalidad, comorbilidad con Trastorno de Conducta Alimentaria, es similar a otros artículos (4,5). Se estudian diferencias clínicas, psicopatológicas y contextuales con lo reflejado en la literatura (3,4,5).

Conclusiones:

La elevada prevalencia de autolesiones entre adolescentes en la Unidad de Salud Mental indican la importancia de realizar una adecuada evaluación y abordaje, siendo necesario dotar a profesionales de recursos adecuados para realizar un abordaje integral y así lograr una evolución óptima del paciente.

[PO-2009] Conductas de suicidio en Primeros Episodios Psicóticos en el Área 5 de Valencia

María Casanueva Fernández, Pau Soldevila Matías, Olga Sparano Ros, Julio Sanjuan.

Mostrar Póster**Introducción:**

El suicidio es la primera causa de muerte prematura en los pacientes con Trastorno Psicótico y la responsable de entre el 2% y 5% de muertes de los individuos con un primer episodio de psicosis (PEP) (1), considerándose este periodo de alto riesgo autolítico. Múltiples estudios coinciden en que la tasa de suicidio es más elevado, incluso se triplica (2), en periodos cercanos al comienzo de la enfermedad psicótica.

Hipótesis:

Evaluar la prevalencia y análisis de los factores asociados al intento autolítico en sujetos con un primer episodio psicótico en el área 5 de Valencia (Hospital Clínico) atendidos entre noviembre 2009 y febrero 2017.

Método:

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal a partir de los datos del protocolo de la Unidad de Primeros Episodios del Hospital Clínico de Valencia. Las variables recogidas incluyen: datos sociodemográficos, clínicos, PANSS, Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF), Hamilton, Premorbid Adjustment Scale (PAS), WAIS-III.

Resultados:

De una muestra total de 209 sujetos con un primer episodio psicótico, 11% presentaron un intento autolítico (N: 23) y el 0,5% (N:1) suicidio consumado. La muestra con intento autolítico presentan las siguientes características: edad media 30,4 años (edad mínima 16, máxima 47), el 65% género femenino, inmigración en 9%, 70% solteros, el 82% con estudios menor o igual a Bachillerato, 56% en paro y 21% en activo, modelo de convivencia con familia de origen en un 61% y con familia propia en un 21%. El 100% viven en ambiente urbano. El 22% presentaban enfermedad somática asociada y el 48% reconocían consumir tóxicos. El 56% tenían antecedente familiar de Trastorno psicótico. La media de duración de psicosis no tratada (DUP) es de 17 semanas (0- 84 semanas). El 74% de sujetos presentaron en la GAF puntuación comprendida entre 41 y 70; una estimación media del Cociente Intelectual verbal de 95. En la PANSS, la puntuación media de la subescala positiva es de 13,9 puntos, negativa con 13,8 y general de 29,95. La puntuación media del categoría Insight (G12) es de 3,18; de la PAS es de 24 y de la escala Hamilton Depresión de 9,2 puntos. Ocho pacientes presentan el debut del episodio psicótico a través de intento autolítico. El método de autolisis más frecuente fue la sobreingesta medicamentosa, seguido de la precipitación y lesión por arma blanca.

Discusión:

Las tasas de tentativa de suicidio y suicidio consumado en nuestra muestra son inferiores a las reflejadas en la literatura (1,3). El tiempo de psicosis no tratada es similar a otros estudios (4). Se discuten algunas diferencias clínicas con lo revisado en la literatura (3,4).

Conclusiones:

La tasa de tentativas de suicidio y suicidio consumado en nuestra muestra de primeros Episodios Psicóticos son claramente inferiores a lo descrito previamente. Se necesitan ampliar esta investigación para encontrar razones que justifiquen esta diferencia.

[PO-2010] El programa ARSUIC de prevención del riesgo suicida en Madrid. Diferencias en su efectividad entre pacientes adultos y adolescentes. Resultados de un estudio prospectivo de base hospitalaria

Gonzalo Martínez-Alés, Pilar Sánchez, Eva Román, Eduardo Jiménez, Beatriz Rodríguez, María Fe Bravo

Mostrar Póster

Introducción:

El suicidio es la primera causa de muerte entre los españoles entre 15 y 29 años de edad. Su principal factor de riesgo, el intento de suicidio, es además una entidad clínica relevante. El programa ARSUIC permite atender de forma prioritaria a pacientes afectados, con una cita prioritaria. Se utiliza de forma indistinta en población menor y mayor de edad.

Hipótesis:

La hipótesis es que el programa ARSUIC es un programa efectivo y que la efectividad es distinta según el paciente sea mayor o menor de edad. El objetivo de este estudio es analizar su efectividad y sus diferencias en adultos y menores de edad.

Método:

Estudio prospectivo de 2386 casos de intento de suicidio atendidos en urgencias de un hospital general, tres años antes y después de la introducción del programa ARSUIC. Se define el evento de interés como ser atendido por un nuevo intento de suicidio. Se obtiene el tiempo hasta el evento de los registros informatizados. Se calculan estimadores de la función de supervivencia de Kaplan-Meier por periodo de tratamiento y se comprueban las diferencias con test de Log-Rank. Se conducen regresiones de Cox de riesgos proporcionales y se obtienen OR de reincidencia por periodo, crudos y ajustados. Se repiten los resultados entre los menores de edad, una muestra de n=150.

Resultados:

Del total de sujetos, el 22,5% reinciden. Los estimadores de la función de supervivencia por periodo son diferentes, p

Discusión:

Estudios previos han mostrado un aumento de las conductas suicidas en pacientes adolescentes. Por otro lado, se trata de pacientes que, generalmente, tienen soporte sociofamiliar. El programa ARSUIC favorece que los pacientes accedan a los recursos sociosanitarios y psiquiátricos necesarios en el momento de mayor riesgo de intento de suicidio. El beneficio marginal de este programa es diferente según el grupo de edad.

Conclusiones:

Concluimos que el efecto de un programa de citación prioritaria es diferente en población mayor y menor de edad. Los demás factores de riesgo de recaída son similares. La inclusión pragmática de pacientes, y el seguimiento prospectivo, apoyan la validez de los resultados. Es necesario continuar investigando estos resultados, con estudios de tipo explicativo.

[PO-2011] Personalidad y cognición social y su relación con la conducta suicida tras un primer episodio psicótico

María Isabel Calvo Rubiales, Manuel Canal Rivero, Miguel Ruiz Veguilla.

Mostrar Póster**Introducción:**

Se han registrado altas tasas de suicidio tras un primer episodio psicótico, especialmente durante el primer año tras el inicio del trastorno psicótico. Estudios previos han identificado varios factores de riesgo asociados a la conducta suicida en personas que han sufrido un primer episodio psicótico. Sin embargo, aspectos como la personalidad premórbida y la cognición social no han sido lo suficientemente investigados hasta la fecha.

Hipótesis:

Estudiar la relación entre los rasgos de personalidad y deficiencias en la teoría de la mente con la presencia de intentos autolíticos tras primer episodio psicótico.

Método:

Han sido evaluados 65 pacientes tras haber sufrido un primer episodio psicótico. La presencia de intentos de suicidios (principal medida de los resultados como variable dicotómica, por ejemplo ausencia/presencia) fue recogida a los 6 y 12 meses después de un primer episodio psicótico. Se llevaron a cabo análisis estadísticos (correlación de Pearson y regresión logística) para estudiar la relación entre rasgos de personalidad y cognición social con la conducta suicida.

Resultados:

La presencia de intentos de suicidio fue asociada con la severidad de los síntomas al inicio del trastorno (OR=2.18, 95% CI= 1.25-3.82), rasgos esquizoides de la personalidad (OR=1.62, 95% CI=1.02-2.57), y deficiencias en la tarea de falso reconocimiento de la teoría de la mente de primer orden (OR=4.26, 95% CI=1.05-17.31).

Discusión:

La presencia de déficits en teoría de la mente en personas que han sufrido un primer episodio psicótico ha sido ampliamente demostrado. Sin embargo, el estudio de la relación entre dificultades en cognición social y conducta suicida ha sido escasamente investigada aunque estudios preliminares han demostrado la asociación entre cognición social y conducta suicida tanto en población general como en muestras de personas que habían sido diagnosticadas de esquizofrenia. En trabajos anteriores, nuestro grupo de investigación ha mostrado como la presencia de ciertas características de personalidad pueden asociarse a la conducta suicida. Los datos obtenidos en este estudio pueden ayudar a la configuración de programas de prevención de la conducta suicida en primeros episodios psicóticos.

Conclusiones:

La severidad de los síntomas al inicio de la enfermedad, los rasgos esquizoides de la personalidad y el déficit en la teoría de la mente aparecen como predictores de intentos de suicidios en la muestra de pacientes incluidos en este estudio.

[PO-2012] Comparación de las características sociodemográficas y clínicas en una muestra de pacientes psiquiátricos adolescentes, según la presencia o ausencia de ideas de muerte y conductas autolesivas

Rosario Pérez Moreno, Miriam Tenorio Guadalupe

Mostrar Póster

Introducción:

En los últimos años las conductas suicidas y autolesivas en la adolescencia se han convertido en un problema de salud pública, tal es así que el suicidio se ha erigido como la segunda causa de muerte en personas de 15 a 24 años. Las ideas de muerte y/o autolesiones son síntomas frecuentes en la población atendida en consultas de salud mental infanto-juvenil.

Hipótesis:

El objetivo de este trabajo es comparar las características sociodemográficas y clínicas de una muestra de pacientes entre 14 y 17 años atendidos en una consulta de Psiquiatría de adolescentes, que presentaban ideas de muerte o autolesiones, frente a los pacientes que no referían esta sintomatología.

Método:

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 229 pacientes entre 14 y 17 años durante los años 2013 y 2014.

Resultados:

De los 229 pacientes derivados desde atención primaria solo acudieron a la cita 171 (74%), contamos con datos completos de 162 pacientes. De los cuales 44 (27,1%) presentaron ideas de muerte o autolesiones. La mayoría de estos pacientes fueron derivados por distintos motivos entre los que destacan alteraciones del ánimo o ansiedad y solo un 11% por presentar ideas o conducta de tipo suicida. Los diagnósticos predominantes en el grupo que presenta ideas o conductas suicidas fueron: 17 con algún tipo de trastorno afectivo (38,6%) frente a un 5,9% en el otro grupo; el segundo diagnóstico más prevalente fue el de TCA 9 pacientes (20,4%) frente a un 6,7% en el otro grupo; el tercer diagnóstico más prevalente era el de rasgos de inestabilidad emocional 7 pacientes (15,9%) frente al 3,3% del otro grupo. Sólo tres pacientes no presentaban patología psiquiátrica (6,8%). En el subgrupo que no presentaba ideas ni conductas suicidas, una gran parte no presentaba patología psiquiátrica, 36 pacientes (30,5%); siendo el diagnóstico más prevalente el de T. adaptativo, 17 pacientes (14,4%); en segundo lugar el grupo de TDAH y T. de conducta, 16 pacientes (13,5%).

Discusión:

Tal y como se refleja en la literatura científica, los trastornos afectivos es el diagnóstico más prevalente entre los pacientes adolescentes que presentan ideas de muerte o conductas autolesivas.

Conclusiones:

En los pacientes adolescentes atendidos en consultas de psiquiatría que presentaban ideas o conductas autolesivas se encontró una alta prevalencia de patología psiquiátrica, en comparación con los que no presentaban este tipo de sintomatología. Es importante la detección en Atención Primaria para un diagnóstico e intervención precoz.

[PO-2013] Funcionamiento psicosocial a los 12 meses de un primer episodio psicótico: personalidad y conducta suicida.

María Isabel Calvo Rubiales, Manuel Canal Rivero, Miguel Ruiz Veguilla.

Mostrar Póster**Introducción:**

La mejoría en el funcionamiento psicosocial es un aspecto de suma importancia en el tratamiento de las personas que han sufrido un primer episodio psicótico. Sin embargo, los predictores del funcionamiento psicosocial al año del primer episodio psicótico no han sido lo suficientemente investigados.

Hipótesis:

El principal objetivo de este estudio fue analizar los factores asociados con diferentes dimensiones del funcionamiento psicosocial a los 12 meses de sufrir un primer episodio psicótico. Otro objetivo fue investigar la posible relación entre la conducta suicida después de un primer episodio psicótico y el funcionamiento familiar.

Método:

La muestra de estudio está formada por 65 personas que sufrieron un primer episodio psicótico. Las diferentes dimensiones del funcionamiento psicosocial fueron evaluadas a los 12 meses del debut del trastorno psicótico.

Resultados:

La presencia de intentos de suicidio y rasgos sociopáticos de personalidad se asociaron a un peor cuidado personal. En cambio, déficits en el funcionamiento ocupacional se relacionaron con la presencia de rasgos esquizotípicos. Finalmente el deterioro en el funcionamiento familiar y social a los 12 meses después de un primer episodio psicótico fueron significativamente con un mal ajuste premórbido durante la adolescencia tardía y déficits en cognición social.

Discusión:

Uno de los principales objetivos en el tratamiento de las personas que han sido diagnosticadas de algún trastorno mental es el mantenimiento/recuperación del funcionamiento psicosocial. La proporción de pacientes que presentan algún tipo de empeoramiento en el funcionamiento psicosocial ha alcanzado más del 60%. Tras un primer episodio psicótico el funcionamiento ocupacional, social y familiar se ven gravemente comprometidos y la puesta en marcha de programas terapéuticos que atiendan estas necesidades se convierte en una pieza fundamental de toda intervención eficaz, afectiva y eficiente a largo plazo. Sin embargo, pese a la importancia de este aspecto son pocos los estudios que se han centrado en el estudio del funcionamiento psicosocial en diferentes áreas específicas en pacientes diagnosticados de psicosis y menos aún los estudios que han analizado el papel que la conducta suicida pudiera tener. El análisis y conocimiento de estos factores pudieran ayudar a la implementación de mejoras en el tratamiento de las personas que han sufrido un primer episodio psicótico.

Conclusiones:

Los programas de intervención temprana, que incluyen aspectos como los rasgos de la personalidad, la cognición social, el ajuste premórbido y la prevención de conductas suicidas pueden tener un efecto positivo en el funcionamiento psicosocial de pacientes que han sufrido un primer episodio psicótico.

[PO-2016] Resultados paradójicos en la evaluación con las escalas WHO-5 y GHQ-12 en pacientes con ideas de muerte continuas

María Constanza Vera-Varela, Silvia Vallejo Oñate, Elsa Arrua Duarte, Nora Palomar Ciria, María Luisa Barrigón Estévez, Enrique Baca-García.

Mostrar Póster

Introducción:

Las técnicas de Evaluación Ecológica Momentánea (Ecological Momentary Assessment;EMA) son potencialmente útiles en el campo de la suicidología, MEMind (web.memind.net) es una herramienta electrónica multiplataforma diseñada en el servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz con una interfazEMA para pacientes, que incluye cuestionarios como el WHO-5(Well-BeingIndex), el GHQ-12(Cuestionario de Salud General) y preguntas concretas sobre ideación de muerte

Hipótesis:

El objetivo de este estudio fue comparar las puntuaciones en las escalas WHO-5 y GHQ-12, según la presencia de ideas de muerte.

Método:

Desde mayo de 2014 todos los pacientes atendidos en el departamento de psiquiatría de la FJD son registrados en MEMind y se les proporcionan claves de acceso para la interfazEMA, en este estudio se incluyeron 231 pacientes con diagnósticos de depresión y/o trastorno de ansiedad que usaron MEMind en las primeras 24 horas tras ser incluidos. La interfazEMA, diseñada para los pacientes, consta de tres pestañas con los siguientes encabezados:1)¿Qué tal tu día?; 2)GHQ-12 y 3)Notas. La primera pestaña incluye la pregunta ¿Ha sentido que no tenía ganas de vivir?, con 6 opciones de respuesta en un rango entre “nunca” y “la mayor parte del tiempo” y la escala WHO-5. Dividimos a los pacientes en seis grupos en función de la presencia de ideas de muerte:“Nunca”, “De vez en cuando”, “Menos de la mitad del tiempo”, “Más de la mitad del tiempo”, “La mayor parte del tiempo”, “Todo el tiempo” y comparamos las puntuaciones de las escalas WHO-5 y GHQ-12 mediante un test de ANOVA(más post-hoc Scheffe).

Resultados:

De los 231 participantes, 145(62,8%) eran mujeres. La edad media fue de $43,7\pm 12,2$ años. En total, 107(68%) pacientes fueron diagnosticados con trastornos de ansiedad y 74(32%) con depresión. En la escala WHO-5 los pacientes puntuaron una media total de 44.83 ± 22.19 y en la GHQ-12 una media total de 4.78 ± 4.21 . Cuando comparamos las puntuaciones medias de la escala WHO-5 según la presencia de ideas de muerte encontramos que los pacientes que “Nunca” pensaban en morirse presentaron puntuaciones similares a los que lo pensaban “Todo el tiempo”(54.47 ± 21.20 vs. 51.68 ± 20.94), mientras que presentaban estas ideas en el resto de rango presentaron puntuaciones significativamente mas bajas. De mismo modo, en la escala GHQ-12 que los pacientes que “Nunca” pensaban en morirse presentaron puntuaciones similares a los que lo pensaban “Todo el tiempo”(3.60 ± 4.1 vs. 3.24 ± 3.44).

Discusión:

Los pacientes que todo el tiempo piensan que no tenían ganas de vivir, presentaron puntuaciones similares a los que nunca han tenido esta idea, reflejando mejor estado de salud que los que piensan en morirse de forma menos frecuente.

Conclusiones:

Estos resultados en apariencia paradójicos resaltan la necesidad de profundizar en el estudio de ese fenómeno.

[PO-2017] Psiquiatría de enlace y suicidios frustrados. Análisis de 6 años.

Francisco Gotor Sánchez-Luengo, M^a Cristina Casas Gómez, Fátima Martínez León

Mostrar Póster**Introducción:**

Según la Organización Mundial de la Salud, en todo el mundo, más de 1 millón de personas mueren por suicidio cada año. Los pacientes que han protagonizado un suicidio frustrado, en ocasiones, precisarán su ingreso en los distintos servicios médicos y quirúrgicos, debido a las lesiones producidas y a la comorbilidad médica presentes después del intento de suicidio, pero solo unos pocos son examinados por un psiquiatra. La evaluación de estos pacientes siempre ha de incluir una adecuada valoración de su estado psicopatológico, tratamiento y recomendaciones claras sobre su seguridad. El psiquiatra de enlace juega un papel fundamental realizando un abordaje holístico del paciente, sirviendo además como puente entre la psiquiatría y el resto de especialidades médicas.

Hipótesis:

Estudio de los pacientes que requirieron ingreso en el hospital general tras un suicidio frustrado y para los que se solicitó la evaluación psiquiátrica por el servicio de enlace, durante un período de años (2010-2016). Se excluyeron aquellos pacientes menores de 18 años.

Método:

Estudio observacional retrospectivo, donde se evaluaron datos clínicos y sociodemográficos de estos pacientes.

Resultados:

Se diagnosticaron 53 pacientes de las 1473 (3.6%) interconsultas atendidas durante ese periodo. El servicio más demandante fue la Unidad de Cuidados Intensivos (34%), seguido por Traumatología (26%) y Medicina interna (13%). El 60% fueron mujeres. La edad media fue de 52 años. El 64 % tenía antecedentes en salud mental y el 40% realizaba seguimiento en especializada. Se realizó intervención farmacológica y psicoterapéutica en el 19% y ambas en el 37%. El 64% se derivó a atención especializada para su seguimiento tras el alta hospitalaria.

Discusión:

Encontramos cifras más bajas que en estudios previos respecto a antecedentes psiquiátricos en seguimiento por salud mental. Los hallazgos de nuestro trabajo, sin embargo, son similares a la literatura respecto a la edad y al sexo. Los servicios más demandantes de nuestro estudio no coinciden con otros artículos en los que fue el servicio de medicina interna.

Conclusiones:

La literatura señala que existe un mayor riesgo de mortalidad en los primeros dos años después del intento de suicidio, por lo que consideramos que un abordaje farmacológico y/o psicoterapéutico adecuado en la fase aguda y un seguimiento posterior a nivel especializado podría disminuir este riesgo.

[PO-2019] Actitud ante la muerte y psicoterapia

Esther Rodríguez Díaz, M^a Cristina Casas Gómez, Fátima Martínez León, José Ignacio del Pino Montesinos y Manuel Álvarez Romero.

Mostrar Póster**Introducción:**

Esta dualidad miedo-deseo de la muerte, puesta ya de manifiesto por Freud, parece lejos de ayudar al afrontamiento sano y equilibrado del problema. Ante esto preguntamos: ¿Desde nuestro campo de la Medicina, la Psiquiatría y la Psicoterapia podemos intervenir de algún modo para cambiar esta fobia/filia hacia la muerte que rige en nuestra sociedad?

Hipótesis:

Hipótesis es que la Actitud ante la muerte está condicionada por el estado clínico de la persona. Objetivo de favorecer el desarrollo—personal y familiar— que permita la superación sana del duelo y el afrontamiento sereno de la muerte.

Método:

La intervención se realiza en grupo pequeño de pacientes (40 sujetos adultos, de 32 años a 64 años. 28 mujeres y 12 hombres, de nivel sociocultural medio) con las características clínicas de Trastorno Depresivo Mayor, guiado por un psicoterapeuta profesional y siguiendo la denominada Psicoterapia Sistémica de la Persona de la Escuela de Sevilla, cuyo énfasis recae en los procesos relacionales, pero sin olvidar la atención al individuo. La duración de la intervención descrita fue de un año de duración con sesiones semanales de noventa minutos, llevadas a cabo en la U.S.M.C. “Macarena Norte” del Servicio Andaluz de Salud.

Resultados:

Se utilizó la escala CUDOS (Clinically Useful Depression Outcome Scale) en su versión española para la evaluación eficiente de los pacientes con depresión. Se tomó la puntuación global del test, pero se han analizado con mayor interés los datos de los siguientes ítems: “He pensado que no había esperanza en el futuro”, “He deseado estar muerto” y “He pensado en suicidarme”. La Prueba de Wilcoxon indicó que existían diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,00$) pudiendo demostrar que la intervención a modo de Psicoterapia de grupo había causado efecto positivo en los sujetos participantes ante las variables estudiadas

Conclusiones:

El presente trabajo quiere ser una ayuda para la sociedad en el afrontamiento de la volubilidad en la Actitud ante la muerte y como el miedo o el deseo morboso de la misma puede ser transformado mediante la ayuda terapéutica adecuada.

[PO-2020] Análisis de los reintentos autolíticos tras dos años de seguimientos en la provincia de Huelva.

María Reina Domínguez, Sandra Fernández León, Ismael Prieto Sánchez y Ana Rodríguez Martínez.

Mostrar Póster

Introducción:

Según datos de la OMS, el suicidio es un problema de gran envergadura, donde también las conductas tanato-suicidas se han convertido en una de las principales causas de demandas de atenciones urgentes, lo cual implica un gran impacto en diferentes esferas y por tanto consumo de recursos económicos, sanitarios y socio-familiares. Según Geijo et al. y Mann, por cada suicidio consumado hay cerca de 10 intentos de suicidios. La OMS argumenta, que los intentos autolíticos son hasta 20 veces más frecuentes que los consumados, por lo que los intentos previos son considerados factores de riesgos claves para la repetición y por tanto, el aumento de la probabilidad de consumarse (Cheng, 1995). De modo, sigue siendo importantísimo el papel asistencial de los profesionales de salud mental para el control de dichas conductas con el afán constante de disminuirlas.

Hipótesis:

Estudiamos a aquellos pacientes que tuvieron algún episodio de intento autolítico durante el primer semestre del año 2014 y observamos en el tiempo, si volvieron a realizar nuevos intentos tras dos años de seguimiento, observando qué tipos de métodos empleaban, factores de riesgos asociados (edad, sexo, estado civil, medio rural/urbano, situación laboral, tr. Psiquiátrico) y si acudían o no a consulta de atención de salud mental ambulatoria.

Método:

Estudiamos una muestra de 159 pacientes, recogidos sistemáticamente a través del libro de registro de guardia, durante el período comprendido entre Enero 2014 y Junio 2014, ambos inclusive. Posteriormente creada la base de datos, volvimos a rescatar los datos, dos años más tarde, a través de la Historia Digital clínica de cada uno de ellos.

Resultados:

El resultado del análisis de los datos determinó que los pacientes que presentaban intentos autolíticos eran mujeres en un porcentaje del 70,4%. Además, se objetivó que de la muestra (192 pacientes), los casos de reintentos durante el periodo posterior de dos años fueron 12 pacientes (7,54%) y entre los cuales, destacan: 3 casos eran hombres y el resto eran mujeres (9). De estos 12 pacientes, 2 personas tenían entre los 20-30 años, 3 casos entre los 31-40 años, 2 casos entre 41-50 años y el resto eran mayores de 51 años (5 pacientes). Además, el 66% eran pacientes que residían en ámbitos rurales y el 75% se encontraba en situación de desempleo. De las 9 mujeres, 6 padecían trastornos afectivos y 3 crisis de ansiedad. Dos hombres, padecían consumo politóxicos y uno estaba diagnosticado de rasgos anómalos de personalidad. De los 12 pacientes que sufrieron reintentos, 8 de ellos no acudieron a la Unidad de Salud Mental tras ser todos ellos derivados tras valoración psiquiátrica urgente.

Discusión:

Nos planteamos pues, que es fundamental una adecuada y pronta atención psiquiátrica, de manera prioritaria, tras ser atendido el paciente de manera urgente por intento suicida, garantizando un enlace rápido con el equipo comunitario adscrito. Es fundamental, un abordaje global del paciente que presenta actos suicidas, ya que la mayoría de ellos, presentan múltiples factores de riesgos, donde no sólo trabaja con el paciente el psiquiatra, sino que el resto de profesionales, enfermería, trabajo social, educadores... participen activamente y de manera interdisciplinar en el abordaje de estos pacientes.

Conclusiones:

Es importantísimo ofrecer una adecuada atención a nivel ambulatoria, consiguiendo frenar eficazmente la conducta suicida.

Se objetiva claramente, como los factores de riesgos para llevar a cabo este acto están presentes, objetivándose más casos de reintentos en el ámbito rural, el sexo femenino, situación de desempleo y con patología de orden afectiva.

[PO-2021] Ideación suicida en pacientes con dolor crónico

Fernanda Tascón Guerra, Teresa López Arteaga

Mostrar Póster

Introducción:

El dolor puede ser la principal razón por la que personas con enfermedades crónicas contemplan o intentan cometer suicidio. Presentamos un estudio sobre población con dolor crónico no oncológico, comorbilidad psiquiátrica e intención suicida.

Hipótesis:

Las personas con dolor crónico no oncológico presentan más ideación suicida que la población general.

Objetivo:

Determinar la prevalencia de las ideas suicidas en población con dolor crónico no oncológico con comorbilidad psiquiátrica y valorar la persistencia de dichas ideas cursan de forma paralela a la mejora del dolor.

Método:

Tamaño muestral: 87 pacientes. Criterios de inclusión: pacientes derivados desde la Unidad de Dolor, que precisaban de valoración psiquiátrica para tratamiento coadyuvante e integral de la respuesta a su dolor crónico no oncológico. Mayores de 18 años. Mostrar riesgo de abuso/ dependencia opiáceos. Análisis mediante estudio de frecuencias estadísticas de la muestra.

Resultados:

23% de la muestra presentaron ideas de muerte y el 11,5% habían realizado alguna tentativa autolítica a lo largo de su evolución, siendo el 60% de este grupo pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad, por lo que no podemos atribuir a la clínica dolorosa la motivación para estas tentativas.

Discusión:

Dada la alta prevalencia en la muestra de trastorno de la personalidad, no podemos relacionar las ideas suicidas al dolor, además, que la evolución no paralela de dichas ideas y la mejora o no del dolor, indican que la ideación suicida cursa como síntoma de la psicopatología basal, al margen del curso del dolor crónico. La comorbilidad psiquiátrica en dolor crónico, hace que no exista curso paralelo entre el dolor y las ideas suicidas.

Conclusiones:

No podemos decir que en población con dolor crónico y comorbilidad psiquiátrica, sea el dolor lo que propicie presnetar ideación suicida.

[PO-2023] Características sociodemográficas y clínicas asociados a intentos de suicidio en zona rural

Bestene Medina, S.; González Suárez, A.; Ramón López Fernández, J.R.; Lago García, L.; Torio Ojea, E.; Moya Lacasa C.; Abad Acebedo I.

Mostrar Póster**Introducción:**

El suicidio representa un grave problema de Salud Pública causando alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo. Es una de las 10 primeras causas de muerte en todos los grupos de edad siendo la segunda causa entre los 15 y 29 años a nivel mundial en 2015. Ese mismo año, se registraron en España 9 muertes al día por dicho motivo, 922 mujeres y 2680 hombres en total.

Hipótesis:

Describir las características sociodemográficas y clínicas asociadas a intentos suicidas.

Método:

Se realiza un estudio descriptivo tomando como muestra los pacientes que realizan un intento de suicidio que precisa ingreso hospitalario en el área sanitaria VII del Principado de Asturias entre julio y diciembre de 2015.

Resultados:

Durante el periodo determinado para el estudio, se recoge una muestra de 39 pacientes. Más del 66 % eran mujeres y más del 35% tenían entre 51 y 61 años. En 27 de los 39 pacientes encontramos como método suicida utilizado la intoxicación medicamentosa. El diagnóstico psiquiátrico más prevalente de la muestra fue el de trastorno de personalidad correspondiendo a más del 33%. El segundo más frecuente fue el de distimia (25%). Respecto al consumo de tóxicos, hemos encontrado que el 41% de nuestros pacientes eran fumadores, el 10% asociaban consumo perjudicial de alcohol y 1% eran consumidores habituales de cannabis. La mayoría de nuestros pacientes (10 de los 39) precisaron ingreso hospitalario durante 2-4 días. Solo 6 de ellos estuvieron ingresados durante más de 10 días.

Discusión:

En nuestra muestra encontramos que más del 50% de la población que realizó intentos de suicidio eran mujeres, el método más prevalente entre nuestros pacientes fue la autointoxicación medicamentosa y los fármacos más usados las benzodiacepinas, datos que coinciden con lo descrito previamente en la literatura. Algo que nos sorprendió fue la poca concomitancia con el trastorno por uso de sustancias, lo cual podría estar justificado por ser un estudio retrospectivo donde la fuente de la información fue la historia clínica pudiendo no haber sido recogido en ella.

Conclusiones:

Las características sociodemográficas y clínicas de los intentos de suicidio en nuestra muestra se asemeja a la descrita previamente por la literatura: mayor prevalencia de mujeres, antecedentes de trastorno mental, aunque el diagnóstico predominante en nuestro estudio fue el de trastorno de personalidad por encima de los trastornos del humor; método más frecuentemente usado intoxicación medicamentosa.

[PO-2024] Estudio de las características de una muestra de pacientes con suicidio consumado..

María Dolores Díaz Piñeiro, María Aránzazu Gutiérrez Ortega, Sonia Alvela Fernández, Sara Mayo González, Roberto Sosa Ojeda, Manuel Mateos Agut

Mostrar Póster**Introducción:**

La enfermedad psiquiátrica está muy asociada al suicidio. Más del 90% de los pacientes con intentos de suicidio asocian un trastorno psiquiátrico, ascendiendo el porcentaje al 95 % cuando el suicidio se consuma.

Hipótesis:

Describir las características de una muestra de pacientes del Servicio de Psiquiatría con suicidio consumado.

Método:

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de 21 pacientes con suicidio consumado, mediante la revisión de las historia clínicas y los test realizados al ingreso y alta de Hospital de Día.

Resultados:

21 pacientes (8 mujeres y 13 hombres); edad media de fallecimiento: 42.30. Media de años de evolución de la historia psiquiátrica: 14.13. Número medio de ingresos hospitalarios: 4.80. 33.4% con diagnóstico principal de trastornos afectivos, 23.8% trastornos de ansiedad, 19.2% trastornos por uso de sustancias y 9.5% trastornos psicóticos. El 76.2% de la muestra asocian también un diagnóstico de trastorno de personalidad y en el 61.9% de los casos existen problemas relativos al grupo primario de apoyo. El 66.7% de la muestra había realizado intentos de suicidio previos. En cuanto al método de suicidio utilizado, destaca con un 33,3% la autointoxicación medicamentosa seguida de la precipitación (23,8%). Se reparte por igual la muestra entre métodos de suicidio violentos y no violentos aunque a diferencia de otros estudios, son las mujeres las que más intentos violentos han realizado. En el momento del suicidio: 66.7% tomaba antidepresivos (33.3% no). 71.4% tomaba ansiolíticos. 71.4% tomaba antipsicóticos orales. Ningún paciente tenía pautado un antipsicótico de larga duración. 1 paciente tomaba estabilizadores del ánimo. 1 paciente tomaba interdictores. De ellos los suicidas más jóvenes puntuaron más alto en las escalas de obsesión/compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ideas paranoides y psicosis (datos estadísticamente significativos) en el SCL-90 y en Ansiedad Estado (ESTAI). En cuanto a su personalidad y mediante la escala de Mecanismos de Defensa (DSQ) de Bond pudimos observar que los sujetos con mayor edad, además de tener una evolución más larga de su enfermedad y más ingresos hospitalarios puntuaban más en defensas obsesivas (Anulación y formación reactiva) y psicóticas (Proyección, Regresión, Somatización y Consumo). Mediante el TCI de Cloninger observamos que el 63% tenían un tipo temperamental Obsesivo y el 31% Borderline; y en el tipo caracterial destacan el desorganizado y el melancólico (33,3% cada uno).

Discusión:

Varios estudios recogen que: Los trastornos psiquiátricos más asociados al suicidio son los afectivos, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y el trastorno límite de personalidad. Aquellos que han realizado intentos previos tienen 5 a 6 veces más probabilidad de realizar otro intento. El riesgo suicida aumenta con el aumento de la edad aunque los adultos jóvenes presentan más suicidios consumados que los mayores. Los hombres completan el suicidio 3 veces más que las mujeres (aunque éstas realizan más intentos). El apoyo social y familiar son factores protectores frente al suicidio. La inestabilidad afectiva y la impulsividad son dos de los principales factores que favorecen el suicidio.

Conclusiones:

Los datos arrojados en nuestra muestra coinciden con las descripciones bibliográficas referentes al suicidio y las enfermedades psiquiátricas. Destaca como diferencia en nuestro estudio, la mayor presencia de métodos de suicidio violentos entre las mujeres, frente a los hombres (al contrario de lo que cabría esperar) y también la importancia de lo obsesivo en el suicidio consumado, ya sea como contención (podrían haberlo realizado al fallar la defensa obsesiva) o como causa.

[PO-2026] Comparación de intentos autolíticos según las poblaciones de cada Unidad de Salud Mental Comunitaria.

Agustín Sánchez Gayango, Cristina Romero Pérez, Belén Rodríguez López.

Mostrar Póster**Introducción:**

Con este estudio se intenta comparar los intentos autolíticos que han tenido lugar durante 2016 en el AGS Sur de Sevilla clasificando estos pacientes con intentos autolíticos según a la Unidad de Salud Mental Comunitaria a la que pertenecen.

Hipótesis:

Nuestro objetivo es realizar un análisis observacional, donde cuantificamos los intentos auto-líticos realizados en por pacientes que se encuentran en seguimiento por Salud Mental. Que-remos comparar el ratio de intentos autolíticos por número de pacientes de la población que abarca cada Unidad de Salud Mental Comunitaria.

Método:

Se registró todos los pacientes que se atendieron en Urgencias en el Hospital de Valme por intento autolítico durante el año 2016, anotando diversos datos. En nuestro estudio hemos agrupado las poblaciones para reunir las según sean atendidas por cada una de las cuatro Unidades de Salud Mental Comunitaria.

Resultados:

Durante el año 2016 se registraron un total de 508 urgencias atendidas por gestos autolíticos. Tras el estudio del registro, se cuantifican que 187 gestos autolíticos se corresponden con pacientes que no tienen seguimiento por Salud Mental. Otros 25 pacientes están en seguimiento, pero no pertenecen al Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Fueron 295 gestos autolíticos realizados por pacientes que se encuentran en seguimiento en alguna de nuestras unidades comunitarias. 60 de ellos fueron realizadas por pacientes en seguimiento en Alcalá, 68 mantienen seguimiento en Dos Hermanas, 111 en Los Palacios y 56 en Morón. Se calcula el ratio entre este número de intentos autolíticos y la cantidad de población que pertenece a cada Unidad de Salud Mental Comunitaria. Así, tenemos como resultado que existen 79,91 gestos autolíticos por 100.000 habitantes para Alcalá, 45,99 gestos por 100.000 habitantes en Dos Hermanas, 73,14 gestos por cada 100.000 habitantes de la población que acude a Los Palacios y 85,22 gestos autolíticos por 100.000 habitantes que acuden a Morón.

Discusión:

Ante la aparición de estos resultados afirmamos que existen unas diferencias marcadas entre las poblaciones que acuden a consultas de las distintas unidades.

Conclusiones:

Destaca entre los datos la elevada ratio entre intentos autolíticos por población existente a la población que pertenece a Morón y la diferencia que existe entre esta ratio y el que se corresponde con los intentos autolíticos que presentan los pacientes que mantienen seguimiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Dos Hermanas. Serían precisos posteriores estudios que pudiesen dar luz y poder orientar sobre el porqué de estas diferencias y los factores de riesgo que más prevalecen en cada una de las poblaciones estudiadas.

[PO-2028] Niveles de vitamina D en pacientes hospitalizados por intento autolítico

Teresa Ruiz de Azua Aspizua, Oihan Uriarte Larizgoitia, Lucía González Endemaño, Sofía Trincado Robles, David Carlos Peralta Donner, Gregorio Montero González, Eva M^a Garnica de Cos, Mercedes Zumarraga Ortiz

[Mostrar Póster](#)

Introducción:

El estudio de la vitamina D en salud mental es un área reciente y en crecimiento. En los últimos 10 años se han llevado a cabo estudios en los que se ha podido observar la asociación que el déficit de vitamina D puede tener con trastornos como la depresión o la psicosis (1, 2), así como con la conducta suicida. Algunas publicaciones señalan como niveles más bajos de Vitamina D están asociados a un incremento del riesgo de suicidio (3), observándose deficiencias mayores en estos pacientes que en pacientes deprimidos y controles sanos(4). Estos datos nos hacen plantearnos si sería necesario tomar medidas específicas en el planteamiento terapéutico de estos pacientes, tales como la suplementación oral o los cambios en el estilo de vida.

En general, se considera que los niveles óptimos de vitamina D deben estar entre 30 y 75 ng/ml, siendo claramente patológicos niveles inferiores a 20 ng/ml. La prevalencia de deficiencia de vitamina D en población española (< 20 ng/ml) oscila según la edad entre el 30% (jóvenes) y el 87% (ancianos institucionalizados), siendo en las edades intermedias entre un 50 y un 70% (5).

Hipótesis:

Comprobar cuales son los niveles de vitamina D en los pacientes que ingresaron por intento autolítico en las unidades de agudos de un hospital psiquiátrico en el transcurso de cuatro meses y comparar dichos niveles con los datos de prevalencia en la población general.

Método:

Entre los meses de noviembre de 2016 y marzo de 2017 hemos recogido datos analíticos, socio-demográficos y de estilo de vida en todos los pacientes que ingresaron en las unidades de agudos de un hospital psiquiátrico de Bizkaia. Dentro de dicha muestra, analizamos las cifras de vitamina D de los pacientes cuyo motivo de ingreso había sido un intento autolítico.

Resultados:

Se analizaron un total de 23 pacientes, con una edad media de 55,04 años. De ellos sólo uno mantenía niveles de vitamina D dentro del rango óptimo (30ng/ml), el resto (95,65%) no alcanzaron este nivel. Dentro de este grupo de pacientes, 4 (17,39% del total) presentaban niveles subóptimos de entre 30 y 20ng/ml, y 18 (el 78,26% del total) presentó deficiencia de vitamina D con niveles inferiores a 20ng/ml. Llama la atención que dentro de este grupo, la mayor parte (12 pacientes, suponiendo un 52,17% de la muestra total) presentaba deficiencia severa, con valores inferiores a 10ng/ml.

Discusión:

Los resultados que hemos obtenido concuerdan con los datos previamente consultados, la frecuencia del déficit de vitamina D ha resultado ser más elevado de lo esperable (78,26% vs 50-70% según el grupo de edad), sólo un paciente presentaba niveles adecuados de vitamina D y la mitad de la muestra presentó déficit severo. Consideramos que sería interesante ampliar este análisis a otros grupos de pacientes hospitalizados.

Conclusiones:

La alta prevalencia de déficit de Vitamina D observada en pacientes ingresados por intento autolítico nos hace plantearnos la necesidad de estudios más extensos acerca de este tema.

[PO-2029] Respuestas de Afrontamiento y suicidio en Trastornos Mentales Graves

Raquel Remesal Cobreros, Cristina Fabre Bernal, Montserrat Andrés Villa, Mariló Chico García

Mostrar Póster**Introducción:**

Desde la perspectiva de las terapias de conducta de tercera generación (terapias contextuales), la conducta suicida podría considerarse el estandarte de la conducta de evitación, en tanto que permite al sujeto liberarse de la presencia del reforzador negativo (el problema, el estresor). Los pensamientos suicidas pueden funcionar como un escape cognitivo a una situación de malestar aún peor (reforzamiento negativo). Los pacientes pueden tratar de evitar algo muy desagradable (tristeza, desesperanza, sentimiento de inadecuación, etc.) y al no encontrar soluciones para ello, pensar en el suicidio les “libra” supuestamente de tal malestar.

Hipótesis:

Analizar el tipo de respuestas de afrontamiento ante problemas o situaciones estresantes, en un grupo de pacientes con diferentes trastornos mentales que han realizado algún intento de suicidio, frente a otro grupo sin historia de intentos autolíticos.

Método:

Instrumento de evaluación: Inventario de respuestas de afrontamiento para adultos (CRI-A) (Moos, RH, 1993), versión adaptada española (Kirchner et al., 2008).

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

Resultados:

El CRI-A permite evaluar las respuestas de afrontamiento que una persona emplea ante un problema o una situación estresante. Sus ocho escalas incluyen estrategias de aproximación al problema (Análisis lógico, Reevaluación positiva, Búsqueda de guía y soporte, Solución de problemas) y de evitación del mismo (Evitación cognitiva, Aceptación o resignación, Búsqueda de recompensas alternativas, Descarga emocional). Los resultados obtenidos reflejan que los pacientes que realizan intentos de suicidio utilizan menos estrategias de aproximación al problema y más estrategias de evitación, concretamente: evitación cognitiva (intentos de control de eventos privados) y descarga conductual (paso al acto).

Discusión:

En este estudio se observa un doble patrón de evitación. Por una parte una pauta de evitación cognitiva: el paciente hace intentos de evitar pensar en el problema de forma realista y por otro una pauta de evitación conductual: el paciente hace intentos conductuales (intento autolítico) para reducir la tensión que generan los sentimientos negativos.

Conclusiones:

Se confirma la propuesta que mantienen las terapias contextuales respecto al componente evitativo de la conducta suicida.

[PO-2030] Análisis de la conducta suicida durante en el año 2016 en el Hospital de Valme.

Cristina Romero Pérez, María Báez Gundín, Clara Fernández Burraco

Mostrar Póster**Introducción:**

Las tentativas de suicidio constituyen unas de las urgencias más frecuentes en el campo de la psiquiatría. Por ello, conocer la prevalencia de las conductas autolíticas y analizar las características epidemiológicas resulta de utilidad no sólo para determinar los factores de riesgo, y valoración clínica inicial, sino para establecer y planificar medidas preventivas futuras.

Hipótesis:

Análisis retrospectivo y descriptivo de las conductas autolíticas atendidas en las urgencias del Hospital de Valme durante el año 2016.

Método:

Se recogieron los siguientes datos: sexo, rango de edad, diagnóstico psiquiátrico previo conocido, tipo de conducta autolítica, inclusión o no del paciente en el proceso asistencial Trastorno Mental Grave, si precisó ingreso tras dicha conducta y la USMC a la que pertenecía el paciente. No se cuantificaron las consultas atendidas por ideación suicida sin llegar a presentar gesto autolítico.

Resultados:

En 2016 se atendieron un total de 508 urgencias por conductas autolíticas, de las cuales el 61% (308 conductas) correspondieron a mujeres, y el 39% (200 conductas) a hombres. La mayoría de las conductas autolíticas se observaron en el rango de edad entre 40-59 años con la misma distribución en ambos sexos (44%). En segundo lugar, se situaban el rango entre 20-39 años (38%), aunque con algunas diferencias entre hombres y mujeres. El tipo de conducta autolítica más utilizado fue la ingesta medicamentosa voluntaria (84%). Respecto a los antecedentes psiquiátricos, destaca que el 29% de las conductas autolíticas fueron llevadas a cabo en pacientes sin diagnóstico psiquiátrico previo, seguidas de trastornos de personalidad (15%) y de trastornos ansioso-depresivos (12%). El 6,5% de los pacientes atendidos estaban incluidos en el proceso asistencial de TMG.

Discusión:

Al igual que en otros estudios, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que existe un predominio de conductas autolíticas en mujeres, y que el mayor rango de edad se sitúa entre los 40-59 años. En nuestro estudio destaca el porcentaje de pacientes sin diagnóstico mental previo (29%). Sin embargo, numerosos estudios apuntan a que la mayor parte de las tentativas suicidas se dan en trastornos afectivos. Esta diferencia, podría explicarse debido al incremento de trastornos de personalidad en los últimos años, así como un acercamiento a la prevalencia de suicidios consumados, en los que los estudios apuntan a que gran parte estas personas no tenían diagnóstico previo en salud mental.

Conclusiones:

A pesar de estos datos observados en nuestro análisis, no es posible extraer inferencias poblacionales dado el tamaño muestral. Continuar analizando retrospectivamente el perfil de las conductas autolíticas atendidas en nuestra área, podría ayudarnos a establecer factores de riesgo implicados en las mismas.

[PO-2031] Autolesiones y Adolescentes en la Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil del HCU de Valladolid.

Sofía Gómez Sánchez, Isabel Sevillano Benito, Rebeca Hernández Antón, Soraya Geijo Uribe, Beatriz Mongil López, Mercedes Vaquero Casado, Fernando de Uribe Ladrón de Cegama

Mostrar Póster**Introducción:**

La adolescencia se configura como una etapa evolutiva de gran inestabilidad emocional, ya que el joven debe hacer frente a múltiples cambios que pueden aumentar su nivel de estrés y repercutir en el desajuste psicológico presente y futuro. Algunos de los síntomas indicadores de sufrimiento psíquico son la conducta autolesiva, las tentativas suicidas y el pensamiento autolítico. Son un fenómeno en aumento. En estudios en adolescentes en seguimiento en Salud Mental la prevalencia oscila entre el 20-25%. Conocer la misma y las características asociadas a estos pacientes es fundamental para prevenir y tratar estas conductas adecuadamente.

Hipótesis:**Identificar:**

- La prevalencia de autolesiones en la Unidad de Hospitalización Breve Regional de Castilla y León.
- Perfil clínico y factores de riesgo para implementar medidas de prevención o de intervención.
- Rasgos de personalidad y diagnósticos.
- Características y motivación de las autolesiones.
- Relación con gestos autolíticos.

Método:

La unidad de hospitalización infanto juvenil regional tiene 8 camas para una población de 370.044 hab (Ratio camas 100.000 hab: 2.16). Estudio observacional, transversal y descriptivo con carácter prospectivo. Antecedentes: pacientes hospitalizados desde 1-1-2016 hasta 31-12-2016 con autolesiones. Variables: edad, sexo, abuso de sustancias, familia origen, diagnóstico, tratamiento. Cuestionarios: FASM y MACI.

Resultados:

Ingresos:110; con autolesiones: 27 (24.54%). Datos gráficos: Mujeres: 96.36%; edad: 14.92; consumo tóxicos: 22.22%; padres separados: 48.15%; diagnósticos: TCA:37%, TDAH:21.6%, Alteraciones de conducta:21.6%, Gesto autolítico: 25.93%; Rasgos de personalidad Cluster B:33.3%; tratamiento: antidepresivos:66%. Resumen FASM: 70.4% intentaban matarse; edad primera autolesión: 11.81; 60% repercusión en ámbito familiar; 37.04% recibieron tto para autolesión; Cortes: 88.9%; Niegan que quieran llamar la atención, refieren hacerlo para relajarse o como autocastigo. Resumen MACI: puntuaciones altas en introvertidos, pesimistas, autopunitivos, difusión de la identidad, desvalorización de sí mismo, desagrado con el propio cuerpo, abusos en la infancia, TCA, inclinación al abuso de sustancias, propensión a la impulsividad, afecto depresivo y tendencia al suicidio.

Discusión:

La prevalencia es del 24.54%. Mayoría de mujeres, con una edad media de 12 años durante la primera autolesión. Destacar que sus respuestas indican que lo realizan a modo de autocastigo y para relajarse, no como llamada de atención. Lo más frecuente son los cortes. Observamos una íntima relación entre autolesiones y gestos autolíticos (1 de cada 4 pacientes de la muestra). La ideación autolítica está presente en el 70.4% de la misma. Datos de elevada importancia por las repercusiones clínicas y la importancia que deberían tener en nuestra práctica habitual. Nos impacta la comorbilidad con TCA, un 37% (en clínica es asombroso el ascenso). Observando los resultados del MACI de estas pacientes, vemos que en ellas despunta la tendencia límite, la propensión a la impulsividad y al suicidio.

Conclusiones:

Los datos obtenidos indican la necesidad de tener en consideración este tipo de conductas de riesgo, pues su presencia es alta. Hay pocos estudios respecto a un tema que está en pleno auge. Sabiendo el riesgo de transición de unas conductas autoagresivas a otras, se recomienda la evaluación sistemática de dichas conductas en los adolescentes atendidos en salud mental.

[PO-2032] Características demográficas y clínicas de los pacientes incluidos en Protocolo de Prevención de Suicidio en una Unidad de Salud Mental Comunitaria

Olalla Santamaria Gómez, Reyes Navarro Pablo, Cristina Espinar Suárez, Francisco Gotor Sánchez-Luengo, Samuel L. Romero Guillena

Mostrar Póster

Introducción:

Se considera imprescindible un abordaje transversal del suicidio al objeto de mitigar los efectos del mismo. Las acciones deben contemplarse en las fases de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y continuidad de cuidados de los problemas de salud mental (1). En esta línea, en el año 2015, en la UGC de Salud Mental del Hospital de Valme, se elaboró un protocolo de prevención de conducta suicida. Entre otros objetivos, se establece un circuito de derivación para disminuir la variabilidad del seguimiento tras la atención en el Servicio de Urgencias, e iniciar un abordaje precoz en el ámbito comunitario de los casos de riesgo.

Hipótesis:

Estudiar las características epidemiológicas de la muestra de pacientes incluidos en este protocolo para su seguimiento a nivel comunitario en la USMC Los palacios. Analizar si los casos incluidos en el protocolo se ajustan al criterio establecido: pacientes atendidos en el Área de urgencias del Hospital de Valme por ideación, conducta o tentativa autolítica que no cumplan criterios de ingreso pero presenten un riesgo moderado de suicidio (se establece como punto de corte orientativo una puntuación en la escala Sad Person de 3-4). (2) Analizar la capacidad del protocolo para vincular al paciente a la USMC.

Método:

Análisis descriptivo del registro interno de datos y de historia clínica informatizada, de los pacientes atendidos a través del protocolo de prevención de conducta suicida a lo largo del año 2016 en la Unidad de Salud Mental Comunitaria Los Palacios

Resultados:

Variables sociodemográficas: Se atendieron un total de 29 pacientes. El 35% eran hombres y el 65% mujeres. La media de edad es de 40.3 años. Método utilizado: el 62,06 % de los casos empleó la ingesta medicamentosa. El 27,6 % de los casos no habían llegado a presentar conducta suicida pero sí ideación. Antecedentes psiquiátricos: en el 79,3 % de los casos se recogía la existencia de sintomatología depresiva. Tentativas previas: en el 34,8% existían antecedentes de otros intentos.

Discusión:

Partimos de la hipótesis de que la población que se incluye en este programa de prevención de conducta suicida, presentan un riesgo moderado de suicidio evaluado a través de la entrevista clínica y escala sad persons, que en ningún momento sustituye a la evaluación psicopatológica y de factores de riesgo. Los resultados de la puntuación media de la escala en nuestra muestra son congruentes con la hipótesis inicial. Entre los factores de riesgo, cabe destacar la elevada presencia de sintomatología depresiva, que ha sido descrita como la causa más importante de suicidio independientemente de su forma de presentación (3) y la ausencia de pareja sentimental como factor de riesgo social. A la vista de la tasa de vinculación y adherencia al tratamiento en el dispositivo, parece destacable la capacidad del programa para conseguir este objetivo, gracias a la existencia de un circuito de coordinación entre los distintos niveles de asistencia.

Conclusiones:

El protocolo resulta una herramienta de prevención eficaz en la detección y vinculación de pacientes con factores de riesgo de conducta suicida.

[PO-2033] Pacientes con ideación suicida, ¿la prevención intensiva es útil para evitar el paso al acto?

Marc Agraz, Mariona Mendo, Deborah Fuentes, Margarita Puigdevall, María Irigoyen

Mostrar Póster**Introducción:**

Un 83% que cometen suicidio habían contactado durante el año previo con su MAP y cerca del 66% el mes previo. Por tanto, un mejor reconocimiento de la ideación suicida y derivación a programas específicos es fundamental como prevención secundaria del suicidio.

Hipótesis:

El seguimiento intensivo puede evitar el paso al acto suicida de los pacientes con elevada ideación. Analizar las variables sociodemográficas y clínicas previas que se relacionan con una mejor evolución clínica y menor paso al acto para implementar programas específicos de detección.

Método:

Se analizan todos los pacientes que son visitados en consulta de prevención de riesgo suicida por ideación suicida sin haber realizado recientemente un intento. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas y recursos de derivación al alta del seguimiento así como evolución clínica al cabo de 2 años.

Resultados:

66 personas (26% de toda la muestra visitada en la consulta desde 2014). Edad media 48.2 años. 54.5% mujeres ($\chi^2=0.021$). Emparejados 50%, activos laboralmente 34.8%, Estudios básicos 48.5%, 95.5% españoles ($\chi^2=0.011$). Eje I 36.4% clínica afectiva, 34.8% sin antecedentes, 10.6% T. adaptativo. Eje II 13.6%. 36.4% Acontecimientos vitales estresantes. Nº intentos previos 0.7 (el 31.8% de los de ideación han hecho intento). Visitas a Psiquiatría 3 meses antes media 0.39, al MAP 3.14. Procedencia urgencias generales 7.6%, urgencias psiquiátricas 39.4%, AP 27.3% (χ^2

Discusión:

Fundamentalmente, el perfil de los pacientes que consultaban por ideación suicida en el médico de atención primaria y en servicios de urgencias eran personas sin antecedentes o con patología psiquiátrica menor, en escasas ocasiones con seguimiento previo y con tratamiento antidepressivo pero en dosis infraterapéuticas. Referían dificultades socioeconómicas recientes como estrés agudo. Se beneficiaban del seguimiento breve y pasan al acto en el 18% de las ocasiones con una media de 0.27 reincidencias y un tiempo de reincidencia de casi 9 meses. Más de la mitad son devueltos al alta a Atención Primaria.

Conclusiones:

Es importante entrenar a los profesionales de Atención Primaria y servicios de urgencias para identificar precozmente la ideación suicida antes del paso al acto como modo de promover la prevención secundaria en los grupos de riesgo.

[PO-2034] ¿Qué sucede con los suicidas que tras seguimiento intensivo en la consulta de riesgo suicida son devueltos a Atención Primaria?

Mariona Mendo, Marc Agraz, Deborah Fuentes, Margarita Puigdevall, Núria Tarraubella, Jorge López-Castroman, Enrique Baca-García, María Irigoyen

Mostrar Póster**Introducción:**

Entre el 1 y el 10% de los pacientes de Atención Primaria presentan ideación suicida por lo que la identificación del riesgo y el manejo posterior a un intento es fundamental desde dicho recurso. El recurso de Atención Primaria cada vez recibe más formación para el manejo adecuado de dichos pacientes cuya patología psiquiátrica es de menor rango siendo una buena alternativa al alta

Hipótesis:

El seguimiento intensivo después del intento suicida promueve la rápida estabilización psicopatológica y facilita la devolución a Atención Primaria para el control evolutivo. Se describen variables sociodemográficas y evoluciones clínicas de los pacientes que son dados de alta a Primaria tras el seguimiento

Método:

Se incluyen 254 pacientes atendidos en consulta de riesgo suicida desde 2014 hasta la actualidad procedentes desde cualquier dispositivo por conducta suicida (ideación y/o intento) de los cuales 131 fueron dados de alta a Atención Primaria. Se excluyen menores de edad. Se analizan las variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas de los 131 que fueron dados de alta a AP tras seguimiento.

Resultados:

131 personas (51.6%). Edad media 45.29 años. 63.4% mujeres. Emparejados 49.6%. Activos laboralmente 43.3% ($\chi^2=0.017$), estudios básicos 49.6%, 80.9% españoles ($\chi^2=0.011$). Eje I 32.1% clínica afectiva, 46.6% sin antecedentes, 7.6% T. adaptativo. Eje II 6.1% ($\chi^2 >0.001$). Comorbilidad médica 50.4% ninguna patología médica, 27.5% cardiovascular ($\chi^2=0.023$). 25.2% acontecimientos vitales estresantes (χ^2

Discusión:

El perfil del paciente derivado a AP tras seguimiento es el individuo con escasos antecedentes en psiquiatría, con aceptable adaptación sociofamiliar, que ha sido capaz de pedir ayuda previamente a su médico de atención primaria y que emplea metodología leve con escasa letalidad somática. Se benefician de un seguimiento breve en Psiquiatría con baja reincidencia a los 2 años y sobre todo muy espaciada desde el seguimiento siendo superior al año y escaso empleo de recursos asistenciales.

Conclusiones:

Tras el seguimiento intensivo y la derivación, tras la estabilización psicopatológica, a atención primaria para control evolutivo puede ser una buena opción porque ofrecen buena capacidad de contención siempre que se posibilite un contacto estrecho con Psiquiatría.

[PO-2035] Continuidad asistencial: ¿Qué sucede con los suicidas que no se vinculan después de un intento?

María Irigoyen, Margarita Puigdevall, Deborah Fuentes, Mariona Mendo, Marc Agraz, Jorge López-Castroman, Enrique Baca-García

Mostrar Póster**Introducción:**

La continuidad asistencial es fundamental después de un intento de suicidio para disminuir la reincidencia y evitar el suicidio consumado. El mayor factor de riesgo de reincidencia es haber realizado un intento previo. El tratamiento de la depresión y de la conducta suicida han disminuido las tasas de suicidio.

Hipótesis:

No realizar seguimiento psiquiátrico después de un intento suicida empeora la evolución clínica y aumenta el riesgo de suicidio. Estudiar las variables sociodemográficas, clínicas y relativas a los informes de derivación de todos los pacientes que tras un intento suicida no se vincularon de la red de salud mental sin visitarse en la consulta de riesgo suicida a pesar de ser derivados a la misma.

Método:

Se incluyen los 54 pacientes que fueron derivados desde 2014 hasta hoy desde dispositivos de urgencias generales, urgencias psiquiátricas y hospitalización a la consulta de riesgo suicida y que no llegaron a vincularse a la misma. Se revisan variables sociodemográficas, clínicas y relativas a los informes de derivación para conocer el perfil del paciente que no se vincula y conocer su evolución clínica al cabo de dos años.

Resultados:

Son 54 los intentos suicidas derivados a la consulta de riesgo suicida que no llegan a vincularse. Media edad 38,56 años ($p=0.003$). 77,8% mujeres. 55,6% españoles (χ^2)

Discusión:

Existe un porcentaje importante de personas extranjeras y un bajo seguimiento previo por la red de salud mental lo cual puede hacerles desconocedores de los servicios de salud mental. Al mismo tiempo, destaca metodología de baja letalidad. Los días transcurridos desde la derivación hasta la visita pueden resultar excesivos y la falta de clarificación de la cita ambulatoria también puede disminuir la adherencia posterior.

Conclusiones:

Conviene promover la vinculación rápida y consistente con los pacientes que han realizado un intento suicida porque el no seguimiento de los mismos representa una reincidencia del 18.05% con una media de 0.31 reincidencias. Las reincidencias en nuestra muestra contempla métodos más letales en el segundo intento con mayor riesgo de suicidio consumado.

[PO-2036] Diferencias clínicas en los pacientes con conducta suicida

Judit Pons Baños, Lola Riesco Miranda, Ana C. Martín Rodríguez, David Ballester Ferrando, Montse Serra Millàs, Santiago Escoté Llobet.

Mostrar Póster**Introducción:**

En España murieron por suicidio un total de 3602 personas en el año 2015 y se estima que el número de personas que realizan un intento de suicidio es de 10 a 20 veces superior a los que lo consuman. (1). Diferentes estudios apuntan a que entre el 80 y 90% de las muertes por suicidio presentaban un trastorno mental, y entorno a la mitad de éstos, padecían un trastorno afectivo (2).

Hipótesis:

Describir las características clínicas de las personas que realizaron una conducta suicida (CS) en la comarca de Osona (Barcelona).

Método:

Estudio descriptivo transversal. Se incluyeron todos los casos de CS registrados en el Consorci Hospitalari de Vic en el período comprendido entre 01/01/2013 y 31/12/2015. Se clasificaron según el tipo de CS (ideación suicida, violencia auto dirigida interrumpida, intento de suicidio, suicidio) (3) y se analizaron las siguientes variables clínicas: número y tipo de diagnósticos psiquiátricos, presencia de tóxicos, seguimiento en salud mental el año previo y CS el año anterior.

Resultados:

Se registraron 555 episodios de CS en 452 pacientes. En un 17,7% (n=98) del total de casos hubo un episodio de conducta suicida durante el año anterior. Del total, un 91,1% (n=412) presentaba un trastorno mental y un 46,9% (n=212) había sido visitado en salud mental el año anterior. Entre los que consumaron el suicidio un 59,4% (n=19) tenía diagnóstico de trastorno mental. En el total de pacientes, un 25% presentaban diagnóstico de trastorno por abuso/dependencia de sustancias, y de estos un 27,18% era por 2 o más sustancias. Los principales diagnósticos detectados fueron trastornos afectivos para los que murieron por suicidio (57,9%) y trastornos de ansiedad para el resto (41%). En un 48,5% (n=269) de los episodios se determinó si había presencia de tóxicos en orina, siendo positiva en un 44,6% (n=120), la mayoría por alcohol con un 60% (n=72).

Discusión:

La presencia de trastorno mental mostró una asociación significativa en nuestro estudio. En la mayoría de estudios previos se apunta a la presencia de trastorno mental en entre un 80 y un 90% (4,5). Los datos hallados muestran trastorno mental en un 91,1% en el total, pero entre las muertes por suicidio está presente en un 59,4%. Esta diferencia se podría explicar por el tipo de diagnóstico, ya que un 15,8% de los que murieron por suicidio presentaban un trastorno de ansiedad respecto a un 41% en el resto. El diagnóstico mayoritario entre éstos fue el de trastorno adaptativo (83,9%) debido a la posibilidad de establecer un diagnóstico una vez se ha realizado la CS sin resultado mortal.

Conclusiones:

Menos de la mitad había realizado seguimiento en salud mental el año anterior, aunque un 90% padecía un trastorno mental. El principal diagnóstico detectado entre los que murieron por suicidio fueron trastornos afectivos, y trastornos de ansiedad entre los restantes.

[PO-2037] IMC y conducta suicida

O. Uriarte, T. Ruiz de Azúa, L. González, S. Trincado, D. Peralta, G. Montero, E. Garnica, M. Zumarraga

Mostrar Póster**Introducción:**

El IMC ha suscitado un creciente interés en los últimos años como predictor de conducta suicida, con varios estudios realizados al respecto. La evidencia actual demuestra una asociación inversa entre el IMC y los suicidios, mientras que la evidencia disponible acerca de los intentos autolíticos y el IMC no es consistente, con resultados contradictorios en los estudios realizados hasta la fecha. No se ha encontrado asociación con respecto a la ideación suicida.

Hipótesis:

Se plantea clasificar según los valores de la OMS el IMC de una muestra de pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico tras haber realizado un intento autolítico, con el fin de conocer la distribución de esta variable. El objetivo secundario es analizar los datos en función del sexo y actividad física.

Método:

Se lleva a cabo una investigación en una Unidad de Corta Estancia en todos los pacientes que ingresan de forma consecutiva desde noviembre de 2016, respecto a distintos parámetros (análisis de sangre que incluye PCR, vitamina D y parámetros metabólicos, altura, peso e IMC, presencia de hábitos tóxicos, grado de actividad física y otros datos generales). Posteriormente se utilizan los datos de IMC, actividad física y sexo de pacientes ingresados por intentos autolíticos.

Resultados:

Se han contabilizado 23 intentos autolíticos (10 hombres y 13 mujeres). De acuerdo con los valores propuestos por la OMS, 11 pacientes tienen peso normal, 6 tienen sobrepeso y 6 obesidad (2 mórbida). La media del IMC de los 23 es de 26,43. La distribución por sexos fue similar. La mayoría de los pacientes son físicamente inactivos (3 activos con peso normal, 1 muy activo con sobrepeso y 1 activo con obesidad).

Discusión:

La evidencia obtenida en estudios transversales previos sugiere la obesidad como factor de riesgo para intento de suicidio. Por otro lado, estudios de cohortes han mostrado relación inversa o incluso ausencia de asociación significativa. Numerosos factores pueden subyacer en la relación entre estas dos variables, como la toma de medicación modificadora del peso, el diagnóstico psiquiátrico o el método de autolisis elegido. El presente estudio no analiza la asociación de ambas variables, y la muestra obtenida es de reducido tamaño, siendo estas sus principales limitaciones.

Conclusiones:

La evidencia acerca de la asociación entre los intentos de suicidio y el IMC es inconsistente, con resultados contradictorios, por lo que nuevas investigaciones son necesarias para aclarar este aspecto de la conducta suicida.

[PO-2040] Suicidios e intentos de suicidios en el área II de Valladolid 20 años después

Rebeca Hernández Antón; Helena Domínguez Álvarez; Sofía Gómez Sánchez; Aldara Álvarez Astorga; José María Maderuelo Fernández; Juan Ramón Cordero Rodríguez; José Antonio Blanco Garrote; Fernando Uribe Ladrón de Cegama

Mostrar Póster**Introducción:**

El suicidio es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida. Según la OMS, más de un millón de personas se suicidan cada año.

Hipótesis:

- Comparar datos de intentos autolíticos entre 2016, 2013 y 1996 en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- Influencia de la crisis económica en los datos de suicidio y los cambios producidos en estos tres últimos años, en los que se ha puesto en marcha un protocolo.
- Exponer los factores de riesgos.
- Estudiar si existe relación entre suicidios consumados y atención previa por Psiquiatría de Urgencias en las existan ideas de muerte, ideación autolítica y/o gestos autolíticos.
- Presentar estrategias de prevención.

Método:

Se ha realizado un estudio de vigilancia epidemiológica, recogiendo datos descriptivos de intentos autolíticos y suicidios consumados; utilizando la misma metodología en 1996, 2013 y 2016. Las variantes estudiadas fueron: sexo, edad, día de la semana, mes, residencia, método, situación personal, estudios, situación laboral, creencias religiosas, antecedentes familiares de suicidio, antecedentes familiares psiquiátricos y antecedentes personales psiquiátricos.

Resultados:

- Incremento de la tasa de intentos de suicidio del 27%.
- Distribución por sexos similar, aunque en 2013 y 2016 se observó una proporción mayor en varones.
- El grupo de adolescentes (10 a 19 años) el porcentaje de mujeres que se autolesionan es significativamente mayor que el de varones (29% de mujeres vs 4,5% de varones; $p=0,005$); siendo cada vez menor la edad de inicio.
- La mayoría de los pacientes pasan a observación tras un gesto autolítico. El 90% son seguidos posteriormente por un Equipo de Salud Mental.
- El 88.5% de los pacientes que realizan un gesto autolítico tienen un diagnóstico psiquiátrico (T. depresivo mayor- 59.2%; T. Adaptativo- 24.9%)
- Desempleo y problemas económicos destacan como estresores ambientales en 2013; reduciéndose en 2016, aumentando como estresores, los problemas conyugales y familiares y los trabajos poco cualificados.
- El principal método de suicidio consumado empleado en Valladolid en el ahorcamiento y en segundo lugar la precipitación.

Discusión:

¿Hay formas de prevenir el suicidio? ¿Es cuestión de recursos? ¿Se deberían realizar más planes de prevención? ¿Es necesario formar mejor a los profesionales de la Salud en este aspecto?

Conclusiones:

- Se trata de un problema de Salud de primer orden.
- Causa muy importante de mortalidad en el grupo de 15-24 años, con tasas cada vez mayores.
- La mortalidad en la población general ha seguido una tendencia decreciente; pero las tasas de suicidio por 100000 habitantes se han mantenido estables en la última década.
- Es de suma importancia llevar a cabo estrategias de prevención (primarias, secundarias y terciarias) y trabajar sobre los factores de riesgo modificables y fomentar los factores protectores (actitudes, valores, habilidades sociales, esperanza, optimismo, estrategias de afrontamiento adecuadas, creencias religiosas, autocontrol, red social y familiar adecuada, accesibilidad a dispositivos de salud, ambiente estable, no tener medios letales).

[PO-2041] Análisis de los ingresos en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital de Valme por conductas autolíticas en el año 2016

Irene Pérez Zapico, Ángela Valladares García, Agustín Gayango Sánchez

Mostrar Póster

Introducción:

Actualmente las conductas autolíticas constituyen una de las urgencias psiquiátricas más frecuentes. A partir de la valoración realizada en urgencias, así como de los factores de riesgo y protectores del paciente, decidiremos si se ingresa en la Unidad Hospitalaria o si seguirá tratamiento ambulatorio. En algunos pacientes, debido a la gravedad de dicha conducta y al riesgo de que esta se repita, se procede a su ingreso hospitalario. La decisión de ingresar o no al paciente dependerá fundamentalmente de cuatro factores: repercusión médico-quirúrgica de la conducta suicida, riesgo suicida inmediato del paciente, necesidad de tratamiento del trastorno mental de base y falta de apoyo socio-familiar efectivo.

Hipótesis:

Nuestro objetivo en este estudio es realizar un análisis descriptivo de los pacientes que consultan en urgencias tras presentar algún tipo de conducta autolítica y que precisan hospitalización por dicha conducta. Para ello, hemos recogido algunas variantes que pueden ser de interés con vistas a mejorar la asistencia.

Método:

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 440.000 habitantes, independientemente de la edad y el sexo, que acudieron durante el año 2016 y cuyo motivo de consulta fue una conducta suicida.

Resultados:

Durante el año 2016 se atendieron un total de 508 urgencias por intento de autolisis. En el 18,7% de los casos se procedió al ingreso hospitalario del paciente. La mayoría de estos intentos autolíticos que precisaron ingreso hospitalario fueron mediante ingesta medicamentosa voluntaria (68,4%). De los pacientes ingresados, el 52% fueron hombres y el 48% fueron mujeres. El rango de edad más prevalente fue entre 40 y 59 años, con un porcentaje del 49,5%. La mayoría de estos pacientes cuentan con un diagnóstico de trastorno de personalidad –excluyendo trastorno de personalidad de tipo límite-, siendo un 26,3% del total de ingresos, seguido de un 11,6% de pacientes que se diagnosticaron de episodio depresivo al alta. De todos ellos, el 22,1% no realizaban seguimiento en Salud Mental.

Discusión:

Según los resultados obtenidos de nuestro estudio confirmamos que, en base al mayor porcentaje de ingresos en hombres, los hombres realizan intentos autolíticos de mayor gravedad (a pesar de que el total de urgencias es más frecuente en mujeres). En cuanto al diagnóstico más prevalente dentro de los ingresos (trastorno de personalidad), sería útil pensar algún programa de intervención con este tipo de pacientes para llevar a cabo desde los equipos de salud mental comunitarios, con objetivo de disminuir el número de ingresos, así como trabajar un soporte socio-familiar más efectivo.

Conclusiones:

Con todo esto nos planteamos la importancia de trabajar de forma más intensiva a nivel comunitario. Nos parece además un dato interesante el número de pacientes que no realizaba seguimiento por salud mental, por lo que su primer contacto es una conducta autolítica. Esto nos hace pensar que quizás sería necesario un trabajo más intenso a nivel de promoción y prevención, siendo esta una línea de trabajo incluida en el actual PISMA III

[PO-2042] Consulta de riesgo suicida: ¿Cuál es el perfil del suicida que reincide a los 2 años del seguimiento?

María Irigoyen, Margarita Puigdevall, Mariona Mendo, Marc Agraz, Deborah Fuentes, Jorge López-Castroman, Enrique Baca-García

Mostrar Póster**Introducción:**

La conducta suicida previa es el mejor predictor de conducta suicida futura. Owens revisó 90 estudios en la que analizaban la reincidencia en pacientes observando que el 16% reincidía el primer año, el 21% entre el segundo y cuarto año y el 23% después del cuarto año

Hipótesis:

El seguimiento intensivo después del intento suicida disminuye reincidencia. Se describen variables sociodemográficas y clínicas asociadas a la reincidencia tras el seguimiento y el tiempo transcurrido hasta la reincidencia.

Método:

Se estudian las 57 personas reincidentes posteriormente al seguimiento de los 254 pacientes que son atendidos en consulta de riesgo suicida desde 2014 hasta la actualidad. Se excluyen menores de edad. Se recogen variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas que posibiliten el perfil del paciente reincidente.

Resultados:

57 personas (22.44%). Edad media 45.84 años. 66.7% mujeres. Emparejados 42.1%, Activos laboralmente 33.3%, Estudios básicos 59.6%, 87.7% españoles. Eje I 42.1% clínica afectiva, 21.1% sin antecedentes, 14% TUS-OH. Eje II 38.6% (p

Discusión:

El perfil del paciente reincidente es mujer de 45 años, emparejada, sin actividad laboral, con estudios básicos, fundamentalmente de nacionalidad española, con predominio de antecedentes depresivos y acontecimientos vitales estresantes. Con antecedentes de conducta suicida y que son derivados desde urgencias psiquiátricas o generales. Previamente un porcentaje considerable consultaba al psiquiatra previamente por lo que deben intensificarse las medidas de detección de la ideación. Fundamentalmente empleaban intoxicación medicamentosa como método con baja letalidad. A pesar de que el 22.4% reinciden durante los dos años, se alarga el tiempo sin reincidir significativamente y tan solo reinciden 1.33 de media siendo otro datos estadísticamente significativo.

Conclusiones:

Es importante conocer las características de los pacientes que reinciden para poder intensificar e individualizar las medidas preventivas y evitar la repetición del paso al acto.

[PO-2043] ¿Son fiables las estadísticas de suicidio?

Rafael Mora Marín, Carmen Hernández Gaspar, María Pardo Guerra, Lidón Pardo Guerra, Adela Belda Martínez, Carlos Suso Ribera, Ramón Palmer Viciado

Mostrar Póster**Introducción:**

Las cifras de suicidio consumado publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) difieren sensiblemente de las ofrecidas por los Institutos de Medicina Legal (IML) provinciales (1). En general, el INE tiende a recoger aproximadamente entre un 9% y un 19% menos de casos de suicidio que los IML. Uno de los factores que podrían explicar esta discrepancia es que los datos del INE corresponden a residentes en España fallecidos en territorio español según la provincia de residencia, mientras que los datos del IML corresponden a todas las muertes judiciales sucedidas en cada provincia independientemente de la nacionalidad y el lugar de residencia (2).

Hipótesis:

El objetivo de este trabajo es comparar las cifras de suicidio ofrecidas por el INE y por el IML de Castellón durante el periodo 2009-2015, teniendo en cuenta la provincia de residencia de las personas fallecidas. Esperamos que las cifras de suicidio del IML sean mayores que las del INE y que las diferencias se reduzcan al seleccionar únicamente los españoles residentes en Castellón.

Método:

Población: todas las muertes por suicidio en la provincia de Castellón entre enero de 2009 y diciembre de 2015.

Método: El IML de la provincia de Castellón facilitó los datos de las personas fallecidas por suicidio en el periodo de estudio. Se revisaron sus historias clínicas en los sistemas informatizados. Los datos del INE se obtuvieron de su página web.

Resultados:

Según el INE, 297 personas se suicidaron en la provincia de Castellón en el periodo de estudio. Según el IML, el número de suicidios ascendía a 343 personas, un 15,5% más. La diferencia entre los datos del INE y el IML casi desaparece (0,7% de diferencia) cuando los casos del INE incluyen solamente personas de nacionalidad española residentes en la provincia de Castellón (n=299). De los 44 casos que no se incluyeron como residentes en la provincia de Castellón, 31 de ellos no pudieron encontrarse en las bases de datos hospitalarias y 13 residían en otra provincia española.

Discusión:

El IMC recogió un 15,6% más de suicidios que el INE. Sin embargo, esta diferencia casi desaparecía (0,7%) cuando del IML se incluían solamente personas que se confirmaron como residentes en la provincia de Castellón.

Según la OMS, España tiene unas tasas de suicidio bajas en comparación con la tasa global de suicidio y la de otros países europeos. Sin embargo, tanto si se toma la cifra ofrecida por el INE como la del IML, las tasas de suicidio en la provincia de Castellón parecen similares a las de otros países europeos.

Conclusiones:

Las diferencias en las cifras de suicidio entre el INE y los IML provinciales continúan vigentes y es necesario aclarar sus causas. En la provincia de Castellón, esas diferencias disminuyen si se tienen en cuenta sólo las personas españolas residentes en la provincia.

[PO-2045] Dolor crónico y conducta suicida: la importancia de los mecanismos de afrontamiento.

Manuel Villanueva Gallego, Jesús Pemán Rodríguez, Francisco Javier Gómez Beteta, Jesús Ibáñez Vizoso, Íñigo Alberdi Páramo, Germán Montero Pavón, Lucas Giner Jiménez

Mostrar Póster**Introducción:**

Los pacientes con dolor crónico presentan mayores tasas de ideación suicida y de suicidio consumado. Investigaciones previas han objetivado que determinados mecanismos de afrontamiento frente al dolor se relacionan con un mayor riesgo suicida, lo que predice mayor morbimortalidad y mayor uso de recursos sanitarios. El presente estudio se propone investigar el impacto de los mecanismos de afrontamiento sobre el riesgo suicida en pacientes con dolor crónico.

Hipótesis:

El principal objetivo del estudio es confirmar que las distintas estrategias de afrontamiento frente al dolor que exhiben los pacientes repercuten en el riesgo suicida. La hipótesis primaria que se propone es que el riesgo es mayor en aquellos que presentan un estilo de afrontamiento catastrofista.

Método:

Se trata de un estudio transversal de casos y controles. La muestra la componen 31 pacientes con dolor crónico no oncológico, procedentes de la Unidad del Dolor del Hospital el Tomillar (Sevilla). Se aplicó una batería de escalas que incluía la escala de riesgo suicida de Beck (BSS) y la escala de estrategias de afrontamiento (CSQ). Fueron creados un grupo de casos y otro de controles en función de que mostraran o no, respectivamente, cada estilo de afrontamiento, asumiendo como punto de corte el baremo que ofrece la escala CSQ. La comparación del riesgo de suicidio entre grupos se realizó usando la prueba chi cuadrado, tras transformar a variable dicotómica el riesgo suicida.

Resultados:

De los 31 pacientes estudiados, 13 presentaron riesgo suicida, obteniéndose una prevalencia de riesgo suicida del 41.9% para la muestra. Se halló un mayor porcentaje de riesgo suicida en el grupo que presentaba estilo de afrontamiento catastrofista, con una significancia bilateral de 0.008. En cuanto al resto de estrategias de no se hallaron diferencias significativas.

Discusión:

El catastrofismo se define como un estilo cognitivo caracterizado por una mentalidad negativa, centrada por la magnificación y la rumiación del dolor, que puede contribuir a mayor intensidad del mismo, mayor discapacidad y depresión. Estudios previos describieron que, junto con los síntomas depresivos, el predictor más consistente de la presencia y grado de ideación suicida es el catastrofismo ante el dolor. El presente estudio demuestra una relación entre el tipo de afrontamiento catastrofista y un mayor riesgo de suicidio, resultado compatible con lo hallado en la bibliografía.

Conclusiones:

En la muestra estudiada se comprobó que el estilo de afrontamiento catastrofista se asocia significativamente con un mayor riesgo de suicidio, no así el resto de estrategias. Basándonos en los resultados de éste y anteriores estudios, se puede considerar beneficiosa la posibilidad de incluir los mecanismos de afrontamiento en la evaluación global del paciente con dolor crónico, permitiendo usar este elemento como un predictor fiable de morbimortalidad. Asimismo, incluir el abordaje de los mecanismos de afrontamiento en el tratamiento integral de este tipo de pacientes, podría permitir un manejo más completo y efectivo del dolor crónico, enmarcado en el modelo biopsicosocial de la salud.

[PO-2046] Tentativas suicidas atendidas en un Hospital General en Guipúzcoa, España

Ángel Ruiz de Pellón, Imanol Querejeta

Mostrar Póster**Introducción:**

La conducta suicida es un problema de salud pública en todo el mundo. El objetivo de este estudio fue describir las características de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario Donostia (Guipúzcoa, España) tras una tentativa suicida y compararlas con evidencias previas.

Hipótesis:

- 1) Describir las características de la población atendida en el Hospital Universitario Donostia tras una tentativa suicida.
- 2) Comparar, respecto a la literatura científica, factores asociados a las tentativas suicidas con las características de nuestra muestra hospitalaria de la provincia de Guipúzcoa.
- 3) Detectar variables en relación a la gravedad y a la recurrencia de las tentativas suicidas durante el periodo de un año tras la primera atención.
- 4) Descripción de otras variables de interés respecto a la actuación: indicación de ingreso, reingresos o repetición de la tentativa suicida en el periodo valorado.

Método:

La población de estudio fueron los pacientes de 15 a 75 años de la provincia de Guipúzcoa, que hayan precisado atención por el servicio de psiquiatría en el periodo entre el 22 de noviembre del 2013 y el 21 de noviembre del 2014 por conducta suicida y que cumplan los criterios de inclusión y exclusión descritos. Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas informatizadas de pacientes que fueron atendidos en la urgencia o tras estabilización en nuestro hospital, durante el periodo descrito. Se recogieron variables de interés sociodemográficas, diagnósticos previos, historia de ingresos y de tentativas. Se valoró también la gravedad de la tentativa, la repetición de la tentativa o la necesidad de ingreso en el periodo de un año. Se calcularon las frecuencias y porcentajes en la muestra y se estudió la presencia de asociaciones entre variables mediante la prueba de Chi-cuadrado.

Resultados:

Un total de 190 pacientes fueron reclutados. Las características más frecuentes en la muestra fueron: mujer, entre 35-44 años, desempleada, con antecedentes de un diagnóstico psiquiátrico de tipo depresivo y sin antecedentes de tentativas ni ingresos psiquiátricos previos. Los síntomas más frecuentemente asociados a las tentativas fueron la desesperanza y la impulsividad. La gravedad de la tentativa, su repetición o la necesidad de ingreso se relacionaron con antecedentes de ingresos y tentativas previas. El método autolesivo más empleado fue la intoxicación medicamentosa.

Discusión:

Las características de la muestra coinciden de forma general con datos de otros estudios previos. Se observaron importantes diferencias en la frecuencia por grupos de edad respecto a otros trabajos, incluido uno en el mismo hospital y medio que podría sugerir que el pico de incidencia para la edad ha aumentado a la franja de los 35-54 años. Además estos datos parecen sugerir que el número total de tentativas ha aumentado en los últimos 25 años. Se debe destacar que mayoritariamente los pacientes atendidos habían consultado con un profesional médico los 6 meses antes de la tentativa, lo que daría lugar a la posibilidad de intervención y/o medidas de tipo preventivo. Nuevos estudios son necesarios para confirmar estos hallazgos. Limitaciones: Estudio retrospectivo, pérdidas por una mala calificación diagnóstica, que no comprometerían los resultados finales.

Conclusiones:

- 1) Paciente prototipo: mujer, entre 35 y 55 años, soltera o casada, conviviendo con su propia familia y desempleada. Antecedentes de algún diagnóstico psiquiátrico, siendo el más frecuente de un trastorno de tipo afectivo depresivo por el que recibiría tratamiento mediante fármacos antidepresivos y ansiolíticos. No presentaría antecedentes de tentativas suicidas previas ni de ingresos psiquiátricos. La sintomatología más frecuentemente descrita en relación a la tentativa sería la desesperanza y la impulsividad. El método suicida más empleado sería la intoxicación voluntaria por fármacos. La gravedad de la tentativa sería de leve a moderada. Mayoritariamente los pacientes habrían consultado con profesionales médicos los 6 meses antes de la tentativa. Una de cada 5 pacientes repetiría la tentativa suicida en el año siguiente.
- 2) Los factores de riesgo para la conducta suicida descritos en la bibliografía consultada y las características de nuestra muestra coinciden de forma general, con diferencias notables en el rango de edad. También el porcentaje de repetición de la tentativa durante el año tras un primer intento es superior al de otros trabajos similares. Son necesarios nuevos estudios con un diseño específico que confirmen estas diferencias.
- 3) La gravedad de la tentativa se asoció con el método empleado, los antecedentes de ingresos previos y el número de ingresos, antecedentes de tentativas suicidas graves, presentar síntomas de desesperanza y el hecho de haber planificado la tentativa con antelación. Ningún diagnóstico psiquiátrico se asoció con la gravedad. La repetición de la tentativa suicida en el año siguiente se relacionó con los antecedentes de tentativas e ingresos previos, el diagnóstico de TP cluster B, inestabilidad emocional e intoxicación alcohólica.
- 4) Se indicó un ingreso hospitalario en aproximadamente 2 de cada 3 pacientes de la muestra. Tanto la repetición de la tentativa como el reingreso en los 12 meses siguientes se relacionaron con los antecedentes de tentativas e ingresos previos, TP cluster B y la intoxicación etílica.

[PO-2048] Análisis de las conductas suicidas atendidas de forma Urgente por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Comarcal Valle de los Pedroches

Esperanza Prieto Bonilla, Virginia Millán Aguilar, Aránzazu Ramírez Vargas, Amelia Villena Jimena

Mostrar Póster

Introducción:

La conducta suicida es una de las urgencias psiquiátricas más frecuentes. A pesar de su alta prevalencia, existen hospitales que prescinden de estrategias de abordaje para la atención de pacientes con riesgo autolítico.

Hipótesis:

La conducta suicida supone un importante volumen de las interconsultas a psiquiatría por parte de los servicios de urgencias, también en zonas rurales. Por este motivo y con la intención de mejorar su abordaje, nos planteamos los siguientes objetivos:

- Estudio descriptivo retrospectivo de las conductas autolíticas atendidas de forma urgente por el Equipo de Salud Mental (ESM) de Pozoblanco (Córdoba).
- Descripción de factores sociodemográficos asociados a la conducta autolítica en zona rural.

Método:

Se partió de una muestra de 70 pacientes que fueron atendidos por Salud Mental de forma Urgente en el Hospital Comarcal Valle de los Pedroches, en horario de Lunes a Viernes de 8:00-15:00h durante un período de 7 meses (segundo semestre de 2016). En esta muestra se incluyeron pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias así como pacientes derivados al ESM por su médico de atención primaria de forma Urgente. Para el análisis tomamos sólo aquellos pacientes cuyo motivo de consulta fue una conducta suicida (31 pacientes), incluyendo: ideación autolítica, intento autolítico y conducta parasuicida (amenazas y autoagresiones). Se obtuvieron datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil y situación laboral), así como datos clínicos.

Resultados:

Del total de urgencias valoradas en este período, el motivo de consulta asociado a conducta autolítica fue casi la mitad (44,29%). De estos, el 64,52% fueron mujeres y el 35,48% varones. Alrededor de la mitad de los pacientes estaban casados (54,84%), un 35,48% eran solteros y, un mínimo porcentaje divorciados o separados (9,68%). En cuanto a la actividad laboral, la mayoría tenían empleo (41,94%), un 19,35% estaba desempleado, otro 19,35% pensionistas, el resto eran estudiantes o empleados de hogar. El 80,65% de los pacientes presentaban un diagnóstico previo, siendo el diagnóstico de Trastorno de Personalidad el que consultó con más frecuencia por este motivo (22,58%), seguido de trastornos afectivos (19,35%) y trastornos de ansiedad (12,90%). Más de la mitad de las conductas autolíticas atendidas consistieron en sobreingestas medicamentosas (54,84%). La ideación autolítica ocupó el 32,26%, siendo el resto conductas parasuicidas.

Discusión:

Como ocurre en otros estudios, se observa mayor número de intentos autolíticos en mujeres con métodos de menor letalidad, destacando la intoxicación medicamentosa. En la gran mayoría de los casos existía un diagnóstico previo, siendo los más frecuente el Trastorno de personalidad y los trastornos afectivos. A diferencia de otros autores, en nuestra muestra la mayoría de los pacientes estaban casados y activos laboralmente.

Conclusiones:

La conducta suicida continúa siendo una de las urgencias psiquiátricas más frecuentes e importantes, tanto por el volumen, como por la importancia clínica que representa. Conocer las características del paciente suicida resulta útil a la hora de crear protocolos de manejo y abordaje de éste, para lograr una asistencia más integral a largo plazo.

[PO-2049] Burgos, 2016: Hablemos de conducta suicida

Teresa González Rodríguez, Ana M^a de Granda Beltrán, Roberto A. Sosa Ojeda, Sara Mayo González, Marta Alonso Santamaría, Jesús J. de la Gándara Martín

Mostrar Póster**Introducción:**

Según la Organización Mundial de la Salud, más de 800.000 personas se suicidan cada año, habiendo aumentado ésta un 60% en los últimos 50 años. Se estima que por cada suicidio hay unos 20 intentos, es decir unos 20 millones anuales. Ante estas cifras, decidimos iniciar una recogida de los datos de nuestro hospital sobre los intentos autolíticos atendidos, para identificar el perfil de paciente que comete un intento de suicidio y establecer las medidas asistenciales y preventivas adecuadas.

Hipótesis:

El objetivo es la recogida de datos de todos los casos de intentos autolíticos atendidos durante un año el Servicio de Urgencias de nuestro hospital, analizar los datos y definir el patrón de riesgo y prevención.

Método:

La selección de la muestra se realizó mediante muestreo no probabilístico consecutivo, tomando como criterios de inclusión a los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias, por "intento autolítico", "autolesiones" y/o "autointoxicación" desde el 01 de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2016. Las variables utilizadas en el estudio fueron edad, sexo, método suicida y gravedad, intentos previos, diagnóstico de trastorno mental y/o trastorno de personalidad, y abuso de sustancias.

Resultados:

La muestra obtenida fue de 240 casos, predominantemente femenina (63%), en un rango de edad de 13 a 94 años (Media X= 39.8 años), siendo el método autolítico de elección la intoxicación medicamentosa. Destacó la presencia de intentos previos en un 30% y su relación con la gravedad del acto. Además se observó que el 70% de la muestra tenía historia psiquiátrica previa (mayoritariamente trastorno adaptativo y trastorno afectivo).

Discusión:

Observamos que el sexo femenino supera en gran número al masculino en cuanto a intentos de suicidio. El rango de edad más repetido es entre los 35 y 54 años. Sería interesante realizar un seguimiento más estrecho de estos pacientes en dicho rango de edad, observando antecedentes y factores de riesgo para la identificación precoz de ideación suicida, considerada por muchos autores el mejor predictor suicida. El método más utilizado fue la ingesta medicamentosa, siendo los fármacos más frecuentes las benzodiacepinas. No se observó diferencias significativas entre hombres y mujeres. El 70% de la muestra presentaba historia psiquiátrica, existiendo un alto porcentaje de pacientes diagnosticados de trastorno adaptativo y trastorno afectivo. Sólo el 17% estaba diagnosticado de trastorno de personalidad; siendo el más frecuente el trastorno límite de la personalidad. El consumo de sustancias psicoactivas y en especial el alcohol y el tabaco, parecen jugar un papel importante como factores de riesgo en este tipo de pacientes.

Conclusiones:

El método más utilizado en los intentos autolíticos fue la intoxicación medicamentosa por lo que es de gran importancia limitar el acceso farmacológico y realizar un buen seguimiento de nuestros pacientes. Las sorprendentes cifras de trastorno mental nos hacen plantearnos la necesidad de aumentar el seguimiento psiquiátrico realizando revisiones más frecuentes. Debemos identificar a la población de riesgo específica sobre la que actuar de forma preventiva en relación a la aparición de ideación suicida, la cual conlleva en gran medida a un intento autolítico.

[PO-2051] Patología mental y antecedentes de conductas autolíticas en pacientes ingresados tras intento autolítico frustrado

Ana Jiménez Bidón, Marina Sevilla Fernández, Carmen Jimenez Casado

Mostrar Póster**Introducción:**

Los Factores de Riesgo de la conducta suicida se dividen clásicamente en dos grupos: inmodificables y modificables. Los primeros se asocian al propio sujeto o al grupo social al que pertenece, siendo algo ajeno a lo clínico. Los segundos están relacionados con factores sociales, psicológicos y psicopatológicos que pueden modificarse clínicamente o mediante intervenciones poblacionales. Es necesario conocer bien ambos factores de riesgo para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo.

Hipótesis:

- Valorar factores de riesgo de conductas suicidas.
- Describir la presencia de enfermedad mental.
- Evaluar antecedentes de gestos/intentos autolítico previos.
- Analizar antecedentes de ingresos en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental(UHSM) previos.

Método:

Estudiamos a una muestra de 20 pacientes ingresados en distintos servicios del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla tras un intento autolítico frustrado en el periodo de enero a septiembre 2015.

Resultados:

Respecto a la presencia de enfermedad mental obtenemos un 80% de padecerla frente a un 20% de no tenerla. En lo que se refiere a gestos/intentos autolíticos, observamos que un 65% tenía antecedentes y un 35% era la primera vez. Por último, en cuanto a los ingresos en UHSM un 40% habían ingresado anteriormente, en cambio un 60% no tenía ingresos previos.

Discusión:

Analizando tanto nuestros resultados como los de los estudios epidemiológicos sobre conductas suicida observamos que la enfermedad mental es el primer factor de riesgo suicida, especialmente entre jóvenes y adultos. Los pacientes que realizan intentos de suicidios presentan una elevada morbilidad (mas del 50% repiten el acto suicida, un 65% en nuestra muestra) y también la mortalidad por suicidio (10% a los 10 años) o por otras causas es significativamente superior a la población en general.

Conclusiones:

La creación de protocolos de actuación que sirvan de guía para el manejo del paciente suicida, tanto a nivel hospitalario como a nivel ambulatorio, son un paso fundamental para poder establecer un trabajo en red que permita una continuidad asistencial así como una prevención de futuros comportamientos suicidas.

[PO-2052] Variables sociodemográficas de pacientes ingresados tras intento autolítico frustrado

Marina Sevilla Fernández, Ana Jimenez Bidón, Carmen Jimenez Casado

Mostrar Póster**Introducción:**

El suicidio es una causa de muerte frecuente, siendo la principal causa externa de muerte. Los intentos de suicidio frustrados comparten características similares con los suicidios consumados, aunque son grupos independientes. Este estudio aporta información sobre distintas variables sociodemográficas analizadas en pacientes que han requerido ingreso hospitalario por causa médica tras intento autolítico frustrado.

Hipótesis:

- Descripción del perfil clínico y sociodemográfico de una muestra de pacientes con intento de autolisis frustrado.
- Análisis del método empleado.
- Descripción y análisis del apoyo familiar y factores protectores de los pacientes estudiados.

Método:

Se ha llevado a cabo un estudio observacional transversal con 20 pacientes que requirieron ingreso hospitalario por causa médica en unidades distintas a Salud Mental en Hospital Universitario Virgen del Rocío, tras intento de autolisis frustrado. El periodo analizado abarca de enero a septiembre de 2015.

Resultados:

En nuestra muestra, existe una prevalencia mayor en mujeres, representando un 60% de la muestra estudiada, siendo el rango de edad más frecuente entre los 18 y los 40 años. No existe consumo de tóxicos en alrededor del 65% de los pacientes. El método más empleado fue la ingesta medicamentosa voluntaria masiva, representando el 50% de los casos, siendo el motivo más frecuente precipitante el conflicto intrafamiliar. En dos de los casos el intento fue mediante ingesta de organofosforados. La media días de ingreso hospitalario fue 28 días, en la mayor parte de los casos siendo necesaria la permanencia en UCI y Servicio de Traumatología. Los pacientes en aproximadamente la mitad de los casos convivían con familia de origen, existiendo en el 90% de los casos apoyo familiar al alta. En la mayor parte de los pacientes, la presencia de descendencia constituye un factor protector postalta.

Discusión:

En la muestra analizada encontramos importantes diferencias en relación a los datos generales referentes a lo que se considerarían factores de riesgo suicida. En primer lugar el sexo, ya que está ampliamente descrito la mayor vulnerabilidad en el sexo masculino, a diferencia de nuestra muestra donde observamos una mayoría de casos de intentos frustrados en mujeres. La segunda variable a destacar, es que en nuestra muestra existe una mayoría de no consumidores de tóxicos (65%) a diferencia de los datos conocidos de la predisposición a intentos autolíticos si existe un consumo de tóxicos activo. También destaca el rango de edad, siendo en nuestra muestra mayoritariamente adultos jóvenes, menores de 30 años, a diferencia de lo esperado que sería por encima de esta edad.

Conclusiones:

A pesar de que haya multitud de estudios que describen un prototipo de paciente suicida, debemos seguir diferenciando al suicida frustrado de los intentos autolíticos en grupos de estudio más numerosos que nuestra muestra. No debemos descuidar una buena exploración y valoración del riesgo suicida a nivel individual desde los primeros niveles asistenciales hasta los equipos más especializados en salud mental.

[PO-2053] Importancia de la teoría de la mente en las conductas autolíticas de pacientes con trastorno límite de la personalidad

Francisco Gotor Sánchez-Luengo, Samuel Leopoldo Romero Guillena, Beatriz Oda Plasencia García de Diego

Mostrar Póster**Introducción:**

La teoría de la mente (ToM) es un importante dominio de la cognición social. Se define como la habilidad para atribuir estados mentales a nosotros mismos y los demás, y de este modo, poder entender y predecir los comportamientos. Déficits en ToM han sido relacionados con las dificultades interpersonales y las conductas disruptivas en el trastorno límite de la personalidad (TLP). La ínsula es un "área de integración" límbica, envuelta en el reconocimiento de estados emocionales internos y externos. Pérdidas de volumen y escasa activación en esta área han sido descritas en pacientes TLP con intentos de suicidio.

Hipótesis:

Creemos que un déficit en ToM, puede ser un precipitante de las conductas autolíticas en el TLP. El objetivo es analizar la correlación entre la ToM con el número de intentos de suicidio en los dos últimos años y determinar si la impulsividad y la despersonalización son factores de confusión.

Método:

Se reclutaron 22 pacientes entre 18 y 65 años, con diagnóstico DSM-5 de TLP. Para valorar la capacidad para discriminar estados mentales se empleó el Reading the Mind in the Eyes Test (REMET). Este test comprende habilidades de la ToM, en la medida en que el sujeto tiene que reconocer estados mentales complejos y asociarlos con la expresión transmitida por la mirada de una imagen. Se evaluó la impulsividad mediante la puntuación total de la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS) y los niveles de despersonalización mediante la Escala de Despersonalización de Cambridge (CDS). Se obtuvieron los coeficientes de correlación de Pearson para explorar la asociación entre las tres escalas, con el número de intentos de suicidio en los dos últimos años. Se construyeron modelos de regresión lineal usando el número de intentos autolíticos como variable dependiente y como posibles predictores los resultados de REMET, BIS y CDS. Se realizó un análisis multivariante para comprobar si las relaciones que se detectasen en las correlaciones simples se mantenían.

Resultados:

La edad media fue de 25,91 años ($\pm 7,20$). La media en el número de intentos de suicidios en los últimos dos años fue de 3,09 ($\pm 2,30$). Encontramos una fuerte correlación ($r = -0,701$).

Discusión:

Existe en nuestro trabajo una fuerte asociación entre un peor rendimiento en ToM y un mayor número de intentos de suicidio, no encontrando que la impulsividad ni los síntomas de despersonalización pueden ser potenciales factores de confusión.

Conclusiones:

Los déficits en ToM puede ser un factor a tener en cuenta en el abordaje de las conductas autolíticas de pacientes con TLP. Creemos que una correcta evaluación de la cognición social ayudaría, no sólo a identificar un grupo de especial riesgo, sino a diseñar estrategias terapéuticas basadas en mejorar la ToM.

[PO-2054] Aplicación del protocolo para los pacientes con conductas suicida en la UGC de salud mental del AGS Sur de Sevilla, 2016. Datos y reflexiones hasta el momento actual.

Ángela Valladares García, Agustín Sánchez Gayango, Cristina Romero Pérez.

Mostrar Póster**Introducción:**

Según el INE, en 2015 se produjeron en nuestro país 3.602 suicidios. Los intentos de suicidio y la ideación suicida son mucho más frecuentes. En nuestro hospital, en el último año, se asistió a alrededor de 500 intentos autolíticos. El protocolo para la conducta suicida, objeto de estudio, se activaría ante ideas o conductas autolíticas moderadas/severas que no tengan indicación de ingreso (involuntariedad, ausencia de soporte psicosocial, etc) y se apoya en un seguimiento comunitario estrecho.

Hipótesis:

El objetivo de este estudio es analizar si se reduce el número de conductas autolíticas con la aplicación de dicho protocolo. El seguimiento ambulatorio sería menos traumático para el paciente y más costo-eficaz al reducirse los gastos que se derivan del ingreso hospitalario.

Método:

Se trata de un estudio de tipo descriptivo en el que hemos seleccionado como muestra a los pacientes candidatos al protocolo de suicidio en el hospital Ntra Sñra de Valme durante el año 2016, unos 26 individuos en total. Posteriormente hemos recogido información en base de datos hospitalaria sobre edad, sexo, la presencia o ausencia de antecedentes en salud mental así como la naturaleza de la conducta o riesgo autolítico. Además comprobamos la presencia de intentos autolíticos previos y posteriores a la aplicación del protocolo de suicidio y a su vez si ha sido realizado correctamente éste por el paciente.

Resultados:

Edad media de $41,57 \pm 12,12$. Respecto al sexo tenemos 8 varones frente a 13 mujeres. El 39% padecían un trastorno depresivo, el 25% un trastorno mixto ansioso-depresivo, un 18% trastorno de personalidad, el 7% no tenía antecedentes psiquiátricos, otro 7% presentaba retraso mental y por último un 4% un trastorno por consumo de sustancias. El 80% de conductas suicidas se tratan de intoxicaciones medicamentosas voluntarias, un 16% presenta ideación autolítica persistente y un 4% realiza venoclisis. En un seguimiento de aproximadamente un año, el 80% de los pacientes no vuelven a tener conductas autolíticas. De este grupo el 57% cumple el protocolo y el restante 43% no lo cumple o lo hace parcialmente. Del 80% inicial, el 47% tenían antecedentes de conductas autolíticas previas. En el grupo de pacientes que por el contrario sí presentan conductas autolíticas postprotocolo, habían seguido el protocolo correctamente.

Discusión:

La muestra elegida es muy pequeña para realizar inferencias a la población general aunque es de la que disponemos en este momento debido a la reciente implantación del protocolo. No obstante nos sirve de forma orientativa y como base para el desarrollo de nuevos estudios.

Conclusiones:

La mayor parte de los pacientes que se incluyen en el protocolo no vuelven a tener conductas autolíticas, al menos durante un año, independientemente de los intentos previos. En ocasiones, aunque en un porcentaje mínimo, a pesar de cumplirse bien el protocolo por ambas partes, se vuelven a repetir conductas autolíticas. El protocolo parece eficaz, sin embargo puede mejorarse, quizás individualizando la asistencia en función de las características de los individuos, realizando intervenciones más intensivas en la población resistente.

[PO-2056] Diagnósticos asociados a la conducta suicida en el Hospital General

Jesús Ángel Monforte Porto, Alberto San Román Uría, Carlos Llanes Álvarez

Mostrar Póster**Introducción:**

La presencia de un trastorno psiquiátrico es un fuerte predictor de conducta suicida. Los trastornos afectivos, con el trastorno depresivo mayor a la cabeza, son los cuadros psiquiátricos más relacionados con la conducta suicida, en particular en las personas mayores. Al igual que ocurre en el resto de las edades, el consumo de sustancias también se ha relacionado con el suicidio en sujetos mayores, principalmente en hombres. Por otra parte, casi el 20% de los pacientes con un trastorno por angustia o fobia social, realizan un intento de autolisis a lo largo de su vida. Además, los trastornos de personalidad pueden determinar la conducta suicida de varias formas, como predisponiendo a trastornos mentales o conduciendo a problemas en las relaciones interpersonales y el ajuste social.

Hipótesis:

Determinar la comorbilidad psiquiátrica asociada a las demandas por conducta suicida, en relación con la edad, derivadas de Servicios Médico-Quirúrgicos de un Hospital General.

Método:

Material: Variables sociodemográficas (edad, sexo) y clínicas (consumo de tóxicos y tipo de tóxico, diagnóstico psiquiátrico comórbido según criterios CIE-10 realizado desde la interconsulta). Método: Diseño del estudio. Estudio epidemiológico sobre 101 pacientes cuya demanda de interconsulta es por ideación/intento autolítico, del total de las 1266 interconsultas solicitadas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2015. Consideraciones bioéticas. El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Resultados:

La edad media es de 51,76 años (40,69 en ≤ 64 años y 77,74 en ≥ 65 años – p 0,000 -), mujeres el 62,4% de la muestra (70% en ≤ 64 años y 45,2% en ≥ 65 años – p 0,017 -). El 36,6% de los pacientes reconocían consumo de tóxicos (51,4% en ≤ 64 años y 3,2% en ≥ 65 años – p 0,000 -), sobre todo tabaco (47,1% en ≤ 64 años y 3,2% en ≥ 65 años – p 0,000 -) y alcohol (28,6% en ≤ 64 años y 0% en ≥ 65 años – p 0,000 -).

Discusión:

Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentemente asociados a la conducta suicida en ≤ 64 años son los trastornos por uso de sustancias (31,4% - p 0,002 -), fundamentalmente alcohol (14,3%) y múltiples tóxicos (11,4%), y los trastornos de la personalidad (17,1% - p 0,027 -), destacando el trastorno límite de la personalidad (11,4%). Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentemente asociados a la conducta suicida en los ≥ 65 años son los trastornos afectivos – episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente, distimia - (51,6% - p 0,017 -) y los trastornos de ansiedad (41,9% - p 0,043 -).

Conclusiones:

Elevada prevalencia de trastornos por uso de sustancias (31,4%) y trastornos de la personalidad (17,1%) en la conducta suicida de pacientes ≤ 64 años, y de trastornos afectivos (51,6%) y de ansiedad (41,9%) en los ≥ 65 años; por lo que, desde la interconsulta psiquiátrica, se debe ofrecer un modelo de asistencia sanitaria integral y coordinado que mejore la salud de los pacientes hospitalizados por conducta suicida en el hospital general.

[PO-2057] La conducta suicida como motivo de demanda en la Interconsulta Psiquiátrica

Jesús Ángel Monforte Porto; Concepción Fernández Rojo, Patricia López Landeiro

Mostrar Póster**Introducción:**

La conducta suicida constituye un campo de trabajo paradigmático para los programas de psiquiatría de enlace en el hospital, por la necesidad de abordarla conjuntamente con otras especialidades médicas. La atención al paciente suicida implica intervenciones que recomiendan una coordinación muy estrecha entre el psiquiatra, el resto de especialistas y otros trabajadores de la salud.

Hipótesis:

Determinar las características sociodemográficas y asistenciales de las demandas por conducta suicida, en relación con la edad, desde la Interconsulta Psiquiátrica.

Método:

Material: Variables sociodemográficas (edad, sexo, lugar de residencia, con quién vive), clínicas (motivo de la petición de interconsulta además de la conducta suicida, tipo de conducta suicida) y asistenciales (servicio de procedencia de la demanda, tipo de petición, derivación al alta). Método: Diseño del estudio. Estudio epidemiológico sobre 101 pacientes cuya demanda de interconsulta es por ideación/intento autolítico, del total de las 1266 interconsultas solicitadas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2015. Consideraciones bioéticas. El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Resultados:

La edad media es de 51,76 años (40,69 en ≤ 64 años y 77,74 en ≥ 65 años – p 0,000 -), mujeres el 62,4% de la muestra (70% en ≤ 64 años y 45,2% en ≥ 65 años – p 0,017 -). Residen en medio urbano el 55,4% de los casos, sin que existan diferencias por edad. Los ≥ 65 años conviven preferentemente con el cónyuge (51,6%) y los hijos (19,4%) y los ≤ 64 años con su cónyuge (35,7%) y los padres el (32,9%) – p 0,001 -. Los motivos de consulta más frecuentes, además de la conducta suicida, sobre todo en la población ≥ 65 años son las alteraciones de la conducta (p 0,049), el ánimo depresivo (p 0,000) y los síntomas de ansiedad (p 0,001). El 77,1% de los ≤ 64 años ingresan por intento autolítico y en el 67,8% de los ≥ 65 años se solicita valoración por ideación autolítica (p 0,010). El tipo de intento autolítico más prevalente es la intoxicación farmacológica (44,6%).

Discusión:

Casi la mitad de las demandas proceden de la UCI (48,5%), y un 24,7% del Servicio de Medicina Interna. En el 64,4% de los casos la petición de la interconsulta es urgente/en el día. Un 30,7% de los pacientes (32,9 en ≤ 64 años y 25,8 en ≥ 65 años), son derivados para ingreso en la Unidad de Hospitalización del Servicio de Psiquiatría, un 27,7% (31,4% en ≤ 64 años y 19,4% en ≥ 65 años), se derivan a dispositivos ambulatorios de Salud Mental, y un 10,9% (2,9% en ≤ 64 años y 29% en ≥ 65 años), para Atención Primaria (p 0.009).

Conclusiones:

Las conductas suicidas suponen un 8% de las demandas de valoración psiquiátrica por servicios médico-quirúrgicos, siendo más prevalente la ideación autolítica en ≥ 65 años y los intentos suicidas en ≤ 64 años. Se hace necesario una adecuada coordinación entre Interconsulta Psiquiátrica, Salud Mental y Atención Primaria para el adecuado seguimiento de estos pacientes.

[PO-2058] Relación entre la conducta suicida y dos polimorfismos del gen del receptor de la leptina

Javier Fernández Aurrecochea, Concepción Vaquero Lorenzo, Pablo Fernández Navarro, Enrique Baca García

Mostrar Póster**Introducción:**

El suicidio es uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel mundial ya que supone entorno al millón de fallecimientos anuales, con una tasa estimada de 11,6 por 100.000 habitantes. Sus causas son multifactoriales, y hay diversos modelos que han intentado explicarlo de forma holística. Los estudios familiares apuntan a que existe cierta agregación genética en el suicidio; y se han llegado a identificar ciertos polimorfismos genéticos implicados en un mayor riesgo suicida. Otra de las rutas del estudio sobre la conducta suicida ha sido el metabolismo lipídico. En este sentido, hay dos estudios que vinculan la conducta suicida con niveles séricos bajos de leptina, resultados consecuentes además con el hallazgo de niveles cerebrales de leptina disminuidos en víctimas de suicidio. La leptina es una hormona circulante que se expresa en ciertas regiones cerebrales. No se conoce aún bien su rol pero se sospecha que funcione en vías de señalización intracelular que afectaran al comportamiento. De hecho, un estudio genético de microarrays en corteza prefrontal dorsolateral, orbitofrontal y prefrontal ventral de pacientes depresivos fallecidos por suicidio reveló que el gen para el receptor de la leptina (LEPR) estaba regulado a la baja en éstos frente a los controles sanos.

Hipótesis:

La hipótesis del presente estudio es que existen polimorfismos genéticos lipídicos relacionados con la conducta suicida en pacientes con depresión. El objetivo, por tanto, es comprobar el efecto sobre la conducta suicida en pacientes con depresión de variantes polimórficas y haplotipos de genes relacionados con el metabolismo lipídico.

Método:

Se ha conducido un estudio retrospectivo de casos y controles de asociación genética analizando variantes polimórficas y haplotipos relacionados con el metabolismo lipídico en pacientes depresivos con un intento de suicidio. La muestra estuvo compuesta por un total de 791 sujetos de nacionalidad española. 414 controles sanos y 377 pacientes depresivos, de los cuales 245 habían realizado un intento de suicidio y 132 no, que sirvieron asimismo como grupo depresivo control.

Resultados:

Se han encontrado dos polimorfismos en el gen del receptor de la leptina posiblemente vinculados con la conducta suicida. Uno, el rs1137101, cuyas variantes polimórficas A/G y G/G frente a la común A/A, se asociarían a la conducta suicida ($p=0,021$). Otro, el rs1805134, que comportaría un mayor riesgo suicida en las variantes C/T y C/C respecto de la común T/T ($p=0,047$).

Discusión:

Aunque éste es el primer trabajo publicado que estudia los polimorfismos del gen del LEPR y su nexo con la conducta suicida, los resultados van en consonancia con otros estudios previos, que han apuntado hacia la relación entre un déficit de leptina (tanto sérica como en la corteza cerebral) y el comportamiento suicida de pacientes con depresión.

Conclusiones:

Éste es el primer estudio conducido hasta la fecha que presenta dos polimorfismos en el gen del receptor de la leptina en relación con la conducta suicida de pacientes depresivos.

[PO-2059] Incremento de las muertes suicidas durante la crisis económica en la provincia de Guadalajara

Belén Sánchez Martín-Moreno

Mostrar Póster

Introducción:

El suicidio es un fenómeno multifactorial, cuya causa principal está asociada a enfermedad mental, pero también intervienen factores sociales, biológicos, ambientales y culturales. La percepción de los profesionales de Guadalajara, durante los años de la crisis económica, fue que se había producido un empeoramiento de la salud mental de la población con un consecuente incremento de la demanda asistencial, de los gestos autolesivos y de las muertes suicidas.

Hipótesis:

Describir la incidencia de muertes suicidas desde el inicio de la crisis económica desde 2008 hasta mediados de 2016 comprobando si se produjo un aumento de la incidencia de muertes suicidas en este periodo. Describir las características demográficas de las personas que murieron durante este periodo por causas suicidas. Comprobar si las personas que murieron durante este periodo tuvieron algún tipo de contacto con Salud Mental o tomaban algún tratamiento psicofarmacológico.

Método:

Estudio descriptivo ecológico, retrospectivo y transversal sobre la incidencia de muerte por suicidio en la provincia de Guadalajara. La población a estudio se conformó por las personas fallecidas por causas suicidas en la provincia de Guadalajara durante el periodo 2008-2016, siendo estos datos facilitados por el Instituto de Medicina Legal de Guadalajara. Los datos obtenidos fueron cotejados con las historias clínicas de los pacientes almacenadas en el Hospital Universitario de Guadalajara, accediendo a ellas a través de la aplicación informática "Mambrino". Se cotejaron los datos de las personas fallecidas desde el año 2012 dado que previamente no se encontraba informatizada la historia clínica.

Resultados:

El número de muertes suicidas aumenta durante la crisis, llegando a duplicarse las muertes suicidas en el año 2013 respecto al año 2008 (23 y 10 fallecidos respectivamente). 4 de cada 5 muertes suicidas se producen en hombres. Del total de personas fallecidas por suicidio durante el periodo 2012-2016 en la provincia de Guadalajara: el 27% había tenido contacto previo con nuestra Unidad de Salud Mental, el 45% de las personas fallecidas no hacía seguimiento en Salud Mental y no se disponía de datos del 27% restante de fallecidos. El 22% de las personas fallecidas que no hacían seguimiento en Salud Mental tomaba algún tipo de psicofármaco pautado por su MAP. El 42% de los fallecidos que habían tenido contacto previo con Salud Mental habían sido atendidos previamente por gestos autolíticos, pero sólo costa que el 4% de los fallecidos sin contacto con nuestro servicio habían tenido un gesto autolítico previo.

Discusión:

Es necesario correlacionar estas muertes con el descenso de medios asistenciales sanitarios y sociales durante los años de crisis económica, y otros factores de riesgo, por lo que debemos continuar y profundizar en el presente estudio para poder desarrollar estrategias preventivas adecuadas para nuestra población.

Conclusiones:

Durante la crisis económica se ha producido un aumento de los gestos autolesivos y las muertes suicidas, principalmente en personas sin contacto previo con Salud Mental. La mayoría de suicidas nunca había realizado un gesto previo ni había recibido tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

Es necesario correlacionar estas muertes con el descenso de medios asistenciales sanitarios y sociales durante los años de crisis económica, y otros factores de riesgo, por lo que debemos continuar y profundizar en el presente estudio para poder desarrollar estrategias preventivas adecuadas para nuestra población.

[PO-2061] Diferencias en el método de suicidio según edad y sexo

Hernández-Gaspar, Carmen, Pardo-Guerra, Lidón; Pardo-Guerra, María; Belda-Martínez, Adela; Suso-Ribera, Carlos; Mora-Marín, Rafael; Palmer-Viciedo, Ramón

Mostrar Póster**Introducción:**

El suicidio representa actualmente la primera causa externa de defunción. Entre diciembre de 2008 y diciembre de 2015 se suicidaron 346 personas en la provincia de Castellón. La media fue 49 suicidios por año.

Hipótesis:

Describir las variables sexo y edad y su relación con el método suicida, así como identificar las diferencias significativas entre variables con el objetivo de ayudar a prevenir la conducta suicida en cada grupo de población.

Método:

Estudio naturalístico descriptivo transversal de los 346 suicidios consumados en la provincia de Castellón (diciembre 2008 - diciembre 2015).

Resultados:

El 77% de los suicidios fueron cometidos por varones. El rango de edad de la población fue de entre 17 y 94 años. La media de edad fue de 54,5 años. El mayor número de suicidios se produjo entre los 35 y 54 años (42,5%). El método más empleado en hombres fue ahorcadura (54,1%) frente a sólo un 21,8% de mujeres. El método más empleado en mujeres fue la precipitación (35,9%), seguido de la intoxicación (33,3%). Un 19,4% de varones eligió la precipitación frente al 35,9% de mujeres. El uso de armas fue un método poco empleado, pero observamos una diferencia significativa entre sexos: 9% de hombres, 1,3% de mujeres; $\chi^2(4)=50.41$

Discusión:

El suicidio en la provincia de Castellón es 3 veces más frecuente en varones, produciéndose entre los 35 y los 54 años el mayor número de casos en ambos sexos. El método más empleado en todos los rangos de edad fue la ahorcadura seguido de precipitación, probablemente por tratarse de medios físicos de elevada letalidad (1). Los hombres presentaron una clara preferencia por la ahorcadura y las armas de fuego y las mujeres prefirieron la precipitación y la intoxicación como método letal. Estos datos pueden tener relación con el mayor acceso a las armas de fuego por parte de los hombres y una mayor presencia de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico en la población femenina, que les facilita el uso de psicofármacos como método de suicidio (2).

Conclusiones:

Es preciso implantar campañas de prevención de suicidio y, dado que los hombres utilizan métodos más letales y se suicidan con mayor frecuencia, éstas deberían ir dirigidas con mayor prioridad a este grupo de mayor riesgo.

[PO-2064] Índice neutrofilo/linfocito posible biomarcador predictor de riesgo de tentativa de suicidio en pacientes con depresión

Julia Rodríguez-Revuelta, Beatriz Solís, Patricia Burón, Iciar Abad, Xana Egea, Leticia Gonzalez-Blanco, Laura Rubio, Carlota Moya, Paz García-Portilla, Julio Bobes, Pilar A Sáiz,

Mostrar Póster**Introducción:**

La inflamación sistémica da lugar a un incremento de la respuesta inmune en SNC pudiendo contribuir a la patogénesis de trastornos neuropsiquiátricos (1). Se han descrito diversos índices, neutrófilo-linfocito (INL) y plaqueta-linfocito (IPL), útiles como indicadores periféricos de respuesta inflamatoria, habiéndose investigado su asociación con la depresión (2). Si bien, no existen estudios que determinen su posible utilidad como marcador de riesgo de tentativa suicida (TS)

Hipótesis:

Establecer si el INL y/o el IPL son útiles en la predicción de TS en pacientes con depresión.

Método:

Se evaluaron 65 pacientes [hombres=28 (43,1%); edad media (SD)=52,69 (10,68)], procedentes del Área Sanitaria IV de Asturias, con diagnóstico de depresión uni y bipolar (criterios CIE-10 y puntuación Escala Hamilton de Depresión > 15). Protocolo de evaluación: 1) Protocolo breve de Evaluación de Conducta Suicida; 2) Escala Hamilton de Depresión-HDRS; 3) Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Brugha-LTE; 4) Escala de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia-CTQ; 5) Brown-Goodwin Lifetime History of Aggression-BGLHA; 6) Escala Breve de Personalidad y Acontecimientos Vitales para la detección de los intentos de suicidio (versión breve)-S-PLE; 7) Escala de Impulsividad de Barratt-BIS-11. La variable dependiente fue antecedentes personales de TS previa (si/no). Para el análisis univariado se utilizó la prueba χ^2 (variables categóricas) y t de Student (variables continuas). Se realizó un análisis de regresión logística, método hacia delante (RV) de las posibles variables con capacidad predictiva sobre historia personal de TS.

Resultados:

El 55,38% (n= 36) tenían antecedentes personales de TS previas. En el análisis univariado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, descendencia, convivencia, nivel de estudios, situación laboral, religiosidad), antecedentes personales (maltrato en la infancia y presencia de episodios depresivos), antecedentes familiares (TS ó suicidio consumado en familia), comorbilidad (enfermedad somática, consumo de alcohol y tabaco), clínicas (gravedad actual HDRS de depresión e impulsividad según BIS) o marcadores periféricos de neuroinflamación (INL e IPL). Los pacientes con TS presentan mayor número de acontecimientos vitales estresantes en los últimos 6 meses, LTE (p=0,037), mayor puntuación en la escala S-PLE (p=0,048) y en BGLHA (p=0,004). El modelo de regresión logística final incluye tres variables que contribuyen de modo estadísticamente significativo al mismo (BIS-cognitivo, BGLHA total, INL) ($\chi^2=21,951$ (3), p=0,000; R2 Nagelkerke=0,409) indicando que el modelo fue capaz de distinguir entre pacientes con/sin TS. La sensibilidad de este modelo es de 78,10, la especificidad de 75,00 y el valor predictivo positivo 78,13 y el negativo 75,00.

Discusión:

En nuestra muestra de pacientes con depresión y similares sociodemográficas y clínicas, impulsividad cognitiva, agresividad y respuesta inflamatoria predicen el riesgo de TS. Se podría hipotetizar que el sistema serotoninérgico podría ser el factor mediador de estas alteraciones, ya que por un lado, dicho sistema, es modificado por la respuesta inflamatoria y por otro, alteraciones en el sistema serotoninérgico derivan en facilitación de comportamientos impulsivos y agresivos. (4)

Conclusiones:

Impulsividad cognitiva, agresividad y respuesta inflamatoria periférica pueden predecir el riesgo de TS en pacientes con depresión.

[PO-2065] El suicidio en Navarra

Adriana Goñi Sarriés, Leire Azcárate Jiménez, José Javier López-Goñi

Mostrar Póster

Introducción:

El suicidio es la primera causa de muerte no natural en Navarra. La Comunidad dispone de un protocolo pionero en la prevención y actuación ante conductas suicidas, elaborado en 2014.

Hipótesis:

Conocer la magnitud del suicidio consumado y su evolución desde el año 2000 hasta el 2015. Comparar con el resto de Comunidades Autónomas y valorar la variable sociodemográfica sexo. Dar a conocer el Protocolo Interinstitucional de prevención y actuación ante conductas suicidas.

Método:

Revisión de los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística relativos a los fallecimientos por suicidio en Navarra en el periodo 2000-2015 y del Observatorio del Suicidio en España.

Resultados:

En Navarra los suicidios no han aumentado en estos últimos años pero tampoco descienden. La tasa se sitúa en torno al 8/100.000, en la media española. La proporción hombre-mujer es de 3:1, a excepción de 2015 que ha sido 1:1. El suicidio aumenta hasta 2007 y se estabiliza en estos últimos años.

Discusión:

Disponer de un conjunto protocolizado de actuaciones de intervención y prevención permite implantar una coordinación entre sistemas, intervenir de forma eficaz y efectiva y hacer un seguimiento adecuado. Es imprescindible sensibilizar y formar a los profesionales, garantizar la atención ante las crisis desde el ámbito adecuado, incluir a las personas del entorno, garantizar la continuidad de la atención entre los diferentes circuitos y ofrecer atención a los allegados y a los profesionales implicados

Conclusiones:

El suicidio se puede prevenir con programas y protocolos de detección y actuación ante la conducta suicida.

[PO-2066] Trastorno mental como predictor de riesgo de suicidio: estudio de casos y controles

Adriana Goñi Sarriés, José Javier López-Goñi, Leire Azcárate Jiménez, Patricia Macaya Aranguren, Lucía Janda Galán, Laura Montes Reula, Almudena Portilla Fernández, Rebeca Elorza Pardo

Mostrar Póster**Introducción:**

El trastorno mental es un fuerte predictor para la aparición de la conducta suicida. Valorarlo y reconocerlo en el Servicio de Urgencias está relacionado con la disminución de la repetición de la conducta autolítica.

Hipótesis:

Analizar las diferencias de los diagnósticos clínicos (CIE-10) recibidos entre los pacientes que acuden a las urgencias hospitalarias psiquiátricas por intento de suicidio y aquellos que lo hacen por cualquier otro motivo psiquiátrico (1). Así mismo, se analizan las diferencias en función del sexo.

Método:

Fueron incluidos en el estudio un total de 440 pacientes, mayores de 18 años, atendidos en el Servicio de Urgencias. Se trata de 207 casos que acudieron a urgencias por un intento autolítico y de 233 controles que recibieron atención psiquiátrica por un motivo diferente. Se les aplicó un protocolo de evaluación psiquiátrica en el momento de la valoración en urgencias.

Resultados:

Los trastornos afectivos, de consumo y adaptativos aparecen en mayor proporción entre quienes acudieron por intento de suicidio, frente a las psicosis y los trastornos de ansiedad entre quienes acudieron por otro motivo

Discusión:

Como se afirma en la literatura, los trastornos afectivos están significativamente representados entre quienes realizan un intento de suicidio (2), aunque según nuestros resultados el riesgo es casi del doble para aquellos pacientes que tenían un trastorno de consumo de sustancias. El riesgo asociado a los trastornos afectivos fue muy semejante en ambos sexos.

Conclusiones:

Los Servicios de Urgencias tienen un papel crucial en la prevención, detección y tratamiento del suicidio. Es esencial disponer de personal entrenado en la evaluación psicopatológica y de otros factores de riesgo de suicidio para indicar un plan de seguimiento adecuado a cada paciente.

[PO-2067] Estudio observacional descriptivo sobre tentativas autolíticas atendidas en un Equipo de Salud Mental Ambulatorio a lo largo de un año

Luis Gutierrez Rojas, Margarita Guerrero Jiménez, Carmen Maura Carrillo de Albornoz Calahorro, Braulio Girela Serrano, M Ángeles Arenas Jiménez

Mostrar Póster

Introducción:

Paralelamente a la reciente crisis económica mundial, existe una preocupación creciente por el efecto de la recesión sobre las tasas de mortalidad por suicidio. En nuestro país, esta crisis ha afectado especialmente en áreas turísticas y agrícolas como la zona costera de Granada en Andalucía, la mayor región de España. De esta manera, el estudio del perfil de los intentos de suicidio en esta área podría poner de relieve esta relación.

Hipótesis:

Registrar pacientes tratados urgentemente en la Unidad Comunitaria de Salud Mental de Motril, Granada (España) por intento de suicidio a lo largo del año 2015.

Método:

Se realizó un estudio descriptivo en el que se registró a los pacientes atendidos con urgencia en la Unidad de Salud Mental de la Comunidad de Motril que realizaron cualquier gesto de suicidio desde febrero de 2015 hasta diciembre de ese mismo año.

Resultados:

Origen:

- 23 de 39 (59%) fueron remitidos del servicio de urgencias del hospital general.
- Dispositivos ambulatorios de atención médica y emergencias: 1
- Atención Primaria: 10
- Otro Especialista: 2
- Iniciativa propia: 2

Diagnóstico de alta:

- 14 de 39 (35,8%) individuos no cumplieron con los criterios para ningún trastorno mental, aunque algunos de ellos fueron clasificados con diagnóstico V o Z de acuerdo con la CIE-10 por hacer un gesto reactivo a una crisis emocional, rupturas de parejas o problemas económicos.
- 11 de ellos cumplieron con los criterios de varios trastornos de ansiedad, obsesivo compulsivo y crisis adaptativa.

Discusión:

La atención primaria y preventiva entre los trastornos psiquiátricos no es tan resolutiva como otras especialidades. Debido a esta deficiencia, el paciente acude a la sala de emergencias del hospital para recibir ayuda y orientación con más frecuencia. Conociendo algunas características peculiares en las poblaciones suicidas, así como las patologías más prevalentes, podría adaptarse tanto el perfil de la asistencia por parte de enfermería como el tipo de recursos necesarios para asegurar una atención eficaz del paciente en estos dispositivos.

Conclusiones:

El perfil de los pacientes atendidos por intento de suicidio en un servicio ambulatorio en una zona costera semi-rural es variado. Vale la pena mencionar que un tercio de esta población no cumplía con los criterios para ningún trastorno mental.

[PO-2068] Riesgo suicida en población general con síntomas psicóticos

Jorge A. Cervilla Ballesteros, Margarita Guerrero Jiménez, Carmen Maura Carrillo de Albornoz Calahorro

Mostrar Póster**Introducción:**

Estudios epidemiológicos han demostrado en los últimos años que la prevalencia de síntomas psicóticos en población general es mayor a lo que previamente se había estimado. Existen una serie de factores asociados a presentar dichos síntomas que es importante conocer.

Hipótesis:

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de síntomas psicóticos (SP) a nivel poblacional en nuestra área de influencia ya que no existen estudios similares en Andalucía así como los correlatos que se asocian a presentar SP.

Método:

Se realizó una revisión sobre lo publicado hasta el momento sobre la epidemiología de los SP en población general y posteriormente se diseñó un estudio epidemiológico transversal (GRANADΣP) en el que se tomó una muestra de 809 individuos residentes en la provincia de Granada de forma aleatoria y estratificada obtenidos de la Base de Datos Unificada del Sistema Andaluz de Salud. Estos individuos fueron entrevistados por psicólogos entrenados mediante la entrevista semiestructurada MINI sobre síntomas psicóticos. También se han recogido los datos epidemiológicos que pueden estar asociados a la presencia de esta psicopatología como factores del estilo de vida y sociodemográficos, historia familiar, experiencias en la infancia, acontecimientos vitales estresantes, problemas laborales y apoyo social. Así mismo, se han realizado pruebas de funcionalidad y cognitivas junto con algunos cuestionarios de salud general y mental todo mediante cuestionarios validados.

Resultados:

La prevalencia de síntomas psicóticos en población granadina fue del 10.3% de la muestra estudiada, de los 809 individuos, 83 presentaba algún síntoma psicótico. El 6.1 % reportaba alucinaciones y el 7.4% delirios.

Entre los factores asociados destaca un incremento en el riesgo de suicidio en las personas que presentaban SP.

Otros factores asociados fueron una menor funcionalidad, haber sufrido algún tipo de abuso en la infancia y mayor impulsividad.

Discusión:

La prevalencia de síntomas psicóticos en población Granadina fue similar a la de otros estudios hechos en España como el EsEMED realizado en Cataluña con un 11.2% de síntomas psicóticos y también a otros estudios realizados en Europa como el BNS realizado en Gran Bretaña con un 10.9% de prevalencia. Dista mucho sin embargo de estudios realizados en Norteamérica como la National Comorbidity Survey con un 28% de prevalencia.

Conclusiones:

Estudios previos coinciden en un incremento del riesgo de suicidio en individuos con SP de manera independiente a otros factores asociados como incremento de impulsividad o maltrato en la infancia. Dichos datos son relevantes dado el alto porcentaje de personas con SP no clínicos por lo que son importantes para diseñar campañas preventivas y de apoyo en este sentido.

[PO-2071] Prevalencia de trastorno depresivo y riesgo suicida en una muestra de pacientes con dependencia alcohólica.

Juan Gibert Rahola, María Robles Martínez, Miguel Ángel García Carretero

Mostrar Póster**Introducción:**

En la práctica clínica diaria se observa que el consumo de alcohol en patrón de dependencia se acompaña en muchos casos de clínica depresiva. La relación entre ambos trastornos está ampliamente documentada en la literatura.

Hipótesis:

Medir el consumo de alcohol, la comorbilidad psiquiátrica del eje I y el riesgo suicida en pacientes con dependencia alcohólica que acuden a un centro de tratamiento específico de alcoholismo en la ciudad de Cádiz.

Método:

Estudio descriptivo de 112 pacientes que acuden a tratamiento por dependencia alcohólica. Se determina la presencia de patología dual mediante la entrevista semiestructurada MINI 5.0.0, utilizando como criterios de dependencia los criterios del DSM-IV.

Resultados:

El 50% presenta patología dual. El consumo medio de UBE/semana al inicio de tratamiento era de 88,18 (88,43 duales vs. 87,93 no duales). Las cinco patologías psiquiátricas de mayor frecuencia en la muestra son: episodio depresivo mayor (EDM) actual, EDM recurrente, trastorno distímico actual, trastorno de angustia y trastorno de ansiedad. Cabe destacar que un 33,9% presentaban riesgo de suicidio, de los cuales un 17,8% un riesgo moderado-alto. Respecto al sexo presentan diferencias significativas: el EDM recidivante ($p=0,029$) más prevalente en hombres y la anorexia actual ($p=0,05$) más prevalente en mujeres. Pese a no haber diferencias estadísticamente significativas, destacamos que existe una mayor prevalencia de EDM con síntomas melancólicos actuales, riesgo de suicidio alto y trastorno de ansiedad generalizada actual en las mujeres que en los hombres. Un 33,9% de la muestra global presentaban riesgo de suicidio. En los pacientes duales ese riesgo suicida se eleva hasta un 67,9%, de los cuales un 35,8% tiene un riesgo moderado-alto; podemos destacar que tanto en la muestra global como en los duales el riesgo de suicidio es más elevado en las mujeres, sobre todo el riesgo de suicidio alto.

Discusión:

Al igual que en estudios previos, la dependencia de alcohol se asoció fundamentalmente con los trastornos del humor y los de ansiedad^{1,2}. De manera más específica, estos son el EDM actual y recidivante y el trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, otros estudios han hallado que son los trastornos psicóticos la patología más prevalente en patología dual³. Un 15-25% de todos los suicidios se producen en pacientes alcohólicos⁴, siendo aún mayor el riesgo cuando existe patología dual². Este hecho debe tenerse en cuenta a la hora de tratar a pacientes con depresiones asociadas al consumo de alcohol, por el riesgo añadido que presentan, el cual es mayor en mujeres duales con clínica depresiva.

Conclusiones:

Las mujeres son las que presentan mayor prevalencia de EDM síntomas melancólicos actual y riesgo suicida alto, por las implicaciones clínicas que esto conlleva siendo necesario realizar una exhaustiva valoración del riesgo suicida en estas pacientes.

[PO-2073] Religiosidad y riesgo suicida en estudiantes de enfermería

Javier Montes-Hidalgo, Cecilia Brando-Garrido, Isabel Félez-Galve, Ana María Marchal-Torrallbo, Yessica Marqueño-Prada y Joaquín Tomás-Sábado

Mostrar Póster**Introducción:**

La religión y la espiritualidad juegan un papel central en la vida de un número significativo de personas y su relación con el bienestar psicológico ha recibido una creciente atención en las últimas décadas (1), incluyendo su influencia en la consideración personal del significado de la vida y la muerte y su posible acción sobre la ideación y conducta suicida.

Hipótesis:

Los objetivos de este trabajo fueron cuantificar y caracterizar el riesgo suicida en una muestra de estudiantes de enfermería y analizar sus relaciones con sus creencias y prácticas religiosas.

Método:

Se realizó un estudio observacional transversal en el que participaron 124 estudiantes de enfermería, 98 mujeres y 26 hombres, con una edad media de 22,38 [DT = 5,66] y un rango de 18 a 44 años. Los estudiantes respondieron un cuestionario anónimo que contenía la forma española de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Asimismo, se incluía dos preguntas referidas a sus creencias y prácticas religiosas, con el texto: 1. ¿Crees en alguna religión? y 2. ¿Practicar alguna religión? En ambas preguntas los estudiantes tenían dos opciones de respuesta: sí o no.

Resultados:

A la pregunta ¿crees en alguna religión?, respondieron afirmativamente 48 alumnos [38,7%], mientras que los restantes 76 [61,3%] lo hicieron de forma negativa. Los alumnos que manifestaron no creer en ninguna religión presentan puntuaciones de riesgo suicida significativamente superiores [p

Discusión:

Los resultados de nuestro estudio coinciden, en gran parte, con los obtenidos en otros estudios de tipo transversal, concluyendo, en general, que aquellas personas que se declaran religiosas muestran un menor nivel de tendencia suicida. De cualquier modo, aunque es obvio que la religiosidad no supone una garantía de protección ante el suicidio, parece interesante considerar su papel a la hora de evaluar el riesgo suicida.

Conclusiones:

En la actualidad, no está claramente establecida la postura de la psiquiatría/psicología oficial acerca del papel que la religión o la espiritualidad puede jugar tanto en el suicidio como en trastornos mentales en general. Por otra parte, aunque existen algunas recomendaciones o protocolos que intentan fijar un código de buenas prácticas en este aspecto (2), no se dispone de estudios con el diseño adecuado, que hayan evaluado el efecto de terapias que incluyan esta dimensión (3).

[PO-2074] Relación entre el consumo de tabaco y café y el riesgo suicida en enfermeras de atención primaria

Joaquín Tomás-Sábado, Isabel Félez-Galve, Ana María Marchal-Torralbo, Yessica Marqueño-Prada, Meritxell Sastre-Rus y Javier Montes-Hidalgo

Mostrar Póster

Introducción:

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable y discapacidad en el mundo industrializado y responsable de, al menos, el 85% de los cánceres de pulmón, la bronquitis crónica y el enfisema (1). Además, existe abundante literatura que indica que el tabaquismo está asociado con todas las formas de tendencia suicida, incluyendo la ideación, intentos y suicidios consumados (2, 3). Paralelamente, algunas investigaciones han sugerido que el consumo de café puede actuar como un factor protector frente al suicidio (4).

Hipótesis:

El objetivo de este trabajo es determinar la asociación entre las puntuaciones de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (SRS) y el hábito tabáquico y consumo de café, en una muestra de enfermeras de Atención Primaria. Se trata de contrastar empíricamente la hipótesis de que el hábito tabáquico incrementa el riesgo de suicidio en la muestra estudiada, mientras que el consumo de café lo disminuye.

Método:

Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y correlacional. Se utilizó una muestra incidental formada por 171 enfermeras que desarrollaban su labor en unidades de Atención Primaria de la provincia de Barcelona.

Resultados:

En el caso del consumo de tabaco, los fumadores presentan una media SRS sensiblemente superior a los no fumadores, aunque la diferencia no alcanza significación estadística. Por lo que respecta al consumo de café, las puntuaciones de consumidores y no consumidores son prácticamente iguales.

Discusión:

Los resultados del presente estudio confirman parcialmente la hipótesis planteada. Por lo que respecta a la relación entre el tabaco y el riesgo suicida, los datos, aunque están lejos de ser concluyentes, sugieren un efecto en la misma línea que los estudios disponibles en la literatura. En la muestra estudiada no se ha observado ningún efecto significativo del consumo de café sobre el riesgo de suicidio.

Conclusiones:

Es evidente que la naturaleza transversal del estudio realizado limita su capacidad para atribuir causalidad entre las relaciones observadas. No obstante, parece fuera de toda duda que el consumo de tabaco y la conducta suicida mantienen algún tipo de asociación. En el caso del consumo de café, su efecto sobre el riesgo suicida es un tema controvertido. A pesar de que las investigaciones disponibles parecen coincidir en señalarlo como un factor protector, los datos de nuestro estudio no apoyan en absoluto este planteamiento, mostrándose el café como un factor irrelevante para el riesgo suicida de las enfermeras.

[PO-2075] Estructura factorial de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en estudiantes de enfermería

Joaquín Tomás-Sábado, Cecilia Brando-Garrido, Isabel Félez-Galve, Yessica Marqueño-Prada, Esther Sala-Barat y Javier Montes-Hidalgo

Mostrar Póster**Introducción:**

En España, desde el 2008, el suicidio es la primera causa de muerte no natural, por delante de los accidentes de tráfico, aunque, dadas las diferencias que encontramos entre los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y los Institutos de Medicina Legal, todo parece indicar que existe un problema de subnotificación, por lo que las cifras reales son seguramente mayores (1).

Hipótesis:

El objetivo de este trabajo fue estudiar la estructura factorial de la forma española de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, en una muestra amplia de estudiantes de enfermería.

Método:

Participaron un total de 637 estudiantes de enfermería, 527 mujeres y 110 hombres, con una edad media de 23,92 [DT = 5,27] años y un rango de 18 a 43 años. Los participantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía, además de otros instrumentos, datos demográficos y la Escala de Riesgo Suicida [SRS] de Plutchik (2) en su versión española (3). La SRS es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar el riesgo suicida, que permite discriminar entre individuos normales y pacientes con tentativas de suicidio o con antecedentes de ellos. Consta de 15 ítems con respuesta dicotómica [sí/no].

Resultados:

Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,796 para los 15 ítems de la SRS. El análisis factorial exploratorio identificó una estructura factorial compuesta por cinco factores significativos que explicaban en su conjunto el 53,84% de la varianza total.

Discusión:

Los resultados obtenidos apoyan la consideración de la escala de RS como un instrumento multifactorial, válido para la evaluación del riesgo suicida en la población española, especialmente en aquellos ámbitos, como enfermería, donde se observa una alta incidencia de conducta suicida.

Conclusiones:

El primer problema a la hora de implementar políticas de prevención es el poco énfasis manifestado a la hora de recoger adecuadamente en las historias clínicas los antecedentes de tentativas autolíticas, que constituyen uno de los mejores predictores de tentativas futuras. Otra de las dificultades deriva del escaso uso de las escalas psicométricas que evalúan el riesgo suicida, que han sido traducidas al español, pero carecen de un riguroso proceso de adaptación y validación (4).

[PO-2076] Autoestima, resiliencia, locus de control y riesgo suicida en estudiantes de enfermería

Javier Montes-Hidalgo, Cecilia Brando-Garrido, Isabel Félez-Galve, Yessica Marqueño-Prada, Esther Sala-Barat y Joaquín Tomás-Sábado

Mostrar Póster**Introducción:**

La consideración de que el suicidio constituye un importante problema de salud pública y una de las principales causas de muerte en todo el mundo ha estimulado la investigación relacionada con los factores psico-sociales que intervienen en la dinámica que conduce a una persona a tomar la decisión de poner fin a su vida, para poder desarrollar estrategias eficaces de prevención (1).

Hipótesis:

El objetivo de este trabajo fue estudiar la asociación de la autoestima, la resiliencia y el locus de control con el riesgo suicida, en una muestra de estudiantes de enfermería españoles.

Método:

Los participantes fueron los estudiantes de Grado de una escuela de enfermería de la provincia de Barcelona que respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado, que contenía, además de datos demográficos sobre edad y sexo, los siguientes instrumentos de medida: Escala de Riesgo Suicida de Plutchik, Escala de Autoestima de Rosenberg, Escala Breve de Afrontamiento Resiliente y Escala de Locus de Control Interno-Externo de Rotter.

Resultados:

La muestra de estudio la componían un total de 186 alumnos, 154 mujeres y 32 hombres, con una media de edad de 22,86 [DT \pm 5,13] y un rango de 18 a 43 años. En general, las puntuaciones para ambos sexos son muy similares y únicamente en el caso del Locus de Control las mujeres puntúan significativamente más alto, indicando una mayor tendencia en el sexo femenino a la atribución de control externa.

Para estudiar la relación de dependencia entre el riesgo suicida y el resto de variables, se utilizó el análisis de regresión lineal múltiple, método stepwise, considerando el riesgo suicida como variable dependiente y como variables independientes aquellas que presentaban un coeficiente de correlación significativo (resiliencia, autoestima y locus de control). La autoestima [RSES], fue la variable identificada por el modelo con una mayor relación con el riesgo suicida, explicando conjuntamente un 29,5% [R²aj] de la varianza.

Discusión:

En general, los resultados obtenidos están en la línea de investigaciones previas (2) y sugieren que aquellos estudiantes con menos autoestima, menos capacidad para sobreponerse a situaciones adversas y LOC externo, presentan un mayor riesgo de suicidio.

Conclusiones:

Aunque la naturaleza transversal de nuestro estudio no permite inferir asociaciones causales, que únicamente podrán determinarse mediante la aplicación de diseños longitudinales, los resultados del análisis de regresión lineal sugieren que la autoestima es el principal factor que interviene en la aparición del riesgo suicida, mientras que el locus de control y la resiliencia únicamente muestran correlación estadísticamente significativa en sus respectivas puntuaciones. Estos resultados pueden orientar el diseño de programas de prevención de lo que ya se considera un importante problema de salud pública.

[PO-3003] Psicología social y rasgos suicidas

Inés García Ramírez, Zoila Escobar Suárez, María Dolores Real Prado, Jennifer Suárez Bermúdez, María Luisa Amador Mateos, Sara Elisabeth Cuevas Ballen

Mostrar Póster

El suicidio es el acto y el efecto de quitarse voluntariamente la vida, es una acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza. Existen dos modalidades de suicidio. El suicidio directo, el cual está expresado por los gestos suicidas, intentos de suicidio y el suicidio consumado; y el suicidio indirecto implica participación, generalmente de modo repetido, en actividades peligrosas (sin intención de acortar la vida). Éste último incluye el abuso de alcohol, drogas, tabaco, comidas, descuido de la salud, automutilación, comportamiento delictivo.

El suicidio y los comportamientos suicidas generalmente ocurren en personas con uno o más de los siguientes factores: trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, depresión, consumo de alcohol o drogas, trastorno de estrés postraumático, esquizofrenia, cuestiones de vida estrenaste. Entre los principales motivos del suicidio destacan los amorosos, depresivos, económicos y familiares.

La mentalidad suicida aparece cuando por diferentes causas, la persona pierde la perspectiva de la realidad, el lindero de la vida y de la muerte, intenta alejarse de una situación de la vida que parece imposible de manejar. En ese caso, el individuo decide enfrentar la muerte, anticipándola como liberadora, como una forma de eludir, justificar o vengarse de una situación que reviste para él un carácter irreversible.

“La gran mayoría de los suicidios sólo quieren alterar lo que los sociólogos llaman situación de la vida. Tanto el suicidio consumado como sus tentativas no pasan, por lo general, de ser un desesperado pedido de ayuda: una ayuda que no se hace presente en el momento adecuado” (Citiva, 1970).

La casuística de este problema tiene un origen muy complejo. Sus raíces se encuentran en las condiciones del estilo de vida y en diversos factores de riesgo que llevan a la persona a “buscar soluciones definitivas”; unos logrando su cometido y otros fallando en el intento. Puede que sean los factores sociales los de mayor impacto.

En primer lugar, la sociedad consumista, la cual propone “Valores”, que confunden las exigencias más profundas del ser humano (comodidad, afirmación personal, riqueza, hedonismo, culto de la personalidad, el divismo, entre otros). En segundo lugar, la sociedad poco se preocupa por la formación del carácter de los ciudadanos para que estos aprendan a superar las dificultades, los conflictos, sus debilidades. En tercer lugar, la sociedad civilizada frena e inhibe la agresividad individual sin ofrecer a cambio la posibilidad de canalizarla en sentido aceptable y productivo.

Basándonos en varios estudios realizados sobre la personalidad predispuesta al suicidio se puede decir que se trata de personas hipersensibles, ansiosas, deprimidas, con baja autoestima, confusas y con cierta tonalidad agresiva hacia el entorno general o hacia algunas personas específicas de ese entorno.

Bibliografía

RAE (Real Academia Española).

Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU (MedlinePlus).

Art. “Aportes a la psicología social de la salud”.- Metodología para evaluar rasgos suicidas. Autores: Luis Esqueda Torres, Francisco Linares.

[PO-3004] Protocolo de prevención del riesgo de suicidio en una Unidad de Hospitalización Breve.

Elena Dutilh Fernández, Ana Cristina Trujillo Moreno, Tiscar Méndez Magaña, Ana Pérez Tejeda

Mostrar Póster**Introducción:**

La hospitalización de un paciente con riesgo de suicidio ha de poner en marcha estrategias específicas de abordaje terapéutico que requieren actuaciones específicas como la evaluación, la observación de la conducta, la monitorización y las estrategias terapéuticas necesarias. El riesgo de suicidio debería contemplarse en todos los receptores de prestaciones sanitarias. La evaluación de esta conducta debe de ser sistemática y exhaustiva en aquellas poblaciones con riesgo incrementado de realizar este tipo de conductas. Las Unidades de Hospitalización breve son lugares se encuentran con frecuencia con este tipo de situaciones para ello deben conocerse bien los principales métodos de suicidio que utilizan los pacientes hospitalizados. Este tipo de conductas deben de ser contenidas y minimizadas al máximo posible. Los manuales de actuación recogen protocolos cuya función es velar por la seguridad de nuestros pacientes y deben de ser bien conocidos por todo el personal, sanitario y no sanitario que trabaja en una planta de psiquiatría.

Objetivo:

El presente trabajo tiene por objeto exponer las diferentes formas de funcionamiento y actuación ante el peligro que plantean los pacientes con riesgo de suicidio en una Unidad de Hospitalización breve.

Método:

Se realiza una revisión monográfica del Manual de Organización y Funcionamiento de una Unidad de Hospitalización breve del norte de Extremadura. Se aborda la evaluación del paciente, los aspectos estructurales con los que ha de contar la unidad y los aspectos organizativos de esta. Se estudian las estrategias propuestas para minimizar riesgos de suicidio en pacientes hospitalizados, medidas generales y medidas específicas de prevención de conducta suicidas así como los pasos a seguir ante la activación del protocolo de suicidio.

Conclusiones:

Todas las unidades de hospitalización breve deben contar con protocolos de suicidio actualizados pues es una realidad con las que nos encontramos en el día a día de una planta de psiquiatría. Las estrategias generales con las que se cuenta para minimizar riesgos en pacientes hospitalizados, las medidas generales y específicas y el contar con un protocolo de suicidio actualizado nos hace poder minimizar este tipo de conductas en la planta de hospitalización.

[PO-3006] Dolor crónico como factor de riesgo en suicidio.

Fernando García Lázaro, Leonor Asensio Aguerri, Erica López Lavela, Carlos Rodríguez-Gómez Carreño

Mostrar Póster**Introducción**

El suicidio siempre ha sido un tema tabú en la sociedad, pero hoy en día es una realidad con una incidencia cada vez mayor. En 2015 se registraron en España según el instituto nacional de estadística 3.602 casos de suicidio. Tiene una etiopatogenia multifactorial, por lo que debemos considerar factores biológicos, genéticos, psicológicos, personales, sociales y familiares; así como estresantes puntuales. El dolor crónico presente en algunas enfermedades, pueden provocar una incapacidad importante, y a la larga síntomas depresivos, debido a la desesperanza ante los tratamientos recibidos y la falta de respuesta de estos. Estos sentimientos pueden llevar asociados ideas de muerte, y ante la no mejoría, finalmente el suicidio consumado.

Objetivos

Mediante la realización de esta revisión pretendemos valorar si el dolor crónico es un factor de riesgo para el suicidio, con la intención de realizar una correcta intervención en este tipo de pacientes para intentar prevenirlo.

Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía científica existente en Medline, Embase, PsycINFO, Cochrane Central Register of Controlled Trials y Uptodate sobre el dolor crónico como factor de riesgo para el suicidio, empleando como palabras clave: suicide ,chronic pain, chronic disease. Resultados: En la bibliografía se describe que la limitación de las actividades diarias, así como el dolor resistente al tratamiento, aumenta el riesgo de suicidio, sobre todo si esta situación provoca sintomatología depresiva en los pacientes. (Kim, 2016) El riesgo aumenta más, si los pacientes son de sexo masculino, y han realizado intentos previos. (Wilson et al., 2016). La escala SCS (Suicide cognitive Scale), puede utilizarse para valorar los pensamientos suicidas y el riesgo actual. El equipo de Brian et al, realizaron una versión abreviada específica para los pacientes con dolor crónico, debido a la alta incidencia de suicidios en esta población. (Bryan et al., 2017)

Conclusiones

El dolor crónico es un factor de riesgo de intento de suicidio y de suicidio consumado. La desesperanza que sienten los pacientes y el dolor mantenido son los factores que más se relacionan con el empeoramiento de la clínica depresiva. Es importante realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes, así como un acompañamiento para intentar que mejore su calidad de vida. Pensamos que el realizar un programa de prevención de suicidio en estos pacientes podría ser muy beneficioso, así como terapias de grupo.

[PO-3007] Relación entre bullying y suicidio en población adolescente

Virginia Millán Aguilar, Aránzazu Ramírez Vargas, Esperanza Prieto Bonilla, Erica López Lavela y Vicente Sánchez Vázquez

Mostrar Póster

La adolescencia es una etapa de cambio que entraña una especial vulnerabilidad, ya que la mayoría de sus problemas y necesidades de salud son consecuencia de comportamientos que se inician en estas edades, como los conflictos familiares, problemas escolares, la relación con sus iguales, el uso de tóxicos, el inicio de las conductas sexuales de riesgo... En esta etapa de la vida, la causa más frecuente de mortalidad tiene relación con causas externas como accidentes, homicidios y suicidios.

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) como “el acto deliberado de quitarse la vida”. Es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. Según la OMS, las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes, al punto de convertirlos en la actualidad en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo.

El acoso escolar o bullying es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado. Según los estudios estadísticos, el tipo de violencia dominante es la emocional y se da mayoritariamente dentro de los centros escolares. Los protagonistas de los casos de acoso escolar suelen ser niños y niñas en proceso de entrada en la adolescencia (12-13 años), siendo ligeramente mayor el porcentaje de niñas en el perfil de víctimas. La violencia ocasionada por el bullying somete a los adolescentes a una serie de estímulos estresógenos que nos hace suponer la generación de situaciones de mayor vulnerabilidad. De esta manera, la cronificación de la situación de acoso escolar podría ser un poderoso factor de riesgo para la aparición de trastornos psicopatológicos y sociales en el adolescente cuyo peor final puede ser la muerte.

El presente trabajo, tiene como objetivo hacer una revisión de los estudios que relacionan el bullying y el suicidio en adolescentes, con el fin de seguir trabajando en la línea de prevenir, detectar e intervenir las situaciones de acoso escolar, y con ello frenar de manera eficaz sus graves consecuencias.

[PO-3008] Impacto del paciente suicida en el residente.

José Portes Cruz, Jesús Gómez-Trigo Baldomino, Cristina Quinteiro Rouco, Santiago Agra Romero, Pedro Ecenarro Tomé, Mario Páramo Fernández., Eduardo Paz Silva. Manuela Pérez Garcia,

Mostrar Póster

El fallecimiento de un paciente por suicidio es uno de los eventos más traumáticos para cualquier profesional del ámbito de la Salud Mental y no deja de ser un acontecimiento vivido por un elevado porcentaje de profesionales. Entre un 15-68% de los psiquiatras han experimentado la pérdida de un paciente por suicidio en sus carreras, siendo este evento frecuente en los residentes en formación (hasta 1/3 de los residente, 53% de los R1)(1).

Tras el suicidio de un paciente son cuantiosos y variados los sentimientos que pueden surgir en los profesionales, culpa, ansiedad, insomnio, pérdida de autoestima, vergüenza, sentimientos de inutilidad, inseguridad, siendo estos mismos sentimientos y las posibles secuelas emocionales manejadas de manera independiente debida a las posibles reacciones y a la estigmatización de la situación. (2) "encontramos más tolerable ver a nuestros pacientes fallecer de cáncer, que de suicidio." (3-1). Surge mayor sensación de susceptibilidad ante co-R, superiores, sensación de falta de apoyo, hasta un 25 % de los residentes los que no solicitan ayuda (1).

Dichos sentimientos e inseguridades tienen su repercusión sobre la práctica clínica, provocando un mayor número de ingresos ante pacientes con tentativas o ideación autolítica, dudas a la hora de seleccionar tratamientos y generando actitudes más defensivas ante la toma de decisiones.

Revisando la literatura se observa un común denominador, la percepción por parte de un elevado porcentaje de residentes de recibir una formación escasa en relación al suicidio y sus múltiples implicaciones y connotaciones.

El artículo "Suicide Intervention Skills Among Japanese Medical Resident" se utilizó la escala modificada SIRI-2, la cual completaron 112 residentes, de los cuales un 89% calificó su confianza en el manejo del paciente suicida como nada seguro o bastante poco seguro. (8). Es un dato llamativo, ya que la figura del residente se encuentra en la primera línea de atención, siendo en un elevado número de ocasiones el primero en realizar una valoración del riesgo suicida de los paciente (guardias, USM), por lo tanto programas centrados en la prevención y actuación ante pacientes con riesgo suicida son considerados muy necesarios. Diversos programas formativos implementados fueron valorados como muy satisfactorios y útiles hasta por un 91'2% de los residentes. (3)

De la misma manera y dados los efectos negativos que un evento como el suicidio presenta sobre los profesionales de la salud mental, siendo más vulnerables los psiquiatras en formación, se considera una opción plausible la creación de grupos de intervención pos-suicidio, habiéndose demostrado que dicha intervención obtiene una disminución del impacto psicológico en los facultativos, así como una valoración positiva por un 98% de los participantes. (3).

Conclusiones:

- 1.- Necesidad de una formación más específica y dirigida en cuanto al suicidio, dado la frecuencia con la que nos encontramos con esta situación al inicio de la especialidad.
- 2.- La creación de equipos de apoyo en las crisis.
- 3.- Desarrollo de protocolo (activación) tras suicidio.

Bibliografía:

- 1.- Ruskin, R., Sakinofsky, I., Bagby, R.M. et al. Acad Psychiatry (2004) 28: 104. doi:10.1176/appi.ap.28.2.104
- 2.- Hendin H, Haas AP, Maltzberger JT, et al. Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. Am J Psychiatry 2004;161:1442-6.
- 3.- Figueroa S(1), Dalack GW. Exploring the impact of suicide on clinicians: a multidisciplinary retreat model. J Psychiatr Pract. 2013 Jan.

[PO-3010] Sistema cannabinoide y conducta suicida: Una revisión sistemática.

Hilario Blasco-Fontecilla PhD, Laura Colino-Martínez M.D., Pilar Rivera-Moya M.D., Sara Boi M.D., Pablo del Sol M.D., Ángela Izquierdo M.D., Alejandro Fernández-Alonso M.D., María Gil PhD, Antonio Sánchez PhD

Mostrar Póster

Introducción: Recientemente se ha realizado una revisión sistemática del papel del sistema cannabinoide en los trastornos de salud mental. Lamentablemente, en dicha revisión no se nombra a la conducta suicida. El objetivo del presente estudio es revisar la implicación del sistema endocannabinoide en la conducta suicida. **Material y métodos:** El presente estudio es una revisión sistemática de la literatura existente sobre los receptores de cannabinoides y su relación con la conducta suicida. Se realizaron búsquedas bibliográficas en PubMed con los términos “cannabinoid receptor” AND suicide OR suicide [Title], “suicide repeat” OR “multiple attempts” OR “suicide attempts”, con el fin de hacer una exploración en toda la literatura disponible (1999-actualidad). De los 40 artículos iniciales se realizó un proceso de selección y cribado siguiendo las recomendaciones PRISMA. Finalmente se incluyeron 15 artículos en la revisión. **Resultados:** Nuestros hallazgos sugieren que el sistema endocannabinoide interviene en la fisiopatología de la depresión y en la conducta suicida. El receptor de endocannabinoides CB1 juega un papel importante en los circuitos neuronales que median el estado anímico, la motivación y los comportamientos emocionales. Asimismo, los endocannabinoides se elevan en situaciones de estrés a través de los receptores CB1. La mayoría de los artículos se centra en el suicidio consumado y apenas hay estudios sobre el papel del sistema cannabinoide en intentos de suicidio. Los receptores de cannabinoides podrían ser una nueva diana terapéutica para el tratamiento de la depresión y la prevención del suicidio.

Conclusión: Nuestros hallazgos sugieren que la disfunción del sistema endocannabinoide interviene en la fisiopatología de los trastornos afectivos y suicidios consumados (Hungund et al., 2004). Sin embargo, hay numerosos aspectos no estudiados del sistema cannabinoide en la conducta suicida, como por ejemplo, el papel que podría jugar este sistema en las conductas suicidas repetitivas y en la adicción a los comportamientos suicidas (Blasco-Fontecilla, 2014, 2016). Los receptores de cannabinoides podrían ser una nueva diana terapéutica para el tratamiento de la depresión y la prevención de las conductas suicidas.

Referencias:

1. Hungund BL, Basavarajappa BS. Role of endocannabinoids and cannabinoid CB1 receptors in alcohol-related behaviors. *Ann N Y Acad Sci.* 2004 Oct;1025:515-27.
2. Blasco-Fontecilla H, Fernández-Fernández R, Colino L, Fajardo L, Perteguer-Barrio R, de Leon J. The Addictive Model of Self-Harming (Non-suicidal and Suicidal) Behavior. *Front Psychiatry.* 2016 Feb 1;7:8. doi: 10.3389/fpsy.2016.00008.
3. Blasco-Fontecilla H, Artieda-Urrutia P, Berenguer-Elias N, Garcia-Vega JM, Fernandez-Rodriguez M, Rodriguez-Lomas C, Gonzalez-Villalobos I, Iruela-Cuadrado L, de Leon J. Are major repeater patients addicted to suicidal behavior? *Adicciones.* 2014;26(4):321-33.

[PO-3011] Revisión de factores de riesgo de suicidio en Primeros Episodios Psicóticos

Riesgo Arias, María; Pans Molina, Irene; Pérez Sosa, Miguel Zacarías; Piña Baena, Ana; Banda Moruno, Jorge.

Mostrar Póster**Introducción**

El suicidio es una de las principales causas de muerte en esquizofrenia. En los últimos años se están estudiando cada vez más los factores de riesgo de suicidio asociados a los pacientes que sufren un primer episodio psicótico así como el papel del insight en el riesgo suicida, con objeto de prevenir estas conductas en dicha población.

Objetivo

Realizar revisión sobre factores implicados en el riesgo de intento de suicidio o suicidio consumado en primeros episodios psicóticos. Además buscamos información acerca de la posible implicación en el desarrollo de ideación suicida que tienen los sesgos y las distorsiones cognitivas que se producen en la esquizofrenia, en concreto el sesgo tipo "jumping to conclusion" ante la hipótesis siguiente: ¿Puede estar mediada la ideación autolítica en PEPs por mecanismos cognitivos alterados como el jumping to conclusion?

Método

Revisión bibliográfica. Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed y Cochrane plus. Se utilizaron los siguientes términos MESH: "suicide", "suicide attempt", "psychosis", "schizophrenia"; y palabras clave: "insight", "cognition", "cognitive distortion", "first psychosis episode", "jumping to conclusion". Filtro temporal: publicaciones a partir del año 2010 Filtro de tipo de publicación: revisión sistemática, meta-análisis, ensayos clínicos. N total de publicaciones escogidas = 12

Resumen y discusión

El prototipo de paciente con un primer episodio psicótico y suicida es: varón, proveniente de áreas urbanas, con un ajuste premórbido deficiente, mayor desconfianza, que ha podido requerir hospitalización, con puntuaciones más altas en escalas de ansiedad y en escalas de alteraciones del contenido de pensamiento. Los métodos suicidas más frecuentes son el ahorcamiento y la precipitación.

Aún no hay suficiente evidencia para apoyar la hipótesis de que el insight puede representar un factor de riesgo de suicidio en pacientes con esquizofrenia. Si existiese una asociación entre tal riesgo y el insight, ésta asociación parece estar mediada por otras variables como la depresión. Se necesitan más estudios para aclarar las implicaciones potenciales de estos hallazgos en la gestión del insight en primeros episodios psicóticos y de cara a establecimiento de medidas de prevención del suicidio en PEPs. Se necesitan estudiar las implicaciones que pudieran tener las distorsiones cognitivas de forma independiente en el desarrollo de ideación suicida en pacientes con psicosis. El sesgo por jumping to conclusion supone una distorsión por la cual se toman decisiones precipitadas sin valorar posibilidades reales de que se está en lo cierto; sería interesante estudiar si las estrategias metacognitivas son útiles como herramienta de prevención de ideación suicida o como mecanismo para evitar el paso al acto en pacientes con esquizofrenia.

1. Preserved cognitive function is associated with suicidal ideation and single suicide attempts in schizophrenia. Delaney C, McGrane J, Cummings E, et al. Schizophr Res. 2012 Sep;140(1-3):232-6.

2. Risk assesmente and suicide by pacientes with schizophrenia in secondary mental healthcare: a case-control study. Lopez-Morinigo JD, Ayesa-Arriola R, Torres-Romano B, et al. BMJ Open. 2016 Sep 27;6(9):e011929.

3. Insight and suicidality in psychosis: A cross-sectional study. Massons C, Lopez-Morinigo JD, Pousa E, et al. Psychiatry Res. 2017 Feb 27;252:147-153.

[PO-3013] El Suicidio en los Lesionados Medulares.

María Dolores real Prado, María Luisa Amador Mateos , Jennifer Suárez Bermudez, Zoila Escobar Suárez

Mostrar Póster**Introducción:**

Los pacientes con lesiones medulares que obtienen como resultado una parálisis provocan un cambio radical en su vida y en la de su familia. Como consecuencia, estos pacientes estarían en gran riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos en general y la depresión en particular (1). El riesgo de suicidio es hasta cinco veces superior al de la población no enferma, y por la tanto, se debe considerar con detenimiento en cualquier valoración de pacientes con lesión medular. Además, en estos pacientes la prevalencia de depresión o sintomatología depresiva es elevada, en torno al 20% (2).

Material y Método:Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas: Medline, PubMed, Cuiden Plus y Cochrane Plus. **PALABRAS CLAVE** Suicidio, lesión medular, politraumatizado, depresión.

Discusión:

Se han analizados diversos estudios en los que se observa una gran controversia. Oscilando entre los que no hay que tener en cuenta las ideas suicidas (5,6) puesto que debe considerarse como una fase más del duelo; hasta los que consideran el suicidio como una de las causas más frecuentes de muerte prematura en los lesionados medulares (8). Los lesionados medulares en las fases más tempranas de duelo, expresan ideas suicidas vagas y difusas pero algunas de ellas llegan a ser estructuradas. Los pacientes pueden optar por conductas autodestructivas volviéndose agresivos y hostiles. En ese periodo sería recomendable disponer de un apoyo psicológico que pudiera redirigir dicha hostilidad hacia su rehabilitación, evitando la evolución hacia trastornos patológicos. Puesto que en esa fase (3 a 6 meses) es cuando se instaura la depresión en los lesionados medulares según Judd y Brown (1992) y teniendo en cuenta que hoy en día el suicidio esta entre las tres primeras causas de muerte en estos pacientes.

Conclusiones:

Se evidencia la importancia del apoyo psicológico de este tipo de pacientes desde su fase aguda para poder afrontar dicho cambio y que evolucionen hacia una mejor recuperación. Existe muy poca bibliografía sobre el tema estudiado y se precisan más estudios respecto al tema.

[PO-3014] Trastorno Límite de la Personalidad y riesgo de suicidio

María Dolores Real Prado, Jennifer Suárez Bermúdez, María Luisa Amador Mateos, Zoila Escobar Suárez

Mostrar Póster**Introducción:**

Intolerancia a la frustración, impulsividad, emociones turbulentas e inestables y problemas de autoestima son rasgos característicos de los Trastornos Límite de la Personalidad (TLP). Todos estos rasgos se enmarcan dentro de los tipos de personalidad que influyen en las conductas suicidas.

Metodología:

Para llevar a cabo la revisión, buscamos información en la selección de artículos que nos ofrecen las bases de datos: MEDLINE, PubMed, LILACS, Cuiden, Dialnet, Gerión y Scielo.

Resultados:

Hoy en día no existe causa concreta que provoque el TLP, pero sí factores de riesgo para padecerlo. Entre las complicaciones de dicho trastorno se incluyen la depresión, los problemas relacionales, drogadicción e intentos de suicidio. El suicidio se define como la acción u omisión de forma deliberada en la cual la persona se quita la vida. Los trastornos de personalidad constituyen un factor de riesgo predictor de suicidio consumado y la presencia de este aumenta hasta siete veces el riesgo de suicidio en la población general. El riesgo de suicidio en estos pacientes aumenta si existe asociada otra patología psiquiátrica como depresión, trastorno bipolar o trastorno por uso de sustancias. Las estimaciones arrojan que uno de cada diez individuos diagnosticado de trastorno límite de personalidad se suicida, y que este diagnóstico se encuentra en más de una cuarta parte de los casos de suicidio que se consuman. En este tipo de pacientes, las tentativas de suicidio suelen ser un medio de expresar su sufrimiento y con frecuencia se llevan a cabo junto con medidas secundarias de rescate. Por otra parte, las autolesiones tendrían un significado diferente a las tentativas, y su objetivo sería el alivio de la disforia que sienten estos pacientes.

Conclusión:

Como hemos podido comprobar con esta revisión, es importante el porcentaje de intentos suicidas en la población con TLP por lo que debemos proponer métodos de ayuda a estos pacientes como por ejemplo: programas de educación a la población, reducir la accesibilidad a utensilios destinados al suicidio o investigación multidisciplinar en la que todos los colectivos participemos para poder dar unos cuidados de calidad.

Bibliografía:

1. Forti Sampietro L, Forti Buratti M. Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. Revista Española de Medicina Legal. 2012; 38 (4):149-154.
2. Vallejo Ruiloba J, Bulbena Vilarrasa A, Menchón Magriñà J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7ª ed. Ámsterdam; Barcelona [etc.]: Masson; 2011.

[PO-3015] Protocolo de Actuación en la Conducta Suicida en el Servicio de Urgencias

Ana Cristina Trujillo Moreno, María del Carmen Martínez Ruiz, María Tiscar Méndez Magaña, Elena Dutilh Fernández, Ana Pérez Tejada

Mostrar Póster**Introducción:**

El suicidio se considera un problema de salud pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo. Además, repercute de manera importante en el entorno, ya que las vidas de los allegados se verán profundamente afectadas a nivel emocional, social y económico. El término suicidio procede del latín sui, "a sí mismo", y occidere, "matar". Según la OMS, el suicidio se define como un acto deliberado por el que el sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal. En un sentido amplio, la conducta suicida se refiere no sólo a la acción que culmina con la muerte, sino que también engloba actos en los que la muerte no llega a producirse.

Objetivo:

Aportar información basada en la evidencia que oriente a los profesionales de la salud en la prevención, detección precoz e intervención en caso de conducta y/o ideación suicida .

Metodología:

Se realiza una búsqueda bibliográfica que permita elaborar un protocolo de actuación en la conducta suicida en el Servicio de Urgencias.

Resultado:

La intervención en el Servicio de Urgencias comenzará valorando la gravedad de las lesiones en caso de que éstas se hubiesen producido y procediendo al tratamiento y estabilización del paciente. A continuación, será necesario valorar el riesgo inminente de conducta suicida, tomando medidas de seguridad específicas si estuviera indicado. Ante una conducta potencialmente suicida, la intervención del psiquiatra debe dirigirse en primer lugar a definir e identificar el problema, evaluando la existencia de factores asociados a la conducta suicida (de riesgo, predictores y protectores), el tipo de conducta suicida (ideación, comunicación o conducta suicida), las características de la ideación suicida (planificación, evolución, frecuencia y valoración de la intencionalidad y determinación), así como las características del intento de suicidio: desencadenantes, valoración de la intencionalidad, letalidad de la conducta, método (intoxicación medicamentosa, daño físico u otros), actitud actual ante la conducta suicida, provisión de rescate o despedida en los días previos. Ante un paciente que acude refiriendo ideación o impulsos suicidas deberemos valorar la potencialidad suicida, mientras que en aquellos pacientes que hayan sobrevivido a un intento tendremos que valorar la gravedad y probabilidad de que éste se repita. Una vez realizada la evaluación psiquiátrica, habrá que valorar la necesidad de tratamiento psicofarmacológico y/o psicoterapéutico, así como la necesidad de ingreso hospitalario. Éste se llevará a cabo cuando exista una repercusión médico-quirúrgica del intento, se requiera un tratamiento del trastorno mental de base o exista riesgo suicida inmediato.

Conclusión:

El suicidio y las conductas relacionadas con el mismo constituyen una de las principales causas de demanda sanitaria en el Servicio de Urgencias. Si bien es cierto, que el suicidio no es una conducta totalmente predecible, una adecuada evaluación e intervención en el momento de crisis puede ayudar a cambiar la actitud del paciente sobre su intención de morir, así como a delimitar los casos en los que persiste un riesgo grave de suicidio.

[PO-3016] Mejorar la atención psiquiátrica a las personas transgénero para reducir el riesgo de suicidio

Virginia Millán Aguilar, Esperanza Prieto Bonilla, Ana Belén Rico Del Viejo, Aránzazu Ramírez Vargas

Mostrar Póster

Una persona trans* es aquella que se identifica y/o se expresa con un género diferente al asignado al nacer. Esta expresión del género que sienten, tienen o eligen presentar entra en conflicto con las expectativas sociales de cómo se deben expresar, a través de la vestimenta, lenguaje o movimientos corporales, de forma acorde con el rol de género culturalmente aceptado. Las personas transgénero, a menudo, se encuentran con dificultades añadidas respecto a las personas cuya identidad de género sentida está en concordancia con la asignada al nacer (persona cis* o cisgénero). Esto es debido a que en nuestro contexto social y cultural aún existen prejuicios sobre la diversidad sexual, corporal y de género. A menudo, las personas que deciden vivir su sexualidad de forma diferente a la “heteronormalidad” social, presentan problemas de salud mental derivados, entre otras causas, de experiencias de discriminación, falta de apoyo social, abusos, y rechazo familiar. La clínica por la que suelen ser atendidas en las consultas de psiquiatría es por síntomas ansioso-depresivos, presentando en ocasiones ideación o conductas autolíticas. Entre los motivos más frecuentes por los que las personas trans* refieren valorar el suicidio son: la alta conflictividad familiar generada tras el reconocimiento de su identidad de género, el rechazo social sentido, la dificultad para expresar abiertamente su género de la forma deseada, o la desesperanza de solucionar sus problemas. Esta conflictividad suele comenzar en la adolescencia, siendo en estas edades cuando realizan el primer gesto autolítico o refieren el inicio de las ideas de suicidio. Es frecuente que estas personas oculten su sufrimiento con el fin de evitar las consecuencias que pueda tener en su entorno familiar, educativo o laboral, y de pareja. De ahí suele derivar la dificultad que las personas trans* encuentran para pedir atención psiquiátrica por ideación autolítica. A esto se le suma la patologización de las identidades trans*, cuya clasificación diagnóstica se sigue ubicando dentro de los trastornos mentales. Otro aspecto que ofrece obstáculos en la relación terapéutica con estos pacientes es la presuposición de la heterosexualidad, la normativa de género o de características sexuales determinadas. Esta situación compleja lleva a que el número de intentos de suicidio en personas transgénero sean superiores respecto a personas cisgénero. Para mejorar la atención psiquiátrica a las personas trans* resulta imprescindible la eliminación de prejuicios y la promoción del respeto a la diversidad. Para ello, es necesario favorecer una comunicación abierta y confidencial con el paciente, que les garantice una atención psiquiátrica de calidad y acorde con sus necesidades, y siempre respetando sus derechos sexuales.

[PO-3017] Urgencias por intento autolítico en el Hospital Infanta Cristina (parla) tras implantación del programa ARSUIC (2012-2016)

Carmen Suárez Pérez, Julia Álvarez-Arenas Alcamí, Cristina del Álamo Jiménez

Mostrar Póster

Análisis descriptivo retrospectivo de la muestra de pacientes que han realizado un intento autolítico desde la implantación del programa ARSUIC en la Comunidad de Madrid (Octubre 2012-Diciembre 2016) con los datos recogidos en urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla (Madrid). Se realiza una comparativa entre estos años del porcentaje de los intentos de suicidio con respecto a las urgencias psiquiátricas totales. Se estudiarán diferentes variables sociodemográficas (sexo, edad, nacionalidad...) para poder realizar el perfil más frecuente de estos pacientes y se establecerá cuál es la asistencia a la cita ambulatoria, que corresponde a dicho programa, en el plazo de una semana tras el intento autolítico. Además, se revisarán los datos del INE de muertes por suicidio en la Comunidad de Madrid en ese periodo.

[PO-3018] Las Benzodiacepinas suicidas. Revisión sobre el aumento del riesgo suicida en pacientes en tratamiento con benzodiacepinas.

Jesús Pemán Rodríguez, Francisco Javier Gómez Beteta, Jesús Enrique Ibáñez Vizoso, Manuel Villanueva Gallego, Germán Montero Hernández, Íñigo Alberdi Páramo

Mostrar Póster

Introducción: Las benzodiacepinas (BZD) son el grupo de psicofármacos más prescritos en la actualidad en España. Sobre este grupo pesa un cierto grado de seguridad respecto a su efecto sobre el riesgo de suicidio. ¿Qué pasaría si en realidad las benzodiacepinas produjeran un aumento del riesgo de suicidio?

Objetivo: Revisar la literatura existente sobre el riesgo suicida producido por las BZD, intentando averiguar los mecanismos de acción, población de mayor riesgo y plantear alternativas para reducir dicho riesgo.

Metodología: Búsqueda de referencias bibliográficas en la base de datos pubmed bajo los términos "benzodiacepinas AND suicide".

Resultados: Se ha relacionado de forma positiva la concentración de GABA a nivel del líquido cefalorraquídeo con el aumento en la impulsividad e intentos autolíticos. Las BZD aumentarían el riesgo suicida a través de una desinhibición paradójica, causa con mayor evidencia; aumento de la ansiedad secundaria a un efecto rebote o abstinencia, o por disminución del nivel de consciencia. Como factores de riesgo figuran el tratamiento en monoterapia con BZD en pacientes con depresión subclínica, y tener una agresividad e impulsividad elevada de base. Las soluciones encontradas son evitar su uso en monoterapia o en combinación con otros hipnóticos, informar de dichos riesgos en ficha técnica y educar al paciente en su uso.

Conclusiones: Existe evidencia respecto al aumento del riesgo suicida producido por las BZD que unido a su elevada prescripción lo convierte en tema de gran relevancia, siendo una primera medida la identificación de los pacientes con mayor riesgo y evitar su uso en monoterapia. Por último es imprescindible crear conciencia entre los psiquiatras de este problema que revierta en una mayor investigación que aclare el riesgo real de las BZD sobre el suicidio.

[PO-3019] Programa de actuación ante el riesgo de suicidio en personas mayores: Intervención en centros residenciales.

Carlos Rodríguez Gómez-Carreño, Fernando García Lazaro, Teresa Rodríguez Cano, Estefanía Segura Escobar, Leonor Asensio Aguerri, Victoria Muñoz Martínez

Mostrar Póster

El suicidio es un fenómeno más frecuente en la población geriátrica que en el resto de la población, suponiendo una proporción del 35% sobre el total de suicidios, y constituyendo un importante problema de Salud Pública. Asociado al factor de la edad, existen otros factores importantes como la viudedad, el consumo abusivo de alcohol y la reciente institucionalización que deben tenerse en cuenta a la hora de abordar este tipo de pacientes. Existen varios factores que inciden directamente en la consecuencia del suicidio en el adulto mayor institucionalizado en residencias geriátricas (ingresos no voluntarios, separación de la familia y entorno habitual de residencia, enfermedades físicas invalidantes, enfermedades mentales no controladas).

Desde el Grupo Regional de Trabajo sobre Suicidio en Castilla -La Mancha (GRT-Suicidio), se plantea la intervención y coordinación con residencias de ancianos, viviendas supervisadas y Centros de Día que reciben como usuarios a personas mayores de 65 años. Evaluamos los datos suicidio consumado en esta franja de edad y con división en zonas geográficas de Castilla -La Mancha. Colaboración con la Consejería de Bienestar Social (sección de Mayores y personas con discapacidad). Desde el programa de actuación se plantean las siguientes intervenciones: Sesiones psicoeducativas con personal cuidador y residentes de centros de mayores; Participación de las Unidades de Salud Mental para una identificación y seguimiento de casos con riesgo suicida y enfermedad psiquiátrica diagnosticada; Establecer protocolos de actuación e identificación precoz de residentes con riesgo autolítico (riesgo leve-moderado-grave); Incluir dentro de los Protocolos de Atención Geriátrica el modelo de prevención y actuación ante el riesgo de suicidio, con especial evaluación en las primeras semanas de ingreso en centro residencial; Evaluación mediante escalas por parte de personal cuidador (SAD PERSON, PLUTCHICK); Atención a residentes y familiares en la elaboración del duelo ante un suicidio consumado. En el abordaje de la conducta suicida en el paciente anciano, existe evidencia sobre modelos de actuación en el ámbito residencial y prevención primaria del suicidio. La formación de los cuidadores y sensibilización ante este tema permitirá identificar casos con posibilidad de intervención satisfactoria, para ello es necesaria la coordinación y establecer modelos de actuación ante situaciones de riesgo.

[PO-3021] Efecto contagio de la conducta suicida en la adolescencia. Estrategias de prevención .

Teresa Jimeno Beltrán, Virginia Chaves Mateos, Esther Garreta Canillas, Ana Bellver Arbona

Mostrar Póster**Introducción.**

Se considera que al menos un 10% de los adolescentes se autolesiona, si bien podría tratarse de un fenómeno iceberg. Entre un 70 y un 90% reinciden y un 30% las mantienen en vida adulta. Se trata de un problema de salud pública dado que en un 40-60% de los suicidios consumados existía historia previa de autolesiones.

En nuestra práctica clínica, en unidad de hospitalización breve, el perfil tipo sería: Adolescente de 14 años, chica, que ingresa por ideación/gesto suicida con antecedentes de autolesiones, en seguimiento por salud mental, antecedentes familiares de psiquiatría, disfunción sociofamiliar y acoso escolar, sin consumo de tóxicos.

Efecto contagio: Se entiende la adolescencia como una etapa en la que se da gran importancia al estatus y las relaciones sociales, siendo muy influenciados por las opiniones y comportamiento del grupo, con búsqueda de una identidad en formación y mayor vulnerabilidad a desarrollar conductas de riesgo.

En nuestra actividad clínica hemos identificado tres focos en los que el efecto contagio multiplica el riesgo de desarrollo de conducta suicida: escolar (amigos/compañeros de clase), hospitalario (usuarios del servicio de salud mental infantojuvenil) y TICs (redes sociales, internet, aplicaciones de mensajería).

Escolar: Pese al aumento alarmante del número de casos de autolesiones, destaca la ausencia de protocolos escolares.

Hospitalario: Chicas que no se autolesionan previo a ingreso pueden comenzar a hacerlo durante su estancia en planta. Se constata que en zonas comunes interactúan y se retroalimentan intercambiando métodos, se comparan y compiten entre sí.

TICs: Amplificación del fenómeno. Búsqueda web: Arma de doble filo con webs anti-lesión y pro-lesión, de contenido poco científico y con multitud de información sobre métodos y con imágenes explícitas.

Estrategias de prevención: Realizamos una búsqueda bibliográfica con el objetivo de hallar diferentes modelos de prevención e intervención con evidencia científica, que puedan minimizar el impacto del efecto contagio observado en nuestra clínica.

Escolar. El estudio Seyle plantea 3 tipos de intervención: entrenamiento "gatekeepers", screening para la detección de alumnos de alto riesgo y concienciación del alumnado. siendo esta última la más eficaz. **Hospitalario.** Dentro de los aspectos a mejorar, los estudios identifican errores de dos tipos: el humano (falta de capacitación profesional, descuidos en la supervisión y vigilancia, valoración insuficiente del riesgo...) y el error estructural (identificar objetos potencialmente peligrosos y el acceso a los mismos). Como estrategias de prevención plantean la evaluación constante del riesgo estructural y una mayor estructuración con supervisión de los procesos de transmisión de información y capacitación del personal.

TICs: Los distintos estudios comentan la existencia de webs anti-lesión, pero señalan que suelen carecer de base científica contrastada, no están vinculadas a organismos de salud pública y que los autores por lo general no tienen formación en salud mental.

Conclusión

El efecto contagio es un fenómeno ampliamente descrito y analizado, pero son escasas las recomendaciones basadas en la evidencia en cuanto a planes estructurados eficaces de prevención en los distintos ámbitos.

[PO-3024] Suicidio en trastornos de personalidad

Silvia Cañas Fraile

Mostrar Póster

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, evolución así como el tratamiento del trastorno esquizotípico de la personalidad.

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.

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
- Fossati, A. et al: Taxonic structure of schizotypal personality disorder: a multiple-instrument, multi-simple study based on mixture models. *Psychiatry Research*, 2005

[PO-3025] Depresión y suicidio: un estudio relacional

Beatriz Herrejón Teodoro

Mostrar Póster**Introducción**

El suicidio es un problema grave de salud pública, a nivel mundial. Cada año se suicidan más de 800000 personas.

Una estrategia reconocida para la prevención del suicidio estriba en la evaluación y el manejo de los trastornos psiquiátricos. La conducta suicida es un fenómeno complejo en el que intervienen diferentes factores interrelacionados: personales, psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Uno de los trastornos mentales más frecuentemente asociado a la conducta suicida es la depresión. Se calcula que la tasa anual del suicidio en depresivos puede ser de 20 a 40 veces superior a la de la población general y que el riesgo de suicidio a lo largo de la vida en pacientes con depresión mayor puede llegar al 6%.

Hipótesis y objetivos

Aunque la depresión mayor parece ser uno de los factores de riesgo más importantes del suicidio, únicamente una pequeña proporción de personas deprimidas realizan un intento de suicidio. El objetivo de este trabajo consiste en determinar las diferencias entre personas depresivas no suicidas y los suicidas depresivos, con la finalidad de precisar indicadores de riesgo suicida en la depresión.

Metodología

Se han realizado revisiones bibliográficas de los distintos estudios acerca de la prevención del suicidio en los casos de depresión.

Resultados

En diferentes investigaciones se han encontrado diferencias entre depresivos suicidas y no suicidas en la hostilidad, mayores antecedentes de intentos previos, insomnio y menores apoyos sociales y familiares. En otros trabajos, se observaron como factores de riesgo asociados a suicidio la historia familiar de suicidios previos, la gravedad del episodio depresivo mayor, la desesperanza, los antecedentes de drogadicción, los trastornos límites de la personalidad y la separación familiar en edad temprana. En pacientes varones con depresión mayor, el abuso o dependencia de drogas y altos niveles de impulsividad y agresividad aumentaron el riesgo de suicidio. La diferencia entre los intentos de suicidio más graves en pacientes depresivos de los que realizan tentativas más leves está en que los primeros presentan más aislamiento, apatía, dificultades de concentración, pérdida de peso, pesimismo y sentimiento de inferioridad. Según varias investigaciones, hay tres síntomas de la depresión que se pueden vincular al riesgo de suicidio: la falta de preocupación del paciente por sí mismo (falta de interés por el aseo), el incremento del insomnio y el deterioro cognitivo.

Conclusiones

A tenor de los hallazgos encontrados en las distintas investigaciones, podemos señalar una serie de indicadores de riesgo de suicidio en pacientes con depresión mayor. El intento de suicidio es uno de los principales predictores de riesgo para llevar a cabo un suicidio consumado. Este riesgo es mayor en el paciente con trastorno depresivo. Los síntomas que parecen ser los más asociados al suicidio en personas con depresión son esencialmente la desesperanza, el abandono del cuidado personal, la dificultad para descansar (insomnio), el deterioro cognitivo, el aislamiento y la pérdida de la autonomía por enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad.

Caso Clínico

[PO-1001] De los síntomas conversivos a Narcolepsia tipo 1: reporte de un caso

Rosario Pérez Moreno, Miriam Tenorio Guadalupe

Mostrar Póster

Se trata de un paciente varón de 8 años derivado a consultas de Psiquiatría por posible sintomatología conversiva, desde Pediatría por presentar debilidad muscular con caídas posteriores. Estuvo ingresado en un período breve en este hospital para filiar el cuadro, descartándose patología orgánica.

El paciente presentaba desde hace 6 meses atrás, episodios de caída, asociados a debilidad en miembros inferiores, sin pérdida de conocimiento ni del control de esfínteres. Los padres referían sintomatología ansiosa inespecífica y muchas veces mencionaban la necesidad del menor de llamar la atención. En la valoración psiquiátrica, resaltó el encontrarlo con pensamiento enlentecido y cierta bradisiquia.

El menor no había tenido contacto previo con SSM ni presentaba antecedentes somáticos relevantes, había tenido una adecuada adaptación sus pares y a nivel escolar. No se emitió juicio clínico psiquiátrico, se planteó continuar seguimiento para adecuada filiación del cuadro.

Ante el empeoramiento de la sintomatología fue nuevamente valorado por Neurología; al realizar una exploración más exhaustiva, además de la ya mencionada caídas notaron lateralidad hacia la derecha, ptosis parpebral continua no fluctuante y episodios de disartria asociada a ptosis más intensas, así como otras parasomnias. Además de otras pruebas (EEGx2 normales, EMG normal, entre otras), se le realiza PSG en que se detecta: ausencia de REM, desestructuración de microarquitectura del sueño, IAH elevado, dando como resultado Probable Narcolepsia tipo 1.

Va mejorando la somnolencia diurna, sin embargo, persisten episodios de cataplejía y mayor irritabilidad, se realiza prueba genética positiva para Narcolepsia tipo 1, se inicia tratamiento con lisdexetametfetamina, sin remisión completa por lo que se añadió clonidina 20mg/d sin mejoría. Desde hace un año con control de sintomatología, asociado a terapia combinada lisdexetametfetamina + clonidina 20mg/día, con remisión completa de los síntomas actualmente.

[PO-1003] Depresión resistente, a propósito de un caso

Ana C. Martín, M. Dolores Riesco, Judit Pons, Delphine Sylvestre, Pere Cendrós, Santiago Escoté

Mostrar Póster**Introducción**

El trastorno depresivo mayor (TDM) es uno de los trastornos mentales más frecuentes, con una prevalencia del 15% y una incidencia del 7%. Los antidepresivos son el tratamiento de primera elección, aunque un 10-15% de los pacientes no responde adecuadamente al tratamiento farmacológico. No existen unos criterios establecidos para considerar un TDM como resistente al tratamiento, aunque se pueden considerar como factores importantes el haber realizado un diagnóstico y un tratamiento farmacológico correcto durante el tiempo adecuado.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de 65 años con antecedentes medicoquirúrgicos de vejiga neurógena atónica. Como antecedentes psiquiátricos presenta un diagnóstico de TDM recurrente desde hace 14 años. Ha realizado dos intentos autolíticos mediante sobreingesta medicamentosa, ha requerido cinco ingresos en Unidad de Agudos de Psiquiatría y tres en Hospital de Día de Psiquiatría por empeoramiento de la clínica depresiva, con predominio de: tristeza vital, apatía, abulia, anhedonia, sentimientos de culpa, alteraciones mnésicas, ansiedad, hiporexia, insomnio global e ideación autolítica estructurada. Se ha realizado tratamiento con diversos grupos farmacológicos: antidepresivos (tricíclicos, duales, Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, Inhibidores de la Monoaminooxidasa), eutimizantes y antipsicóticos (como estrategia potenciadora), ansiolíticos e hipnóticos. También se han utilizado otras estrategias terapéuticas no farmacológicas como son la psicoterapia y la Terapia Electroconvulsiva (TEC), sin respuesta adecuada. Durante el tratamiento con tianeptina a dosis de 37.5mg al día en combinación con TEC de mantenimiento cada 4 semanas, se pasa la escala de depresión de Hamilton-Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), en la que se obtiene una puntuación de 25. Se realiza una valoración neuropsicológica, a través de una batería de pruebas donde se detectan déficits en funciones ejecutivas, que se asocian a la sintomatología depresiva. Dada la evolución de la paciente se decide realizar cambio de antidepresivo a vortioxetina 10mg al día en combinación con TEC. Evolutivamente, se objetiva una mejora de la clínica presentada previamente, que se refleja en una variación en la puntuación de la HDRS que vuelve a ser administrada a los 3 meses después del cambio de tratamiento, y en la que se obtiene una puntuación de 12. Se vuelve a realizar nueva valoración neuropsicológica a los 12 meses del inicio del tratamiento en la que se descarta deterioro cognitivo.

Conclusiones

Hay diferentes estrategias terapéuticas para el abordaje de la depresión considerada resistente al tratamiento: cambio de antidepresivo, combinación de antidepresivos, potenciación del tratamiento antidepresivo con otros fármacos o asociación con otras terapias (psicoterapia, estimulación magnética transcraneal, TEC...).

La evidencia del uso de TEC con los antidepresivos es amplia, pero la vortioxetina es un fármaco relativamente nuevo y no encontramos evidencia extensa. En el caso de nuestra paciente, hemos encontrado una significativa mejoría con esta asociación sin presentar efectos secundarios derivados de la misma.

[PO-1004] Acuciado por la deuda: a propósito de un caso

Blanca Pérez-Molina, Carmen Caballero-Peláez; Pedro Enrique Asensio-Pascual; Maria Infante Sánchez-de Lugar Nuevo; Selman Franco Salonia-Amin

Mostrar Póster**Introducción:**

La existencia de tentativas suicidas constituye un factor de riesgo muy importante para la comisión de suicidio. Sin embargo, la relación entre antecedentes suicidas y el método empleado en el suicidio consumado sigue siendo poco conocida. La mayoría de intentos se producen mediante envenenamiento, aunque sólo un pequeño porcentaje tienen resultados fatales, y éste suele ser también el método elegido posteriormente.

El ahorcamiento es un método de alta letalidad, cuya elección parece determinada por su rapidez y fácil accesibilidad.

Objetivos:

Estudiar la asociación entre los métodos empleados en suicidio consumado y los de tentativas previas.

Método:

Descripción de un caso clínico que consumó el suicidio por ahorcamiento, y en cuyos antecedentes existía tentativa previa mediante ingesta de cáustico.

Descripción del caso:

Varón de 63 años que acude al CSM acompañado por su mujer, remitido desde atención primaria, por sintomatología depresiva de meses de evolución, con ánimo bajo, apatía, anhedonia, ansiedad estado, insomnio, leve hiporexia e ideas de ruina. La mujer refería como desencadenante identificable, la existencia de una importante deuda económica junto a una disminución en las ventas del negocio familiar. El paciente reconocía ideas de muerte pasiva ocasionales, aunque negaba ideación autolítica. Entre los antecedentes clínicos, destaca atención especializada en el año 2002, por episodio depresivo de características similares al actual, con tentativa suicida mediante ingesta de cáusticos con resultado de lesiones graves esófago-gastro-duodenales, que requirió tratamiento médico hospitalario. El paciente fue tratado de forma ambulatoria con antidepresivos y antipsicóticos a dosis bajas, con remisión completa del cuadro meses después, y sin que consten ni se hayan objetivado recaídas posteriores. En los antecedentes familiares, una prima hermana paterna fallecida por defenestración a los 50 años. Nueve días después de la primera consulta, el paciente consuma suicidio mediante ahorcamiento; realizado durante su jornada laboral, en las instalaciones del negocio y usando una cuerda que formaba parte del material de trabajo. Según relataba el hijo, que fue quien descubrió el cadáver, el padre aprovechó una pausa para ausentarse (argumentando que necesitaba ir al baño).

Conclusiones:

Existe una asociación entre los métodos de envenenamiento y ahorcamiento, de manera que la presencia de tentativas previas aumenta el riesgo de suicidio consumado posterior.

[PO-1005] Suicidio como redención de la culpa: a propósito de un caso

Blanca Pérez-Molina, Carmen Caballero-Peláez; Pedro Enrique Asensio-Pascual; Maria Infante Sánchez-de Lugar Nuevo; Selman Franco Salonia-Amin

Mostrar Póster

Varón de 44 años, casado, con dos hijos de 20 y 10 años, autónomo dedicado a mantenimiento e instalaciones en hogares. Acude a CSM tras alta en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica tras dos intentos de suicidio sin previsión de rescate.

Sintomatología: Rumiación acerca de un episodio de infidelidad previo a los intentos de suicidio de carácter impulsivo. Gran sentimiento de culpa por el daño causado a su esposa y sus hijos. Sintomatología compatible con cuadro depresivo: tristeza, anhedonia, anergia, visión negativa de sí mismo.

Objetivos del paciente: mejora de la sintomatología anímica y retomar funcionalidad laboral previa; objetivos del equipo: restricción de conducta suicida, recuperación de funcionalidad familiar, restablecimiento de relaciones sociales previas al episodio.

Tratamiento: Se realiza un Plan de Actuación Coordinada (PAC) con todos los miembros del equipo que atienden el caso. Trabajo social se centra en la funcionalidad laboral; Psiquiatría se centra en la estabilización anímica con psicofármacos; Psicología Clínica se centra en el trabajo de la culpa y vergüenza.

Evolución: Paciente recién llegado al CSM. Cese de las conductas suicidas. Cuadro anímico y rumiativo estable. Recuperación laboral y social en proceso.

Comentarios: La vergüenza y la culpa son factores determinantes en algunos casos de suicidio. La culpa implica un acto equivocado con consecuencias negativas en los otros. La vergüenza es una emoción más compleja que implica una valoración negativa del sí mismo, la propia identidad está en juego, siendo Yo el que es malo, inadecuado o poco valioso. La culpa se puede redimir con el perdón ajeno, sin embargo en la vergüenza es uno mismo el que ha de personarse, proceso complejo cuando la totalidad del Yo se ve afectado.

[PO-1006] Comorbilidad psiquiátrica en la epilepsia. A propósito de un caso

Juan Jose Carballo Belloso, Esther Torío Ojea, Ana Espliego Felipe, Laura Pina Camacho.

Mostrar Póster**Introducción**

La epilepsia es un problema que afecta entre el 2% y el 3% de la población mundial. El 75% de los casos comienza antes de la adolescencia. Los trastornos psiquiátricos son más frecuentes entre los pacientes con epilepsia que en la población general, los más frecuentes: depresión o ansiedad, ideas de suicidio y problemas con la atención o la cognición. La alteración conductual, TDAH, deterioro cognitivo y del rendimiento académico son frecuente en niños. El aumento de problemas psicosociales, convulsiones, alteraciones cerebrales y los fármacos antiepilépticos son los factores que más influyen. Recientes estudios han relacionado el perampanel con riesgo de suicidio e ideación autolítica, planteando la hipótesis de un riesgo aumentado en pacientes más vulnerables (epilepsia resistente, alteración cognitiva).

Caso clínico**Antecedentes personales**

-Biográficos: Paciente de 14 años. Estudiante de 2º de ESO escolarizada en modalidad de integración con adaptaciones curriculares significativas. En 2017 obtiene un CI global de 57. Padres divorciados desde hace 8 años.

-Somáticos : Epilepsia focal farmacorresistente (crisis parciales complejas) secundarias a lesión córtico-subcortical frontal (displasia cortical), en seguimiento desde los 3 años de edad. Cirugía de resección de la lesión en Noviembre-2014, con resto lesional.

-Psiquiátricos: Seguimiento en consultas de Psiquiatría desde Noviembre-2016 por trastorno distímico.

-Tratamiento inicial: Fluoxetina 10mg/día, Ac valproico crono 800-0-1000 mg, Oxcarbazepina 600mg/12h; Perampanel 12mg/24h; Fenitoina 150mg/12h.

Anamnesis y exploración psicopatológica

La paciente presenta dificultad para relación con el grupo de iguales y de integración en el colegio de inicio hace 2 años. En Octubre de 2016 empeoramiento progresivo de su alteración conductual de base en relación con circunstancias vitales estresoras: inicio del curso escolar, conflictos con otros adolescentes; también ha coincidido con la introducción progresiva los meses previos de perampanel (4-6 mg inicialmente hasta 12 mg/día en Octubre-2016). Los síntomas principales: impulsividad, intolerancia a la frustración y conductas autolesivas con finalidad ansiolítica. A partir de enero-2017 es valorada en el Servicio de Urgencias en múltiples ocasiones por alteración conductual. Las crisis epilépticas son frecuentes, con varios episodios al día. El 6-Febrero del 2017 ante un episodio de heteroagresividad y agitación psicomotriz con gesto autolesivo, ingresa en la Unidad de Hospitalización de Adolescentes. Durante el ingreso se descende dosis de Perampanel por si fuese el motivo de su mayor agresividad y ansiedad a 10 mg/día y se introduce Catapresán 0,15 mg/12 horas, quetiapina 25 mg/8 horas y rivotril 0,5 mg /8 horas. El 24-Febrero-2017: alta del ingreso. El 28-Febrero 2017 tras presentar un episodio de heteroagresividad y agitación importante ingresa de nuevo. Se realiza un descenso progresivo de pauta de perampanel hasta 4 mg/día y se ajusta también la pauta de otros fármacos antiepilépticos (sustitución de oxcarbazepina por carbamazepina)

Evolución

A lo largo del ingreso, ha mejorado progresivamente la conducta, permaneciendo actualmente sin auto-heteroagresividad. Se ha conseguido una mejoría en el control de crisis epilépticas, con descenso del número de crisis diarias a lo largo del ingreso.

Diagnósticos

F06.9 (CIE-10): Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

F71 (CIE-10): Discapacidad intelectual moderada

Discusión

El abordaje integral de los pacientes con epilepsia es esencial para mejorar su calidad de vida. Considerar los factores psicosociales del paciente, fomentar la educación para la autogestión y ayuda para la integración en la sociedad y el trabajo son muy importantes en especial en personas con discapacidad, institucionalizadas, o muy dependientes de sus familias. Es fundamental la detección y tratamiento temprano de patología psiquiátrica comórbida en estos pacientes, explorando los cambios emocionales que puedan surgir.

[PO-1007] Trastorno Bipolar y riesgo de suicidio en el adolescente: a propósito de un caso.

Sofía Gómez Sánchez, Aldara Álvarez Astorga, Marta Gómez García, Claudia Noval Canga, Beatriz Mongil López, Soraya Geijo Uribe, Fernando De Uribe Ladrón de Cegama

Mostrar Póster

La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry reconoce como factor de riesgo de suicidio en adolescentes los trastornos del humor. Especialmente en los que se objetivan cambios rápidos de humor, cortos períodos de depresión, ansiedad y rabia que pasan a eutimia y/o manía, sobre todo si se asocian síntomas psicóticos con ideación paranoide y alucinaciones visuales o auditivas.

Caso clínico

M es una mujer de 17 años que ingresa en la Unidad Regional de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil de Castilla y León tras un episodio de auto y heteroagresividad en el contexto de una descompensación psicótica. Seguimiento en Salud Mental desde los 9 años, con un ingreso previo con diagnóstico de Trastorno Bipolar I.

Desde hacía una semana presentaba disminución del sueño, inquietud, e ideas “extrañas” en relación a una Policía de su pueblo. Llevaba algún tiempo persiguiéndola, grabándola en video e insultándola por la calle. Justo el día de ingreso decide ir a la comisaría para disculparse con ella, ya que empieza a pensar que “se había portado mal”. Allí la piden los datos dada la ilegalidad de grabar a la policía, motivo por el que “la entra gran angustia”. Al volver al domicilio se realiza cortes en antebrazo con ideación autolítica, motivo por el que su madre acude a “socorrerla”, en ese momento M coge por el cuello a su madre hasta causarle asfixia y lesiones físicas.

EPP: Verborreica. Ligeramente hipertímica. Indiferencia afectiva ante los hechos acontecidos. Rabia frente a un discurso marcado por interpretaciones delirantes autorreferenciales y de perjuicio. No alteraciones sensorio-perceptivas. Ideas autolíticas y heteroagresivas.

JC: Trastorno bipolar I, episodio maniaco con síntomas psicóticos.

Tratamiento: Aripiprazol 15mg (1-0-0)

Evolución

Desde el principio se muestra reiterante en su deseo de volver a hablar con la Policía y aclarar las cosas. Poco a poco deja de incidir en la idea realizando crítica y pensando en alternativas “cuando se cruce con ella”. Desaparecen las ideas de muerte. Respecto a su madre acaba realizando crítica de la crisis aunque persiste la escasa repercusión afectiva. Buena integración en la dinámica de la Unidad y lazos adecuados con iguales. Realiza ejercicio físico cuando se reconoce nerviosa disminuyendo la ansiedad.

Discusión

El suicidio infanto-juvenil se ha convertido en un grave problema de salud pública afectando a nivel mundial. El trastorno bipolar se asocia con un alto riesgo de suicidio. En nuestro caso el intento ha sido en el contexto de sintomatología psicótica. Es importante considerar el riesgo de suicidio o de intento suicida en este tipo de pacientes.

Lo primero que se recomienda ante una tentativa de suicidio es determinar la intencionalidad, el riesgo de muerte, la persistencia de ideas suicidas y la probabilidad de volver a cometer el acto suicida. Cabe destacar que en la actualidad los esfuerzos se centran en la prevención del suicidio.

Bibliografía

- AEPNYA Protocolos 2008. SUICIDIO E INTENTO DE SUICIDIO
- Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. Laura Mosquera Universidad Miguel Hernández, Elche, España.

[PO-1008] Simulación y rasgos desadaptativos de personalidad

María Garriz Forné, Ángela Sofía Rosero, Álvaro Gargallo Vaamonde

Mostrar Póster

La simulación y los trastornos facticios son trastornos consistentes en la producción de síntomas físicos o psicológicos de forma voluntaria. En el caso de la simulación la finalidad obedece a un beneficio secundario (incentivo externo) a diferencia del trastorno facticio cuya finalidad obedece a un beneficio primario (asunción del papel de enfermo). En ambos casos, se trata de diagnósticos de exclusión, por lo que inicialmente, se debe realizar un estudio de los síntomas como si estuvieran generados por una enfermedad médica o psíquica.

Se presenta el caso clínico de un varón de 27 años. Natural de República Dominicana, residente en España desde los 11 años de edad. Soltero en la actualidad. Tuvo un ingreso hospitalario a los 21 años para estudio por parte de Neurología y Psiquiatría de episodios de crisis convulsivas de origen no filiado. RM y EEG normales, completado estudio con polisomnografía de 24 horas en la que se evidenciaron varias crisis todas ellas en estado de vigilia, descartándose el diagnóstico de parasomnia y apuntando a un origen conversivo de las mismas. Seis años después reingresó para contención de riesgo autolítico tras episodio de intento de ahorcamiento en contexto de sobreingesta voluntaria previa de psicofármacos. El paciente describía ánimo bajo mantenido en los últimos cuatro meses con incremento en los niveles de ansiedad y alteraciones en el sueño de aparición de forma reactiva a accidente de tráfico leve en el que se vio afectada de forma aguda la visión, con repercusión significativa en las actividades de la vida diaria según información del paciente. Su discurso en torno a la problemática ocular, se caracterizó por ser en todo momento discordante y contradictorio “de no ver absolutamente nada, a ver “algo”... de tener afectados ambos ojos por igual a tener sobretodo uno...” Inicialmente, el paciente fue reacio a aportar informes oftalmológicos previos así como a realizarse un nuevo examen en nuestro hospital, si bien finalmente se lograron ambos cometidos. Los resultados oftalmológicos en todos los casos ofrecían resultados no concluyentes, aludían a colaboración insuficiente del paciente en la realización de las pruebas. EEG y RM fueron informadas como normales. Se objetivó completa autonomía para realizar tanto actividades básicas como instrumentales de la vida diaria, sin influencia del déficit visual. A lo largo del ingreso se pusieron de manifiesto en un primer plano los rasgos disfuncionales de personalidad entre los que destacan rasgos histeriformes y disocial así como elevada impulsividad, escasa tolerancia a la frustración e hiperemocionalidad. En el último tramo del ingreso el paciente nos solicitó un informe psiquiátrico para la revisión prevista de su incapacidad laboral temporal durante el propio período de ingreso. Es difícil realizar un diagnóstico adecuado en un caso de simulación, sobretodo cuando los síntomas simulados no son físicos. Es imprescindible obtener información de fuentes externas que corroboren la información aportada por el paciente y en la entrevista con el paciente, tratar de evitar realizar preguntas que sugieran síntomas.

[PO-1009] Intentos de suicidio graves ¿Un paso más cerca de la muerte?

Bestene Medina, S.; González Suárez, A.; Ramón López Fernández, J.R.; Lago García, L.; Torio Ojea, E.; Moya Lacasa C.; Abad Acebedo I., González Blanco L.; Salas Barrera I.

Mostrar Póster

Los intentos de suicidio pueden contextualizarse en un continuum que va desde los gestos autolíticos hasta el suicidio consumado. Durante muchos años se han realizado múltiples estudios en torno a este tema, dada la vital importancia para la salud pública y el alto porcentaje de muertes que causa al año (un millón de muertes anuales). En los mismos, se ha visto similitudes entre la población que realiza intentos suicidas médicamente graves (ISMG) y los suicidios consumados. De las dificultades asociadas al estudio de estos últimos, limitado a la autopsia clínica surge la importancia de analizar los ISMG.

Método:

Revisión de la bibliografía y de un caso clínico que realiza un ISMG en el área sanitaria IV del Principado de Asturias. Se revisa la historia clínica del paciente, se realiza una entrevista y se evalúa mediante la escala de depresión de Hamilton y la escala de intencionalidad suicida de Beck.

Caso clínico:

MC: intento de suicidio, se precipitó de puente de la autopista.

Antecedentes: Varón de 17 años, soltero, menor de 3 hermanos, natural de Venezuela, viven en España desde hace 13 años. Estudia 1º de Bachiller, buen rendimiento académico previo. Este año peor, incluso abandona el curso escolar hace aproximadamente 1 mes sin acudir a las clases, que retoma hace una semana. Sus padres relatan consultas puntuales en la infancia por alteraciones comportamentales, incluso hablan de sospecha de autismo, que se descartó. Desde hace dos años seguimiento en CSM Infantojuvenil tras realización de numerosos cortes superficiales sin fines suicidas en EESS y recientemente en CSM adultos. No tratamiento farmacológico. Se describe a sí mismo como introvertido, dificultades para relaciones con pares, pero no dificultades con adultos. Fumador, consumo de cannabis ocasional. EA: paciente relata desde hace un mes ánimo bajo, con desesperanza, ideación suicida repetida con plan concreto (tirarse por un puente), llegando a acudir repetidamente al mismo pero sin llevarlo a cabo. Parece ser que la última semana retoma las clases y los estudios tras intervención de sus padres con él y con profesorado. El lunes decide ir al puente por su malestar y no sabe exactamente por qué decide tirarse y sí confirma intencionalidad suicida clara. Ahora refiere haberse replanteado todo y con esperanza de organizarse para volver a sus estudios. No ideación suicida. Tranquilo. Sonriente en ocasiones. No alucinaciones auditivas, que si reconoce haber tenido en el pasado en forma de una voz que retumba en su cabeza, que a veces entiende y otras no que cuando entiende dice cosas aisladas como colores pero que en otras ocasiones sí le ordena su comportamiento a seguir, que ahora critica y achaca a estados de ansiedad, aunque suele aparecer previa a las crisis de angustia que parece ha tenido en el pasado. No ideación delirante. Dolor relativamente controlado.

Resultados y conclusiones:

En la literatura, se describen frecuentemente asociados a los ISMG los métodos violentos, dentro de los cuales predomina el sexo masculino, como es el caso de nuestro paciente.

[PO-1012] Viviendo con Dolor

Paola Michell Barahona Aceituno, Sandra García Antich, Victòria Garcías Verd, Maria Concepció Bardolet i Casas

Mostrar Póster**Introducción:**

El dolor crónico es tan complejo que conlleva problemas físicos y psicológicos. Con frecuencia la experiencia de dolor genera problemas de ansiedad, depresión, ideas de suicidio y afecta seriamente a la calidad de vida de la persona, limitando su funcionamiento social y laboral.

Objetivos:

1) Realizar un perfil del paciente, 2) Describir la intervención realizada y 3) Describir el resultado de las escalas utilizadas

Metodología:

Estudio de caso único (N=1). La captación del paciente fue en las consultas externas de psiquiatría mediante entrevista directa. Se aplicaron las Escalas BDI II y de SAD PERSONS.

Caso clínico:

Varón de 56 años, el menor de 3 hermanos. Soltero, vive solo, tiene una hija de 21 años con la que no tiene relación. Se encuentra incapacitado desde hace 20 meses, se dedicaba al almacenaje. Su primer contacto con psiquiatría es en el 2014, acude a las consultas de la unidad de salud mental derivado por su médico de cabecera por sintomatología depresiva secundario a dolor crónico e incapacitante para sus actividades diarias. En tratamiento con escitalopram 20mg sin mejoría. El paciente refiere que a raíz de una hernia lumbar, que ha sido intervenida en 3 ocasiones sin éxito, presenta un dolor persistente, que le impide caminar y ha disminuido su flexibilidad, se le ha diagnosticado de dolor crónico en seguimiento por la unidad de dolor, quedando incapacitado para trabajar. Cree que el tiempo pasa y que no mejora a pesar de la rehabilitación y el tratamiento para el dolor, se ha convertido en una persona introvertida, aislada, tiene solo amigo y poca vida social, pasa triste la mayor parte del día, incapaz de experimentar placer y constantemente piensa en la muerte como un alivio a sus síntomas y solución a su problema.

Resultados:

En su primera entrevista, se obtiene en la escala de SAD un riesgo moderado (5 puntos); sexo varón, sin pareja estable, escaso apoyo social, enfermedad somática, depresión. En la escala BDI II obtiene un resultado de 23 puntos, depresión moderada. Se lleva a cabo una intervención psicoterapéutica donde se observan elevadas dificultades para las propuestas y el cambio. Se retira el antidepresivo previo y se inicia tratamiento con venlafaxina, llegando a dosis de 225mg día mejorando la sintomatología depresiva. Tras 5 meses de tratamiento farmacológico y 4 intervenciones psicoterapéuticas, se obtiene una puntuación de 14 en la BDI II.

Conclusiones:

Dado que el dolor puede tener un efecto psicológico sobre la vida del enfermo, el apoyo psicológico suele añadirse al apoyo farmacológico.

[PO-1013] Tratamiento de la conducta hetero y autolesiva por descontrol de impulsos: un reto.

Mercè Balcells Oliveró, Iria Domínguez Vázquez, Laura Nuño Gómez, Neus Freixa Fontanals, Rodrigo Videtta y Eduardo Teixeira Velasco.

Mostrar Póster**Introducción.**

Presentación de un caso que plantea la necesidad de nuevos recursos y medidas asistenciales de cara a contener y tratar la conducta hetero y autoagresiva derivada de un trastorno de control de impulsos.

Descripción del caso.

Se trata de un paciente de 28 años, con antecedentes de alteraciones de conducta de inicio en la infancia que se han mantenido y han incrementado hasta el momento actual. Antecedentes médicos de síndrome de Klinefelter. Diagnóstico de TDAH a los 8 años. A los 12-13 años, inicia el consumo de alcohol con alteraciones conductuales en forma de fugas del domicilio y agresividad contra compañeros de la escuela. Múltiples ingresos en varios hospitales, con diagnósticos varios, principalmente de trastorno explosivo intermitente. Desde los 15 a los 18 años fue ingresado en dos comunidades terapéuticas, sin alcanzar los resultados terapéuticos esperados. Desde la mayoría de edad realiza diversos ingresos a unidades de agudos, así como múltiples consultas a urgencias, en contexto de conducta hetero y autolesiva y elevado consumo de alcohol. Múltiples ingresos en comunidades terapéuticas que finalizan por petición de alta voluntaria por parte del paciente o incumplimiento de las normas del centro. Mal cumplimiento de la medicación y las pautas médicas. De Agosto 2014 a Agosto 2015 realiza medida penal alternativa en el centro penitenciario Brians, logrando estabilización parcial de la sintomatología e importante reducción de las alteraciones conductuales. Tras el alta del centro por finalizar la medida, reaparición de la desorganización conductual y la conducta heteroagresiva, que conlleva reinicio de las consultas a los diferentes dispositivos antes descritos, sin mejora de la sintomatología descrita. Todo ello conlleva elevada conflictividad social y familiar y claudicación familiar. En 2016 y en este contexto realiza conducta autolesiva de alta letalidad. En mayo 2017 vuelve a realizar intento autolítico de alta letalidad, por el que es ingresado en nuestro centro.

Discusión. El caso presentado supone un reto a nivel asistencial, pues muestra cómo pese al uso de los diferentes dispositivos de la red de salud pública, así como de otras opciones de intervención privada, no se logra contener la sintomatología y el malestar del paciente y ésta va agravándose a lo largo del tiempo. Hace plantearse la necesidad de nuevos recursos y medidas asistenciales, como el tratamiento ambulatorio obligatorio, que faciliten una estabilización sintomática mantenida en el tiempo, disminuyan el malestar del paciente, sus familiares y su entorno, así como disminuyan la necesidad de recurrir reiteradamente a medidas más invasivas como los ingresos involuntarios en agudos y prevengan la aparición de conductas autolesivas de elevada letalidad derivadas de esta situación.

[PO-1014] Duelo y Trastorno de estrés postraumático: dificultades y abordaje.

Fernando García Lázaro, Isabel Morales Sáenz, Amparo Gómez Martínez, Irene Díaz Quero, Beatriz Mata Sáenz

Mostrar Póster**Introducción:**

Paciente que acude a consultas de salud mental tras el fallecimiento de su marido de forma traumática en un contexto de violencia en el que se vió implicada. No ha presentado otros antecedentes psiquiátricos ni patología de interés. Acude por primera vez a urgencias por un cuadro de ansiedad, pesadillas y reminiscencias de lo ocurrido. La paciente presenta síntomas relacionados con el duelo, importante culpabilidad por la situación ocurrida y aparición de deseos pasivos de muerte, sentimientos de desesperanza y vacío existencial. Posteriormente manifiesta una importante rabia y sentimientos de frustración.

Objetivos:

Reflexionamos a raíz de este caso clínico las posibles causas que pueden complicar un duelo como el de ésta paciente por distintos factores y aparición de patología concomitante, el Trastorno de Estrés Postraumático.

Resultados:

Se pauta tratamiento antidepresivo y ansiolítico que controlan en un principio los síntomas y se acompaña de tratamiento psicoterapéutico con Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (EMDR). A pesar de una mejoría parcial de la sintomatología, el proceso de duelo se ha visto entorpecido por diversos factores a tener en cuenta, como son la situación de ocurrir en el extranjero, la dificultad burocrática y legal que alargaron los trámites de repatriación, así como el fenómeno de estrés postraumático sufrido por la paciente. Así mismo, otro problema añadido ha sido la exposición pública que ha sentido la paciente, haciendo más difícil el proceso de elaboración del duelo.

Conclusiones:

Las situaciones traumáticas pueden conllevar pérdidas que afectan a la salud mental del individuo. En el Trastorno de estrés postraumático hemos de afrontar la aparición de un estresor que por sus características adquiere la condición de traumático, y que presenta unos síntomas determinados como son el estado de hiperalerta, entumecimiento afectivo, intrusiones y evitación. En este caso, existen impedimentos para que la paciente realice una elaboración adecuada del duelo, desembocando en un empeoramiento de su sintomatología y un riesgo aumentado de ideas de muerte debido a la desesperanza y la indefensión.

[PO-1015] La búsqueda de la salud

Celia Muñoz Cauqui, Jorge Banda Moruno, Ana Piña Baena, Irene Pans Molina, María Riesgo Arias

Mostrar Póster

Mujer de 27 años, sin antecedentes somáticos de interés, ni reacciones alérgicas observadas. Sin historia de consumo de tóxicos conocida. Soltera, actualmente desempleada, previamente ha trabajado en el ámbito de la hostelería. Vive con sus padres. Antecedentes psiquiátricos: en seguimiento irregular en salud mental desde 2006. Diagnosticada Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA)

Antecedentes familiares: madre en seguimiento en salud mental con antecedentes de episodios depresivos e intentos autolíticos. Padre con antecedentes de alcoholismo.

Historia de la enfermedad

Durante estos años ha presentado una evolución tórpida, acentuándose el cuadro clínico en relación a diferentes eventos estresantes (conflicto laboral, dificultad en la relación con sus familiares). Ha precisado ingresos en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental tras realizar gestos autolíticos mediante intoxicaciones medicamentosas y cortes. Su último ingreso, fue tras realizar una ingesta medicamentosa en el domicilio familiar. La familia, comenta en relación a la paciente, “es una chica muy impulsiva, se agobia y no puede controlarse, es como si explotará, entonces es cuando se hace daño”. La paciente refiere que realizó la ingesta de forma impulsiva, tras una discusión con su familia. En la exploración psicopatológica, destacamos: consciente, orientada, parcialmente abordable y colaboradora. Disfórica, expresa elevados niveles de ansiedad. Presenta dinámicas cognitivas polarizadas e hipersensibilidades a la crítica. Locus de control externo. Discurso coherente y fluido, refiriendo cierta apatía y abulia. Presenta rasgos anómalos de personalidad, donde predomina la impulsividad y la baja tolerancia a la frustración. Presenta alteraciones en la conducta alimentaria, con episodios de restricción, así como conductas de tricotilomanía. Ha protagonizado intentos autolíticos, que critica parcialmente. Niega y no se infiere durante la entrevista clínica de rango psicótico.

Actualmente esta en tratamiento con: sertralina 50mg/24h,lorazepam 1mg/8h,Topiramato 100mg/12h y quetiapina 100mg/24h

Evolución

A lo largo de estos años ha abandonado el seguimiento en salud mental en varias ocasiones, retomándolo posteriormente, poniéndose de manifiesto dificultades en la vinculación a salud mental. Actualmente, se encuentra estabilizada, acudiendo con regularidad a sus citas programadas y presentando buena adherencia al tratamiento

Discusión

Los trastornos de personalidad, ocupan un lugar preponderante en la práctica clínica diaria. Estos trastornos, son constructos teóricos que usamos para definir patrones de comportamiento que funcionan de forma desadaptativa en relación con su entorno y que producen malestar y sufrimiento. En este caso, se evidencia la dificultad que presentan en el abordaje clínico así como el riesgo autolítico asociado. Para prevenir este riesgo, es indispensable asegurar la vinculación a salud mental así como la adherencia al tratamiento.

Bibliografía

1. Theodore Millon, Seth Grossman, Carrie Millon, Sarah Meagher, Rowena Ramnath. Trastornos de la personalidad en la vida moderna. [Libro] 2º Edición. Barcelona. Masson, 2006
2. Julio Vallejo Ruiloba. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. [Libro] España. Elsevier-Masson, 2011

[PO-1016] Síntomas motores, ¿Enfermedad de Parkinson o trastorno mental?

Cristina Fabre Bernal, María Raquel Remesal Cobreros, Cristina Sánchez Robles.

Mostrar Póster

Varón de 45 años, soltero, sin hijos, vecino de un pueblo, donde vive solo. Hasta hace 4 años el paciente residía con su padre, ya fallecido y enfermo de Parkinson. Inactivo laboralmente. Antecedentes personales psiquiátricos: En 1994 precisó atención psicológica en la USMC de zona por trastorno adaptativo. Desde 2014 realiza seguimiento ambulatorio por clínica ansioso-depresiva. Antecedentes familiares psiquiátricos: Abuela materna: depresión, fallecimiento por suicidio (precipitación). Tío (por línea materna): Drogodependencia, fallecimiento por suicidio (ahorcamiento).

Historia actual:

Derivado para ingreso programado por riesgo autolítico en Enero de 2016. El paciente manifiesta dificultades de manejo en su domicilio, requiriendo ayuda para su aseo personal y el mantenimiento de su casa, necesita que le cocinen, que le hagan las tareas del hogar. Lo notan torpe al caminar, inclinando el tronco hacia delante, sin balanceo de brazos y con pasos cortos, con pérdida de fuerza generalizada, temblores de miembros superiores, dificultad a la hora de alimentarse. El paciente expresa sentimientos de desesperanza, de soledad y problemas económicos.

Exploración psicopatológica:

Consciente, colaborador, orientado. Marcha parkinsoniana. Temblor de MMSS. Rigidez en rueda dentada. Facies hipomímica. Lenguaje al inicio disártrico, monocorde e hipofónico, que se iba volviendo más fluido a medida que avanzaba su discurso. Sentimientos de desesperanza. Apatía. Hipotimia subjetiva. No ideación delirante. No alteraciones sensoperceptivas. Ideación de muerte no estructurada. Juicio de realidad conservado.

Evolución:

Aunque la primera impresión nos hizo pensar en una enfermedad de Parkinson (existían antecedentes familiares), las pruebas complementarias fueron normales (incluida RMN cráneo), y en las sucesivas entrevistas se fueron poniendo de manifiesto diferentes conflictos interpersonales no resueltos (homosexualidad, soledad, problemática económica, fallecimiento de los padres) y rasgos de personalidad de tipo inmaduro, lo que orienta el diagnóstico al de un Trastorno Histriónico de la Personalidad, en el que se está manifestando una clínica motora a modo de conversión. El paciente, además de intervenciones urgentes por parte de Atención Primaria y de la USMC, de zona, ha reingresado cinco veces durante el último año, con clínica similar, lo que nos lleva a plantearnos su vulnerabilidad y deterioro funcional.

Discusión:

En relación al diagnóstico de Trastorno Histriónico de la Personalidad, en este caso clínico, destaca el hecho de que se trata de un varón, menos habitual, en el que aparece la parálisis funcional de un grupo de movimientos y la afonía, como síntomas conversivos ante la aparición de un conjunto de conflictos intrapsíquicos y con el entorno que el paciente es incapaz de asimilar o resolver. La expresión sintomática guarda relación con vivencias del paciente (enfermedad del padre, fallecimiento de la madre). Aunque el diagnóstico no corresponde a los incluidos en el Trastorno Mental Grave (F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29, F31, F33.2, F33.3, F60.0, F60.3, F60.1 (CIE-10)), datos como las repercusiones negativas en diferentes áreas de su funcionamiento personal como su vida cotidiana, empleo, relaciones interpersonales, la evolución prolongada en el tiempo (que hace sospechar cronicidad futura), y la necesidad de intervenciones continuadas y coordinadas, nos hacen considerarlo como tal.

[PO-1017] Juego Patológico y Suicidio

Paola Michell Barahona Aceituno, Sandra García Antich, Victòria Garcías Verd, Ana Bellver Arbona

Mostrar Póster

Introducción

El juego patológico es una problemática importante de la salud pública por su elevada frecuencia y estar asociado a mala calidad de vida. Las investigaciones muestran que entre las personas con juego patológico han aumentado las tasas de ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidios completados. Algunos estudios indican que el 80% de las personas que buscan tratamiento para problemas de juego tiene ideas suicidas y el 12% han realizado un intento de suicidio. La investigación actual define un perfil caracterizado por ser de mayoría hombres de mediana edad y de un nivel socioeconómico inferior.

Caso clínico

Varón de 23 años, el menor de 3 hermanos. Su padre, con quien no mantenía relación, falleció cuando él tenía 17 años, su madre le abandonó a los 3 años y, actualmente, se encuentra en la cárcel por tráfico de drogas. Él vive con su vecina que le acogió y a la que considera como su madre. No finalizó sus estudios básicos y se dedica a la construcción. Acude a una primera entrevista con psicología en el centro de adicciones por su problemática con el juego en 2015 por recomendación de un amigo. Se le ofrece seguimiento psicológico que no realiza. Un año más tarde, realiza una sobreingesta medicamentosa con finalidad suicida secundaria a dificultades financieras derivadas del juego de azar. Su entorno le apoyó económicamente sin que el paciente llegara a informar de su adicción al juego; mintió para ocultar su implicación en el juego patológico. En 2016, realiza nueva tentativa suicida con 60 comprimidos de diazepam de 5mg y 10 comprimidos clonazepam 2mg. Se procedió a ingreso en la unidad de agudos de psiquiatría. Tras realizar una valoración pormenorizada y exhaustiva se concluye que el problema principal es el comportamiento de juego patológico. El paciente explica que el desencadenante de la tentativa suicida es haber perdido una cantidad de 25,000 euros “todos mis ahorros”, en un par de días. Durante el ingreso, inicialmente, presenta visión en túnel y negativa a recibir ayuda para, finalmente, asumir el motivo por el que se ha realizado el ingreso, realizar crítica de la sobreingesta y elaborar, de forma conjunta con su familiar, un plan de abordaje de su problemática con el juego. Accede a asistir al Centro de Adicciones para seguimiento psicoterapéutico.

Discusión

Está emergiendo evidencia de que la severidad del juego aumenta el riesgo de ideación y comportamiento suicida.

Esto implica que el juego patológico se ve no sólo como un factor de riesgo para suicidio, sino que lleva los atributos de una enfermedad mental incapacitante y potencialmente crónica con riesgo de suicidio durante la vida.

[PO-1018] TEC en Ideas de muerte persistentes en pacientes con TLP. A propósito de un caso.

Fernanda Tascón Guerra, Teresa López Arteaga, María Palomo Monje, Pedro Padilla Romero, Koren Preckler Peña

Mostrar Póster**Introducción:**

El TLP consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos. Se caracteriza por miedo de ser abandonado, intolerancia a la soledad, sentimientos de vacío, manifestaciones de ira inapropiada, impulsividad, como con el consumo de sustancias o las relaciones sexuales, actos de autolesión.

Presentación del caso:

Mujer de 30 años de edad. Es la menor de 3 hermanos. Soltera, sin hijos, vive en domicilio familiar. Estudios primarios. La sintomatología principal presenta es de tipo ansioso-depresivo, además de la relacionada con patología de personalidad, actitud y dinámica familiar que inició desde la adolescencia. Primer contacto con nuestro Servicio de Psiquiatría a los 24 años, en 2009. Diagnosticada de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo Límite. (F60.31). En 2009 precisó 7 ingresos actos autoagresivos, en el 2011 mantuvo ingreso en Hospital de Día durante 10 meses, posteriormente en UME 10 meses, manteniendo mala evolución con descontrol de impulsos y autolesiones. En 2014 4 ingresos en UHB, seguido de 6 meses en Hospital de Día y 18 meses en UME. En 2016 ingreso en UHB, ha reiniciado espiral de recaída. Se realiza TEC, 13 sesiones en total: 3/semana, posteriormente TEC de mantenimiento sesión semanal. La paciente ha presentado cierta estabilidad, no requiriendo ingresos durante 4 meses. Se observa disminución de tentativa suicida y en actos autoagresivos.

Análisis:

Presenta cambios afectivos frecuentes con empeoramiento depresivo e ideación de muerte y autoagresiva. Los deseos de muerte verbalizados, son reiterados pero no son constantes en el tiempo. Aparecen reactivamente ante situaciones de estrés por mínimo conflicto ó frustración. La ideación autolítica tiene un carácter autoagresivo más que autolítica propiamente dicha, aunque en ocasiones son relacionadas con sentimientos de desesperanza, culpa y deseos de desaparecer. No se han observado síntomas psicóticos. Se han registrado múltiples actos autoagresivos ante situaciones de conflicto o factores de estrés, tales como quemaduras, cortes e incluso se ha disparado perdigones. Tiene múltiples cicatrices por heridas incisivas en su anatomía y un injerto de piel en el codo izquierdo tras quemadura autoprovocada. En general, estos actos de autolesión no tenían capacidad letal y el objetivo confeso de los mismos era responder a una necesidad interior de hacerse daño. Empleo de autolesión como mecanismo de defensa psíquico e incluso hedonista a la vista de la evolución prolongada del mismo. Ansiedad continua con intensificaciones críticas. Rasgos patológicos de personalidad dependiente, de inestabilidad emocional, de somatización e histrioniforme y obsesivos.

Al inicio de la enfermedad ingirió de modo esporádico alcohol. Posteriormente se ha mantenido abstinentemente de alcohol y de cualquier otra droga de abuso.

Conclusión

El tratamiento del TLP puede ser tan variable como su presentación, las perspectivas del tratamiento dependen de la gravedad de la afección entre múltiples factores. Nuestra paciente presenta ideas de muerte resistentes a psicoterapia, psicofarmacología y múltiples recursos. La TEC está indicada en ideas de muerte persistentes. Mostrando efectividad en este caso al menos a corto plazo. Se requiere seguimiento para valorar evolución y efectividad a largo plazo.

[PO-1019] Cannabis y psicosis. La importancia del diagnóstico

Ismael Prieto Sánchez, Ana Rodríguez Martínez, Sandra Fernández León, María Reina Domínguez

Mostrar Póster

Paciente varón de 23 años de edad, soltero, padre de un hijo de 4 años de edad. Convive con sus padres. Inactivo laboralmente en la actualidad. Acude a urgencias del hospital trasladado con contención mecánica y farmacológica desde su localidad para valoración psiquiátrica. Durante la entrevista el paciente se muestra inabordable, amenazante, afirmando respecto al personal sanitario que quieren matarle. Los padres explican que el paciente ha estado adecuado hasta 4-5 días antes del ingreso, que comienza a mostrarse suspicaz, retraído, irritable, llegando a la heteroagresividad verbal y física contra objetos, sin dormir, muy inquieto, por momentos angustiado y lloroso. El día del ingreso rompe una puerta de casa, momento en el que se solicita valoración médica. Al inicio del ingreso se pauta medicación inyectable por negativa del paciente a medicarse, pudiendo llegarse posteriormente a un acuerdo, por lo que se inicia medicación con antipsicótico oral. En las entrevistas se muestra abordable, aunque escasamente colaborador, con un ánimo oscilante entre la hipertimia y la disforia, tendencia a la suspicacia, llegando en ocasiones a expresar ideación delirante de perjuicio. Existen episodios alucinatorios, en los que se muestra perplejo y angustiado en relación a los contenidos que le refieren las voces. La remisión parcial de la sintomatología permite ensayar un permiso domiciliario, del que regresa anticipadamente. En ese momento, el paciente se muestra angustiado, lloroso, se objetiva un enlentecimiento psicomotor, aumento de latencia de respuesta, describiendo sensaciones de malestar, incluso llega a verbalizar a su padre ideación autolítica. Tras unos días de tratamiento inyectable pautado, en el que disminuye la angustia y sus conductas se van adecuando, se procede a un cambio de tratamiento psicofarmacológico, cambiando el antipsicótico e introduciendo un estabilizador del ánimo. Los datos aportados por la familia apuntan a la existencia de episodios depresivos desde hace años, en los que descuida el aseo, tiende a encamarse, además de los episodios maniacos que han motivado los ingresos psiquiátricos. Esta información, así como la persistencia de la sintomatología más allá del consumo de tóxicos, hace pensar en el diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, por lo que se orienta el caso y el tratamiento en ese sentido.

Diagnóstico diferencial: Intoxicación aguda por cannabis, Psicosis tóxica, Esquizofrenia, Trastorno Afectivo Bipolar.

Juicio Clínico: Trastorno Afectivo Bipolar.

Conclusiones:

Ante la evolución tórpida del caso es necesario replantearse el diagnóstico, y por tanto el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, siendo imprescindible para ello una historia clínica detallada, completando tanto como sea posible la psicobiografía del sujeto.

[PO-1020] Y a los tres días... brotó

Ismael Prieto Sánchez, Ana Rodríguez Martínez, María Reina Domínguez, Sandra Fernández León

Mostrar Póster

Descripción del caso:

Varón de 26 años, soltero con pareja estable desde hace años, con un hijo de 6 años. Natural de Rumanía y vecino de Moguer, donde convive con su madre, su pareja, y tres de sus cuatro hermanos. Trabajador agrícola.

Antecedentes personales psiquiátricos: Tentativa autolítica mediante ingesta medicamentosa voluntaria en 2016. Consumo activo de THC hasta hace unas dos semanas.

El paciente es trasladado por los servicios de Emergencias a las Urgencias hospitalarias tras encontrarlo su madre en la azotea del edificio en que viven, mirando hacia el cielo y hablando solo. Hace una semana sufrió un traumatismo craneoencefálico cuando estaba en el calabozo tras ser detenido por denuncia de su pareja en relación a violencia de género. Se golpeó contra una pared debido a la impotencia que sentía ante una acusación falsa, en ese momento murió, reencarnándose Jesucristo en su cuerpo. Desde entonces puede comunicarse con él, y le ha dicho que si llora el mundo será destruido, aunque él pretende salvar a la humanidad. Ha permanecido varios días desaparecido, porque estuvo enterrado en el monte durante tres días. También comenta que hay cinco barcos a punto de partir hacia Israel, que debe partir con ellos para resolver los conflictos mundiales. Por otro lado existe una convicción de que su pareja, con la que ha decidido terminar la relación recientemente, está tratando de envenenarle, hecho que cree que ya ocurrió en el pasado, incluso durante su permanencia durante unos meses en prisión a raíz de otra denuncia por malos tratos.

Toda esta clínica surgió a los tres días del traumatismo craneoencefálico, describiéndole la familia como una persona normal en su vida y sus relaciones previamente a este suceso. Durante su ingreso se pautó tratamiento antipsicótico, ansiolítico e hipnótico, con inicio de respuesta a las dos semanas de su instauración tras varios aumentos de la medicación antipsicótica, llegando incluso a realizar crítica de la temática delirante.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración psicopatológica de urgencias se muestra consciente, orientado y colaborador. Desnudo de cintura hacia arriba, agarrado a una Biblia. Tranquilo psicomotrizmente. Discurso espontáneo y fluido, centrado en temática delirante de contenido religioso y de perjuicio. Probables alucinaciones auditivas. Juicio de realidad distorsionado. Las analíticas fueron normales. TAC craneal con hallazgos de fractura en hueso frontal derecho con extensión al seno frontal, con resolución del posible hemoseno descrito en estudio previo. En la RM craneal no se observan hallazgos relevantes a añadir a los descritos en el TAC.

Diagnóstico diferencial:

Trastorno psicótico agudo de origen psicógeno.

Trastorno mental debido a lesión cerebral.

Esquizofrenia paranoide.

Trastorno mental debido al consumo de sustancias psicótropas.

Trastorno disociativo.

Juicio clínico: Esquizofrenia paranoide.

Conclusiones:

Tras el estudio y evolución del paciente, lo que en un principio podría parecer clínica delirante secundaria a un traumatismo, o de origen psicógeno por la relación conflictiva con su pareja, termina orientándose como un trastorno psicótico compatible con esquizofrenia paranoide, si bien el diagnóstico definitivo será filiado con la evolución.

[PO-1021] ¿ Disociación o esquizofrenia?

Elena Begoña Alonso Sánchez, Marta Rodríguez De Lorenzo, Carmen Aldara Carrajo García, Carmen Loeck De Lapuerta

Mostrar Póster

Se presenta el caso de una mujer de 62 años de origen alemán afincada en España desde hace 40 años. La paciente presenta antecedentes de intentos autolíticos graves por defenestración e ingesta de sustancias tóxicas, así como sobreingestas medicamentosas, por los que ha requerido varios ingresos en Psiquiatría, en diversos hospitales, donde ha recibido distintos tratamientos, respondiendo al parecer de forma adecuada al litio, permaneciendo estable durante varios años. Posteriormente ha presentado episodios maniformes y recientemente la paciente fue hospitalizada de nuevo por síntomas psicóticos, encontrándose en un constante estado de despersonalización durante prácticamente varios meses, que no respondía a los ajustes farmacológicos. Se decidió la aplicación de TEC, sugiriéndose el diagnóstico de esquizofrenia residual. La paciente respondió parcialmente a esta terapia, con cierta mejoría de la ideación delirante, de la que realizaba crítica puntual. Se solicitó la valoración por parte de los servicios de Medicina Interna y Neurología, puesto que en momentos puntuales, impresionaba como ictal la etiología del cuadro de despersonalización y desrealización, siendo, no obstante, descartadas patologías orgánicas que pudieran explicar tal semiología. Se presenta este caso dadas las numerosas dudas que suscita su diagnóstico así como la resistencia al tratamiento y la pésima evolución del cuadro, quedando supeditada su autonomía a la de las personas de su entorno.

[PO-1022] Escapar de la muerte: intento de suicidio mediante cuatro métodos de alta letalidad.

Mercè Balcells Oliveró, Iria Domínguez Vázquez, Laura Nuño Gómez, Neus Freixa Fontanals, Rodrigo Videtta y Eduardo Teixeira Velasco

Mostrar Póster

El caso clínico presentado se considera de especial interés por los antecedentes personales del paciente, la complejidad psicopatológica del mismo y la aparatosidad de los múltiples métodos suicidas llevados a cabo en una misma tentativa. Se trata de un paciente de 39 años, con antecedentes de tres tentativas autolíticas previas y con diagnóstico de trastorno por consumo de cocaína y alcohol grave, y trastorno por consumo de cannabis moderado. Es admitido en nuestro hospital con bajo nivel de conciencia tras intento de suicidio mediante cuatro métodos simultáneos: venoclisis, sobreingesta medicamentosa acompañada de consumo elevado de alcohol, inyección intravenosa de aire y disolvente, e intento de ahorcamiento. Durante el ingreso, tras 48 horas de hospitalización, el paciente realiza nueva tentativa mediante defenestración, con secuelas físicas derivadas (fractura de varios huesos faciales, hemorragia subaracnoidea y fracturas vertebrales). Durante ingreso hospitalario posterior, se consigue estabilización física y psicopatológica del paciente, que acaba realizando crítica del episodio. Se realiza análisis de factores predisponentes y precipitantes, detectándose historia de abuso sexual mantenido y entorno invalidante en la infancia, así como rasgos desadaptativos de personalidad compatibles con trastorno límite de la personalidad. El presente caso sugiere la relación entre la combinación de varios métodos de alta letalidad en una misma tentativa con una mayor probabilidad de recurrencia de conducta suicida o de consumación del suicidio.

[PO-1024] Manía inducida por corticoides

Marta Gómez García, Mónica de Lorenzo Calzón, Nieves Uribe Vilorio, Aldara Álvarez Astorga, Henar de la Red Gallego, Alicia Rodríguez Campos.

Mostrar Póster**Introducción:**

El tratamiento con corticoides pueden asociarse con alteraciones psiquiátricas, siendo la dosis elevada el único factor de riesgo conocido. Se calcula que la incidencia oscila entre un 72% de reacciones leves hasta un 6% de reacciones graves. Los cuadros más frecuentes son depresión (28-41%) y manía (29-35%), seguidos de psicosis, delirium y estados mixtos. Pese a que la evidencia es escasa, algunas investigaciones apuntan a que los corticoides podrían tener un papel en el comienzo del trastorno bipolar tipo 1.

Objetivos:

Presentar un caso clínico que refleja la relación causal entre la administración de corticoides a altas dosis y la aparición de psicopatología.

Material y métodos:

Estudio descriptivo de un caso clínico y revisión bibliográfica sobre el tema.

Resultados:

Se describe el caso de una mujer de 23 años con antecedentes de un ingreso psiquiátrico a los 18 años debido a Trastorno Psicótico inducido por tóxicos (datura). Desde entonces estable con Paliperidona 3 mg/día por episodios de flashbacks, aunque hace 6 meses debido a riesgo de abuso de alcohol se añade al tratamiento Antabús 250 mg/día.

Ingresa en el Servicio de Digestivo debido a hepatitis aguda, que se atribuye a psicofármacos, pero tras biopsia hepática y estudio de autoinmunidad se diagnostica de Hepatitis Autoinmune. Se retira el tratamiento con Antabús y Paliperidona, y se pauta Prednisona 60 mg/día. Tras mejoría de los parámetros analíticos, se da el alta hospitalaria con pauta descendente de Prednisona. A las dos semanas del inicio de tratamiento con corticoides presenta clínica maniforme (inquietud psicomotriz, gran sensación de bienestar, disforia, ideas delirantes megalomaniacas y conductas de riesgo), por lo que ingresa en nuestra Unidad. Tras descartar otras posibles causas, se diagnostica de Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (corticoides) con características maniacas. Se acuerda con el Servicio de Digestivo retomar tratamiento con Paliperidona y descender progresivamente dosis de corticoides hasta suspenderlos para pautar inmunosupresor, remitiendo la clínica maniforme que motivó el ingreso.

Conclusión:

Conviene tener siempre en mente el gran riesgo de aparición de alteraciones psiquiátricas que conlleva el tratamiento con altas dosis de corticoides, sobre todo en pacientes susceptibles o con antecedentes psiquiátricos. Es necesario conocer la posible aparición de estos efectos adversos neuropsiquiátricos para prevenirlos, y en caso de que aparezcan valorar, si es posible, la suspensión o disminución del tratamiento corticoideo.

Bibliografía:

- Giménez A. Reacciones adversas psiquiátricas. *Biomedicina* 2011, 6(2), ISSN 1510-9747.
- Zapata E, Castiella A, Zubiaurre L. Corticosteroid-induced mania in patient with autoimmune hepatitis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2010, 22, 500-501.
- Sánchez MD, Pecino B, Pérez E. Manía inducida por el tratamiento con corticoesteroides: revisión a partir de un caso clínico. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2015, 35 (126), 323-340.
- Brown ES. An Epidemiological Approach to Stereoid Psychosis. *Am J Psychiatry* 2012, 169(5), 447-449.

[PO-1025] Relaciones de apego traumáticas y riesgo de suicidio

Sandra García Antich, Ana Bellver Arbona, Paola Michell Barahona Aceituno, Esther Garreta Canillas, Teresa Jimeno Beltrán, Catalina Vallespir Cladera, Juan Javier Mangué Pérez, Rudiger Muñoz Rodríguez.

Mostrar Póster**Introducción:**

El Trastorno Límite de la personalidad se caracteriza por un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y una elevada dificultad en la capacidad de regulación emocional junto con una marcada impulsividad. En la adolescencia se pueden empezar a observar algunos de estos rasgos disfuncionales de personalidad que posteriormente pueden llegar a configurarse como un Trastorno Límite de la Personalidad. Las conductas autolesivas son características de dicho trastorno al igual que la conducta suicida que en muchas ocasiones puede llegar a consumarse. En los menores el papel de la familia es de elevada importancia puesto que un apego seguro junto con una buena capacidad de mentalización por parte de los progenitores pueden ser factores protectores de dicho trastorno.

Objetivos:

1) Realizar un perfil del paciente, 2) Describir la intervención realizada y 3) Describir las dificultades que se han presentado.

Metodología:

Estudio de caso único (N=1). Mujer de 14 años, sin antecedentes previos de salud mental que acude desde septiembre de 2016 a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil derivada desde pediatría. Es la tercera de cuatro hermanos, todos de la misma madre y de diferentes padres. En la actualidad la menor reside con sus hermanos (hermano de 22 años, hermana de 18 años y hermano de 8 años con Síndrome de Down), su madre y la nueva pareja de ésta, en un piso de acogida puesto que fueron desahuciados. Las dificultades psicológicas que motivan la derivación a la Unidad de Salud Mental (ansiedad, autolesiones en forma de cortes en ambos antebrazos y pseudoalucines auditivas) se inician en el contexto del comienzo del curso escolar tras haber sufrido bullying el año anterior. Durante las primeras entrevistas se observan conflictos intrafamiliares principalmente entre la madre y la paciente, con invalidaciones constantes y la asunción de un rol que no corresponde con su edad, asumiendo el cuidado del hermano menor y encargándose de la mayoría de las tareas del hogar. Se realiza seguimiento individualizado desde psicología y psiquiatría junto con la participación a grupo psicoterapéutico de regulación emocional. Desde psicología se ha intentado llevar a cabo una intervención familiar sin éxito, puesto que la madre no acudía a las citas. La menor ha sido ingresada en dos ocasiones en la Unidad de Hospitalización breve por sobreingesta medicamentosa, la última de 6 gramos de paracetamol y 10 comprimidos de ibuprofeno de 600mg, ambas en contexto de discusión familiar.

Resultados:

A pesar de los esfuerzos realizados para llevar a cabo una adecuada intervención psicoterapéutica se observan elevadas dificultades debido a la pobre implicación de la familia. La paciente no acude a las últimas entrevistas individuales ni grupales a la vez que deja de asistir al Instituto. Finalmente se logra realizar una entrevista y se les comunica que se informará a los Servicios Sociales si continúa esta situación de negligencia.

[PO-1026] Uso de terapia electroconvulsiva en el trastorno bipolar

Sandra García Antich, Paola Michell Barahona Aceituno, Ana Bellver Arbona, Victòria Garcías Verd

Mostrar Póster**Introducción**

El trastorno bipolar tiene, en muchas ocasiones, un difícil abordaje terapéutico. Muchos pacientes no consiguen la remisión sintomática completa con los tratamientos farmacológicos existentes en la actualidad. La terapia electroconvulsiva podría constituir una opción terapéutica adecuada en estos casos.

Caso clínico

Mujer de 48 años con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I. Separada. Vive con su madre, hermana e hijo de 19 años. Trabaja en una panadería. Sin antecedentes somáticos de interés y sin hábitos tóxicos. A nivel familiar destaca la madre con diagnóstico de esquizofrenia. La paciente está en tratamiento antidepresivo desde los 26 años tras una ruptura sentimental, manteniéndose estable hasta agosto de 2016 en que inicia cuadro compatible con episodio depresivo, momento en el que se incrementa la dosis del fármaco antidepresivo. Un mes después de haber realizado el ajuste farmacológico descrito, la paciente presenta un episodio maniaco con síntomas psicóticos precisando ingreso hospitalario. Tras el alta hospitalaria, mantiene la estabilidad clínica con tratamiento eutimizante, que abandona por iniciativa propia en noviembre de 2016 por aparición de efectos adversos. En marzo de 2017, presenta un intento autolítico mediante precipitación desde una ventana de un edificio de escasa altura, motivo por el que se procede a un ingreso hospitalario evidenciándose sintomatología depresiva de características endogenomorfas. Durante el ingreso, se inicia tratamiento con eutimizante y terapia electroconvulsiva, con buena tolerancia y remisión de la clínica depresiva.

Discusión

En la actualidad, debido a la complejidad de la técnica de la terapia electroconvulsiva (TEC) asociada a los prejuicios que tiende a generar en la sociedad, este tratamiento se suele reservar para el abordaje de los cuadros más graves o resistentes al tratamiento farmacológico. En los estudios realizados hasta el momento, se ha aprobado la eficacia de la TEC en las fases agudas del trastorno bipolar resistentes al tratamiento farmacológico, tanto en episodios maníacos como depresivos y mixtos. También se han descrito evidencias de su utilidad en la terapia de mantenimiento del trastorno bipolar, así como su uso en niños y adolescentes. Se ha demostrado que la TEC tiene una eficacia similar tanto en la depresión bipolar como en la depresión unipolar, evidenciándose tasas de remisión sintomatológica similares. Sin embargo, los pacientes con depresión bipolar tienden a responder más rápidamente y necesitan menos sesiones de TEC en comparación con pacientes con depresión unipolar.

Conclusiones

La terapia electroconvulsiva constituye, posiblemente, el tratamiento más eficaz para el abordaje de las fases agudas del trastorno bipolar resistentes al tratamiento farmacológico, por lo que no debería considerarse el "último recurso" en el tratamiento de dicha enfermedad mental.

[PO-1027] Debut maníaco en paciente anciano: a propósito de un caso

Belén Rodríguez Macías, Jesús Yáñez, David Granados, Beatriz O. Plasencia García De Diego

Mostrar Póster**Descripción del Caso clínico:**

Antecedentes personales: Varón de 70 años de edad, padre de 2 hijos, separado recientemente, trabajador agrícola, sin antecedentes psiquiátricos, salvo según refiere clínica compatible con episodio depresivo grave hace 2 años de más de un año de duración. del que comienza a recuperarse hace 6 meses
Historia Actual: tras un par de meses de la separación conyugal, comienza con mejoría de su estado de ánimo, que se sigue de alteraciones conductuales, con consumo excesivo de alcohol, insomnio global, incremento de la actividad dirigida hacia las actividades del campo, gastos excesivos e inapropiados, hiporexia con pérdida de hasta 40 kg de peso.

Exploración psicopatológica: contacto suspicaz, hiperalerta, bien orientado auto y alopsíquicamente, parcialmente colaborador, taquipsíquico, con incremento de la presión al habla, sin respetar turnos, con pérdida ocasional del hilo conductor fácilmente redireccionable. Ideas de perjuicio con su familia, exaltación de sus capacidades. Nulo insight.

La analítica con hemograma, bioquímica general, TSH, vitamina B12, ácido fólico, serología y test de tóxicos son negativos. En el TAC de cráneo sin contraste tan solo se evidencian algunas hipodensidades pseudonodulares inferiores a 10-15 mm en la sustancia blanca periventricular, sin edema ni efecto masa, que impresionan de leucoaraiosis y si existieran factores de riesgo cardiovascular. Cavum septum pellucidum como variante anatómica. Ligera colpocefalia en asta occipital del ventrículo lateral derecho. Se pauta tratamiento con risperidona y valproico, respondiendo favorablemente, con ajuste conductual y tendencia a la eutimia, recuperando el adecuado descanso nocturno, habiendo elaborado además conciencia de enfermedad lo cual permite una correcta adherencia terapéutica tras el alta.

Juicio clínico: Trastorno afectivo bipolar de debut tardío en fase maníaca

Discusión:

El trastorno afectivo bipolar no es una patología infrecuente en personas de edad avanzada, de hecho en estados unidos constituye entre el 10 y el 25 % de todos los trastornos afectivos presentes en pacientes geriátricos, y, el 5% de los pacientes ingresados en las unidades de gerontopsiquiatría. Esto es debido al aumento de la esperanza de vida de estos pacientes. Sin embargo sí es infrecuente su debut tardío, de hecho, según la mayoría de los estudios publicados, debuta con mayor frecuencia entre los 28 y los 44 años de edad, disminuyendo el riesgo a partir de los 50 años. Quizás por esto a pesar del avance en el conocimiento de esta patología por un lado y del avance en la psiquiatría del anciano por otro, no se ha progresado tanto en el estudio de la enfermedad bipolar de debut tardío. En el diagnóstico diferencial siempre hay que incluir la causa orgánica (epilepsia, daño cerebral...), y la demencia. El tratamiento es similar al del TAB, teniendo en cuenta la sensibilidad de estos pacientes, su comorbilidad, así como las posibles interacciones farmacológicas.

[PO-1028] Cuando pedir ayuda no es la opción principal

Lara Cabanillas Carrillo, Mercedes Sánchez Prieto, Beatriz Mata Sáenz

Mostrar Póster

Antecedentes:

Paciente de 42 años sin antecedentes de salud mental ni otros antecedentes de interés.

Breve descripción del caso:

Acude a urgencias traído por hermano tras tentativa autolítica en el domicilio familiar en el día de hoy; con intento de ahorcamiento y con presentación de laceraciones superficiales en el cuello. El paciente relata que mientras estaba en el domicilio con sus hijos alertó a su hermano de situación límite, tras lo cual el hermano acude encontrándolo con soga en torno al cuello y colgado. El paciente relata episodio depresivo de unos meses de evolución reactivo a proceso traumático de divorcio, con incapacidad de pedir ayuda y aumento del aislamiento social así como pérdida de la funcionalidad diaria.

Exploración: Consciente orientado y colaborador facies hipomímica, aspecto descuidado. Discurso coherente y fluido sin otras alteraciones del curso ni el contenido del pensamiento, no sintomatología de rango psicótico. Estado de ánimo depresivo reactivo a situación vital actual. Rumiaciones acerca de su problemática y dificultades en la expresión emocional. Ansiedad somática con empeoramiento vespertino e insomnio mixto de iniciación y mantenimiento. Ideas pasivas de muerte con cierta repercusión afectiva, con crítica total de lo ocurrido, expresado como gesto impulsivo. Hiporexia con pérdida ponderal de peso de unos 10 kg. Buen apoyo social y familiar.

Tratamiento y evolución: Se plantea el ingreso en la unidad de hospitalización el cual el paciente rechaza. Existe buen apoyo familiar y compromiso de supervisión estrecha en domicilio. Asimismo compromiso de acudir a USMC de referencia de forma preferente e iniciar un tratamiento psicofarmacológico, así como a petición de ayuda en situación de crisis.

Tratamiento psicofarmacológico: sertralina 50 mg diarios, lorazepam un mg cada 8 horas. El paciente acude en tres ocasiones a USMC de referencia donde se encuadra y elabora lo ocurrido como un gesto impulsivo, trabajando el apoyo social y familiar así como la petición de ayuda; el reconocimiento y validación del malestar y el apoyo en el entorno más cercano, siendo dado de alta por mejoría con control y seguimiento por MAP.

Juicio clínico : Trastorno adaptativo. F43.21 Reacción depresiva prolongada

Discusión: La identificación de los factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida es de gran importancia por la estrecha relación que guardan con dicha conducta .El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, por ejemplo, el 91% de los pacientes con conducta suicida expresan desesperanza, Por ello la importancia de una buena exploración psicopatológica para la realización de un práctica clínica adecuada.

[PO-1029] Encefalitis vs. Episodio maníaco

Carmen Loeck de la Puerta, Irene Sánchez Rivero, Carmen Aldara Carrajo García, Marta Rodríguez de Lorenzo, Elena Begoña Alonso Sánchez

Mostrar Póster

Varón de 31 años que inicia seguimiento en Salud Mental por episodio psicótico. Como antecedente presenta encefalitis de causa no filiada en 2014, con semiología delirante y buena evolución hasta remisión completa. Niega consumo de tóxicos a excepción de bebidas cafeínicas esporádicas. Tiene un hermano con CI bajo y TDAH.

Se describe como una persona desconfiada e introvertida, pero con buen círculo social y relaciones interpersonales. Vive con su pareja. Trabaja como ingeniero de soldadura. Con el desencadenante de un periodo de estrés laboral e insomnio de 3 días de evolución, inicia un cuadro de ideación delirante de autorreferencialidad y perjuicio. Éste se centra en su familia y sus compañeros de trabajo, está convencido de que hablan de él a sus espaldas. Por este motivo, acude a Urgencias a instancias de su familia. Allí se descarta organicidad, y, dada la ausencia de signos de gravedad y el buen soporte familiar, se decide manejo ambulatorio con olanzapina 7,5 mg/día y seguimiento en su CSM de zona. Durante la consulta, el paciente presenta inquietud psicomotriz, se muestra suspicaz y ligeramente verborreico. Afirma tener una inteligencia superior, ser capaz de captar señales y coincidencias imperceptibles para los demás. Se muestra desconfiado con las pruebas complementarias realizadas en Urgencias, sospecha que el CNI está detrás de ellas. Describe confusa y reiteradamente un problema interno, una lucha entre racionalidad e irracionalidad. A pesar de todo, minimiza lo ocurrido y asegura encontrarse bien, achacando su inquietud al estrés laboral y a la falta de sueño. Refiere realizar 8 horas de bicicleta diarias pues se está preparando para una maratón, por lo que solicita la suspensión de olanzapina, pues cree que puede interferir en su entrenamiento. Su familia afirma encontrarle “acelerado” y suspicaz desde hace dos semanas. Comparan el episodio actual con el vivido en 2014, cuando, tras un viaje de negocios a Arabia Saudí y, de nuevo en el contexto de estrés laboral e insomnio, inició un cuadro de ideación delirante de autorreferencialidad y perjuicio, inquietud psicomotriz y taquipsiquia. Fue trasladado a España, donde, dada la ausencia de antecedentes psiquiátricos, la presencia de febrícula y la procedencia de Oriente Medio, se inició despistaje de encefalitis. Se realizaron múltiples pruebas complementarias: analítica, radiografía de tórax, punción lumbar, TAC, RMN craneal, serologías, toxicología, anticuerpos onconeuronales, vídeo EEG, etc., todas ellas resultaron normales. El paciente rehúsa ingreso hospitalario y continuar tratamiento con olanzapina, por tanto, se decide el cambio farmacológico por aripiprazol 15 mg/día y lormetazepam 2 mg/día, y seguimiento ambulatorio estrecho. Presenta disminución progresiva de la sintomatología maniforme, remitiendo completamente todos los síntomas a las cuatro semanas del inicio del cuadro. En el momento actual realiza crítica total de la ideación previa.

La sintomatología similar en ambos episodios, la evolución del cuadro y la ausencia de signos que apoyaran el diagnóstico de encefalitis en el pasado, nos hace plantearnos que se tratara en realidad de un episodio maníaco. Proponemos el diagnóstico de trastorno bipolar, con dos episodios maníacos con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo.

[PO-1030] Cáncer, depresión y alcohol

María Reina Domínguez, Sandra Fernández León, Ana Rodríguez Martínez, Ismael Prieto Sánchez

Mostrar Póster**Descripción del caso:**

Varón de 48 años, soltero, con pareja estable. Padre de 4 hijos de 3 parejas diferentes, el menor de 5 años de edad de su pareja actual. El 6º de 11 hermanos. Convive con sus padres, 3 hermanos drogodependientes, su pareja y su hijo menor. Desempleado, no percibe ingresos económicos de ningún tipo. Acude a consulta tras intento autolítico con alcohol y benzodicepinas.

Antecedentes personales somáticos: cáncer de pulmón tratado con quimioterapia en 2014, no subsidiario de intervención quirúrgica, con estabilidad clínica hasta hace 4 meses, que ha progresado y precisa de nuevo tratamiento quimioterápico.

Hábitos tóxicos: ex consumidor de heroína, estuvo en tratamiento con metadona, que ha abandonado de manera progresiva de motu propio hace 5 meses. Fumador de 15 cigarrillos al día y bebedor ocasional de alcohol.

Sin antecedentes psiquiátricos referidos. En tratamiento con tranxilium 25 mg cada 12 horas. El paciente refiere que desde hace 3-4 meses, tras ser informado de la progresión de su enfermedad cancerosa, se encuentra mal, triste y sin ganas de nada, pasando la mayor parte del día en su habitación a solas. Explica que además, de manera esporádica ve unas sombras que le llaman, le dicen que se vaya con ellas, y que le generan intenso malestar. Ha comenzado a beber alcohol de manera abusiva, con embriagueces cada 2-3 días, que según manifiesta, le ayudan a evadirse y relajarse.

Exploración y pruebas complementarias: TAC, hemograma y bioquímica con valores dentro de la normalidad.

Tóxicos en orina: positivo a benzodicepinas, negativo para el resto de tóxicos.

Consciente y orientado. Escasamente abordable y colaborador. Tranquilo a nivel psicomotriz. Discurso parco e inducido, en bajo tono de voz, enlentecido, centrado en los deseos de muerte. Facies hipomímica. Lloroso. Apatía y anhedonia. Tendencia al aislamiento y encamamiento. Dificultad para el afrontamiento de la enfermedad, con sentimientos de desesperanza. Alucinaciones visuales y auditivas que impresionan catatímicas. Deseos de muerte persistentes, sin planificación ni estructuración autolítica.

Diagnóstico diferencial:

Trastorno mental debido a lesión cerebral o enfermedad somática (sospecha de metástasis a nivel cerebral).

Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas (dados los antecedentes de adicción, y el reciente abandono de metadona).

Consumo perjudicial de alcohol.

Trastorno adaptativo con reacción depresiva prolongada.

Juicio clínico:

Trastorno adaptativo con reacción depresiva prolongada

Consumo perjudicial de alcohol

Conclusiones:

- Es importante tener en cuenta la hipótesis de la automedicación, para abordar el consumo de sustancias, usadas en determinadas situaciones como manera de suplir o mejorar, déficits orgánicos o psíquicos.
- El difícil afrontamiento y adaptación a la enfermedad y tratamiento oncológico puede ser amortiguado por el uso de programas de psicooncología.

[PO-1031] “De la deriva...a la estabilidad”. A propósito de un caso.

Cristina Romero Pérez, Belén Rodríguez López, Irene Pérez Zapico

Mostrar Póster

Motivo de consulta: Paciente de 52 años diagnosticado de esquizofrenia paranoide que desde hacía un año había abandonado seguimiento y tratamiento en salud mental. Son los servicios sociales quienes dan la alarma tanto de los trastornos de conducta en el medio como de las condiciones de insalubridad en las que se encontraba la vivienda del paciente. Tras una visita domiciliaria por parte de su USMC de referencia, finalmente el paciente es remitido para ingreso hospitalario.

AP: Sin antecedentes orgánicos de interés, salvo RAM a penicilinas. Hábito tabaquico, sin consumo de otros tóxicos. Diagnóstico de E. Paranoide a los 21 años de edad (actualmente incluido en proceso asistencial TMG) mientras se encontraba realizando el servicio militar. Desde entonces el paciente ha residido en diferentes lugares, manteniendo escasa vinculación con los dispositivos comunitarios, así como nula conciencia de enfermedad ni necesidad de tratamiento.

Psicobiografía: Natural de Asturias. Soltero. Padres fallecidos. El paciente es el 4º de una fratria de 7 hermanos. El menor de ellos falleció hace 3 años. Convive con un hermano, quien también está diagnosticado de un trastorno psicótico. Sus otros hermanos residen en otras ciudades españolas y mantienen escaso contacto con el paciente.

Enfermedad actual: el paciente es remitido para ingreso involuntario desde el equipo de referencia por presentar trastornos de conducta en el domicilio y en relación con el vecindario así como un abandono absoluto del autocuidado desde hace varios meses. El paciente estaba había estado en tratamiento con varios antipsicóticos, el último paliperidona 150mg depot. Sin embargo, el paciente refería abandono del mismo por secundarismos relacionados con sedación y síntomas extrapiramidales.

Evolución: Durante los primeros días de ingreso el paciente presentaba importante descompensación psicopatológica, en la que destacaban conductas bizarras, ideas delirantes autorreferenciales y de perjuicio en relación al vecindario. Discurso incoherente y desorganizado con asociaciones laxas. Presencia de soliloquios. A nivel farmacológico, los primeros días precisó Olanzapina 10 mg v.o, posteriormente debido a que se observó discinesia oral y los secundarismos con papileridona, se pasó Aripiprazol 10 mg oral, con buena tolerancia, sin presentar efectos adversos y buena eficacia en el control de síntomas.. Dada la falta de adherencia en el pasado a los tratamientos orales en este paciente, se optó por Aripiprazol intramuscular 400 mg mensual. A los 18 días de su hospitalización, el paciente pudo ser dado de alta, manteniendo una dosis de Aripiprazol 15 mg oral durante otros 15 días y posteriormente se retiró la suplementación oral en USMC, manteniéndose únicamente con Aripiprazol 400mg cada 28 días. La evolución a nivel global ha sido muy favorable. Actualmente, un año después, el paciente se encuentra estabilizado psicopatológicamente, mantiene su autocuidado, acepta la ayuda por parte de servicios sociales, han mejorado las relaciones con el vecindario y ambos hermanos acuden con regularidad a USMC de referencia.

Discusión:

En la práctica clínica, el incumplimiento del tratamiento farmacológico es la principal causa de recaída en los pacientes psicóticos. Éste debe fundamentalmente a la falta de conciencia de enfermedad y a los efectos secundarios de los antipsicóticos. Por ello, debemos considerar la opción de los nuevos antipsicóticos depots, sin olvidar preguntar por los efectos adversos. Asimismo, el abordaje domiciliario permite una visión global de la situación del paciente y de su entorno, lo que facilita la alianza terapéutica , así como establecer un plan terapéutico más integrador y rehabilitador.

[PO-1032] ¿Padece un Trastorno afectivo bipolar? Manía inducida por corticoides

Peralta Gallego, Francisco Javier; Pans Molina, Irene; Florido, Puerto, Ana Isabel; Banda Moruno, Jorge; Pérez Sosa, Miguel Zacarías.

Mostrar Póster

Paciente de 53 años con AP de protusiones discales múltiples y de litiasis renal bilateral. Realiza seguimiento en USMC desde enero de 2014, con orientación diagnóstica de trastorno adaptativo, y con tratamiento antidepresivo. Refiere un ingreso hace más de 30 años cuya orientación diagnóstica fue de esquizofrenia. Durante el mes de diciembre de 2016, el paciente acudió en varias ocasiones a Urgencias con clínica de características maniformes, que se resolvía en menos de 24 horas solicitando posteriormente el alta. Recientemente el paciente había iniciado ciclo de tratamiento con deflazacort 30 mg/día por su patología discal. Se decide finalmente, tras 3 asistencias en Urgencias, ingreso hospitalario para estudio y filiación del cuadro. Juicio clínico al alta del primer ingreso: Episodio maníaco. Tratamiento con Depakine crono 1500mg, olanzapina 10mg y clonazepam 0,5mg si precisa. En Marzo de 2017 acude nuevamente a urgencias, muy acelerado, mostrándose descalificativo con personal sanitario, refiriendo que llevaba 24 horas sin dormir. En la entrevista expresa aumento de energía con importante repercusión conductual, mostrando aumento de actividades voluntarias en últimos días, con disminución de las necesidades de sueño. No es posible asegurar adherencia al tratamiento. Se decide nuevo ingreso por descompensación psicopatológica hacia polo maníaco.

Exploración: A su ingreso: consciente, orientado, escasamente colaborador y difícilmente abordable. Hipertímico, con ánimo suspicaz, irritabilidad y disforia. Verborreico, presentando un discurso acelerado y saltigrado, no siendo posible reconducirlo y con pérdida del hilo argumental. Ideación delirante megalomaniaca y autorreferencial. Aumento subjetivo de energía, reducción de necesidad de sueño, con insomnio global. Inquietud psicomotriz. Nula conciencia de enfermedad.

Pruebas complementarias sin hallazgos patológicos. Niveles de valproico en rango subterapéutico.

Juicio clínico: Trastorno bipolar, episodio maníaco (F31.1).

Evolución: Favorable hacia la mejoría conductual y anímica completa. Para mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico se pauta antipsicótico inyectable de liberación prolongada.

Tratamiento: Palmitato de Paliperidona 150 mg IM /28 días. Depakine crono 1500 mg/ noche. Clonazepam 1 mg.

Discusión:

Se estima que existe un retraso en el diagnóstico correcto del TAB tipo I de 8 años de media. La presencia de síntomas psicóticos no congruentes con el estado del ánimo hace que exista mayor riesgo de error diagnóstico con la esquizofrenia. Generalmente los síntomas neuropsiquiátricos inducidos por sustancias son de corta duración y no existe relación entre el desarrollo de estos síntomas y el haber tomado dicho fármaco en ocasiones anteriores. El diagnóstico de TAB inducido por sustancias no puede realizarse en pacientes con antecedentes de sintomatología afectiva. Desconocemos que implicaciones tienen dichas sustancias en la activación de un trastorno afectivo previo, siendo necesarios más estudios al respecto.

- Bipolar disorder. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Lancet. 2016 Apr 9; 387(10027):1561-72.
- Bipolar disorder in adults: Assessment and diagnosis. Suppes T, Cosgrove VE. UptoDate. 2016, Nov
- Sustained corticosteroid- induced mania and psychosis despite cessation: A case study and brief literature review. Gable M, Depry D. Int J Psychiatry Med. 2015; 50(4):398-404
- The HPA axis in bipolar disorder: Systematic review and meta-analysis. Belvederi Murri M et al. Psychoneuroendocrinology. 2016 Jan; 63:327-42.

[PO-1033] El Trastorno de la personalidad Límite y la construcción de una identidad suicida. A propósito de un caso.

Reyes Navarro Pablo, Olalla Santamaría Gómez, Francisco Gotor Sánchez-Luengo, Samuel Leopoldo Romero Guillena.

Mostrar Póster**Introducción**

Las ideas de suicidio crónicas o persistentes constituyen una parte dentro de todos los comportamientos suicidas que, por desgracia, cada vez encontramos con mayor frecuencia. Entre los criterios diagnósticos de los Trastornos de la personalidad tipo límite se incluyen estas ideas persistentes o reiteradas de suicidio (1). El suicidio se mantiene como posibilidad durante meses o años, como parte de su vida y de su identidad independientemente de que protagonicen gestos o tentativas autolíticas. Las alteraciones de la identidad donde predominan vivencias crónicas de vacío y desesperanza junto con la impulsividad suman un caldo de cultivo óptimo que facilita la aparición de gestos y amenazas suicidas (entre 50-60%) así como suicidios consumados (8-10%). (2)

Descripción del caso

Mujer de 38 años con antecedentes de tratamientos previos por sintomatología variada: alteraciones de la conducta alimentaria, síntomas disociativos, cuadros depresivos y conductas autolesivas. Inicia seguimiento en consulta por desestabilización emocional con angustia, fobia social y aislamiento progresivo.

Datos psicobiográficos: Divorciada y con dos hijos de dos relaciones. Tuvo una relación posterior que culmina en situación de maltrato. Tiene nueva pareja. Vive con su hijo mayor. Mantiene relaciones distantes con sus padres y sus 6 hermanos. Estudio hasta FP y ha tenido diferentes ocupaciones relacionadas con la hostelería con desempeño aceptable aunque dificultades relacionales. De baja laboral.

Enfermedad actual: predominio de angustia y aislamiento con sintomatología disociativa y demandas urgentes crecientes por conductas autolesivas. Esta desestabilización emocional se vincula a situación de maltrato previa reactivada por trámites judiciales. Se orienta a nivel diagnóstico como Trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3 CIE-10). Dada la situación de riesgo sostenido e ineficacia de intervenciones se deriva a un dispositivo Rehabilitador (H. Día) donde realiza seguimiento prolongado. Destaca persistencia de sentimientos de vacío emocional, desesperanza e incapacidad. Mantiene importante aislamiento.

Evolución: Se continúan acumulando acontecimientos que agravan la situación: fallecimiento repentino del padre de su hijo y vuelta de éste al domicilio, inicio de trastornos conductuales de su hijo, ruptura de pareja, persistencia de desempleo sin ayudas y con precariedad económica así como disfunción familiar que la evade de solicitar apoyo. Reaparecen conductas autolesivas y empeora la clínica afectiva. Se mantienen tratamientos multidisciplinarios intensivos (farmacológico, psicoterapia, terapia ocupacional) con mejoría muy precaria e importante vivencia de fracaso. Abandona H. Día y reanuda seguimiento ambulatorio. Los meses subsiguientes mantiene ideas de muerte y autolesivas así como gestos para calmar la rabia y la tristeza. Conseguimos que consulte o llame ante la detección de dificultad de contención pero detectamos estructuración crónica y profunda de fantasía autolítica en la que se siente identificada y que vivencia como liberadora.

Conclusión y discusión

Este caso ejemplifica la dificultad del sistema sanitario para ubicar y dar respuesta a pacientes de tantísima complejidad.

Se puede observar un recorrido clínico cambiante con importantes dificultades caracteriales y un acumulo inusitado de factores de riesgo autolítico (3). Pudimos detectar una progresiva estructuración de la identidad en torno a un patrón de riesgo de conducta suicida de difícil abordaje (4).

[PO-1034] Grisi sikni: La locura de la selva

Lara Cabanillas Carrillo; Mercedes Sánchez Prieto; Beatriz Mata Saenz

Mostrar Póster**Breve descripción del caso**

Mujer de 15 años, acude a consulta de centro de salud en Bluefields; sin antecedentes médicos o psiquiátricos de interés. Acompañada por personal del colegio, donde ha protagonizado episodio de agitación psicomotriz en el que verbaliza estar siendo poseída por el demonio, presentando a la finalización del cuadro un episodio de pérdida de conocimiento sin otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias

Consciente, desorientada en tiempo, orientada en espacio y persona. Discurso coherente y fluido. Reconoce alucinaciones visuales complejas durante el episodio con importante repercusión emocional. Amnesia parcial del episodio. Inquietud psicomotriz. Pruebas complementarias dentro de la normalidad.

Juicio clínico: Grisi sikni

Diagnóstico diferencial: Reacción a estrés agudo Episodio psicótico agudo Otros trastornos disociativos

Conclusiones

En la CIE-10 están descritos trastornos específicos de determinadas culturas incluidos en el apéndice. Comparten dos rasgos principales: no se pueden situar con facilidad dentro de las categorías psiquiátricas establecidas y utilizadas internacionalmente y fueron descritos inicialmente en determinadas poblaciones o áreas culturales, a las cuales se ha visto que están asociados de manera cercana o exclusiva. A estos síndromes se les ha denominado ligados a una cultura o como psicosis étnicas o exóticas. Muchos son agudos y transitorios, lo que hace que su estudio sistemático sea difícil. La situación de estos trastornos es controvertida, de tal manera que muchos investigadores manifiestan que sólo se diferencian en la intensidad cuando se comparan con trastornos ya incluidos en las clasificaciones existentes. Por lo tanto, según esta idea debería considerarse como variaciones locales de trastornos aceptados desde hace tiempo. También ha sido cuestionada su existencia exclusiva en determinadas poblaciones o áreas culturales. Grisi siknis, "locura de la selva" en lengua miskita, está ligado a la etnia misquita en América Central, afecta especialmente a mujeres.

[PO-1035] El sentido de un final

Jesús Enrique Ibáñez Vizoso, Rafael Ángel Baena Mures, Manuel Villanueva Gallego, Jesús Pemán Rodríguez, Francisco Javier Gómez Beteta, Germán Montero Hernández, Íñigo Alberdi Páramo

Mostrar Póster**Objetivos:**

Analizar la novela "El sentido de un final" en cuanto a su relación con el suicidio.

Material y Métodos: Lectura de la novela "El sentido de un final" (premio Man Booker) de Julian Barnes. Documentación sobre el concepto de suicidio racional a través de textos técnicos bioéticos, jurídicos y médicos.

Resultados

"El sentido de un final" narra la historia de Tony Webster desde su etapa en el instituto, donde formaba parte de un grupo de 4 chicos. Uno de ellos, Adrian, era quizá el más inteligente de ellos y el más versado en la lógica y en la filosofía. Cuando ya en la universidad éste se suicida sin aparente razón, todos admiran su valentía y su sentido estético. Mucho más tarde, Tony se reencuentra de forma casual con su pasado y descubre que la muerte de su amigo estuvo rodeada de circunstancias muy complejas. En esta novela, el protagonista juzga la muerte de su amigo como "suicidio racional" aún sin usar estas palabras. Esto es, el suicidio realizado desde la autonomía y libertad de un individuo sin psicopatología interfiriendo en la decisión. Se trata de un concepto no exento de controversia, como veremos a continuación.

[PO-1036] Suicidio y entorno

Victòria Garcías Verd, Sandra García Antich, Paola Michell Barahona Aceituno, M^a Elena García Roca

Mostrar Póster**Introducción**

¿Qué sucede en una familia cuando un miembro se suicida? ¿Qué preguntas se hacen los familiares? ¿Qué sentimientos aparecen en la familia? ¿Aparecen ideas autolíticas en familiares o todo lo contrario? Sobre estas preguntas trata el siguiente caso.

Caso clínico

El caso que nos ocupa se trata de un varón de 41 años que realiza una sobreingesta medicamentosa de 20g de paracetamol combinado con varios comprimidos de zolpidem. Como antecedentes personales, el paciente padece de trastorno obsesivo compulsivo estable desde hace años, con seguimiento psiquiátrico cada 6 meses y en tratamiento con escitalopram 20mg. Entre los antecedentes familiares, destaca su hermana con un diagnóstico de trastorno bipolar que dos meses antes de la sobreingesta del paciente, realizó ingesta de cáusticos, tras la cual falleció. El paciente explica que eran una familia muy unida, de hecho, convive con los padres y, tras lo sucedido con su hermana, la familia se ha quedado desorganizada. No han recibido ninguna ayuda a nivel psicológico porque “hay que aceptarlo”. Él no conseguía dejar de pensar en ella, por lo que, una semana antes de la sobreingesta, estuvo buscando por internet métodos efectivos para suicidarse. Encontró el paracetamol y se aseguró de tomar una dosis que fuera efectiva. Se lo tomó estando solo en una finca pero al no notar ningún efecto, volvió a casa y fue cuando la familia detectó lo sucedido. Fue trasladado al hospital. Fue valorado por urgencias medicina y por psiquiatría, quien indica necesidad de proceder a ingreso, que, inicialmente, el paciente acepta, pero mientras espera disponibilidad de camas, se fuga del área de urgencias. Dos horas más tarde, es traído de nuevo al hospital acompañado de policía. Se procede a ingreso involuntario, durante el cual se realiza ajuste de tratamiento farmacológico así como se procede a intervención psicoterapéutica. También se realiza intervención familiar, detectándose elevado malestar, sentimientos de culpa, rechazo, abandono y dificultad para restablecer la nueva organización familiar tras el suicidio de su hermana. El paciente presenta buena evolución y es dado de alta derivado a consultas de atención a la conducta suicida.

Conclusiones

La muerte por suicidio ha ido en aumento durante los últimos años. La causa de muerte que genera mayor hostilidad, culpabilidad y estigmatización es el suicidio y los familiares pueden presentar sentimientos encontrados de tristeza, rabia, vergüenza, negación, culpabilidad,... Algunas veces, puede desembocar en un duelo patológico y mucho más duradero. En diferentes estudios, se ha confirmado, que en algunos casos, tras el fallecimiento por suicidio de un miembro de la familia, puede aparecer la llamada “Propagación de la onda del shock del suicidio” y aumentar así la patología psiquiátrica y también el riesgo de suicidio, por este motivo, hay que valorar, de forma precoz, dentro del entorno más próximo a la persona fallecida, si precisan de atención psicológica/psiquiátrica.

[PO-1037] Planteamiento de la atención al paciente con enfermedad mental en el Servicio de Urgencias

Marta Rodríguez de Lorenzo; Carmen Aldara Carrajo García; Carmen Loeck de la Puerta; Elena Begoña Alonso Sánchez

Mostrar Póster

Se describe un caso de una mujer de 47 años sin antecedentes médicos de interés, con antecedentes psiquiátricos de sintomatología ansioso-depresiva y obesidad mórbida. La paciente es atendida en el Servicio de Urgencias por intento autolítico mediante intoxicación medicamentosa. Tras ser valorada por psiquiatría y dada de alta al no objetivar riesgo, la paciente continúa en observación unas horas y es dada de alta por parte de Urgencias. Antes de que la paciente abandonara el hospital, la paciente reingresa por síncope debido a un tromboembolismo pulmonar. A revisar: Complicaciones de la observación prolongada en Urgencias; Atención al paciente psiquiátrico en el área médica; Ampliación de los diagnósticos diferenciales en los pacientes con enfermedad mental.

[PO-1038] Patología dual en trastornos de la conducta alimentaria.

Ana Isabel Florido Puerto, Francisco Peralta Gallego, Jorge Banda Moruno, Mercedes Sánchez Prieto, Celia Muñoz Cauqui

Mostrar Póster

La ebiorexia, es una enfermedad que conjuga varias conductas perjudiciales como la bulimia, la anorexia y el alcoholismo. Este trastorno consiste en dejar de comer para compensar las calorías con el consumo de alcohol.

Además del abuso de bebidas alcohólicas, se conjugan otras conductas como realizar “atracones”, para luego provocarse el vómito.

Exponemos el caso clínico de una mujer de 31 años de edad, que acude al servicio de urgencias por “mareos y pérdida de peso”. Tras estudio por Medicina Interna, se descarta patología somática que justifique la clínica, solicitando valoración psiquiátrica por probable trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

Entre sus antecedentes personales somáticos, destaca pancreatitis de origen enólico. Entre sus antecedentes psiquiátricos consta seguimiento irregular en la red de salud mental, desde los 20 años de edad, con orientación diagnóstica de TCA (anorexia nerviosa). Inicia consumo de alcohol a los 16 años, de manera esporádica, en el ámbito social. A los 26 años, a raíz de independizarse, aumenta el consumo enólico y dos años después, tras ruptura con su pareja y volver a vivir a casa de sus padres, bebe sobre todo por las noches a escondidas. Desde hace dos años, el consumo es diario (10-12 UBE/día), sin periodos de abstinencia salvo durante el ingreso por pancreatitis (15 días). La familia, que le acompaña, comenta deterioro físico progresivo desde hace varios meses, más acusado en el último mes, en el que ha sustituido el alcohol por la comida. Existen además conductas purgativas (toma de laxantes, vómitos) y pérdida de 9 Kg peso. A pesar de la importante pérdida ponderal y repercusión orgánica por deterioro físico, la paciente minimiza la clínica y el consumo de alcohol. En la exploración física destaca regular estado general. Caquexia. Sequedad de piel y mucosas. Talla:161 cm Peso : 40, kg IMC:15,4 A la exploración psicopatológica se encuentra consciente y orientada. Abordable, parcialmente colaboradora. Discurso fluido, minimizador de sintomatología. No alteraciones sensorio-perceptivas. Indiferencia afectiva. Trastorno de la conducta alimentaria restrictivo, con conductas purgativas. Distorsión de la imagen corporal. Consumo perjudicial de alcohol. Nula conciencia de enfermedad.

[PO-1039] Síndrome neuroléptico maligno atípico en paciente con Esquizofrenia hebefrénica en tratamiento con Risperidona

Marta Rodríguez de Lorenzo; Carmen Aldara Carrajo García; Carmen Loeck de la Puerta; Elena Begoña Alonso Sánchez

Mostrar Póster

Se presenta un caso clínico de un varón de 28 años con antecedentes psiquiátricos de Esquizofrenia tipo desorganizada en tratamiento hasta finales de 2012 con Amisulpride -800 mg/día- y Topiramato -100 mg/día- vía oral. Tras introducir Risperdal Consta® – Risperidona- 50 mg/2 semanas intramuscular por descompensación de su patología de base, siete meses más tarde, en Julio de 2013 el paciente presenta un probable síndrome neuroléptico maligno de evolución atípica. A revisar: Criterios de diagnóstico de síndrome neuroléptico maligno atípico (¿Es posible desarrollar un síndrome neuroléptico maligno tras siete meses de tratamiento con Risperidona –intramuscular-?); Nuevos criterios del DSM 5 en los cuales desaparece la clasificación antigua de los subtipos de Esquizofrenia (¿Desaparece el concepto de Esquizofrenia Hebefrénica?)

[PO-1040] TEP bilateral en paciente transgénero: consideraciones sobre la terapia hormonal en este colectivo.

Jesús Enrique Ibáñez Vizoso, Francisco Javier Gómez Beteta, Manuel Villanueva Gallego, Jesús Pemán Rodríguez, Germán Montero Hernández, Íñigo Alberdi Páramo, Antonio Jurado Canca

Mostrar Póster**Introducción**

En la comunidad transgénero, tanto la conducta como la ideación suicida son superiores respecto a la población general. Todavía existen pocos datos respecto al suicidio consumado, pero a lo largo de muchas poblaciones estudiadas, las tentativas suicidas representan el principal factor predictivo de este parámetro. En Occidente, se considera que el 22-43% de la población trans ha presentado conducta suicida. Las causas de esto son múltiples; dentro de los factores intervenibles se han destacado las medidas para reducir la transfobia y la facilitación de la transición médica, incluyendo la cirugía de reasignación de género y la terapia hormonal.

Objetivos:

Señalar la importancia del acceso a la terapia hormonal en la salud mental de las personas transgénero. Incidir mediante la exposición de un caso en la necesidad de una correcta supervisión médica de la misma.

Metodología

Presentamos el caso de una paciente de 33 años, sin antecedentes médicos relevantes, ingresada en medicina interna por un TEP bilateral. Durante la guardia de psiquiatría nos llaman para valorar a esta paciente, que se ha encerrado en el aseo de su habitación y amenaza con suicidarse. La paciente, nacida varón, relata haber tenido dificultades para acceder a una terapia hormonal supervisada, por lo que ha conseguido el tratamiento por su cuenta y se lo autoadministra sin supervisión médica. En este contexto, ha sufrido un TEP bilateral que requiere su ingreso en medicina interna. Se suspende la terapia hormonal, lo que supone un retroceso en el proceso de cambio que atravesaba. Esto ha generado un importante sentimiento de frustración y desesperanza que han motivado la aparición de la ideación suicida. La paciente no realiza seguimiento en salud mental, pero refiere haber realizado varios intentos de suicidio infructuosos. Tras la contención verbal se muestra tranquila, colaboradora, sin sintomatología psicótica. Su ánimo es subdepresivo, y claramente reactivo a la situación que atraviesa.

Discusión

El acceso limitado a los servicios de salud que precisan las personas transgénero provoca que muchas de las personas que inician tratamiento hormonal lo hagan sin supervisión médica, autoadministrándose hormonas obtenidas de mercados ilegales o a través de internet. Esto es preocupante por dos motivos: en primer lugar acarrea riesgos médicos potencialmente mortales; en segundo lugar porque el tratamiento hormonal se ha asociado a una mejoría en parámetros como la autoestima, ansiedad, síntomas disociativos y depresión. Los estudios al respecto todavía son escasos, por lo que es preciso continuar investigando al respecto. Esto adquiere una especial relevancia al haber sido identificado como uno de los factores intervenibles con un mayor margen para reducir las preocupantemente prevalentes ideación y conducta suicida de este colectivo.

[PO-1041] La importancia de la valoración social en el suicidio

Erica López Lavela, Beatriz Mata Saenz, Laura Nuevo Fernández, Fernando García Lázaro, Irene Díaz Quero

Mostrar Póster

Los factores sociales, económicos y familiares son considerados esenciales en la evaluación del riesgo, recogidos, entre otras, en las escalas de valoración del riesgo autolítico IS PATH WARM y SAD PERSON. Presentamos 4 casos recibidos en urgencias de Psiquiatría de nuestro Hospital y planteamos la dificultad de abordaje:

Varón de 19 años que acude por haber realizado una ingesta medicamentosa. Realiza una crítica parcial del gesto y explica estar desesperado porque, aunque desde hace meses quiere dejar de consumir cocaína, finalmente vuelve a recaer. Su familia está desbordada: les roba para consumir y “le han dado muchas oportunidades” y ya no quieren continuar ayudándole. Se niegan a acudir al Hospital a hablar con el psiquiatra de guardia y amenazan con no dejarle volver al domicilio familiar. Solicita ingreso porque no sabe a dónde ir y, si acaba en la calle, cree que va a volver a intentar suicidarse.

Mujer de 81 años remitida por verbalizar ideas de suicidio. Refiere que vive sola con su marido. Ambos se niegan a ir a una residencia y no quieren recibir asistencia en el domicilio. La paciente refiere episodios en los que se pone agresiva “y pierde los nervios”, vociferando, “agarrándose el cuello con las manos para estrangularse”. Solicita ingreso en el hospital para que puedan cuidarle durante un tiempo, porque no sabe hasta qué punto pueden llegar sus conductas.

Mujer de 45 años derivada por verbalizar intencionalidad suicida en el rellano de la escalera de su piso y avisar una vecina al 112. Tiene antecedentes de ingresos previos en nuestra Unidad y orientación de distimia y trastorno de personalidad mixto. Explica que desde que falleció su madre, hace años, ella se quiere morir y que no deja de darle vueltas a la idea y pedirle a su madre que “se la lleve”. La hija refiere estar desbordada, sin capacidad para controlar el tratamiento de su madre (que incumple) ni las citas de seguimiento (a las que no acude). Ambas solicitan su ingreso por desbordamiento, no pudiendo la hija atender a la paciente en el domicilio.

Mujer de 60 años atendida por amenazas de suicidio y remitida desde su Unidad de Salud Mental por “riesgo psicosocial”. Diagnosticada de trastorno de personalidad y trastorno depresivo, refiere haber sido atendida por su familia desde hace años con absoluta dependencia hacia ellos. Desde el fallecimiento de los padres, los hermanos no pueden hacerse cargo de ella igual, con empeoramiento del ánimo de la paciente. Acude refiriendo que así no puede continuar y que necesita ingresar para que desde la planta se gestione con mayor premura un recurso residencial (que ya se ha solicitado ambulatoriamente).

El cambio sociocultural y la desaparición de muchas de las estructuras de contención existentes clásicamente, ponen en evidencia la aparición de múltiples problemas a nivel de apoyo social que juegan un papel esencial en el desarrollo y mantenimiento de trastornos mentales y de ideación e intentos autolíticos. Su valoración, contención y abordaje continúa constituyendo sin duda una asignatura pendiente de nuestros Servicios asistenciales.

[PO-1042] Abordaje Terapéutico del Suicidio Ampliado

I. Díaz Quero, E. Segura Escobar

Mostrar Póster**Introducción:**

Se define como suicidio ampliado aquella conducta en la que una persona decide llevar un acto autoagresivo para acabar con su vida, pero previamente decide acabar con la vida de otra u otras personas, generalmente su cónyuge o hijos. Estas conductas son características de los cuadros depresivos o psicóticos.

Caso

clínico:

Paciente mujer de 46 años que ingresa en la Unidad de Hospitalización Breve tras intento de suicidio ampliado a su hija.

La paciente presenta antecedentes de episodio depresivo post-parto hace 17 años que fue manejado por su ginecólogo. Derivada a Salud Mental en 2 ocasiones en los últimos 2 años en relación a fallos mnésicos sin que objetivaran clínica depresiva, por lo que la remiten de nuevo a Neurología. Casada, con 2 hijas (20 años, independizada, y una de 17 que convive en el núcleo familiar). Adecuada dinámica familiar. Activa laboralmente hasta días previos al ingreso. Comienza los 7-8 meses previos, según refiere tras diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y tratamiento con metformina que refiere que no tolera, con empeoramientos de pérdidas de memoria, miedo salir a la calle, inseguridad, abandono de actividades, tristeza, llanto. Progresivamente comienza a pensar que en el trabajo la señora a la que cuida le cambia las cosas de sitio para probarla, la vigila, le controla el dinero, y que lo está haciendo para poder despedirla. Los días previos al ingreso, le dice en varias ocasiones al marido que quiere morirse, que en casa le están vigilando. Ante esta situación el marido decide llevarla a consulta, e inician tratamiento con venlafaxina 75 mg. A los días la paciente decide dejar el trabajo, y esa mañana se levanta, y decide inyectarle insulina a su hija y posteriormente se la inyecta ella con la idea de acabar con la vida de ambas. Una vez en urgencias, donde son atendidas ambas, la paciente hace referencias a ideas delirantes de ruina, culpa, aunque posteriormente refiere "no recordar nada de lo ocurrido", procediéndose al ingreso de la paciente. Su hija es dada de alta sin complicaciones. Durante el ingreso, tras evaluación de la paciente y entrevistas con la familia, se realiza un diagnóstico de T. Depresivo con síntomas psicóticos. Además la paciente presenta síntomas disociativos del intento de suicidio ampliado, que a pesar de la mejoría de los síntomas tanto afectivos como delirantes se mantienen.

Se realiza un abordaje tanto farmacológico, con venlafaxina 225 mg/ día y aripiprazol 5 mg/día, junto con abordaje psicoterapéutico, sobre todo centrado en los síntomas disociativos para poder trabajar el intento de suicidio ampliado. Una vez que cede el cuadro de disociación, se realiza intervención familiar, centrado sobre todo con núcleo de convivencia, y en la relación materno-filiar.

Conclusión:

Una vez realizado un diagnóstico y tratamiento farmacológico, es importante centrarnos en un abordaje psicoterapéutico, tanto individual como familiar del caso.

[PO-1043] Psicosis y depresión: abordaje integral y coordinación

Erica López Lavela, Beatriz Mata Saenz, Fernando García Lázaro, Aránzazu Ramírez Vargas, Leonor Asensio Aguerri

Mostrar Póster

Las cifras de tentativas de suicidio en T. Psicóticos se sitúan en torno al 20%, con datos de suicidio consumado del 4%, siendo la primera causa de muerte prematura. Se han identificado algunos factores sociodemográficos de riesgo: sexo masculino, edad joven, desempleo, consumo de tóxicos, buena situación premórbida y antecedentes familiares de suicidio. Las alucinaciones de carácter imperativo y la clínica depresiva con sentimientos de desesperanza relacionados con el diagnóstico de psicosis (depresión postpsicótica) son los principales factores implicados en la conducta suicida.

Presentamos el caso de un varón de 36 años que acude a urgencias desde la comisaría de policía donde permanecía tras insultar a un juez, acusándolo de terrorista. Tras despistaje orgánico, ya que no tenía antecedentes psiquiátricos, se procede a la evaluación psicopatológica y posterior ingreso en la unidad de hospitalización breve. Como única alteración analítica se obtiene un test de tóxicos en orina positivo a cannabis.

Al inicio del ingreso el paciente presentaba lenguaje desorganizado, inconexo, con neologismos. Ideas delirantes autorreferenciales, megalómanas y de perjuicio (refería pertenecer al Tribunal Supremo de Justicia OTAN, con la misión de eliminar a los terroristas ocultos entre la sociedad). Alucinaciones auditivas (afirmaba comunicarse mediante ondas electromagnéticas) Ánimo hipertímico, insomnio e hiporexia.

Tras la instauración de tratamiento farmacológico con Paliperidona inyectable mensual y el abordaje a nivel psicoterapéutico comienza a realizar crítica de las ideas expresadas. Se decide el tratamiento inyectable por elección del paciente ante la comodidad de la dosificación y por la buena tolerancia que presenta.

Según cuenta comenzó a escuchar voces hace unos diez años, sintiéndose muy angustiado por no entenderlo. Por ello, decidió suicidarse clavándose un cuchillo en el cuello, pero según comenta “comprendí que el ser humano no está preparado para matarse así mismo”, desarrollando posteriormente la idea de que las voces eran mensajes de sus jefes para asignarle misiones.

En la actualidad el paciente se encuentra en seguimiento en Hospital de Día y ha desarrollado un cuadro depresivo, por lo que se está realizando un abordaje integral, tanto farmacológico asociando Sertralina a su tratamiento previo, como psicoterapéutico.

Se orientó el cuadro del paciente como episodio psicótico con sintomatología afectiva asociada

Los síntomas depresivos asociados a la psicosis (tanto previos como posteriores al diagnóstico y tratamiento), presentan elevado riesgo de conducta suicida. Es importante la correcta evaluación del paciente con diagnóstico de Psicosis, especialmente en primeros episodios, incluyendo los síntomas depresivos y valoración del riesgo suicida.

La coordinación de los diferentes recursos como son: hospitalización, hospital de día, recursos rehabilitadores (como el centro de rehabilitación psicosocial y laboral en nuestra área) y las consultas de Salud Mental es fundamental en la evolución de pacientes con este perfil clínico. Se podrá así potenciar la toma de conciencia de la enfermedad y la necesidad de tratamiento y la relación terapéutica como principal ancla para evitar riesgo de autolisis a través del empoderamiento del paciente y la participación en su proceso de tratamiento.

[PO-1044] La locura de las parturientas

Rebeca Hernández Antón; Laura Gallardo Borge; Marta Gómez García; Nieves Uribe Vilorio; Mónica De Lorenzo Calzón; Henar De la Red Gallego; Marta Hernández García; Ewa Rybak Koite; Alicia Rodríguez Campos

Mostrar Póster**Introducción:**

La psicosis postparto es una psicosis atípica ya que no cumple criterios de trastorno mental orgánico, trastorno anímico psicótico o de ningún otro trastorno psicótico. Ocurre en el parto o en las primeras 4 semanas posteriores a este y puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve.

Metodología:

Mujer de 35 años, casada, que acude al Servicio de Urgencias por alteraciones de conducta de una semana de evolución. Profesora. Tiene sensaciones extrañas en el cuerpo, puede absorber la energía de otras personas, se muestra ambivalente respecto las intenciones de sus familiares, dice que su hijo es el demonio y verbaliza miedo ante la posibilidad de matar al bebé para que termine la maldición. Sentimientos de culpa. Conciencia parcial de enfermedad. Episodio similar hace 3 años, tras el nacimiento de su primer hijo; que requirió ingreso en Alemania (donde residía entonces) durante 15 días, Se retiró el tratamiento con Olanzapina a dosis bajas a los 6 meses, sin recaídas hasta este momento. Se realizó una revisión bibliográfica, desde Hipócrates, quién la denominó "locura de las parturientas", pasando por Kraepelin y deteniéndonos en estudios realizados los últimos 10 años.

Resultados:

Se inicia tratamiento con olanzapina 15 mg /día y Lorazepam 1 mg (1/2- 1/2- 1). Tras 12 días de ingreso recupera eutimia, adecuada crítica de la ideación delirante, permaneciendo sensaciones referenciales fluctuantes con escasa invasión. Seguimiento en consultas externas. Es importante diferenciar entre psicosis puerperal aislada y expresión de Trastorno Bipolar.

Conclusiones:

- Se trata de una Urgencia Psiquiátrica, por lo que es importante conocer los factores de riesgo: patología psiquiátrica previa (TB 26-35%; TB+PP 35-60%); primiparidad; antecedentes familiares; eventos vitales; factores obstétricos (cesárea y partos instrumentales).
- Importancia de la identificación precoz de manifestaciones clínicas y síntomas de alarma en torno al suicidio y al infanticidio. Ya que la prevalencia de ideación suicida en dicho periodo se sitúa en 5-14%.
- El suicidio perinatal está considerado una de las principales causas de mortalidad materna en los primeros 12 meses postparto.
- Utilizan métodos autolesivos más violentos.
- El pronóstico para pacientes con un debut en el período puerperal es más favorable que con un debut de la enfermedad fuera del periodo puerperal.
- instrumentales); factores inmunológicos (tiroiditis y preeclampsia); factores circadianos (descanso inadecuado).

Discusión:

- Las unidades de ingreso conjunto madre-neonato han demostrado un menor tiempo de recuperación y mayor sensación subjetiva de satisfacción con el cuidado recibido, ¿sería una opción a considerar en España?
- Existen alrededor de 30 estudios publicados de Psicosis Puerperal, ¿se necesita más investigación?
- La monoterapia con litio se considera hoy en día el tratamiento de primera línea. ¿Qué tratamiento sería más adecuado en nuestro caso?

Bibliografía:

- Brockington I: History: What is Worth Knowing about "Puerperal Psychosis." Bredenbury, United Kingdom, Ery Press, 2014.
- Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. Bergink V, Rasgon N, Wisner KL. AJP in Advance, 2016.

[PO-1046] Conducta suicida en episodio de psicosis puerperal. A propósito de un caso.

María José Jaén Moreno, Elisa Magistrati Jiménez, Rocío Torrecilla Olavarrieta

Mostrar Póster

Se presenta el caso clínico de una mujer de 23 años, con diagnóstico actual de Trastorno Afectivo Bipolar, que debuta a los 18 años con un episodio de psicosis puerperal tras el nacimiento de su primer hijo. No se conocen antecedentes somáticos de interés. Su primer contacto con los servicios de Salud Mental tiene lugar mediante interconsulta por sintomatología de corte ansioso mientras estaba ingresada en el servicio de ginecología durante la gestación por riesgo de parto prematuro. Tras el parto, aparece cuadro de psicosis puerperal que se caracteriza por ánimo disfórico, irritabilidad, ideas paranoides de perjuicio y riesgo de conductas auto y heteroagresivas. En este contexto, la paciente realiza una ingesta medicamentosa voluntaria con fines autolíticos por lo que precisa ingreso en la unidad hospitalaria de Salud Mental. Al alta, fue diagnosticada de trastorno psicótico a filiar y se pauta tratamiento psicofarmacológico con regulador de ánimo, antipsicótico y ansiolítico. Meses después, la paciente presenta un episodio hipomaniaco y se instaura tratamiento con litio y antipsicótico inyectable, presentando mejoría del cuadro. Posteriormente, en contexto de ruptura de pareja, la paciente presenta un episodio depresivo con tendencia al aislamiento y a la clinofilia, abandono de autocuidados y sentimientos de desesperanza, apareciendo de nuevo las ideas autolíticas y el riesgo de conductas autolesivas. Se realiza reajuste de tratamiento y se inicia tratamiento psicoterapéutico individual con el objetivo de fomentar la elaboración de la ruptura de pareja y las repercusiones tanto personales como familiares que habían ocasionado los episodios afectivos. La paciente refería sentimientos de culpa, desesperanza e incapacidad en relación a su rol de madre, lo que repercutía negativamente en la vinculación con su hijo. Paralelamente, se llevó a cabo terapia familiar de corte sistémico tras detectarse dificultades en la dinámica familiar y un clima con alta emoción expresada. La paciente refería deseos de independizarse pero no se veía capaz ante sus dificultades, por lo que la familia se mostraba sobreprotectora e invasiva lo que fomentaba aún más su incapacidad. Se mantuvo tratamiento psicoterapéutico individual con frecuencia quincenal y, alternativamente, sesiones de terapia familiar con la familia nuclear. Así mismo, se llevaron a cabo revisiones de tratamiento farmacológico. A nivel psicoterapéutico individual, se abordaron la elaboración de la ruptura de pareja, la recuperación progresiva de sus funciones, principalmente, su rol de madre, validando sus capacidades, así como la prevención de recaídas. En las sesiones de intervención familiar, los objetivos fueron encaminados a descentralizar el síntoma y a validar a la paciente fomentando su autonomía y su proyecto de futuro.

Comentario final: La evolución clínica ha sido favorable. La paciente ha experimentado mejoría en el área afectiva logrando una mayor estabilidad y una visión más positiva de sí misma lo que le ha permitido ser más autónoma y recuperar funcionalidad y capacidades previas.

[PO-1047] Primer episodio maniforme en paciente de 68 años, ¿Manía orgánica o Trastorno Bipolar?

Carmen Aldara Carrajo García, Marta Rodríguez de Lorenzo, Carmen Loeck de la Puerta, Elena Begoña Alonso Sánchez

Mostrar Póster

Antecedentes

médico-psiquiátricos:

- Carcinosarcoma (tumor mulleriano mixto maligno) uterino, intervenido mediante anexectomía derecha y linfadenectomía negativa, actualmente en remisión. Ha recibido radioterapia y quimioterapia (3 ciclos con ifosfamida y corticoides. Último el 28/07/26).
 - Nunca ha realizado seguimiento en Salud Mental. Periodos de distimia en relación con la muerte de su marido hace 26 años y el diagnóstico del tumor uterino en 2014.
 - Fue vista por Psiquiatría en el Servicio de Urgencias el 14/01/17, sin evidenciarse psicopatología aguda. La derivaron a Neurología.
 - Episodio de alteración conductual con heteroagresividad física y verbal y amenazas de defenestración el 19/01/17; que precisó de la intervención del SAMUR Social.
 - Fue vista por Neurología el 23/01/17, quienes no ven afectación cognitiva (TC craneal con atrofia frontal acorde a la edad), y derivan de manera preferente a la paciente a consultas del Centro de Salud Mental.
- Tratamiento previo: citalopram 20 mg por las mañanas.

Mujer de 68 años, con los antecedentes personales descritos, que acude por primera vez el 7/02/17 a nuestro Centro de Salud , acompañada por su hija afirmando desconocer el motivo de consulta. Comienza a relatar una serie de acontecimientos traumáticos en su vida, con indiferencia afectiva y recalando en todo momento su carácter de luchadora y optimista. Presenta un discurso de tintes megalomaniacos sobre su capacidad intelectual , un título nobiliario y un supuesto poder para curar el cáncer. Verbaliza ideas delirantes de perjuicio bastante elaboradas, en torno a su cuñada, la portera y el Banco Santander. Ha aumentado sus gastos en los últimos tiempos e iniciado varios proyectos. Su hija comenta que todas estas ideas que sostiene su madre son infundadas. Comenta que comenzó con alteraciones conductuales de este tipo e irritabilidad desde septiembre, tras haber finalizado tratamiento con quimioterapia y radioterapia, habiendo empeorado en los dos últimos meses

EPP: consciente y orientada en las tres esferas. Hiperatenta, alerta, abordable y colaboradora. No alteraciones en psicomotricidad. Apecto cuidado. Contacto ocular hiperintenso. Discurso espontáneo, fluído, tangencial, hiperprosódico, que traduce ideas delirantes de perjuicio y megalomaniacas. No alteraciones sensorceptivas referidas. Hipertimia y disforia. Ánimo expansivo .No ideación autolítica activa. Hiporexia y disminución de necesidad de horas de sueño. Afecto incongruente. Nulo Insight. Juicio de realidad alterado. Juicio Clínico: Episodio Maniforme (manía orgánica vs. Trastorno bipolar).

Plan Terapéutico:

-Retirada de Citalopram.

-Quetiapina 100 mg 1-0-1 y Rivotril 0,5 mg 1-1-2

[PO-1048] El monologuista al que suplantarón la identidad

Cristina Fabre Bernal, María Raquel Remesal Cobreros, Cristina Sánchez Robles.

Mostrar Póster

Varón de 60 años de edad, que vive en pareja desde hace 8 años, sin hijos. Profesional sanitario, ya jubilado tras un IAM en 2015.

Antecedentes personales somáticos: Cardiopatía isquémica que debutó en 2015 con un IAM. Hernia discal, artrosis rotuliana.

Antecedentes personales psiquiátricos: Primer contacto en la USMC de zona hace 17 años por cuadro de ansiedad, con alta a los pocos meses. Personalidad previa: extrovertido, alegre, muy sociable.

Historia actual:

El paciente ingresa por primera vez en la Unidad de Agudos por presentar sufrimiento diario intenso, derivado de la vivencia de haber cometido errores en la gestión de su dinero en los últimos años y de haber perjudicado a su vecino. Su pareja manifiesta que los auto reproches son ilógicos, infundados o desproporcionados. Existe un conflicto real con un vecino que estaba acosando al matrimonio. Se describe estado de ánimo ansioso, con manifestaciones físicas y temor por su salud. Preocupación por sus propias conductas, reprochándose haber estado haciendo las deposiciones en el baño averiado y con ello molestando al vecino, con lo que llega a hacerse sus deposiciones encima para evitar ir al wc. Durante el ingreso por el IAM existió un error administrativo que modificó sus apellidos en la tarjeta sanitaria, a partir de lo cual el paciente estructura una vivencia de suplantación de identidad y temática delirante de ruina. El ingreso dura aproximadamente 2 meses, con orientación diagnóstica de Hipocondría delirante. El paciente mejora con risperidona y mirtazapina. Meses después, vuelve a ingresar en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Días atrás había sido dado de alta de Medicina Interna por un cuadro de síndrome serotoninérgico-colinérgico secundario. El paciente presenta inquietud psicomotriz, incontinencia urinaria, disfagia intermitente, hipotimia e indiferencia por el entorno. La temática delirante del anterior ingreso, predominando la inhibición psicomotriz, la bradipsiquia, la hipotimia, la incontinencia urinaria y fecal y la hiporexia. No existe ideación autolítica.

Se ensayan diversos antidepresivos, solos o en combinación, además de potenciación con litio, con escasa respuesta. Finalmente la combinación Bupropión + Fluoxetina resulta eficaz, apareciendo entonces un paciente locuaz, extrovertido que hace monólogos durante las comidas para entretener al personal y el resto de pacientes. La temática delirante sigue ausente. El paciente es dado de alta con el diagnóstico de Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.

Discusión:

Para realizar un adecuado diagnóstico en Salud Mental es fundamental tener en cuenta la evolución temporal del cuadro clínico, es decir, un diagnóstico longitudinal y no transversal de un episodio aislado. En este caso, vemos dos episodios de hospitalización muy cercanos en el tiempo con una psicopatología radicalmente diferente, la primera en la que lo que predominaba era lo psicótico (ideación delirante de suplantación) y un ánimo ansioso secundario a ello, y la segunda en la que se daban síntomas propios de una depresión inhibida, grave, sin asomo de temática delirante. Se orienta finalmente como Trastorno Esquizoafectivo, que se encuentra a caballo entre los trastornos afectivos y la esquizofrenia.

[PO-1049] Juego online y las consecuencias psiquiátricas asociadas.

Ana Piña Baena, Miguel Zacarías Pérez Sosa, Julia Mercedes Sánchez Prieto, Francisco Javier Peralta Gallego, Irene Pans Molina

Mostrar Póster

En el último trimestre del año 2016 en España el importe total de dinero invertido en juego online asciende a 2.913,22 millones de €, lo que evidencia un aumento del 12,97% respecto al tercer trimestre de 2016 y un aumento del 19,91% respecto al mismo trimestre del año anterior. El gasto en publicidad aumento un 36,29% respecto al mismo trimestre del año 2015.(1) Durante el cuarto trimestre de este año, se ha producido un aumento en las cantidades jugadas con respecto al trimestre anterior en todos los segmentos: Póquer (10,31%), Casino (16,35%), Apuestas (10,74%), Bingo (14,03%) y Concursos (42,52%).(1) Dentro de este contexto social y económico, son cada vez más frecuentes los pacientes con Trastorno por juego patológico atendidos en nuestros Servicios de salud. Se presenta el caso de un varón de 28 años con antecedente personal de ludopatía relacionado con apuestas deportivas. Inicio en el juego con 18 años, con un periodo de abstinencia máximo de 2 meses (en verano y coincidiendo con los descansos deportivos estivales) y con una periodicidad en el juego diaria, invirtiendo varias horas al día en el juego, con consecuencias sociolaborales (despido del trabajo), familiares (separación de su pareja) y económicas (varios préstamos de miles de euros). Siguiendo el modelo de Custer el paciente pasó en estos años por una fase inicial de ganancias, donde se incrementaba la autoestima y el estado de ánimo (sensación euforizante), seguido por una fase de pérdidas, donde apareció la irritabilidad, las consecuencias económicas y consecuencia de ello las mentiras y pensamientos obsesivos y por último por una fase de desesperanza, con tristeza, graves consecuencias económicas, laborales y familiares que van generando en una tristeza y finalmente en ideación autolítica y suicidio.

Es en el momento actual donde aparece esta clínica de corte depresivo, con ánimo triste, apatía, irritabilidad y síntomas somáticos (cefalea, molestias gastrointestinales), así como distimia de ansiedad en el eje fisiológico y cognitivo en forma de ansiedad de anticipación. Leve craving por el juego con dificultad en el control interno, que se acompaña de una ideación autolítica escasamente estructurada. Dentro de sus rasgos de personalidad destaca la impulsividad. Sueño y apetito conservados. Tras la valoración y observación en el Servicio de Urgencias el paciente es derivado a las Consultas de Salud Mental para iniciar seguimiento y tratamiento psicofarmacológico.

Discusión: tal y como se recoge en los informes de la Dirección General del Juego, esta práctica se está incrementando en nuestro país de una manera rápida e importante. Es una industria que genera ingresos de millones de euros con una fuerte campaña publicitaria detrás. Es de esperar que en los próximos años los pacientes con diagnósticos de Trastorno al juego patológico se incrementen por lo que es necesario generar recursos específicos para este tipo de pacientes. La ideación autolítica y suicidio están incrementados en estos pacientes respecto al grupo control tal y como se demuestra en diferentes estudios.(2,3) Los grupos psicoterapéuticos de prevención de recaídas y de habilidades sociales, así como intervenciones psicofarmacológicas cuando exista patología comórbida son necesarios para un buen abordaje terapéutico.

Bibliografía:

1. Informes trimestrales | Dirección General de Ordenación del Juego [Internet]. [cited 2017 Mar 20]. Available from: <http://www.ordenacionjuego.es/es/informes-trimestrales>
2. Bischof A, Meyer C, Bischof G, John U, Wurst FM, Thon N, et al. Type of gambling as an independent risk factor for suicidal events in pathological gamblers. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. 2016 Mar;30(2):263–9.
3. Guillou-Landreat M, Guilleux A, Sauvaget A, Brisson L, Leboucher J, Remaud M, et al. Factors associated with suicidal risk among a French cohort of problem gamblers seeking treatment. *Psychiatry Res*. 2016 Jun 30;240:11–8.

[PO-1051] Síndrome Mielodisplásico vs Mielotoxicidad por Clozapina

M.^a José Jaén Moreno, Rocío Torrecilla Olavarrieta, Elisa Magistrati Jiménez

Mostrar Póster**Caso Clínico:**

Varón de 49 años, incluido en el programa ETIC (Equipo de Tratamiento Intensivo Comunitario) con diagnóstico de esquizofrenia paranoide continua. Acude a los servicios de urgencias del hospital por presenta importante astenia progresiva y disnea. Se decide estudio por medicina interna, se realiza un estudio completo de anemia y se objetiva hemoglobina de 7.7, una anemia de características normocítica, normocrómica, con serie blanca y plaquetas normales. Sin datos de ferropenia, déficit de vitamina B12 o fólico, con Coombs negativos. Se realiza una ecografía abdominal donde se objetiva esplenomegalia de 17 cm sin adenopatías retroperitoneales y con hígado de características estatósicas.

El paciente llevaba años tomando clozapina 200mg al día y risperidona de liberación prolongada 50mg im quincenal.

El diagnóstico de medicina interna es sospecha de mielotoxicidad por clozapina, le suspenden el tratamiento psicofarmacológico e inicia transfusiones continuas sin mejoría. Se deriva el seguimiento al servicio de hematología y hemoterapia, que tras realizar biopsia y aspirado de médula ósea con inmunofenotipo y citogenética, se observan datos de Síndrome Mielodisplásico, trama reticulínica incrementada de forma leve-moderada., con un medulograma hipocelular, sin anomalías morfológicas severas. Tras ecografía abdominal, se objetiva el hallazgo de esplenomegalia importante, que podría corresponder a una mielofibrosis en fase prefibrótica franca.

Tras la administración de eritropoyetina se observa una respuesta favorable. En la actualidad el paciente continua estable con seguimientos estrechos por parte del servicio de hematología al igual que por el programa de salud mental ETIC.

Juicio Clínico:Esquizofrenia Paranoide. Síndrome Mielodisplásico

Discusión:

En este caso clínico presentado podemos observar la complejidad con la que muchas veces nos enfrentamos ante pacientes con patología mental. Como lo somático y lo psíquico se solapan dificultando el diagnóstico y encubriendo patologías subyacentes. Con nuestro paciente en un primer momento se le diagnosticó de mielotoxicidad por clozapina. Sabemos que en los pacientes que la toman el riesgo de sufrir granulocitopenia es del 3% y agranulocitosis del 0,7%. Este grave efecto secundario se suele dar cuando se instaura por primera vez el fármaco o ha habido un subida de dosis, que ninguno de los dos casos es el de nuestro paciente, ya que éste llevaba años tomando clozapina con controles analíticos normales. A pesar de ello fue el primer diagnóstico que se le dio. Es posteriormente cuando se completa el estudio cuando se le diagnostica de síndrome mielodisplásico hipoplásico y el paciente comienza a mejorar con el tratamiento adecuado para ello.

Por desgracia nos encontramos en nuestra práctica habitual, que cuando un paciente tiene una patología mental y acude por otra sintomatología, muchos profesionales sanitarios tienden a focalizar la causa o en los psicofármacos que toma o en la propia enfermedad psíquica, lo que hace, como en este caso, que se retrase el diagnóstico acertado y, por tanto, el tratamiento adecuado para ello.

Gracias a la atención recibida desde el programa de ETIC se consiguió que el paciente volviera a confiar en la importancia de los tratamientos y que se mantenga estable y sin reingresos en estos momentos.

[PO-1052] Cicatrices

Ana Isabel Florido Puerto, Mercedes Sanchez Prieto, Francisco Javier Peralta Gallego, Jorge Banda Moruno, Maria Riesgo Arias

Mostrar Póster**Antecedentes:**

Paciente de 42 años sin antecedentes previos de salud mental ni tratamiento psicofarmacológico. No antecedentes familiares ni otros antecedentes de interés. Padre fallecido hace unos dos años por cáncer.

Breve descripción del caso:

Paciente trasladado desde su domicilio por los servicios de emergencia al servicio de Urgencias debido quemaduras por deflagración en el 12% del cuerpo tras explosión de bombona de butano en el domicilio familiar. Es hospitalizado en la Unidad de Quemados durante unos 17 días. A lo largo de su estancia en la Unidad y de su estabilización, expresa que la explosión de la bombona de butano se realizó con finalidad autolítica en el contexto de proceso traumático de divorcio y conflictiva familiar. El paciente se encontraba solo en ese momento en el domicilio con amnesia lacunar posterior. Dada la situación descrita y su estabilización a nivel orgánico, se traslada a la Unidad de Psiquiatría del Hospital.

Exploración:

A su llegada a la Unidad de Psiquiatría: consciente orientado y colaborador, abordable y sintónico. Discurso coherente y fluido sin alteraciones en la forma o el contenido del mismo, centrado en el arrepentimiento de la situación y en la necesidad de solución de la disfunción y problemática familiar. Aumento de la irritabilidad y falta del control de impulsos. No alteraciones de rango psicótico. Estado de ánimo triste reactivo situación vital actual. Ansiedad manifiesta con empeoramiento vespertino y sintomatología de corte somático. Aumento del consumo de alcohol desde hace unos tres años (6UBES/día), con consumo esporádico de cocaína desde hace unos meses. No alteraciones en la orexia. Insomnio de iniciación. Mantenimiento de la funcionalidad diaria.

Tratamiento y evolución:

Permanece ingresado a la Unidad de Hospitalización 20 días donde es dado de alta por mejoría con el con derivación a la Unidad de Salud Mental de referencia así como a CPD de zona de forma preferente para seguimiento y evolución del caso. Durante su estancia en la Unidad se ha mantenido abstinentes y ha recibido visitas familiares y permisos sin incidencias. El Tratamiento psicofarmacológico al alta: Topiramato 50mgr. 1-0-2 Clorazepato dipotasico 15mgr. 0-0-1 Citalopram 20mgr. 1-0-0

Juicio clínico : F.43.24 Trastorno adaptativo.

[PO-1053] Episodio depresivo en paciente con antecedentes de suicidio en familiares de primer grado.

María del Mar Martínez Iglesias, María Casanueva Fernández, María Laura Iglesias Víctor.

Mostrar Póster**Filiación**

Mujer, 74 años, casada, madre de dos hijos independizados; convive con marido, con quien la relación ha sido siempre ambivalente. Jubilada; trabajó en el campo y en actividades domésticas.

Antecedentes personales. Somáticos: TEP. Flebectomía. Artrosis. Hiperlipidemia. Anemia microcítica. Psiquiátricos: Tratada en Unidad de Salud Mental (USM) entre 2001-3 por Episodio depresivo mayor con melancolía resistente a Venlafaxina y Fluoxetina; remitió con Reboxetina 6mg/24h.

Antecedentes familiares: Suicidio del padre (hace años) y del hermano (tres meses antes de atención urgente). Hermana con episodio depresivo.

Anamnesis, exploración y evolución

Primera consulta en Urgencias de Psiquiatría hace 21 meses: Derivada por su Médico de Familia (MAP) por "persistencia de sintomatología depresiva pese a la medicación pautaada tres semanas antes, Fluoxetina 20mg/día y Lorazepam 1mg/día".

Anamnesis: Refería malestar, cansancio, desgana, evitación social y pérdida de apetito relacionados con suicidio de familiar.

Exploración psicopatológica: Escaso contacto ocular. En presencia del hijo, temblor con movimientos constantes de manos "jugando con un envoltorio". Ansiedad física. Hipotimia, apatía, astenia, hipohedonia, retraimiento social, abandono parcial de tareas domésticas, clinofilia. Ideación de muerte como alivio al malestar. No afecto congruente con el discurso del suicidio del hermano. Negaba ideación autolítica. Anorexia. Despertar precoz. Buen apoyo familiar.

Impresión diagnóstica: Episodio depresivo reactivo a acontecimiento vital estresante.

Se ajusta medicación: Fluoxetina 30mg/día, Lorazepam 4mg/día. Se realiza seguimiento en USM durante cuatro meses. En la primera consulta, mejoría objetiva y subjetiva que conllevó un autoajuste de dosis a la baja. En cita posterior se observó cierta hipertimia, probablemente secundaria a corticoterapia por problema somático, reduciéndose la medicación antidepresiva y programándose nueva consulta, a la que no acudió. Siete meses después de consulta urgente vuelve a USM derivada por MAP ante "falta de respuesta a medicación antidepresiva pautaada un mes antes por reaparición de la clínica depresiva". La paciente explicó haber dejado el tratamiento y el seguimiento por mejoría. Refería la misma clínica que en la consulta Urgente, salvo que no la relacionaba con el suicidio de su hermano.

Impresión Diagnóstica: Recaída de episodio depresivo por abandono precoz del tratamiento. Se añadió Trazodona 100mg/día. Revisión al mes, observando respuesta parcial de la clínica depresiva. Se modificó tratamiento a Reboxetina 8 mg/día, Trazodona 100 mg/día, Clometiazol 2 cp al acostarse. Al mes siguiente, mejoría clínica franca aunque, por cuadro vertiginoso, su MAP redujo dosis de Reboxetina. Desde entonces, cuatro revisiones bimensuales manteniéndose la mejoría clínica. Buena adherencia al tratamiento siendo el último Reboxetina 4 mg/día, Trazodona 50 mg/día.

Impresión diagnóstica: Episodio depresivo en relación a factor vital estresante. Recaída de Episodio depresivo tras abandono precoz del tratamiento.

Estrategias terapéuticas

Evitar esperas en este tipo de pacientes con riesgo autolítico. Establecer buena alianza terapéutica para favorecer la adherencia. Implicación de la familia. Mantenimiento de tratamiento antidepresivo eligiendo el que haya sido efectivo en anteriores episodios.

Seguimiento clínico: evaluando los signos y síntomas así como los posibles efectos secundarios e interacciones con otras patologías u otras medicaciones concomitantes.

[PO-1054] Manejo de hiperprolactinemia secundaria a antipsicóticos: A propósito de un caso.

María Pardo Guerra, Lidón Pardo Guerra.

Mostrar Póster

La hiperprolactinemia es el aumento de los niveles plasmáticos de prolactina -hombres > 20 ng/ml; mujeres >25ng/ml-, los cuales alteran la función endocrina-reproductora. Es más frecuente en mujeres y es la alteración endocrina más prevalente del eje hipotálamo hipofisario. Su etiología puede ser indirecta – fisiológicas, patologías sistémicas y farmacológicas (40%) -, directa -patología del hipotálamo, hipófisis y tallo hipofisario- e idiopática. El uso de antipsicóticos es una de las causas principales de origen farmacológico. Los antipsicóticos bloquean los receptores D2 de las células lactotropas de la adenohipófisis lo que libera a estas células de la inhibición de la dopamina y da lugar a un aumento de prolactina. La oligomenorrea, amenorrea y galactorrea son las manifestaciones más frecuentes. Su diagnóstico es clínico y analítico (prolactina). Su tratamiento consiste en corregir la causa, en caso de ser producida por antipsicóticos, primero se recomienda retirar el fármaco, cambiarlo o en caso de no ser posible valorar introducir un agonista dopaminérgico.

Presentamos el caso de una paciente de 19 años, sin antecedentes somáticos de interés, que ingresa en la sala de psiquiatría del Hospital Provincial de Castellón para estudio de primer episodio psicótico con alteraciones de conducta. En la exploración psicopatológica presenta labilidad emocional, ideación delirante de tipo autorreferencial, de contenido místico-religioso y de carácter megalomaniaco. Alucinaciones auditivas, fenómenos de lectura y difusión del pensamiento. Hiporexia e insomnio casi global. Durante el ingreso evoluciona hacia un estado depresivo, realiza falsos reconocimientos, presenta alucinaciones olfativas y cenestésicas y cambia el contenido de las voces de tipo mandato por alucinaciones sugestivas de un delirio de Cotard. Se introduce progresivamente tratamiento psicofarmacológico con venlafaxina 150 mg y paliperidona 9mg. A las dos semanas la paciente presenta mejoría anímica, no obstante, presenta un delirio de embarazo que se refuerza con la aparición de amenorrea y galactorrea bilateral. Se realiza pruebas de imagen cerebral (RNM, TAC, EEG) y analítica sanguínea destacando una hiperprolactinemia (200,2ng/ml). Se realiza escalonamiento cruzado con aripiprazol hasta 30mg, no obstante, persiste la hiperprolactinemia (177,8ng/ml) y empeora clínicamente, por este motivo se reintroduce la paliperidona hasta 6mg y se administra carbergolina 0.5mg 2 veces a la semana. La paciente evolucionó favorablemente con normalización de los niveles de prolactina, fue dada de alta con diagnóstico de depresión con síntomas psicóticos y se derivó a la USM de referencia donde actualmente se encuentra estable. Se trata de un caso de hiperprolactinemia secundario al tratamiento con antipsicóticos, en este caso con el uso de paliperidona oral (antipsicótico de segunda generación). Según la evidencia encontrada, el aripiprazol (agonista parcial D2) presenta menor prevalencia de hiperprolactinemia e incluso puede corregirla a bajas dosis, no obstante, en este caso no fue así y además empeoró los síntomas psicóticos. Dada la necesidad de mantener un antipsicótico, a pesar de la controversia del uso de agonistas dopaminérgicos, se introdujo carbergolina 0.5mg/2 veces a la semana durante 4 semanas con remisión de total de la galactorrea y amenorrea. El seguimiento de este caso podría aportar nuevos datos para el manejo de la hiperprolactinemia.

[PO-1055] Tratamiento de mantenimiento en monoterapia intramuscular tras un primer episodio psicótico

Irene Pérez Zapico, Belén Rodríguez López, M^a José Rodríguez Macías

Mostrar Póster

Mujer de 34 años que acude a Urgencias acompañada de su familia por presentar trastornos de conductas y amenazas autolíticas. La paciente no cuenta con antecedentes psiquiátricos previos. No presenta antecedentes somáticos de interés.

El padre de la paciente informa de que desde hace unos tres meses, en contexto de conflictiva de pareja, la paciente comienza a estar más irritable, verbalizando contenidos de perjuicio en relación a familia de origen, así como con trastornos de conducta que progresivamente se han ido agravando, hasta ser incontenibles a nivel domiciliario. En el día de hoy la paciente verbaliza amenazas autolíticas, ante lo cual la familia se ve desbordada.

A la exploración psicopatológica, la paciente se encuentra consciente y orientada en las tres esferas, hipoproséxica y parcialmente colaboradora. Vociferante e irritable. Su ánimo es disfórico y presenta un discurso desorganizado. Describe ideación delirante autorreferencial y de perjuicio centrada en entorno familiar, con importante repercusión afectiva y trastornos de conducta graves. Pobre control de impulsos. Verbaliza amenazas autolíticas. Insomnio global en los últimos días.

Se cursa ingreso involuntario para contención y tratamiento.

Durante los primeros días de ingreso la paciente se mostraba irritable y poco colaboradora. El curso del pensamiento estaba acelerado con tendencia al descarrilamiento. Presenta nula conciencia de enfermedad, siendo preciso administrar medicación antipsicótica por vía parenteral. Superada la fase aguda, persistía hipertimia y labilidad, en ocasiones disforia, pensamiento acelerado y coprolalia. La ideación delirante de perjuicio va siendo progresivamente menos intrusiva y su conducta poco a poco va tornándose más organizada. Comienza a mostrarse más colaboradora en el tratamiento pudiendo sustituir la medicación inyectable por oral. Se inicia tratamiento con olanzapina, por su perfil más incisivo y sedativo, llegando a dosis de 25mg/24h. Dado el predominio de síntomas afectivos introducimos además ácido valproico como eutimizante, hasta llegar a dosis de 1500mg/24h. Una vez que la conducta está más estabilizada, realizamos cambio de antipsicótico a aripiprazol, con vistas a introducción de tratamiento inyectable de larga duración.

Progresivamente el ánimo continúa estabilizándose, el discurso se vuelve organizado y la paciente retoma relaciones con sus familiares. Realiza crítica de la ideación delirante. Se administra primera dosis de aripiprazol depot 400mg vía intramuscular durante los últimos días de ingreso, con buena tolerancia al mismo. Se procede al alta de la paciente tras 31 días de hospitalización.

Desde entonces la paciente ha permanecido estable a nivel psicopatológico. Realiza seguimiento regular en el equipo de salud mental comunitario, con buena vinculación al mismo. Ha mantenido tratamiento con aripiprazol depot 400mg im/30 días y ácido valproico 1300mg/24h. Se encuentra eutímica y su conducta es organizada, lo que hace que haya retomado progresivamente sus actividades habituales, tal y como hacía antes de presentar la crisis. Tras varios meses de estabilidad clínica, es posible retirar progresivamente el ácido valproico, manteniéndose actualmente solo con aripiprazol depot. No ha vuelto a presentar clínica afectiva ni síntomas psicóticos, mantiene buenas relaciones con su familia y su nivel de funcionamiento general se ha normalizado.

[PO-1056] Recuperar una vida

Belén Rodríguez López, Irene Pérez Zapico, M^a José Rodríguez Macías

Mostrar Póster

Varón de 29 años de edad atendido desde 2008 a nivel comunitario en Salud Mental. Cuenta con dos ingresos hospitalarios en 2013. Posteriormente acude durante un año al Hospital de día y tras ser dado de alta, asiste de forma regular al grupo de recuperación de pacientes psicóticos. De forma paralela ha sido atendido en dispositivos para el tratamiento de adicciones por consumo abusivo e irregular de cocaína, alcohol, THC y drogas de diseño.

Ha presentado diferentes orientaciones diagnósticas: trastorno mixto ansioso-depresivo (2008), trastorno de personalidad paranoide (2010), trastorno psicótico agudo polimorfo (2013, informe de alta hospitalaria), trastorno afectivo bipolar (2013, informe referente comunitario). Diagnóstico actual de trastorno psicótico sin especificación.

Hijo menor de una familia acomodada, dos hermanos. Abuelo materno fallecido por ahorcamiento, sin otro antecedente de interés a nivel familiar. Constancia de parejas heterosexuales, aunque en el momento actual no mantiene ninguna. Activo a nivel laboral hasta 2013.

Al revisar las distintas exploraciones psicopatológicas realizadas por los profesionales que le han evaluado durante su proceso terapéutico, destaca la persistencia de los mismos síntomas sin modificaciones a lo largo del tiempo. Discurso organizado con presión al habla, contenidos de baja autoestima, culpa, desesperanza, y escasa perspectiva de futuro, vivencia de rasgos físicos anómalos, contenidos delirantes autorreferenciales vagos y mal estructurados, así como elementos paranoides de perjuicio que se mantienen pese a la ausencia de consumo de tóxicos. Ideación autolítica mantenida. No trastornos de la propiedad del pensamiento ni sensorio-perceptivos. Ansiedad, irritabilidad, apatía, anhedonia, y abandono de actividades placenteras con aislamiento en domicilio. Insomnio global y disminución de apetito, y libido. Impulsivo, escasa capacidad de elaboración de conflictos, tendencia al acto, hipersensibilidad.

Se han realizado múltiples intervenciones farmacológicas (antipsicóticos, normotímicos, antidepresivos) sin efectividad en el control de la clínica. La sintomatología ha ido mermando sus apoyos sanos y su rendimiento laboral.

El tratamiento actual consta de valproico como normotímico, tras desestimar litio por aparición de temblor y síntomas extrapiramidales. La inclusión de antidepresivos promueve la aparición de síntomas maniformes. Control de síntomas de ansiedad con BZD y pregabalina. Se suspende Olanzapina por excesiva somnolencia, decidiendo instaurar tratamiento con aripiprazol oral (30mg) y posteriormente depot (300mg). Tras primera dosis administrada se aprecia el cese de amenazas autolesivas, recuperación progresiva en su funcionalidad, volviendo a realizar actividades fuera del domicilio, disminución de la angustia y fenómenos paranoides iniciando la retirada de ansiolíticos.

Los pacientes con trastorno bipolar II están sintomáticamente enfermos más del 50 por ciento de sus vidas después del inicio de la enfermedad y están en alto riesgo de suicidio (Ludd et al, 2003). Tras esta respuesta clínica nos planteamos como primera opción la no adherencia al tratamiento oral durante su proceso, la incidencia del tratamiento con aripiprazol en la disminución de las ideas suicidas (Angst F et al, 2002), conductas autodestructivas (Fazel S et al, 2014) y en el control de la clínica psicótica en el trastorno afectivo bipolar (Calabrese JR et al, 2017)

[PO-1057] Invasión por la psicosis vs vida plena

Lourdes Fajardo Simón, Rebeca Ojea Quintela, Rosario de Arce Cordón

Mostrar Póster**Objetivos:**

Describir el caso clínico y la evolución de una paciente de 34 años que realiza seguimiento psiquiátrico por un cuadro de psicosis.

Material y métodos: Se trata de una mujer española de 34 años que acude derivada por MAP a dispositivo ambulatorio de seguimiento psiquiátrico para valoración por estado de ansiedad, en tratamiento con escitalopram y bromazepam.

Como antecedentes previos refería hipotiroidismo en tratamiento farmacológico e inicio de seguimiento psiquiátrico y psicológico hacía 1 mes. En la primera consulta describía sintomatología delirante de perjuicio y persecución (creía que la estaban investigando y buscaba micrófonos en su casa). Recibió tratamiento con risperidona 2 mg, con buena respuesta a las 3-4 semanas de tratamiento, período tras el cual abandonó la medicación. En este contexto la paciente había roto la relación con su marido y vivía con su madre, única familiar con la que mantenía contacto. Trabajaba en una empresa de reparto, aunque estaba en situación de baja laboral desde el inicio de la clínica. La paciente refería que la relación con sus compañeros de trabajo había empeorado, sospechando de los mismos si le faltaba algún paquete e intentando investigar quién podría estar implicado. Creía también que habían iniciado una investigación sobre ella (contactando con amigos para obtener información), que la perseguían por la calle y que sus clientes estaban compinchados. Llegó a dar de baja su móvil pensando que lo tenía pinchado y que lo que le estaba sucediendo sería publicado en internet. Por este motivo se aisló en el domicilio y empeoró su relación conyugal, llegando a separarse. Al tratamiento previo se le añadió paliperidona 9 mg DMD.

Resultados y discusión:

La paciente presentó buena respuesta con el tratamiento pautado, cediendo la clínica psicótica y reincorporándose a su puesto laboral, no sin dificultades de cara a relacionarse con sus compañeros y discernir entre lo que había sido real y delirante. Debido a la mejoría, había abandonado el tratamiento con escitalopram y lorazepam, presentando sintomatología ansiosa y depresiva a los 2 meses de su retirada. Se reintroducen ambos con respuesta favorable. Sin embargo, es preciso sustituir tratamiento con paliperidona por aripiprazol por amenorrea de 3 meses de evolución (prolactina 97__). Buena tolerancia al cambio, salvo leve acatisia, con reinstauración de menstruación y mantenimiento de estabilidad psicopatológica, realizando crítica de síntomas psicóticos. Además, retoma la relación matrimonial y se decide retirada progresiva de psicofármacos por deseo genésico. La paciente abandona tratamiento y seguimiento durante dos años, en los que se mantiene estable y tiene un hijo. Acude a Urgencias nuevamente por episodio de descompensación (clínica depresiva postparto y psicosis) al reincorporarse al trabajo tras baja por maternidad. Se reinstaura tratamiento previo y se pauta depot, con acatisia e hiperorexia iniciales que ceden, con buena tolerancia posterior y remisión del episodio psicótico.

Conclusiones:

El impacto negativo de los síntomas psicóticos en la vida de las personas. Importancia de la adherencia al tratamiento y de los efectos secundarios de los antipsicóticos. Encontrar el equilibrio entre esperar respuesta y posible disminución de efectos adversos vs cambio de antipsicótico.

[PO-1058] Cuadro orgánico que parece psiquiátrico: una situación habitual en Urgencias.

Lourdes Fajardo Simón, Rebeca Ojea Quintela, Rosario de Arce Cordón

Mostrar Póster**Objetivos:**

Describir el caso clínico de un paciente de 21 años atendido en el Servicio de Urgencias por alteración de conducta, siendo triado para valoración por parte de Psiquiatría.

Material y métodos:

El paciente es un varón de 21 años, estudiante universitario y natural de Francia, que llevaba un mes en España tras solicitar una beca Erasmus. No presentaba antecedentes médicos relevantes ni seguimiento psiquiátrico o psicológico previo, tampoco sus familiares tenían antecedentes psiquiátricos. Cabe destacar como hábitos tóxicos un consumo de alcohol de tipo social en contexto lúdico (4-5 copas/día), 5 cigarros de tabaco/día y consumo ocasional de cannabis, cocaína y drogas de diseño. El último consumo había sido hace 6 días, en el que había tomado una pastilla de color amarillo que le habían ofrecido sin conocer el compuesto químico presente y que le produjo sensación de taquicardia. Acude a Urgencias acompañado por un amigo, quien se muestra preocupado por él, con quien se realiza la mayor parte de la entrevista debido a la dificultad idiomática. Comenta que desde hace 6 días presenta un comportamiento extraño, camina lento, tiene cefalea, fatiga y pérdidas de memoria, apenas se comunica y ha abandonado su rutina habitual, como ir a clase. Comenta que el día siguiente al consumo de esa pastilla salió de fiesta y bebió alcohol (niega consumo de otros tóxicos), presentando incontinencia urinaria en tres ocasiones, sucediéndole nuevamente la última noche. Psicopatológicamente en la entrevista se encuentra consciente, orientado auto y alopsíquicamente. Abordable y colaborador, tranquilo. Contacto perplejo. Lenguaje entrecortado y parco. Eutímico, con ansiedad basal moderada. Bradipsiquia, sin alteraciones del contenido del pensamiento. Niega autorreferencialidad y alteraciones sensorio-perceptivas. No presenta auto ni heteroagresividad, niega ideación autolítica. Apetito y sueño conservados.

Resultados y discusión:

Se sospecha posible intoxicación por drogas de síntesis y se solicita valoración por Medicina Interna por datos clínicos que podrían sugerir patología orgánica. Se le interroga por posible TCE, síncope o convulsiones, negando los mismos. No presenta signos meníngeos ni de otro tipo de infección. Respecto a la exploración neurológica destaca alteración de memoria anterógrada y ligera midriasis. Ante la sospecha de encefalitis se solicita analítica sanguínea, tóxicos en orina, TC craneal y punción lumbar que no se llega a realizar, ya que en TC se observa hematoma subdural crónico derecho de 3,6 cm con desplazamiento de línea media y herniación subfalcial junto a hematoma subdural subagudo izquierdo de 2 cm. Se avisa a Neurocirugía y se realiza cirugía urgente (trépanos frontal y parietal derechos, trépano frontal izquierdo con drenajes subdurales en ambos lados). El paciente presentó buena evolución clínica durante el postoperatorio. Recordó TCE hacía un mes durante un viaje a Vietnam, en contexto de intoxicación etílica, al que no dio importancia y se supone reciente TCE en el mismo contexto.

Conclusiones:

En relación con la gravedad de la patología del paciente y las nefastas consecuencias que habría tenido si no se realiza cirugía urgente, destacar la importancia de realizar una buena clasificación en Urgencias sin dejarse llevar por convenciones o posibles prejuicios, así como realizar una entrevista y exploración completas, solicitando pruebas complementarias o valoración por otros especialistas si el cuadro clínico resulta bizarro.

[PO-1059] Factores de Riesgo Asociados a la Conducta Suicida

Ana Cristina Trujillo Moreno, María del Carmen Martínez Ruiz, Elena Dutilh Fernández, María Tíscar Méndez Magaña, Ana Pérez Tejeda

Mostrar Póster**Objetivo**

Describir el caso de un paciente valorado por Psiquiatría en el Servicio de Urgencias Hospitalarias por intoxicación medicamentosa y plantear los posibles factores de riesgo presentes que pudieran estar relacionados con dicha conducta.

Descripción del caso

Varón de 45 años con antecedentes de VIH y VHC. En seguimiento por Endocrinología y Psiquiatría por disforia de género (H-M), en proceso de cambio de sexo desde hace dos años. Inicia tratamiento con acetato de ciproterona durante el último año, abandonando el seguimiento en el Equipo de Salud Mental. Ex-consumidor de heroína y cocaína, reinicia en los últimos meses un consumo habitual y compulsivo de cannabis. El paciente, además, aporta datos autobiográficos traumáticos y estresantes, como maltrato en la infancia y época en la que ejerció la prostitución. Es trasladado de manera involuntaria al Servicio de Urgencias, tras verbalizar haber ingerido 25 comprimidos de lorazepam y 45 comprimidos de acetato de ciproterona con supuesta finalidad autolítica. Durante la entrevista, refiere frecuentes cambios de humor e irritabilidad en los últimos meses, baja autoestima asociada a la insatisfacción con su imagen corporal, ausencia de apoyo familiar, así como, dificultad en las relaciones interpersonales y el manejo del estrés.

Exploración y pruebas complementarias

La exploración física y pruebas complementarias, realizadas en el Servicio de Urgencias, no revelaron hallazgos patológicos. En la exploración psicopatológica, el paciente se mostró escasamente colaborador. No se apreciaron clínica afectiva mayor, sintomatología ansiosa ni síntomas de la esfera psicótica. Se evidenciaron ideas pasivas de muerte sin intencionalidad autolítica estructurada ni planificada y se pusieron de manifiesto rasgos disfuncionales de personalidad.

Se ofreció ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría, que el paciente rechazó, por lo que fue dado de alta al no existir criterios en dicho momento que justificasen un ingreso involuntario. Se recomendó continuar seguimiento en Equipo de Salud Mental y realizar su tratamiento habitual.

Juicio clínico

- Intoxicación medicamentosa.
- Trastorno por consumo de cannabis moderado (DSM-5, F12.20)
- Disforia de género postransición (DSM-5, F64.1).

Conclusión

El término suicidio procede del latín sui, “a sí mismo” y occidere, “matar”. Según la OMS, el suicidio se define como un acto deliberado por el que el sujeto se causa la muerte con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal. En un sentido amplio, la conducta suicida se refiere no sólo a la acción que culmina con la muerte, sino que también engloba actos en los que la muerte no llega a producirse. Asociados a la conducta suicida, se han descrito múltiples factores de riesgo a nivel individual, familiar y contextual, algunos de los cuales son fácilmente identificables en el caso que nos ocupa: edad, consumo de tóxicos, eventos vitales estresantes, ausencia de apoyo sociofamiliar o escasa adherencia terapéutica.

[PO-1060] Atención psiquiátrica urgente en Sd de Gilles de la Tourette: La importancia de la atención multidisciplinar.

María José Márquez Márquez, , Encarna Domínguez Ballesteros, Cristina García Román, Antonio Manuel Ramírez Ojeda. Paloma Aguilar Valseca,

Mostrar Póster

La demanda de atención psiquiátrica urgente se debe, en muchos casos, a la presencia de alteraciones conductuales de difícil contención en el medio ambulatorio. Así, la presencia de estos síntomas en patología de tipo neurológico constituye una causa cada vez más frecuente de valoración psiquiátrica urgente aún cuando, como en el caso que se presenta, el paciente no haya sido valorado previamente por psiquiatría.

Exponemos el caso de un paciente de 45 años con diagnóstico de patología neurológica desde la infancia y seguimiento habitual por Neurología tanto en el ámbito privado como público. Inicialmente fue orientado como un síndrome de Gilles de la Tourette. En el curso de la evolución y dada la complejidad de los síntomas se plantearon dudas acerca de este diagnóstico. No obstante y a pesar de la coexistencia de síntomas neurológicos y psiquiátricos durante toda la enfermedad fue seguido únicamente por Neurología.

Parcialmente institucionalizado desde la adolescencia con presencia de tics motores y fonatorios junto a deficiencia intelectual leve. En los últimos años los neurólogos recogen sintomatología fundamentalmente conductual con negativismo activo y ansiedad habitual con exacerbaciones así como presencia de crisis de agitación en su medio. En tratamiento con tetrabenazina y anticomociales, ocasionalmente antidepresivos y desde hace unos meses, dosis muy bajas de neurolépticos. Sus padres lo llevan al hospital ante la gravedad de las alteraciones conductuales con aumento de la desorganización e imposibilidad de manejo en el ámbito familiar.

El paciente presenta una importante inquietud psicomotriz, ecolalia, tics motores y fonatorios en forma de alaridos, emite sonidos ininteligibles y presenta desorganización conductual con grave riesgo de auto y heteroagresión.

Se administra medicación neuroléptica y benzodiacepinas vía IM en dos ocasiones con intervalo de 3 horas lográndose una evidente mejoría clínica que permite la realización de exploración psicopatológica adecuada y recoger información por parte de los familiares. No fue precisa la hospitalización dada la favorable evolución en 12 horas. Al alta se pauta antipsicótico (risperidona) y clonazepam y se suspende antidepresivo que estaba tomando previamente. En los meses posteriores persiste la estabilización clínica sin sintomatología relevante y se ha mantenido la prescripción recomendada por nuestra parte.

En relación con este caso nos planteamos en qué medida los servicios sanitarios ofrecen una atención multidisciplinar eficiente. A propósito del caso presentado cabe reflexionar como muchos pacientes con diagnósticos complejos y presencia de síntomas psiquiátricos no han recibido valoración especializada durante años y en caso de realizarse, ésta se ha producido de forma urgente y no coordinada, como en el caso expuesto.

Entendemos que el aumento de la patología neurológica con síntomas psiquiátricos precisa una atención multidisciplinar real. Las demencias aparecen como los procesos con mayor necesidad de asistencia conjunta (creación de Unidades de Demencia con equipo interdisciplinar) pero no son los únicos que precisan la participación de distintos profesionales.

[PO-1061] La práctica de la meditación en la psicosis

Ana Piña Baena, Jorge Banda Moruno, Irene Pans Molina, Miguel Zacarías Pérez Sosa, Celia Muñoz Cauqui

Mostrar Póster

Se comenta el caso de una mujer de 27 años de edad con orientación diagnóstica de Esquizofrenia desde hace un año, sin seguimiento por Salud Mental, que acude a Urgencias acompañada por su padre, tras haber sido encontrada por Guardia Civil deambulando por la autovía, de madrugada. Según refiere el padre, había comenzado con alteraciones conductuales, consistentes en salir por las noches a caminar, dietas depurativas, respirar hondo... La paciente se encontraba poco colaboradora y con pararrspuestas permanentes durante toda la entrevista, con un discurso mutista y monosilábico, centrado en 'la búsqueda del prana' y la práctica del 'respiracionismo' y de la 'orinoterapia'. En el momento de la exploración de urgencias, no se pudo objetivar alteraciones del contenido del pensamiento ni alteraciones sensorperceptivas, aunque probablemente existiesen. Ingesta deficiente en los últimos días, centrada en la ideología y prácticas descritas. Nula conciencia de enfermedad. Los padres de la paciente, militantes del yoga, refirieron que la hija realizaba, además de dicha terapia, el 'respiracionismo' y la 'orinoterapia', siendo practicante desde hacía 5 años. Conoció dichos movimientos en un campamento de verano 'fructífero' en Francia, y se convirtió, posteriormente, en seguidora de Victor Truviano. 'Es lo que me llena el alma, consigo así la energía. La orinoterapia es el mejor tratamiento'.

Discusión del caso

La esquizofrenia es un trastorno grave e incapacitante, con un impacto considerable en la vida personal, social y profesional de los sujetos que la padecen. Por ello, adquiere especial importancia el tratamiento psicofarmacológico.

La suspensión de dicho tratamiento, sobre todo de forma brusca, aumenta drásticamente el riesgo de recaída a corto y medio plazo, aunque incluso en el cese gradual, alrededor de la mitad recaen durante los 6 meses posteriores. Por ello, se contemplan otro tipo de intervenciones, además de la farmacoterapia, que tienen como objetivo permitir un abordaje integral en pacientes con psicosis. Con respecto a las prácticas esotéricas (como los ejercicios de meditación), como en el caso presentado, en pacientes ciertamente vulnerables, podrían suponer un riesgo de aparición de síntomas psicóticos (o descompensaciones de la enfermedad de base). Incluso, estados de desrealización y despersonalización, ya que, dichas prácticas, llevarían a una pérdida relativa de contacto con el medio externo (1). Estos efectos negativos parecen ser más severos en personalidades patológicas, o en casos en los que la meditación ocupa varias horas al día, con mayor estrés y privación sensorial y del sueño. Parece ser necesario, por tanto, un cierto grado de desarrollo psicológico para que el individuo pueda utilizar constructivamente estas vivencias. A pesar de ello, existen estudios que abogan por este tipo de prácticas, reconociéndolas como recursos beneficiosos, sobre todo en los síntomas negativos de la esquizofrenia, aunque no exista una evidencia clara al respecto. A su vez, señalan tener en cuenta, en ciertas sociedades, la importancia de estas prácticas como experiencias culturalmente reconocidas como tradicionales y no patológicas (2)(3).

Bibliografía

1. Kuijpers HJ, van der Heijden FM, Tuinier S, Verhoeven WM. Meditation-Induced Psychosis. *Psychopathology* 2007;40(6):461-4.
2. Mehta UM, Keshavan MS, Gangadhar BN. Bridging the schism of schizophrenia through yoha-Review of putative mechanisms. *Int Rev Psychiatry*. 2016 Jun;28(3):254-64.
3. Lu JS, Pierre JM. Psychotic Episode Associated With Bikram Yoga. *AJP*. 2007 Nov 1;164(11):1761.

[PO-1062] “Ellos me abocaban al fin”. La conducta suicida en el paciente psicótico: a propósito de un caso.

Ana María de Granda Beltrán, Ángela Osorio Guzmán, Alina Havrylenko

Mostrar Póster

Se trata del caso de una mujer sin antecedentes psiquiátricos filiados hasta los 30 años de edad, en que acude a consulta de psicoógica por sintomatología ansioso-depresiva reactiva a un aborto espontáneo. En ese momento se detectan “rasgos obsesivos de la personalidad”, presenta buena evolución. Un año más tarde, a los 31 años, ingresa en la Unidad de Hospitalización Breve a través del Servicio de Urgencias por alteraciones de la conducta en el contexto de un episodio maniforme con síntomas psicóticos (ánimo expansivo, irritabilidad, suspicacia; delirios megalomaniacos, autorreferenciales y de perjuicio; alucinaciones auditivas) que se filia trastorno psicótico no especificado y que remite con Ácido Valproico y Olanzapina. Más tarde, en seguimiento ambulatorio, se mantiene sin ideas delirantes y se realiza un cambio de tratamiento de Olanzapina a Aripiprazol por aumento de peso. A pesar de la estabilidad psicopatológica, se describe una situación personal difícil: quiere volver a quedarse embarazada y tras varios intentos de fecundación in vitro fallidos, aparecen sentimientos de culpabilidad, ánimo subdepresivo y la relación con su marido comienza a deteriorarse. En un momento dado, abandona la medicación, achacando a la misma sus problemas para concebir. Dos meses después desde entonces, ingresa en el hospital tras precipitarse voluntariamente desde un primer piso (varias fracturas en EEII y en Columna Vertebral). Al parecer, llevaba varios días más activa, durmiendo poco e irritable. Durante la entrevista verbaliza numerosas ideas delirantes de tipo megalomaniaco, autorreferencial y de perjuicio. Relata que hablan de ella en la televisión, de que quiere eliminar los medicamentos, que puede salvar al mundo y de alguien que la está llevando a su fin, que podría resucitar a los muertos; en ese contexto, entiende que “ellos” la están abocando a su fin, por lo que finalmente, se precipita desde la ventana de su casa. Durante todo el periodo de ingreso, se muestra fundamentalmente interpretativa, disfórica y suspicaz; la sintomatología que responde adecuadamente al tratamiento con risperidona y finalmente, es dada de alta con afecto y actitud adecuados, y sin verbalizar ideas delirantes con el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo de tipo Bipolar. La evolución posterior complicada: ha ingresado en otras tres ocasiones desde entonces, presenta poca conciencia de enfermedad, con muchas quejas acerca del tratamiento y mal cumplimiento; actualmente se encuentra en tratamiento con Palmitato de Paliperidona mensual, y se mantiene sin síntomas psicóticos y estable. No ha vuelto a presentar más intentos autolíticos.

A propósito de este caso, se analiza la conducta suicida en el paciente que presenta un diagnóstico de trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo. Ésta suele ser de curso más variable y atípico que en los trastornos afectivos. Con frecuencia, el acto, se realiza de forma impulsiva, sin previa reflexión o notificación, y con métodos más agresivos y contundentes. Se ha asociado a mayor riesgo de suicidio en estos pacientes con vulnerabilidades genéticas, antecedentes familiares de conducta suicida, consumo abundante de alcohol. También hay comorbilidades asociadas a un aumento del riesgo autolítico: trastornos de la personalidad (con más frecuencia A y C) y trastornos afectivos (depresión post-psicótica y alteraciones afectivas en el caso de los pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo). Otros factores que se han relacionado son el alto insight y consecuente conciencia de enfermedad y un buen funcionamiento neurocognitivo en psicosis crónicas.

[PO-1064] Paciente con Trastorno de ideas delirantes

Francisco Javier Peralta Gallego, Celia Muñoz Cauqui, Irene Pans Molina, María Riesgo Arias, Ana Piña Baena

Mostrar Póster

Mujer de 32 años sin AP psiquiátricos registrados, y con antecedentes somáticos de infección por VHB, VPH con conización, y VEB. Acude a Urgencias acompañada por su padre, y trasladada por el DCCU, quienes ha sido avisados por su padre por ideación delirante de perjuicio en relación a sus vecinos, con importante repercusión tanto emocional como conductual, permaneciendo dos meses aislada en domicilio y sin responder al teléfono, manteniéndose vigil salvo cuando el vecino iba a trabajar. La ideación consiste en la creencia de que los vecinos pretenden echarla de su casa para quedarse ellos con la misma, con la convicción de que entran a su casa para robarle. En la entrevista realizada con los padres, estos no corroboran la ideación manifestada por la paciente. Se cursó ingreso involuntario.

Exploración: Consciente, orientada, colaboradora y abordable. Nula conciencia de enfermedad. En el contenido del pensamiento destaca la presencia de ideas delirantes de contenido autorreferencial y temática de perjuicio, así como ideas delirantes hipocondríacas. Lenguaje reiterativo centrado en ideas delirantes. Frialidad e indiferencia afectiva, sin trastornos mayores del estado de ánimo. En cuanto a la psicopatología de los instintos, presenta gran control sobre el tipo de alimentos que consume, así como posible aversión al sexo. Insomnio global. Presenta relaciones distantes con su familia de origen, relación con iguales dificultada por patología. Destaca dos relaciones de pareja, al parecer el segundo le transmitió las ETS que ha padecido, lo que la paciente ha vivido con gran sufrimiento, presentando un manejo psicótico y defensivo del mismo.

Evolución: Satisfactoria durante los 18 días de ingreso, ya que la ideación perdió repercusión conductual y emocional, consiguiéndose una encapsulación del delirio. Se realizaron salidas con "permiso temporal" manteniendo conductas normalizadas. Actualmente continúa en seguimiento por parte de Psiquiatra de referencia, manteniendo según los informes conductas normalizadas y un proyecto vital cada vez más estructurado.

Tratamiento al alta: olanzapina 20mg, clorazepato dipotásico 5mg, lormetazepam 1mg.

Comentario final: El delirio o idea delirante es una idea o creencia falsa de convicción irrefutable, e inmodificable por la experiencia o evidencia empírica, establecida por vía patológica, diferenciándose así de creencias ancestrales, mágicas y religiosas, en las que priman factores socioculturales. El sistema delirante es la elaboración detenida de una trama de fenómenos delirantes que acaban formando una historia, una arborización, un conglomerado de datos en que unos se sostienen a otros dando consistencia a la amplia estructura delirante. Puede comprobarse cómo el paciente ha ordenado sus vivencias (también sus vivencias sanas) y su vida toda alrededor de los núcleos delirantes, haciendo así más difícil su disolución. En el tratamiento deben combinarse psicofármacos y psicoterapia. El tratamiento psicofarmacológico se efectúa con neurolépticos sedantes o polivalentes. Es recomendable el uso de neurolépticos atípicos por su perfil de efectos secundario más tolerable.

Bibliografía:

- A. Bulbena. Trastorno delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas. En: Vallejo Ruiloba. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. 7ª edición: Elsevier Masson; 2011. p.216-29.
- Higuera A. Compendio de Psicopatología. 4ª edición: Círculo de estudios psicopatológicos; 1996.

[PO-1065] Sobreingesta y trasplante, ¿Hasta donde se debe llegar para evitar un intento autolítico?

Carmen Aldara Carrajo García, Marta Rodríguez de Lorenzo, Carmen Loeck de la Puerta, Elena Begoña Alonso Sánchez

Mostrar Póster

Paciente mujer, de 26 años de edad, ingresada en una Unidad de Media Estancia de psiquiatría con el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad, con múltiples antecedentes de intentos autolíticos en los dos últimos años (por defenestración, venoclisis, sobreingestas, etc) que acude al Servicio de Urgencias del H.U. Ramón y Cajal el 4 de febrero de 2017 por sobreingesta de paracetamol durante un permiso de fin de semana. Dos horas después de su llegada al SU, y desde la UCI médica se contacta con el equipo de Psiquiatría de guardia, solicitando valoración de capacidades de la paciente, ante el inminente fallo hepático fulminante que haría necesario un trasplante. Resulta que la paciente había ingerido 100 comprimidos de paracetamol de 650 mg y la concentración plasmática de acetaminofeno en el normograma de Rumack Matthew multiplicaban por 10 los niveles tóxicos a las 2 horas de la ingesta. Ante el riesgo de que la paciente entrara en encefalopatía hepática en las próximas horas, la guardia tuvo que acudir a valorar la adecuación para el trasplante de una paciente que no conocía previamente y en el momento agudo tras el intento autolítico. Durante la entrevista psiquiátrica no realizó crítica del gesto en ningún momento, verbalizando insistentemente deseos de discontinuidad vital.

A continuación elaboro una serie de cuestiones donde la opinión personal de lo éticamente correcto no corresponde estrictamente con la práctica clínica habitual y el marco legal.

- ¿Está dentro de nuestras obligaciones la valoración de urgencia de casos como este? ¿No debería ser decisión exclusiva del comité ético o de trasplantes?
- ¿Se podría negar un trasplante en un caso como este, al no ser un trastorno límite de personalidad un criterio de invalidez de juicio del paciente? A nivel estrictamente jurídico-psicológico el juicio de realidad se encuentra siempre preservado en estos trastornos, por lo que tienen la capacidad para tomar decisiones como la de negarse a un trasplante intacta, pero ¿en momentos agudos, de intensa descarga emocional como es el caso la capacidad cognitiva y volitiva de estos pacientes está realmente conservada?
- ¿Cuáles serían las implicaciones legales para el médico residente y el adjunto de guardia?

[PO-1066] Tratamientos ILD en el trastorno delirante con ideas suicidas. A propósito de un caso.

Carlos Rodríguez Gómez-Carreño, Jose Luis Marín Morales, Lara Cabanillas Carrillo, Estefanía Segura Escobar, Leonor Asensio Aguerri, Victoria Muñoz Martínez

Mostrar Póster

El trastorno delirante puede relacionarse con la ideación suicida. En muchos casos, los problemas de adherencia al tratamiento causan descompensaciones del estado mental y pueden estar asociados con un mayor riesgo de suicidio. Los fármacos tienen efectos adversos significativos y, dadas las dificultades de tratamiento irregular en este tipo de pacientes, evaluamos la posibilidad de tratamiento con Inyectables de Larga Duración (ILD) para prevenir la recaída causada por la interrupción del tratamiento. Presentamos a un paciente ingresado en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría (UHB) después de realizar un intento de suicidio (corte en el cuello con un cuchillo).

Caso Clínico

Paciente varón, 46 años, sin antecedentes psiquiátricos hasta 6 meses previos al ingreso. Historia del abuso de alcohol desde la adolescencia. No evidencia de otra enfermedad médica relevante. Inicio tratamiento como trastorno adaptativo con síntomas depresivos asociados con dificultades conyugales (convencimiento de infidelidad). El paciente refiere que la gente habla de él, se burla de la relación con su esposa, está convencido de que el padre de su hijo es otro. Tras varios enfrentamientos y discusiones con su mujer, el paciente sale fuera de su domicilio y realiza tentativa suicida grave con corte profundo en cuello, usando arma blanca. Su sobrino lo encuentra en la calle por casualidad. Después de la estabilización médica y tratamiento por parte de ORL, ingreso en UHB Psiquiatría.

Resultados

Durante el ingreso, trabajo psicoterapéutico sobre el abuso del alcohol y los elementos delirantes, asociando antipsicóticos al tratamiento antidepresivo. Buena evolución en la unidad, realizando crítica de los elementos delirantes y comenzando a trabajar con un enfoque psicoterapéutico familiar. Después de una primera hospitalización, dos nuevos ingresos relacionados con el abandono de tratamiento y exacerbación de la ideación delirante y suicida (un ingreso por precipitación desde una ventana y otro por pensamientos suicidas). En ese momento, se propone el uso de antipsicóticos inyectables de larga duración ILD (Aripiprazol 400mg). Después de varios meses de seguimiento, no nuevos ingresos o descompensaciones.

Conclusiones

La ideación delirante es una sintomatología grave que puede ocasionar intentos de suicidio. Existen pacientes que responden a dosis bajas de antipsicóticos y pueden tener un buen nivel de funcionalidad. No obstante, las dificultades relacionadas con la adherencia al tratamiento y el consiguiente abandono de la medicación pueden producir situaciones graves como son los intentos de suicidio. En nuestro caso, la asociación de antidepresivos (venlafaxina) y antipsicóticos ILD (aripiprazol) ayudó a mejorar la vida del paciente y evitar recaídas.

[PO-1067] Psicosis en Síndrome de Gilles de la Tourette

Celia Muñoz Cauqui, Miguel Zacarias Perez Sosa, Maria Riesgo Arias, Ana Isabel Florido Puerto, Mercedes Sanchez Prieto

Mostrar Póster

Descripción del caso:

Paciente de 45 años diagnosticado de Síndrome de Gilles de la Tourette sin seguimiento actual por Neurología, que acude a urgencias psiquiátricas traído por el DCCU a petición de la familia. No constan antecedentes personales filiados de salud mental. Como antecedente familiar destaca suicidio de un tío materno. Expresa desde hace un mes inquietud y suspicacia “ La gente del pueblo me mira por la calle y están en contra mía, me vigilan a través del teléfono” Su familia expresa disminución del sueño y alteración del comportamiento así como heteroagresividad. Ante la clínica descrita sugestiva de episodio psicótico agudo se decide su ingreso con carácter involuntario.

Exploración y pruebas complementarias:

Consciente, orientado en tiempo, espacio y esfera, escasamente colaborador y poco abordable. Contacto poco sintónico. Disfórico. Angustia Psicótica. Tics faciales, orolinguales, cervicales y de miembros superiores múltiples y complejas así como tics fónicos en forma de gritos y gruñidos. Discurso disgregado, con pararepuestas y contenido delirante de perjuicio con interpretaciones delirantes. Autorreferencialidad. Alucinaciones auditivas en forma de voces comentaristas junto con fenómenos de difusión. Escasa contención familiar. Nulo insight. Disminución del sueño. No vinculación a dispositivo de Salud Mental o Neurología.

A su ingreso se pauta tratamiento risperdal solución 2-2-4, Clorazepato dipotásico 50 mg: 1/2-1/2-1 y lormetazepam 1 mg para dormir. Posteriormente en el seguimiento a nivel del salud mental se decidió cambiar a aripirazol 10 mg: 1-0-0 por sus menores efectos secundarios extrapiramidales. Pruebas complementarias: Se realizó a su ingreso hemograma, bioquímica general, perfil nutricional, sedimento de orina y determinación de tóxicos estando todo dentro de los parámetros normales.

Juicio clínico:

Síndrome de Gilles de la Tourette/ Episodio psicótico agudo (F 23.2)(Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico)

Comentario final:

En los últimos estudios se han revisado analogías y diferencias sobre el Síndrome de Gilles de la Tourette y la esquizofrenia lo que lleva a la conclusión de que dicho síndrome neurológico es una entidad definida independiente de la esquizofrenia, pero que comparten algunas características comunes en cuanto a la sintomatología y la fisiopatología teniendo estrechamente relacionadas lesiones anatómicas cerebrales que aún están siendo estudiadas.

Bibliografía:

1. Cohen D. J., Shaywitz B. A., Young J. G. Central biogenic amine metabolism in children with the syndrome of chronic multiple tics of Gilles de la Tourette. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1979; 18: 320–341
2. Swain JE, Scahill L, Lombroso PJ, King RA, Leckman JF. Tourette syndrome and tic disorders: a decade of progress. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(8):947-968.
3. Gorman DA, Thompson N, Plessen KJ, Robertson MM, Leckman JF, Peterson BS. Psychosocial outcome and psychiatric comorbidity in older adolescents with Tourette syndrome: controlled study. *Br J Psychiatry*. 2010;197(1):36-44.

[PO-1068] De los Andes a la Giralda: abordaje transcultural a propósito de un caso

Riesgo Arias, María; Sánchez Prieto, J. Mercedes; Florido Puerto, Anabel; Muñoz Cauqui, Celia; Peralta Gallego, Francisco Javier

Mostrar Póster

Varón de 45 años oriundo de Ecuador. Ha llegado a España hace un mes, con el objetivo de buscar un trabajo y establecer su proyecto vital en España, con su pareja, también originaria de Ecuador. Entre sus antecedentes destaca la atención en su país de origen por varios psiquiatras, desde su adolescencia, que han orientado el diagnóstico como un trastorno afectivo bipolar. Desde su llegada a España el paciente ha abandona su tratamiento habitual ante la mejoría anímica percibida en los últimos meses (tomaba valproato crono 500 mg 0.0.1 y clozapina 25 mg 0-0-1). El motivo por el que acude a Urgencias es un empeoramiento anímico de una semana de evolución, que se acompaña de insomnio global, irritabilidad, vivencias de extrañeza y rememoración de hechos traumáticos de su infancia y adolescencia en relación a conflictiva familiar importante y vivencias reiterativas de acoso escolar durante varios años. Refiere en la Urgencia " se han reactivado todos los temores de mi niñez, cada vez que cierro los ojos empiezo a ver animales de todo tipo, santos y vírgenes, las caras de mis padres... es como la sensación de que yo no pertenezco a este lugar, a este tiempo..." . Hace alusión durante la entrevista a los años en que vivía en la sierra andina con su familia y que abandonó posteriormente para estudiar Economía en la capital de su país. Hace hincapié en las dificultades surgidas para adaptarse a una ciudad nueva, las cuales resurgen ahora de nuevo con el cambio de país " han sido muchas cosas a la vez, incluso me he tenido que acostumbrar a las distintas estaciones, hay muchas cosas diferentes aquí, la gente es de otra manera y mis expectativas eran diferentes..." A la exploración el paciente se encuentra consciente, orientado en las tres esferas, colaborador, medianamente abordable. Presenta inquietud psicomotriz y temblor en miembros inferiores. Se objetiva escrutinio del medio, cierta suspicacia y estado de semiperplejidad. El discurso es espontáneo, fluido, organizado, sin alteraciones en el curso o en la forma del pensamiento. Expresa tristeza, irritabilidad, sentimientos de infravalía y soledad. Expresa rememoraciones y rumiaciones de vivencias infantiles. Autorreferencialidad. No se aprecia ideación delirante estructurada o fenómenos sensoperceptivos. Niega ideación auto o heterolesiva. Insomnio global. Apetito normalizado.

A la hora de abordar este caso creemos que es fundamental conocer la platóplastia de los trastornos mentales, en función al contexto social y cultural, con un conocimiento más exhaustivo de las peculiaridades culturales.

El transfondo cultural cobra máxima importancia, y a la sintomatología se añade un cambio relevante a nivel de proyecto vital junto con la aparición de un duelo asociado al proceso migratorio en este caso. En referencia al diagnóstico y diagnóstico diferencial nos planteamos la sintomatología afectiva acorde con su trastorno afectivo de base, un trastorno disociativo o un trastorno adaptativo.

Bibliografía:

La persona más allá de la migración. Manual de intervención psicosocial con personas migratorias. 2010
Experiencia de migración y salud mental. Hacia un nuevo modelo de salud.

[PO-1069] Episodio psicótico autolimitado en dos gemelos que trabajan en una bodega de vino

Marc Agraz, Mariona Mendo, Margarita Puigdevall, María Irigoyen

Mostrar Póster

Se trata de un paciente varón de 40 años sin antecedentes médicos filiados hasta el momento, con consumo enólico abusivo (una botella de vino diaria desde hace años) que trabaja en una bodega junto con su hermano gemelo. Ambos viven con su madre y su hermana en el ambiente rural y trabajan en dichas propiedades vinícolas. Además, cursó estudios de FP de Administrativo. A nivel de antecedentes psiquiátricos, consta un primer ingreso en Agudos en 2010 por alteración conductual con clínica delirante de perjuicio y autorreferencialidad y, además, de un cuadro confusional concomitante con discurso empobrecido, fragmentado y con aumento de latencia de respuesta asociado a febrícula, taquicardia, sudoración y agitación psicomotora. Su hermano gemelo también presentó un cuadro similar pero de menor intensidad requiriendo también ingreso. Se valoró la posibilidad diagnóstica de tratarse de una psicosis orgánica o cuadro tóxico en contexto de manipulación de las botas donde almacenan vino por inhalación directa de alcoholes volátiles en el ambiente laboral. Respecto a las pruebas complementarias, destacar en la analítica sanguínea valores elevados de creatina-kinasa de 414 UI/L (VN: 10-120 mcg/L) y en el TAC craneal una malformación congénita, concretamente una megacisterna magna. Se instauró tratamiento con risperidona 6ml/día, olanzapina 30 mg/día, y comprimidos de vitamina B1, B6 y B12. Con dicho tratamiento remitió la clínica confusional y psicótica, persistiendo clínica afectiva disfórica, introduciéndose por ello en un segundo tiempo ácido valproico 1000 mg/día con mejoría clínica progresiva. Se orientó como trastorno bipolar no especificado y abuso de alcohol, descartándose por parte de medicina interna y toxicología la posibilidad de organicidad o intoxicación como factores etiológicos. Posteriormente, realizó seguimiento irregular en consultas externas de psiquiatría con tratamiento con olanzapina 10 mg/día y valproato 1000mg/día. Los seis años posteriores, el paciente y, también su hermano gemelo, se desvinculan del seguimiento ambulatorio y abandonan la medicación unilateralmente alegando efectos adversos sin presentar descompensación aguda y con relativo buen funcionamiento basal en todas las áreas. Hasta el año 2017, que ingresan el paciente y su hermano por clínica psicótica e inquietud psicomotora de características similares al ingreso de 2010 en contexto de intoxicación. Dicha descompensación ha coincidido, nuevamente, con la manipulación de las botas de vino de su bodega. En la analítica sanguínea presentó valores de creatina-kinasa de 2900 UI/L (VN: 10-120 mcg/L) precisando suero glucosalino 3L/día con la reducción posterior. En el TAC craneal se evidenció, a parte de su malformación congénita, una atrofia cerebral difusa. En esta ocasión, a parte de la reposición hidroelectrolítica y el complejo vitamínico, instauramos tratamiento antipsicótico con asenapina 10 mg/día con mejoría clínica significativa persistiendo déficits de memoria puntuales. Dicho caso clínico permite discutir sobre el diagnóstico diferencial de las psicosis tóxicas por inhalación de gases volátiles derivados del alcohol, encefalopatía de Wernicke, síndrome de Korsakoff, enfermedad Marchiafava-Bignami, entre otros.

[PO-1070] Reacción de una superviviente menor de edad al suicidio de su madre

Samuel Leopoldo Romero Guillena, Emilio Regli Rojas, Maria Jose Candon Gamez

Mostrar Póster

Antecedentes familiares: La madre de la paciente, de 41 años de edad, muere por suicidio en otoño del 2016. Fue atendida por primera vez en una Unidad de Salud Mental Comunitaria (U.S.M.C), integrada en los Servicios Sanitarios de Cantabria por sintomatología depresiva asociada a la ruptura de su compromiso matrimonial, cuando tenía 20 años. En 2015 solicita de nuevo atención por circunstancias similares en una U.S.M.C de Andalucía. Desde los 20 años realizó varios intentos de suicidios.

Motivo de consulta: Niña de 11 años que acude a primera consulta en una U.S.M.C acompañado de su padre y sus abuelos maternos, quienes demandan la derivación, y con los que convive desde la infancia.

Exploración e Intervención: La niña solicita mediación profesional, a favor de los abuelos maternos, en el litigio de éstos con el padre por su custodia tras el fallecimiento de la madre. Es atendido de forma individual a petición propia y con el consentimiento de sus familiares. La profesional ofrece actuar de mediadora en la comunicación al padre de su no deseo de convivir con él. En la atención conjunta a padre e hija, el padre hace referencia a las alteraciones emocionales de su ex-esposa asociadas a problemas judiciales. La paciente, interpreta y responsabiliza la cuestión de la imputación legal al padre y lo acusa de no haberse ocupado de ella durante su infancia y de haber propiciado la separación matrimonial. El padre reclama asumir la custodia de la hija y hacerse cargo de sus cuidados. Los abuelos también pretenden la custodia de la niña y refieren que responden al deseo de su hija fallecida –no vinculación de la hija con el padre-. Se sugiere a los familiares desestimen por el momento el litigio por la custodia y se centren en la reacción catastrófica de la niña ante la pérdida de la madre. Los abuelos, ex –esposo y la niña afrontan el duelo por la pérdida con sentimientos ambivalentes: culpa y deseos de reparación a través de los cuidados de la nieta en los abuelos, racionalización basada en trastornos mentales previos de la fallecida por parte del ex -esposo y culpabilización al padre por la muerte de la madre en la interpretación de la niña. Ninguno de ellos manifiesta de forma explícita tristeza por la pérdida

Conclusión:

En los últimos años se ha puesto de relieve la importancia del apoyo a los supervivientes de un suicidio (familiares y allegados). Concretamente los estudios sugieren que cuando la muerte de los padres en un niño es por suicidio, el impacto puede ir acompañado por problemas más graves y de larga duración en comparación con las muertes no suicidas. Los problemas más presentes son ansiedad, depresión, bajo rendimiento escolar, y disminución de la adaptación social. Es por ello la relevancia de la atención de niños supervivientes de un suicidio abordando las reacciones afectivas y previniendo la estigmatización.

[PO-1071] Vortioxetina en el tratamiento de la depresión con síntomas cognitivos

Elena Fashho Rodríguez, Beatriz Mata Saenz, Lara Cabanillas Carrillo

Mostrar Póster

La depresión mayor es un trastorno heterogéneo en el que predominan los síntomas afectivos asociados, en mayor o menor grado, a síntomas cognitivos, volitivos o somáticos. Sabemos que la depresión afecta a aspectos de las denominadas “cognición caliente” y “cognición fría”. Estos términos se refieren esencialmente a la cognición con un componente emocional y sin él: la “cognición caliente” abarca la influencia de la emoción en cómo prestamos atención a la información, cómo planificamos, cómo tomamos decisiones o cómo recordamos cosas; en cambio, la “cognición fría” es la creación de bloques de cognición, nuestra capacidad de planificar, tomar decisiones, recordar cosas, aprender, todo sin un componente emocional explícito. La depresión afecta la atención, la memoria, la función ejecutiva, la planificación y la toma de decisiones.

Presentamos el caso de un varón de 60 años que desde hace dos años refiere síntomas de apatía, abulia, anhedonia y tristeza. Predomina el cuadro depresivo sobre síntomas ansiosos que describe con cortejo vegetativo principalmente. Comenta en consulta quejas mnésicas que preocupan especialmente a la familia y que se fundamentan en despistes, bradipsiquia inatención y dificultad para la fijación en el proceso de la memoria. Durante este tiempo, ha realizado tratamiento con escitalopram 10 mg y posteriormente con duloxetina 30 mg sin mejoría, indicados por su médico de atención primaria. Refiere ideas de autolisis poco estructuradas como fantasía de escape. Se propone cambio de duloxetina por vortioxetina a dosis de 10 mg al día. Al mes de iniciar el tratamiento, el paciente comenta una mejoría notable a nivel de la atención y la memoria, así como descenso de la ansiedad pudiendo abandonar el tratamiento previo con lorazepam (pasa de 3 mg al día a suspender el tratamiento y tomarlo únicamente en caso de insomnio 1-2 veces a la semana). La familia describe un aumento importante a nivel de la actividad y mejoría del ánimo y el paciente refiere mayor capacidad de disfrute, retomando actividades placenteras (comer con su familia, pasear y trabajar en el huerto). Han desaparecido las ideas de suicidio. Pasados 4 meses, la mejoría se mantiene, pudiendo ser dado de alta para continuar seguimiento en atención primaria. Los datos recogidos en el estudio CONNECT y FOCUS, sugieren que la mejoría en la función cognitiva observada en pacientes deprimidos tratados con Vortioxetina parece ser debida al perfil farmacológico del medicamento, que en modelos animales ha demostrado tener efectos positivos sobre la cognición mediados por una mejoría en la neurotransmisión y en la plasticidad sináptica de áreas cerebrales críticas para la función cognitiva. Según los estudios, Vortioxetina mejoró significativamente las medidas objetivas y subjetivas de la función cognitiva en adultos con Trastorno Depresivo Mayor Recurrente y estos efectos fueron en gran medida independientes de su efecto sobre la mejora de los síntomas depresivos. Según el estudio CONNECT, Vortioxetina ha demostrado un efecto beneficioso multidominio en el rendimiento cognitivo, como lo demuestran las mejoras en las medidas de la función ejecutiva, la atención / velocidad de procesamiento y la memoria.

[PO-1072] Uso de la asenapina en el tratamiento de la ciclotimia

Elena Fashho Rodríguez, Beatriz Mata Saenz, Ana Isabel Florido Puerto

Mostrar Póster

El trastorno ciclotímico se diagnostica en pacientes con numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaniaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen criterios para un episodio depresivo mayor. Los síntomas recurren durante un intervalo de tiempo de al menos dos años consecutivos, permaneciendo sintomáticos al menos la mitad del tiempo y no estando libres de síntomas durante más de dos meses consecutivos. Además, los síntomas causan un malestar significativo o un deterioro psicosocial en algún momento.

La escasa búsqueda activa de tratamiento probablemente exagera el deterioro asociado con el trastorno. Cuando buscan tratamiento, generalmente es durante una fase depresiva, ya que la experiencia de la tendencia a la hipomanía suele ser agradable.

A veces se aprecian otros síntomas como impulsividad, agitación y agresión. Además del estado de ánimo elevado y deprimido crónico, las personas con trastorno ciclotímico a menudo muestran irritabilidad, consumo de sustancias y trastornos del sueño.

No hay ensayos clínicos aleatorizados ciegos para el tratamiento farmacológico agudo del trastorno ciclotímico con pocos ensayos abiertos o estudios de casos. Las pautas actuales de tratamiento no diferencian entre trastorno ciclotímico y otros trastornos bipolares, y estos pacientes parecen responder al tratamiento de manera similar. Presentamos el caso de una mujer de 45 años que presenta desde hace más de 10 años episodios con sintomatología depresiva leve-moderada, apatía, astenia, hipohedonia, tristeza y síntomas de ansiedad que no mejoran con fármacos benzodiazepínicos que. Además, son muy mal tolerados. Comenta importante labilidad e irritabilidad que en algunos periodos han sido los síntomas preponderantes, incluso en ausencia de síntomas depresivos claros. Refiere algún periodo que describe como de "mejoría" con aumento de actividad, fundamentalmente de la limpieza, llegando a estar durante horas limpiando la casa y a reducir horas de sueño para preparar comida por las noches. Se encuentra en tratamiento con clomipramina a dosis de 5 mg al día, clorazepato dipotásico y zolpidem por su médico de atención primaria con escasa respuesta. Describe respuesta previa a dosis mayores de clomipramina (10-20) que parecen haberse mantenido de forma irregular con tendencia a la automedicación. Proponemos el aumento de clomipramina a 10 mg y añadimos asenapina 5 mg por la noche. Al mes y medio la paciente refiere importante mejoría. Comenta descenso de la sintomatología asteniforme, sin labilidad ni irritabilidad y refiere tener más ganas de hacer cosas sin llegar a sentirse nerviosa como en periodos previos ni dormida como cuando tomaba benzodiazepinas, habiendo podido suspender el zolpidem y descender el uso de clorazepato. Refiere no haberse sentido nunca así, acostumbrada al efecto de los tratamientos únicamente antidepressivos o ansiolíticos. La eficacia de la asenapina en el tratamiento de los síntomas depresivos está respaldada por hallazgos preclínicos in vitro e in vivo. Según análisis post hoc, la asenapina redujo los síntomas depresivos en pacientes con trastorno bipolar I que experimentaban episodios maniacos o mixtos con síntomas depresivos clínicamente relevantes al inicio. También parece tener un efecto terapéutico superior sobre los síntomas de ansiedad que otros agentes.

[PO-1074] ¿La conducta suicida se justifica solo por la depresión? A propósito de un caso

Mariona Mendo, Marc Agraz, Margarita Puigdevall, María Irigoyen

Mostrar Póster

Se trata de una paciente de 61 años, divorciada y con tres hijos. Ex-fumadora desde hace un año, sin referir consumo de otros tóxicos.

Destacan varias enfermedades de transmisión sexual, incluyendo un episodio de gonorrea a los 45 años y una infección por *Treponema Pallidum* en 2015, que se trató con Ceftriaxona 1g intramuscular en dosis semanal durante tres semanas, sin realizarse controles posteriores. Cirugía de tumor benigno de mama en 1986. En seguimiento desde 2014 en la Unidad de Trastornos Cognitivos constando una valoración de 5 en la Escala de Deterioro Global. La paciente inició contacto con Psiquiatría a los 27 años, por crisis de ansiedad recurrentes orientándose como trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso-depresivo reactivo a factores estresantes ambientales. Constan dos intentos de suicidio por sobreingesta medicamentosa en contexto de problemas conyugales, y un intento de defenestración en 2014, que requirió ingreso en la Unidad de Agudos, con seguimiento posterior al alta en la consulta de prevención de riesgo suicida. Durante los últimos dos años, la paciente ha precisado varios ingresos en diferentes recursos asistenciales (Unidad de Agudos, Unidad de Subagudos, Hospital de Día, Unidad de Corta Estancia), con orientación diagnóstica de trastorno depresivo mayor recurrente, trastorno de ansiedad con agorafobia y trastorno cognitivo.

Su tratamiento diario habitual era 150 mg de Clomipramina, 30 mg de Mirtazapina, 150 mg de Pregabalina y 2 mg de Lormetazepam.

En octubre de 2016, la paciente acudía adecuadamente y recuperando funcionalidad a Centro de Día, hasta que un día realizó intento de defenestración que pudo ser frustrado por sus compañeros, y que motivó un nuevo ingreso en la Unidad de Agudos. Refería empeoramiento afectivo progresivo en las cuatro semanas anteriores, con tristeza, apatía, abandono del cuidado personal, hiporexia e insomnio con despertar precoz, así como ideación suicida cada vez más estructurada, hasta llegar al gesto anteriormente mencionado, del que no realizaba crítica. También refería alteraciones cognitivas que le impedían llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria con normalidad. Los resultados de los análisis sanguíneos y de orina correspondientes al protocolo de ingreso se encontraban dentro de la normalidad, siendo negativos los tóxicos en orina. Se establecieron como objetivos iniciales del ingreso la contención de la conducta suicida y el ajuste del tratamiento. Durante su estancia en la unidad, se mostró adaptada y colaboradora.

Como entidades para el diagnóstico diferencial del cuadro clínico, deberían considerarse el trastorno depresivo mayor, la demencia, e incluso la Neurolúes, ya que consta antecedente de infección por *Treponema Pallidum*.

Durante el ingreso se ensayaron distintos tratamientos antidepresivos, sustituyéndose Clomipramina por Vortioxetina a 10 mg/día, tratamiento con el que se objetivó mejor tolerabilidad y cierta mejora cognitiva que pudo evidenciarse durante los permisos domiciliarios que se realizaron, en los que la paciente demostró mejor funcionalidad a nivel de las actividades de la vida diaria, recuperando su autocuidado y disminuyendo progresivamente las quejas mnésicas. Las ideas de muerte también mejoraron, tanto en el ámbito hospitalario como fuera del hospital, con mayor exigencia ambiental.

[PO-1075] Intento autolítico inesperado: pérdida e intentos de control. Terapia de Aceptación y Compromiso y tratamiento farmacológico.

Raquel Remesal Cobreros, Cristina Fabre Bernal, Cristina Sánchez Robles

Mostrar Póster

Varón de 47 años que realiza un intento autolítico (precipitación), en contexto de un episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, iniciado de forma progresiva cuatro meses antes. A lo largo de estos meses realiza tratamiento con diferente combinación de fármacos antidepresivos: inició tratamiento con Bupropión (300 mg/día), que fue modificado a los 2 meses de tratamiento ambulatorio por ineficacia. Posteriormente se inició tratamiento con Citalopram 20 mg/día. En este contexto aparecen las primeras ideas autolíticas, llegando a precisar una atención psiquiátrica urgente. Tras ello se utiliza la combinación Citalopram 20 mg/día + Mirtazapina 15 mg/día. Una semana después tiene lugar el intento autolítico por precipitación, con el resultado de múltiples fracturas costales, neumotórax, fractura en varios trazos de la escápula e imagen subpleural basal sin poder descartar proceso hemorrágico. Es preciso ingreso hospitalario a cargo de Neumología y Traumatología. Una vez estabilizado orgánicamente ingresa en la planta de Psiquiatría donde se instaura tratamiento con Venlafaxina (150 mg/día) + Mirtazapina (30 mg/día) y Olanzapina (10mg/día). Inicialmente se utiliza Lorazepam como ansiolítico, que posteriormente se retira. A nivel psicoterapéutico, además de realizar primeros auxilios psicológicos/psiquiátricos que derivan en el ingreso hospitalario, se inicia tratamiento psicológico en segunda instancia desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Las fases del proceso del tratamiento psicológico se dividen en: 1. Evaluación: topográfica, diagnóstica y transdiagnóstica; 2. Análisis funcional y formulación del caso; 3. Planteamiento de hipótesis; 4. Diseño del Tratamiento; 5. Aplicación del Tratamiento; 6. Resultados; 7. Valoración. El análisis funcional del caso desde una perspectiva contextual nos permite trabajar las distintas dimensiones que plantea el modelo HEXAFLEX de la ACT (rigidez/flexibilidad psicológica). A lo largo de las sesiones se trabaja con el objetivo de que el paciente llegue a aceptar aquellos aspectos de su experiencia socio-verbal que ha estado intentando modificar sin éxito (intentos de control) y que tales sucesos no paralicen su vida. Presentamos el caso con el fin de resaltar dos cuestiones: La polémica relación entre el riesgo de suicidio y la combinación de determinados fármacos antidepresivos. La importancia de implementar un tratamiento psicoterapéutico asociado al farmacológico, siendo la Terapia de Aceptación y Compromiso un tratamiento de elección con cada vez mayor evidencia clínica.

[PO-1076] Caso clínico: " La conducta suicida como escudo antihogar"

Teresa Jimeno Beltrán, Esther Garreta Canillas, Ana Bellver Arbona, Virginia Chaves Mateos

Mostrar Póster

Adolescente de 14 años de edad que acude a urgencias en octubre de 2016 por negativa de la menor a ingerir alimentos sólidos y líquidos desde hace dos semanas. Restricción alimentaria desde verano. Se realiza ingreso en UHB, se realiza analítica donde no aparecen alteraciones electrolíticas, parámetros dentro de la normalidad. Se descarta TCA por no presentar sintomatología compatible. Presenta estado de ánimo triste, cabizbaja sin contacto visual, falta de colaboración con respuestas monosilábicas, alta irritabilidad con aspecto de enfado. Crisis de ansiedad y agitación psicomotriz con intención autoagresiva, ideas pasivas de muerte con negativa expresa de ingesta que requiere sonda nasogástrica durante dos días. Dificultades para conciliar el sueño y aislamiento social.

APersonales:

2015 Episodio de restricción alimentaria que no requirió intervención especializada.

No consumo de tóxicos

No antecedentes somáticos de interés

AFamiliares:

Padre problemas de consumo de alcohol con ingreso en Unidad especializada

Biografía:

Convive con madre y hermano de 18 años. Padres separados desde hace 5 años. Tiene 4 hermanos más, mayores e independizados, una de 26 que reside en Mallorca y los otros tres en Alemania. Mantiene contacto con padre. Cursa 3º ESO, buen rendimiento escolar La menor relata vivencias traumáticas en ámbito familiar con episodios de violencia de género durante su infancia y posible abuso sexual por otro menor de 15 años hace unos meses.

Evolución:

Durante el ingreso persiste una falta de colaboración de la menor e intentos constantes de autoagresión en forma de golpes que requiere contención en varias ocasiones. Mantiene ideación autolítica desde inicio del ingreso, con intentos de camuflaje y apariencia de mejoría emocional para conseguir permisos de salidas. Durante los permisos de salida por el recinto hospitalario, realiza intentos autolíticos graves como lanzarse encima de un coche en marcha e intentar precipitarse por un balcón del recinto. Posteriormente la clínica evoluciona y se observan rasgos disfuncionales de personalidad con actitud manipulativa hacia los profesionales. Disminuyen las autolesiones y se observa una mejoría clínica de la esfera afectiva junto con una colaboración parcial. La menor manifiesta sentirse bien y querer el alta a la vez de la verbalización constante de la conducta suicida si se le da el alta. Ante esta ambivalencia se plantea la posibilidad de que la menor, a pesar de no manifestarlo, no quiera volver a su casa debido a las diferentes situaciones vividas de negligencia y distocia familiar.

Intervención:

Se ha realizado una intervención intensiva con sesiones individuales tanto desde psicología clínica como desde psiquiatría. Durante las sesiones se ha observado actitud instrumentalizada de la paciente solicitando soluciones en las que ella misma no se implicaba y sabotando todas las alternativas que se le ofrecen.

[PO-1077] ¿A la tercera, va la vencida? Intentos de suicidio y Trastorno Delirante Crónico

Francisco Javier Gómez Beteta; Jesús Ibañez Vizoso; Manuel Villanueva Gallego; Jesús Pemán Rodríguez; Iñigo Alberdi Páramo; Germán Montero Hernández; Carmen Carrascosa Carrascosa

Mostrar Póster**Introducción:**

El Trastorno Delirante Crónico (TDC) es un trastorno psicótico complejo y poco investigado en la literatura médica. En general se acepta que su prevalencia es del 0,03%, siendo la edad de inicio alrededor de los 40 años y los tipos más frecuentes de delirio, el persecutorio y el celotípico. La frecuencia de aparición de conductas suicidas en TDC está entre el 8-21%, similar a la que aparece en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Objetivo:

1. Señalar la escasez de estudios sobre el TDC.
2. Resaltar la importancia de valorar la comorbilidad con sintomatología depresiva.

Metodología:

Presentamos el caso clínico de un varón de 49 años diagnosticado de TDC en 2001, con antecedentes de más de 10 ingresos psiquiátricos previos por descompensación psicótica y cumplimiento irregular del tratamiento.

Tras planificar el intento bastantes días, la mañana del ingreso despertó con la intención de llevarlo a cabo. Intentó ahorcarse en dos ocasiones sucesivas. La primera vez fue frustrada por la inestabilidad del lazo que había realizado. Seguidamente volvió a intentarlo y, tras la rotura de la cuerda, se precipitó al suelo desde una altura de unos 3 metros, sufriendo una fractura del hueso calcáneo del pie derecho. Como motivos del intento comenta el desbordamiento y cansancio ante la situación de acoso y persecución que lleva viviendo desde hace años por una mafia que actúa en su contra con el propósito de difamarle, espiándole y contando los delitos que ha cometido a las personas que le rodean con el fin de incitarlas a que actúen en su contra y desgastarle hasta que no tenga más opción que el suicidio. Se evidenció un ánimo depresivo franco, de varios meses de evolución, con apatía, desesperanza, anhedonia, sentimientos de culpa, hiporexia, sin presentar ideación delirante de culpa, ruina o hipocondría, pero que había influido en la vivencia delirante de persecución y en la realización del intento autolítico.

Resultados:

Durante su ingreso fue diagnosticado de TDC y Episodio depresivo moderado-grave. Se reajustó el tratamiento escalando Clozapina hasta 300mg/día y se inició tratamiento antidepresivo con Venlafaxina 150 mg/día, potenciándose con Aripiprazol 10 mg/ día. Al alta, el núcleo delirante persiste pero se ha ido distanciando afectivamente hasta reducir de forma notable la angustia y la repercusión funcional asociada. Por otra parte, la sintomatología depresiva ha mejorado, mostrándose cada vez menos aislado, más sonriente, comunicativo y participando activamente en la rehabilitación de su fractura.

Discusión y Conclusiones:

En los estudios hechos con pacientes con esquizofrenia de años de evolución se ha demostrado que la duración de la enfermedad, el tiempo sin recibir tratamiento de la psicosis, la presencia de síntomas depresivos concomitantes, la desesperanza y los intentos previos de suicidio son factores que aumentan el riesgo suicida. Es importante indagar sobre sintomatología de tinte afectivo en pacientes con TDC, para poder intervenir a tiempo y reducir el riesgo suicida. Son necesarios más estudios, que estimen la comorbilidad TDC y Depresión, así como el posible valor pronóstico que puede aportar el tratamiento antidepresivo en la disminución del riesgo suicida.

[PO-1078] Irrupción de Conductas Suicidas en el curso del Psicodrama Grupal: a propósito de un Caso

Ester Luisa Silva Potí, Enrique Guerra Gómez, Karen Eaton Iturbide e Irene Baños Martín, Belén Unzeta Conde, Pilar Vilariño Besteiro, César Pérez Franco

Mostrar Póster

Introducción

Escasos estudios relacionan Psicodrama y Suicidio. Encontramos en PubMed desde el año 2006 únicamente el estudio de Hogberg y col. (2008) de tratamientos de conductas suicidas en adolescentes y el de Gootlieb y col. (2012) en esquizofrenia con uso de sustancias, combinando en ambos Psicodrama y otras terapias. Las revistas españolas de Psicodrama no reportan estudios.

Objetivos

Es frecuente que durante el curso de un grupo Psicodramático aparezcan ideas y/o conductas suicidas, que en los/as pacientes no se presentasen previamente, ya que cuando el riesgo suicida es alto esta no es una terapia indicada aún combinándola con otras.

El estudio busca, mediante la inclusión de un caso clínico paradigmático de tentativa autolítica, reflexionar y replantear el abordaje terapéutico específico y la organización de la asistencia ajustándose a los principios ético-legales vigentes.

Caso

Mujer de 41 años ingresada en un hospital de día para TCA con Antecedentes Familiares de TCA , TLP y suicidio consumado y Antecedentes Personales de tentativas autolíticas que requirieron ingreso. Al inicio presenta atracones y vómitos autoinducidos, preocupación intensa por la figura, ánimo depresivo con embotamiento afectivo y aislamiento.

Es diagnosticada de Trastorno por Atracón y Trastorno de Personalidad Mixto (esquizoide y compulsivo; mediante DSM-5 y test de Million) y tratada con psicofármacos y psicoterapias intensivas. A los 9 meses se incluye en un grupo de Psicodrama específico para los TTPP, encontrándose ideas suicidas leves. Tras 8 meses, siendo asistida en consultas post-alta, acude a la sesión comunicando que se ha tomado 20 minutos antes 30 pastillas.

En el centro asistencial el personal disponible a esa hora eran el Psicodramatista (psiquiatra), una Psicóloga General Sanitaria en prácticas, y una DUE y dos Auxiliares de Clínica que estaban con otro grupo. El Psiquiatra atendió individualmente a la paciente, con la ayuda de las auxiliares y el Internista de Guardia, trasladándola a Reanimación y de ahí a otro Hospital; durante ese tiempo la Psicóloga manejó al resto del grupo hasta que volvió el Psiquiatra para elaborar la situación hasta finalizar la sesión.

Discusión

Además de la Historia Clínica general, nos centramos en las 7 sesiones previas a la tentativa y las 3 posteriores, con el fin de estructurar la información de cara a los objetivos. En las sesiones pre-crisis, participa de protagonista o “Yo auxiliar”, exponiendo sus dificultades con el contacto físico y emocional, la falta de resonancia afectiva, y el empobrecimiento social; que relaciona con carencias tempranas. Tras la crisis resalta en lo no verbal una mayor expresión emocional, habla abiertamente de su sexualidad y conceptúa el grupo como un espacio de “seguridad emocional” (previamente cuestionaba el Psicodrama: “es teatro, es falso”).

Conclusiones

- 1- Conceptualización de la tentativa autolítica como posible “experiencia emocional correctiva”.
- 2- La actuación del equipo asistencial en la crisis empleó los medios disponibles adecuándose a los reglamentos ético legales.
- 3- Cuando existen antecedentes autolíticos familiares y personales se debería tener en cuenta el “suicidio” como otra categoría diagnóstica, planificando el tratamiento en consonancia con los protocolos específicos vigentes.

[PO-1079] Riesgo de suicidio: influencia de síntomas psicóticos en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor.

I. Díaz Quero, E. Segura Escobar, E. López Lavela

Mostrar Póster**Introducción:**

Tras una revisión bibliográfica, encontramos que los pacientes con trastorno depresivo mayor asociado a síntomas psicóticos presentan mayor riesgo de suicidio consumado, intentos de suicidio e ideación suicida, que los pacientes que no presentan clínica psicótica asociada, tanto en el episodio agudo como durante la hospitalización, como una vez que el episodio está resuelto. A propósito de esta revisión, describiremos el caso clínico de un paciente que realizó un intento de suicidio grave y fue diagnosticado de Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos.

Caso Clínico:

Varón de 27 años trasladado a Unidad de Hospitalización tras ingreso prolongado en UCI por intento autolítico grave con arma blanca. Antecedentes previos de seguimiento por psicología en ámbito privado por problemática derivada del divorcio de los padres con orientación diagnóstica de rasgos cluster B de personalidad.

El paciente presenta desde hace más de un año clínica depresiva con acentuación de la misma en los últimos meses, apareciendo ideas delirantes de perjuicio, inicialmente centradas en la madre aunque posteriormente se extienden a la familia materna, y más tarde ideas de muerte hasta que realiza el intento de suicidio mediante cortes en brazo, cuello y tórax. Durante el ingreso, comienza a objetivarse la clínica depresiva junto con los síntomas psicóticos asociados, por lo que se inicia tratamiento con antidepresivos y antipsicóticos, junto con abordaje psicoterapéutico. La remisión es lenta, y las ideas de muerte se mantienen a lo largo del ingreso, realizándose un abordaje de las mismas desde el punto de vista psicoterapéutico, tanto en abordajes individuales como grupales, en intervenciones familiares y realizando permisos terapéuticos. Tras remisión de la clínica psicótica, y mejoría parcial de la clínica afectiva, es derivado a Hospital de Día con diagnóstico de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, donde actualmente se realiza seguimiento.

Discusión:

Este caso clínico destaca la gravedad que presentan los pacientes con Trastornos Depresivos Mayores y síntomas psicóticos asociados, que en los casos que presentan intentos autolíticos, éstos son de gran letalidad y además precisan un abordaje tanto farmacológico como psicoterapéutico integrado.

[PO-1080] Eficacia de tratamiento en los pródromos de la psicosis. A propósito de un caso.

Agustín Sánchez Gayango, M^a José Rodríguez Macías, Belén Rodríguez López.

Mostrar Póster

Paciente varón de 24 años. Convive con sus padres y su hermana de 19 años. El padre trabajaba casi todo el día, siendo la madre la que se hizo cargo de la crianza de los niños. Se adaptó bien a la escolarización obligatoria, muy inquieto pero sin problemas de conducta en el colegio y buena relación con mayores e iguales. Cuando el paciente tenía unos 10 años el padre sufre un episodio depresivo a raíz de problemas de estrés laboral, comentan que era dependiente para prácticamente todas las tareas de la vida diaria. Comienza seguimiento y tratamiento en USMC de referencia tanto por psicología como por psiquiatría. El padre ha tenido varias recaídas a lo largo de estos años aunque no saben precisar fechas, en la actualidad es pensionista desde hace unos 5-6 años y ha tenido una recaída reciente. Cuando el padre deja de trabajar, el paciente decide no continuar los estudios debido a las dificultades económicas y comienza a trabajar en tareas de albañilería con su tío. En este tiempo comenzó con dolor de las muelas del juicio y comienza a recluírse en su casa, abandonando progresivamente las relaciones sociales, de ocio, laborales y formativas.. Revisando la historia clínica del padre, se recoge inactividad, quejas somáticas, múltiples visitas a distintos especialistas y una dependencia total de la familia. La madre refiere que suele sobreproteger a la familia y tener mayor sentido de responsabilidad en el núcleo familiar. Comenta que en primavera del 2016 decide abandonar el domicilio familiar. El paciente decide quedarse cuidando de su padre y la hermana decide irse con la madre. En este periodo el paciente presenta ánimo triste y comienza a presentar imágenes de sangre y cuchillos, así como alucinaciones auditivas imperativas. Ante tal clínica, la madre decide volver al domicilio familiar. Entre tanto, la hermana se ha quedado embarazada del novio, volviendo ambos al domicilio familiar. La madre había solicitado citas en USMC de referencia en varias ocasiones, negándose el paciente a acudir. Acude a una sola cita hace unos meses en la que se le prescribe olanzapina, abandonando dicho tratamiento a los pocos días, no acude a cita de revisión. El paciente ingresa en UHSM tras venoclisis, hecho que realiza de una forma fría e incongruente, sin expresar desencadenante ni ideas autolíticas previas. Se orienta el cuadro como un síndrome delirante alucinatorio a filiar y se inicia tratamiento con olanzapina. Se aborda en tema del conflicto entre los padres, tornándose irritable, hostil e insultante, abandonando el despacho, inabordable a cualquier intervención. La evolución del paciente ha sido positiva, ha verbalizado ideas delirantes de perjuicio y alucinaciones visuales y auditivas impositivas. Éstas se han mantenido pero con menor repercusión afectiva y conductual. Durante los permisos ha realizado salidas con la madre y se ha encontrado más animado, con ilusiones e iniciativa. Durante el ingreso se ha iniciado derivación an Hospital de día, dada la gravedad de la conducta autolítica, la situación de aislamiento y el conflicto familiar latente por ahora inabordable.

[PO-1081] Importancia del abordaje inicial. A propósito de un caso de autoestigma.

M^a José Rodríguez Macías, Agustín Sánchez Gayango, Irene Pérez Zapico.

Mostrar Póster

Paciente varón de 56 años, soltero. Es el tercero de 4 hermanos. Refieren infancia muy conflictiva, con maltrato psicológico y físico del padre hacia la madre y de ambos hacia los hijos. El paciente convive con sus padres, de 87 y 83 años. Su madre tiene antecedentes psiquiátricos previos "neurótica", presenta cáncer de mama y Síndrome de Diogenes. antecedentes psiquiátricos filiados en la línea paterna. Tras volver del servicio militar, coincidiendo con un supuesto consumo de tóxicos presentó un episodio psicótico, con ideas de perjuicio y persecución, con importante repercusión conductual. Presentó un ingreso en hospital psiquiátrico provincial de Sevilla y tras ello fue incapacitado legalmente. Se le prescribió tratamiento con haloperidol y lorazepam. El paciente recuerda como una muy mala experiencia las características del ingreso, lo cual ha marcado su evolución posterior, negándose a acudir a cualquier dispositivo de salud mental y siendo motivo de disputa continua con sus padres. Su médico de cabecera ha mantenido el mismo tratamiento que le prescribieron y su madre le ha medicado a escondidas, camuflando el haloperidol en las comidas según el estado del paciente, estando durante algunos periodos de tiempo sin tratamiento. El paciente no ha llegado a independizarse, ha convivido siempre con sus padres, a pesar de las frecuentes discusiones y reproches por el ingreso en hospital psiquiátrico. El paciente percibe una pensión no contributiva, la cual administra su padre, la gasta principalmente en comida precocinada. Pasea habitualmente por el pueblo, incluso se maneja bien con los medios de transporte, realizando visitas a la capital. En cuanto a sus actividades de ocio le gustaba el cine de terror y la pintura, actividad que tuvo que abandonar porque las condiciones del piso donde viven no lo posibilita. Mantiene escasa red social. El domicilio familiar se encuentra en malas condiciones higiénicas, la madre acumula comida precocinada y cubos en el baño. El paciente ingresa en UHSM Valme derivado desde el servicio de Endocrinología de Hospital Virgen del Rocio, donde se encuentra ingresado tras intervención quirúrgica del segundo dedo del pie izquierdo provocado por diabetes desconocida y mal controlada. El paciente presenta una fuga del hospital cuando es valorado por psiquiatría de enlace, siendo encontrado por las fuerzas de orden público y devuelto al hospital. Tras estabilización orgánica lo trasladan a nuestra Unidad para contención, valoración y tratamiento. Durante la hospitalización no se han observado síntomas psicóticos activos. Acepta permanecer hospitalizado y el tratamiento que consideremos oportuno. Durante el ingreso no se han observado síntomas psicóticos. Se realizan curas diarias del pie, con buena evolución de las heridas. Además se le instaura tratamiento con insulina por la diabetes. Se queja de déficit visual, solicitamos interconsulta a oftalmología, diagnosticándose de retinopatía diabética severa y edema de mácula. Se trabaja pautas dietéticas y adherencia al tratamiento. Dada las circunstancias sociales y de vivienda, se inicia trámites para recurso residencial urgente y mientras se resuelve, va a vivir a casa de una de sus hermanas.

[PO-1082] Catatonía por “cocaína rosa”. Tratamiento con terapia electroconvulsiva.

M^a José Rodríguez Macías, Agustín Sánchez Gayango, María Baéz Gundín

Mostrar Póster

Paciente varón de 21 años que acude a urgencias por cuadro de inicio brusco en el que presenta enuresis y trastornos de conducta (gatea y rasca las paredes), se acompaña de mutismo e inhibición psicomotriz. Se ingresa en Observación donde se le realiza analíticas, TAC craneal, Ecodoppler carotideo y EEG, con resultados normales. Se le realiza test de tóxicos que resulta positivo a cannabis y a cocaína. Se traslada a la UHSM una vez descartado causa orgánica. Durante dicha hospitalización se le realiza Punción lumbar con serología infecciosa y estudio inmunológico, siendo también hasta el momento todos los resultados normales. Inicialmente orientamos el cuadro como secundario al consumo de tóxicos, en algún momento del ingreso refiere haber consumido cocaína rosa. El paciente se muestra hipomímico, con mirada fija y escaso contacto visual. Su discurso es parco y apenas con monosílabos, con una latencia de respuesta alargada. Oscila entre momentos de inhibición psicomotriz a otros en los que presenta importante agitación, balanceándose con movimientos enérgicos en la cama. Existe buena respuesta a diazepam en tales episodios. En algún momento verbaliza de forma muy poco estructurada ideas de perjuicio y de culpa “...he robado, ahora estoy en la cárcel, están hablando de mi...”. Iniciamos tratamiento con olanzapina ante los síntomas psicóticos siendo la evolución muy tórpida. Realizamos psicobiografía: es huérfano de madre desde los 12 años, a esa edad abandona los estudios y se queda viviendo con su padre ayudándole en las tareas agrícolas y ganaderas. Desde hacía tres años mantenía relación de pareja, con ruptura reciente. Los amigos comentan que mantenían una relación muy estrecha, prácticamente convivía con la familia de la pareja. Reconocen como desencadenante del episodio actual dicha ruptura. Lo describen como un chico inmaduro y con escasa capacidad para expresar emociones ante los conflictos. Comentan que en la semana previa lo notaban ansioso, desveló a un amigo que había robado cannabis de la nave de su mejor amigo, verbalizando intenso temor a ser descubierto y que se le rechazara por ello. El día previo al ingreso refirió al amigo de forma desorganizada interpretaciones delirantes y alucinaciones visuales. Cambiamos la orientación diagnóstica a síndrome catatoniforme en contexto de cuadro afectivo mayor y persona con escasos recursos cognitivos (no cuantificado). Incluimos en censo de primeros episodios psicóticos e iniciamos tratamiento con Ácido Valproico de liberación prolongada hasta una dosis de 1300 mg y Terapia Electroconvulsiva (hasta 7 sesiones). La respuesta ha sido positiva, mostrándose con discurso más fluido, sin alteraciones en psicomotricidad y algo más reactivo y sintónico aunque describe de forma clara sentimientos de tristeza. Desaparecen las ideas de perjuicio y los síntomas sensorio-perceptivos. Continúa con escasa capacidad de expresar emociones. Presenta gran ansiedad previa al tratamiento con Terapia Electroconvulsiva, por lo que en principio concluimos con 7 sesiones, valorando su psiquiatra comunitario según evolución, el reinicio de dicho tratamiento.

[PO-1084] Disforia de género y riesgo suicida

Pedro Padilla Romero, Yanira D'hiver Cantalejo, María Fernanda Tascon Guerra

Mostrar Póster

Mujer de 18 años que acude a urgencias por ideación autolítica.

Antecedentes somáticos: Rinitis alérgica, Dislipemia, SD. ovario poliquístico, Quiste renal derecho.

Antecedentes psiquiátricos: consta un informe a petición de la paciente para reasignación de sexo emitido en noviembre de 2016.

Enfermedad Actual: Atendida el día anterior en el S.Urgencias tras ingesta medicamentosa con fines autolíticos. Vuelve al día siguiente por persistencia de ideación autolítica. La paciente refiere que “me siento muy agobiada... sin salida...la muerte es la única solución...”. Cuenta espontáneamente historia personal relatando situaciones traumáticas como una violación a la edad de 6 años por parte de un amigo, crianza por parte de unos tíos, marcha a otro país con mala adaptación... Afirma además que desde los 12 años ve que no se siente a gusto con su cuerpo, situación que le enfrenta a su familia y entorno. Dicha vivencia le ocasiona actualmente tristeza con sentimientos de incompreensión, falta de apoyo y culpa. Ha dejado de practicar sus aficiones como pintar, leer... relacionarse con sus amigos y aqueja falta de concentración con repercusión en sus estudios. Además comenta pesadillas en relación a los hechos citados del pasado. Se ofrece ingreso o iniciar tratamiento de forma ambulatoria, aceptando el ingreso que es cursado como voluntario.

Exploración psicopatológica Consciente, orientada en las tres esferas, abordable. No alteración en las funciones cognitivas superiores, salvo en la capacidad de atención-concentración. No impresiona de estado de intoxicación y/o abstinencia a psicofármacos y/o tóxicos. No alteración en el curso o contenido del pensamiento. Ánimo triste con sentimientos de desesperanza, soledad e incompreensión. Ansiedad leve. Ideas de muerte con estructuración parcial. No clínica psicótica. Conductas autolesivas. No dismorfofobia. Insomnio de conciliación con pesadillas. Hiporexia.

Evolución La paciente comenta misma situación vital ya relatada al ingreso y como le ocasiona sentimientos de desesperanza e ideas de muerte. Durante el mismo se objetiva actitud reflexiva verbalizando la importancia que para ella tiene la aceptación y el apoyo por parte de su familia y la independencia de la misma en el caso contrario. Se ha adaptado a la Unidad y su funcionamiento manteniendo un trato cordial con los compañeros y personal. Al alta refiere adecuados planes de futuro sin ideas autolíticas en este momento. No se objetiva clínica afectiva mayor ni psicótica activa. Los ritmos cronobiológicos se han regulado.

Diagnósticos: Episodio depresivo moderado (F.32.1 según CIE-10). Disforia de género (F.64.1 según CIE-10). Problemas relacionados con el abuso sexual del niño por persona ajena al grupo de apoyo primario (Z.61.5 según CIE-10). Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado (Z 63.2 según CIE-10).

Tratamiento: Fluoxetina 20 mg, Lorazepam 1 mg, 1 comp si ansiedad.

[PO-1085] ¿Realmente intente suicidarme?

Pedro Padilla Romero, María Fernanda Tascon Guerra, María Pilar García Magan

Mostrar Póster

Varón de 76 años que ingresa por un intento frustrado de ahorcamiento. Desde el primer día del ingreso en UHB niega el intento, mostrando un fallo completo de memoria para recordarlo y mostrándose sorprendido al explicarle el motivo por el cual ingreso.

Antecedentes personales médicos: ninguno. Psiquiátricos: ninguno

Enfermedad actual: Sin desencadenante aparente, según la familia, desde marzo 2016 se queja de desánimo. Le notaban expresión de tristeza y cada vez más frecuentes quejas de inutilidad, acompañado de quejas somáticas difusas. Inició antidepressivo pautado por MAP y derivación a psiquiatría. El último mes estaba aparentemente mejor. Sin indicios previos, ese día se fue con la familia al campo y estuvieron realizando tareas. Sin que notaran nada extraño, en un momento breve le encontraron colgado de una soga en un cobertizo del patio. La familia lo reanimo, le trasladaron al hospital e ingreso en la UCI, siendo trasladado posteriormente a la UHB de psiquiatría. Tras el episodio de ahorcamiento parecen haber quedado secuelas: lapsos de memoria a corto plazo.

Exploraciones complementarias: RNM craneal, EEG, Mini-Mental de Folstein, Test de Bender, Test de fluencia verbal categorial: Evidenciaron encefalopatía y deterioro cognitivo. Analítica: Hemograma y bioquímica sin alteraciones. Déficit de ácido fólico. Función tiroidea normal.

Evolución

Al preguntarle cual es el motivo de su ingreso contesta que no lo sabe: " No sé por qué estoy ingresado", "no sé de qué me tengo que curar". Le recordamos cual fue el motivo por que ingresó en la UCI y el posterior traslado a Psiquiatría, y el paciente refiere no acordarse ni del suceso que llevó a cabo con fines autolíticos ni la forma en que lo llevó a cabo. Durante el ingreso se mostró parcialmente desorientado, con fallos de memoria, con lenguaje poco fluido y pensamiento enlentecido con contenido empobrecido, sin ideas delirantes. Anímicamente algo aplanado inicialmente, pero después va recuperando reactividad. Niega que tenga pensamientos en torno a la muerte o el suicidio previo al alta. Se realizó interconsulta a neurología, quienes confirmaron la sospecha de encefalopatía anoxica y la necesidad de seguimiento evolutivo tras el alta.

Diagnóstico: Intento de suicidio por ahorcamiento: X70 Suicidio y llexión autoinflingida por ahorcamiento
Secuela: Encefalopatía con disfunción cerebral asociada.

Tratamiento: venlafaxina 75mg, Deprax 100 mg., Somazina 1 gr., Ramitidina 300 mg, Tansulosina 0,4 mg,

[PO-1087] Nuevos antidepresivos de acción multimodal (Vortioxetina) e impacto en factores de riesgo suicida: A propósito de un caso.

Miguel Ángel Soriano Lechuga, Félix Moreno de Lara, Juan Ignacio Durán Nieto

Mostrar Póster

El trastorno depresivo mayor conlleva, con frecuencia, multitud de sintomatología asociada, ya sea por la enfermedad en sí como por el tratamiento antidepresivo prescrito y sus efectos secundarios, con su consecuente repercusión en los factores de riesgo de ideación y conducta suicidas: ansiedad (global, somatizada), insomnio, deterioro cognitivo, disfunción sexual, hiporexia, aumento de peso, efectos secundarios, tolerabilidad al fármaco, etc, que bien podrían tratarse como factores predictivos de la conducta suicida consumada. Por ello, el tratamiento antidepresivo debe proveer mejoría no sólo en los síntomas afectivos per sé, sino además en la esfera sintomática colateral que acompaña a los mismos, y así incidir en los factores de riesgo de la conducta suicida.

Analizamos un caso de una paciente de mediana edad con tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (paroxetina) de larga data, con efectos secundarios del mismo, así como sintomatología acompañante al bajo ánimo. Tras la retirada paulatina del tratamiento, se introduce vortioxetina a dosis crecientes hasta alcanzar el rango terapéutico, con la consecuente vigilancia tanto de posibles efectos secundarios como mejorías evidenciadas y operativizadas mediante escalas validadas: escala específica de evaluación de comportamiento suicida (escala de ideación suicida de Beck SSI), escala de Hamilton para la depresión (HDRS) y Escala de Hamilton para la Ansiedad.

La mejoría en los constructos analizados en la sintomatología de la paciente nos lleva a reevaluar los factores de riesgo de la conducta suicida, donde observamos disminución de la intensidad en los mismos hasta el momento del tratamiento actual en el que se encuentra nuestra paciente y con ello disminución en la probabilidad de intento autolítico de la misma.

[PO-1088] Trastorno de Identidad Disociativo: un reto diagnóstico

Roberto Fernández Fernández, Rebeca Ojea Quintela, Olga Méndez González, Ana Rodríguez Rodríguez, Miguel Vizcaíno Da Silva.

Mostrar Póster

El Trastorno de Identidad Disociativo se relaciona con traumatización crónica durante el desarrollo, de modo que recuerdos traumáticos se descontextualizan y se procesan para mantener un balance interno y externo, lo que conduce a la formación de personalidades alternas con agenda y sentido propio de sí mismo.

Exponemos el caso de un varón que inicia seguimiento psiquiátrico a los 45 años tras la separación de sus padres, siendo su diagnóstico inicial "Trastorno depresivo, rasgos obsesivos de personalidad". Se trata de un paciente con fobias de impulsión frecuentes e ideas rumiativas de suicidio que le llevan a las urgencias del hospital, miedo a perder el control. En su evolución, ocasionalmente acude a consulta agresivo y poco colaborador. Más tarde, acude a una consulta llamando a su mujer "mamá" con una actitud pueril muy llamativa. Todas estas consultas intercaladas por revisiones en las que aparece nuevamente preocupado, triste, con alteraciones de la conducta frecuentes relacionadas con fobias de impulsión. En una ocasión manifiesta ideación delirante de carácter místico, impresionando estas experiencias de carácter psicógeno. Es diagnosticado a lo largo de su evolución de "Trastorno de personalidad clúster B". Sin embargo, tras sospecha clínica de carácter psicógeno, se utiliza la Escala de Experiencias Disociativas (DES) con una alta puntuación. Tras trabajar con el paciente este tipo de experiencias, se han descubierto hasta la fecha al menos 4 personalidades: una personalidad deprimida, una personalidad agresiva y persecutoria, una personalidad pueril "payaso" y una personalidad excesivamente preocupada y protectora con su familia. Se descubre posteriormente una situación de abuso físico durante la infancia por parte de ambos progenitores. En la actualidad, realiza terapia MDR semanal con buena evolución y un intento de integración progresiva de las diversas personalidades expuestas.

Discusión

El paciente presenta características propias descritas en los Trastornos de Identidad Múltiple: el 90% de los pacientes reporta al menos un caso de abuso y/o negligencia durante la niñez, la mayoría de los pacientes expresan solamente un subgrupo de sus síntomas que predominan en el estado actual lo que lleva a errores diagnósticos, siendo los más frecuentes: trastornos afectivos (63,7%), trastornos de personalidad (57,4%), trastornos de ansiedad (44,3%) y esquizofrenia (40,8%).

Ocasionalmente, la psicosis disociativa aguda se puede manifestar como una lucha para controlar e influir entre identidades alternas con características de temor, miedo o agresión que aparecen descritas en nuestro caso. Estos pacientes han estado en el sistema de Salud Mental unos 6,7 años hasta haber sido diagnosticados. La personalidad "host" (anfitriona) generalmente está deprimida.

También a tener en cuenta, nuestro caso presenta ideas de muerte. La prevalencia de suicidio consumado es alrededor de 1-2%. En un estudio de 236 casos en 1989 [2] se encontró que el 72% había realizado intentos de suicidio, alcanzando el suicidio consumado un 2,1% de la muestra. Un estudio más reciente encuentra una correlación positiva entre la puntuación en DES y los intentos de suicidio ($R^2=0.47$, $P<0.1$) [3]. En 2008, Foote encuentra una asociación significativa entre trastorno disociativo y múltiples intentos de suicidio ($OR=15.09$, 95% IC, $p<0.002$) [4].

[PO-1089] Patología dual e ideación suicida.

Félix Moreno de Lara, Miguel Ángel Soriano Lechuga, Elvira Mateos Carrasco.

Mostrar Póster

EL paciente alcohólico que además presenta alguna patología psiquiátrica ve incrementado sus problemas psicosociales, presenta mayor tasa de recaídas y de ideación y consumación de suicidio. La muerte por suicidio es más frecuente en los pacientes alcohólicos (5%-27%) que en la población general.

Varón de 50 años afecto de Esquizofrenia paranoide diagnosticada desde los 22 años que vive en casa hogar. Ha sufrido varios ingresos hospitalarios durante los últimos años, la mayoría por empeoramiento de su patología psiquiátrica en contexto de consumo de tóxicos (cannabis, cocaína y alcohol) y abandono de medicación habitual.

En el último año ha conseguido abandonar todos los tóxicos a excepción del tabaco y el alcohol, siendo consumidor de cerveza (2 -3 litronas diarias) y de destilados de manera más irregular, según refiere el propio paciente. En el contexto de este consumo el paciente viene presentando frecuentes alteraciones conductuales, fundamentalmente en forma de discusiones con sus compañeros de piso junto a heteroagresividad física hacia objetos. El paciente reconoce que bebe en exceso y no niega que esto pueda facilitar las alteraciones conductuales que viene presentando. Dice además sentirse últimamente mal anímicamente y con ideación suicida, que aunque no se encuentra estructurada y el paciente critica, ha ido en aumento y supone una alerta debido a los antecedentes de intentos previos y a la patología mental grave que presenta.

El paciente ha probado en anteriores ocasiones abandonar el consumo de alcohol sin éxito, empleándose varios fármacos que no resultaron efectivos. Dice no tener la intención de abandonar el alcohol por completo, aunque sí muestra disposición a reducir la cantidad. Se introduce nalmefeno 18mg, 1 comprimido dos horas antes de inicio de consumo.

A los dos meses vuelve el paciente a consulta. Verbaliza mejoría a nivel anímico y haber estado 2 semanas prácticamente en abstinencia. A pesar de que tuvo un pico de consumo coincidiendo con las fiestas de su pueblo dice haber reducido notablemente el mismo de manera general situándose ahora en 1 litrona diaria. Las alteraciones conductuales del paciente y la ideación autolítica han desaparecido en este tiempo.

[PO-1090] It's never lupus.

Félix Moreno de Lara, Nuria Cerezo Ramírez, Carlos Gómez Sánchez-Lafuente.

Mostrar Póster

Mujer de 47 años natural de Tenerife. Separada. 2 hijos. Vive con su madre. Sin ocupación actual. Retoma seguimiento en salud mental hace 3 meses a causa de episodio depresivo secundario a LES, donde se le pautó trazodona 100 mg 0-0-1 y citalopram 10 mg 1-0-0. Un intento autolítico previo mediante ingesta medicamentosa en año 2000. Acude a servicio de urgencia tras cuadro de agitación en un hotel. Tras despistaje toxicológico y pauta de contención química (tranxilium + haloperidol) se procede a valoración psiquiátrica, la cual se muestra consciente, orientada, escasamente colaboradora, inadecuada en el contacto y con ánimo expansivo. Su discurso es incoherente, saltigrado y taquilálico; de contenido delirante, se centra particularmente en que ha sido grabada por todas las cámaras del hotel y víctima de abuso policial. Verbaliza ideación autolítica. Dado el cuadro de la paciente se procede a ingreso involuntario y con carácter urgente en UAP. En la Unidad la paciente continúa irritable y muy suspicaz. Agresividad manifiesta (golpeando las puertas) y vociferante. Se percibe el discurso de contenido paranoide referente a las cámaras de hotel, que según refiere, las habían colocado para grabarla. Se pauta haloperidol y quetiapina. Se suspende trazodona y citalopram. Se contacta con internista para ajuste de tratamiento y estudio orgánico que relacionase la sintomatología de la paciente con el LES, determinándose finalmente tras estudio clínico y realización de diversas ppcc (RM, análisis sanguíneo con perfil tiroideo, corticoideo y marcadores DNA y ANA) que no se presenciaban datos de actividad de la enfermedad. Durante los días posteriores la paciente se va mostrando cada vez más adecuada y colaboradora en el contacto, aunque persistiendo la ideación paranoide. Continúa con cierta inadecuación. Inquieta, levantándose continuamente en consulta. Lábil emocionalmente, predominando la hipertimia. El discurso es más coherente, pero continúa saltigrado, disperso y acelerado. No se percibe ideación autolítica. Nula conciencia de enfermedad. No alteraciones de sueño. Apetito aumentado. Tras una semana de ingreso se aprecia gran mejoría psicopatológica de la paciente, que respeta los tiempos de la entrevista y se muestra menos demandante. Eutímica. Discurso de carácter menos delirante. Sin ideación autolítica. Tras el estudio orgánico completo y la evolución de la paciente se llega al diagnóstico viraje maniforme tras la reciente introducción de antidepresivos., descartando en un primer momento que el LES sea el causante primario. Por la mejoría clínica y deseo de la propia paciente se traslada a su hospital de referencia en Tenerife para continuar ingreso hospitalario. Es fundamental discernir en un cuadro psicótico en pacientes afectos de LES si la sintomatología es secundaria o no al mismo: Si los síntomas no son por reactivación de la enfermedad, responderán al tratamiento convencional; por el contrario, si el cuadro aparece por una exacerbación del LES, se deben pautar glucocorticoides.

[PO-1091] Síndrome de Morgellons: ¿mito o realidad?

Luis Gutiérrez Rojas, Carmen Maura Carrillo de Albornoz Calahorro, Margarita Guerrero Jiménez

Mostrar Póster**Introducción:**

El síndrome de Morgellons es una rara enfermedad en la cual el paciente tiene la creencia delirante de que está siendo infectado por agentes tóxicos tales como insectos, parásitos, pelos y fibras, pero en realidad ninguna de estas cosas está presente en la piel. Las personas con este trastorno suelen presentar un amplio rango de lesiones cutáneas, debidas a la insistencia de rascarse y morderse, debido a las sensaciones de hormigueo (formicación), creencia de la presencia de fibras inusuales en la piel, etc. El consenso científico actual sostiene que Morgellons no es una enfermedad nueva, sino un nuevo y engañoso nombre para una enfermedad conocida. La mayoría de los médicos, incluyendo dermatólogos y psiquiatras consideran el síndrome de Morgellons como la manifestación de una enfermedad conocida, el delirio parasitario dermatozoico, aunque algunos médicos consideran que una causa infecciosa puede ser encontrada en el futuro. Enfermedades como el delirio parasitario dermatozoico pueden ser serias y debilitantes, pero existen para ellas probados y efectivos tratamientos. El nombre fue acuñado en en 2002 por Mary Leitaó a una infección que presentaba su hijo caracterizada por una gama de síntomas cutáneos como sensación de hormigueo, mordiscos y picaduras producidos por insectos. Aseguraba que la causa de la enfermedad son unas extrañas fibras en su piel o por debajo de ella, que son de varios colores y brillan a cierta luz. La mayoría de estos pacientes no buscan atención psiquiátrica en el inicio de la enfermedad, sino que más bien llegan al psiquiatra tras un largo peregrinaje por distintas especialidades como dermatología y atención primaria.

Frecuentemente transcurre un período de varios meses o incluso años de tratamientos dermatológicos innecesarios y de atención en servicios de urgencias frecuente antes de que se produzca un contacto entre el dermatólogo y el psiquiatra. Esta cooperación prevalece fundamental en el tratamiento de esta enfermedad.

Método:

Describimos una experiencia clínica de un caso de un hombre de 33 años que sufre de una enfermedad de infestación delirante o síndrome de Morgellons y en el que la colaboración entre ambas especialidades resultó esencial. Implementamos el caso con un completo reportaje gráfico de las lesiones dermatológicas y su evolución clínica que creemos puede resultar de interés científico.

Resultados:

El tratamiento de pacientes que sufren de infestación delirante o de prurito crónico se basa en gran medida en la interpretación del paciente de la causa y la respuesta del médico a esa interpretación. Dentro de la comunidad médica, la enfermedad de Morgellons generalmente se considera una variación de la infestación delirante, que generalmente se trata con antipsicóticos. La quetiapina parece ofrecer varias ventajas en el tratamiento de trastornos delirantes. De hecho, no parece aumentar el riesgo de síntomas extrapiramidales o anticolinérgicos y de efectos adversos cardiovasculares.

Conclusiones:

El trabajo coordinado entre psiquiatras y dermatólogos resultó fundamental en la resolución del caso. Hasta donde sabemos, no se han notificado casos de enfermedad de Morgellons tratados con éxito con quetiapina.

Palabras clave: Enfermedad de Morgellons, infestación delirante, parasitosis delirante, quetiapina

[PO-1092] La patoplastia de la depresión en un paciente con retraso mental

Victor Manuel García de la Borbolla Sánchez, Clara Fernández Burraco, Ana Hermoso Limón.

Mostrar Póster

En la actualidad se reconoce que las personas con discapacidad intelectual son vulnerables a desarrollar depresión, con un riesgo mayor que en la población general.

Es difícil hacer un diagnóstico de un posible trastorno afectivo en estas personas, generalmente se hace tardío encontrándose inclusive síntomas psicóticos. Debido a su menor desarrollo cognitivo y habilidades de comunicación, así como al incremento de riesgos de deterioro físico y enfermedades asociadas, en las personas con retraso mental, los trastornos mentales se presentarán generalmente en forma de alteraciones de la conducta, señales físicas y quejas.

En nuestro caso clínico hacemos una revisión sobre la clínica obsesiva. Realizamos un diagnóstico diferencial entre trastorno obsesivo compulsivo y síndrome depresivo en un paciente de 30 años de edad, con retraso mental sin antecedentes psiquiátricos previos. Observamos la evolución del paciente tras la administración de un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y comprobamos la eficacia del mismo para sus síntomas, viendo ciertas diferencias en la patoplastia de su clínica depresiva.

