



IX ENCUENTROS NACIONALES
EN **PSIQUIATRÍA**
conducta suicida

Sevilla, 6 y 7 de abril 2018



Actas de los

IX Encuentros Nacionales en Psiquiatría

Conducta Suicida

Sevilla, 6 y 7 de abril de 2018

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)

IX Encuentros en Psiquiatría. Conducta Suicida.

www.encuentrosenpsiquiatria.com

www.bibliotecadesaludmental.com

© Varios autores, 2018

© Biblioteca de Salud Mental, 2018

© Sociedad Andaluza de Psiquiatría, 2018

C/. Bravo Murillo 54. 28003 Madrid (España)

Primera edición: noviembre de 2018

ISBN 978-84-09-00387-7

Contenido

Psiquiatría General	9
[PO-3002] La conducta suicida en pacientes autistas: un nuevo desafío para el clínico.	10
[PO-3006] Revisión Psicobiológica de la Agresión.....	11
[PO-3008] Cambios en el perfil de quienes padecen anorexia: pinceladas históricas	12
[PO-3010] Las nuevas tecnologías en los trastornos de conducta alimentaria.....	13
[PO-3014] Retos éticos en Salud Mental: la Maternidad Subrogada	14
[PO-3019] Breve revisión sobre la psicosis puerperal	15
[PO-2007] Deshabitación tabáquica en el paciente TMG: la tecnología móvil en la preparación del cambio.	16
[PO-2011] La personalidad entre rejas.....	17
[PO-2012] Primeros episodios psicóticos y consumo de tóxicos: diferencias en la evolución y tratamiento durante la hospitalización.....	18
[PO-2016] Predictores basales de transición diagnóstica a esquizofrenia en el trastorno psicótico agudo y transitorio. Resultados de un estudio de seguimiento a dos años.	19
[PO-2017] ¿Se utiliza monoterapia antipsicótica en los primeros episodios psicóticos que requieren de hospitalización?.....	20
[PO-2018] Papel del eje hipotálamo-hipofisario en los grandes repetidores y en la conducta autolesiva no suicida repetitiva: un estudio piloto.	21
[PO-2023] El impacto traumático del parto y el estrés del rol parental, implicados en la depresión postparto	22
[PO-2026] Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en pacientes con esquizofrenia dirigido por la Enfermera Especialista en Salud Mental	23
[PO-2033] Motivo de ingreso en menores de 25 años de edad, una comparativa 30 años después.	24
[PO-2035] Adherencia a medicación inyectable de larga duración vs. medicación oral en la práctica clínica	25
[PO-2039] Adherencia al tratamiento: Análisis entre distintos grupos diagnósticos.....	26
[PO-2042] Antecedentes de acoso escolar y trauma en la infancia como predictores de conducta suicida en Trastorno Límite de Personalidad	27
[PO-2047] El impacto de los dominios clínicos y los factores demográficos sobre las dimensiones del insight en pacientes con primer episodio de esquizofrenia	28
[PO-2050] Consumo de cannabis en adolescentes	29
[PO-2054] Características clínicas y sociodemográficas asociadas a la duración de los ingresos hospitalarios en psiquiatría.....	30
[PO-2057] Variables asociadas a la polaridad predominante en una muestra ambulatoria de pacientes bipolares	31
Conducta Suicida	32
[PO-3001] Trastorno mental como factor de riesgo de conducta suicida.....	33
[PO-3003] Efecto Foehn ¿existe una relación entre meteorología y suicidio?	34
[PO-3005] Estudio comparativo entre las muerte por suicidio en Estados Unidos y Reino Unido	35
[PO-3007] Impulsividad en los modelos actuales de conducta suicida.....	36
[PO-3009] Identidad de género y suicidio	37
[PO-3011] Prevalencia de la conducta suicida en población general europea: una revisión sistemática.....	38

[PO-3012] Infusión de Ketamina en los trastornos afectivos con ideación suicida y ansiedad. Revisión sistemática. ...	39
[PO-3013] Conducta Suicida en Trastorno Límite de Personalidad. Una revisión pragmática.	40
[PO-3015] 60 Aniversario de la Autopsia Psicológica: un método todavía desconocido en Salud Mental	41
[PO-3016] Relevancia de las notas de suicidio en las autopsias psicológicas: Virginia Woolf.	42
[PO-3017] Conducta suicida en la música. ¿Puede una profesión destruirte?	43
[PO-3018] El poder de la red sobre las conductas suicidas	44
[PO-3020] La conducta suicida: Una aproximación criminológica	45
[PO-3021] Intervención en la conducta suicida desde el punto de vista del familiar	46
[PO-2001] Apoyo social percibido y conducta suicida.....	47
[PO-2002] Actitudes hacia la muerte y conducta suicida: Aceptación de escape y miedo a la muerte	48
[PO-2003] Soledad y suicidio: Importancia de la soledad social.	49
[PO-2004] Impulsividad y suicidio: El rol de la búsqueda de sensaciones	50
[PO-2005] Prevalencia de la ideación suicida en los adolescentes de La Rioja	51
[PO-2006] El modelo diatesis-estrés explica un alto porcentaje de los gestos autolíticos atendidos en urgencias.	52
[PO-2008] Código Riesgo Suicida, ¿diferencias en la activación por ideación Versus intento?	53
[PO-2009] Seguimiento a un año de una muestra de pacientes tras tentativa de suicidio grave.	54
[PO-2010] Características asociadas con el comportamiento suicida en pacientes con trastorno bipolar, ¿existen diferencias de género?	55
[PO-2013] Los grandes repetidores tienen un perfil de mayor gravedad psicopatológica y un mayor consumo de recursos sanitarios.	56
[PO-2014] Perfil sociodemográfico en relación a tentativa autolítica grave VS tentativa autolítica leve.....	57
[PO-2015] ¿Desde dónde se activa el CRS?	58
[PO-2019] Una consulta monográfica de prevención de riesgo suicida, ¿facilita la implementación del Código Riesgo Suicida?	59
[PO-2020] Se implantó el CRS, pero ¿se ha logrado la continuidad asistencial tras identificarse la conducta suicida? 60	
[PO-2021] Toma de decisiones e inflamación periférica en el comportamiento suicida.....	61
[PO-2022] ¿La fibromialgia presenta alguna particularidad en cuanto a la conducta suicida?	62
[PO-2024] Papel del sistema cannabinoide en el contexto de la hipótesis de la adicción suicida: un estudio piloto ...	63
[PO-2025] Importancia de la enfermera en un programa de prevención de la conducta suicida	64
[PO-2027] Adherencia al tratamiento farmacológico y reincidencia en una cohorte de intentos suicidas	65
[PO-2029] Análisis descriptivo de las conductas autolíticas atendidas en urgencias durante el 2017, en la UGC de salud mental del AGS Sur de Sevilla.	66
[PO-2030] ¿Qué hacemos tras una conducta autolítica?: Un análisis de la intervención en urgencias en pacientes con conductas autolíticas en el Hospital de Valme.....	67
[PO-2031] Análisis de la conducta autolítica en adolescentes en el Hospital de Valme.	68
[PO-2032] Alteraciones del sueño en pacientes con esquizofrenia: ¿Existe relación con el comportamiento suicida? 69	
[PO-2034] IMC en pacientes hospitalizados por intento autolítico	70
[PO-2036] Comparación de los intentos autolíticos entre 2016 y 2017 según el tipo de intento en el AGS Sur de Sevilla	71
[PO-2037] Comparación de los intentos autolíticos entre 2016 y 2017 según el rango de edad	72

[PO-2038] Registro del riesgo de conducta suicida en CSMA/CAS Hospitalet durante 2017	73
[PO-2040] Déficit de vitamina D en pacientes ingresados tras intento autolítico	74
[PO-2041] ¿Determina la verbalización de ideas autolíticas el paso al acto en el suicidio consumado?.....	75
[PO-2043] Aspectos diferenciales de pacientes ingresados por conducta suicida en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes.....	76
[PO-2044] Motivo de consulta: Conducta suicida	77
[PO-2045] Variables psicopatológicas del inventario de evaluación de la personalidad asociados a la conducta suicida: estudio prospectivo.....	78
[PO-2046] Psiquiatría de enlace y suicidios frustrados. Análisis de 7 años.	79
[PO-2049] Factores psicológicos relacionados con la conducta suicida en estudiantes de enfermería	80
[PO-2051] Epidemiología del suicidio en Barcelona.....	81
[PO-2052] Diferencias de género en los diagnósticos asociados a la conducta suicida en un hospital general	82
[PO-2053] Ideación e intento autolítico en mujeres versus varones: perspectiva desde la Interconsulta Psiquiátrica	83
[PO-2055] Riesgo suicida en escolares de Cataluña	84
[PO-2056] Propiedades psicométricas preliminares de la forma española del Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R).....	85
[PO-2058] Dialectical Behavioural Therapy dosage and suicidal risk	86
[PO-2059] ¿Influye el diagnóstico en la conducta suicida? Estudio realizado en población del AGS Sur de Sevilla.	87
[PO-2060] Borderline personality disorder and suicidal risk regarding impulsivity and metacognition dimensions	88
[PO-2061] De la ideación suicida a la acción: diferencias en comportamientos autolesivos no suicidas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.	89
[PO-2063] Emma, una aplicación móvil para la evaluación y la predicción del riesgo suicida.....	90
Casos Clínicos	91
[PO-1001] Consecuencias psíquicas derivadas del maltrato psicológico. A propósito de un caso.	92
[PO-1002] Complejidad clínica y de manejo en paciente con múltiples conductas autolíticas: una muerte anunciada.	93
[PO-1003] Un caso de suicidio en una unidad de hospitalización.....	94
[PO-1004] Esquizofrenia hebefrénica y suicidio: a propósito de un caso	95
[PO-1005] “Y resultó que era una mala combinación: caso de intento autolítico en paciente con sintomatología psicótica y retraso psicomotor”	96
[PO-1007] Conducta suicida y disforia de género: A propósito de un caso.	97
[PO-1008] Síndrome neuroléptico “benigno”	98
[PO-1009] Impulsividad y riesgo suicida en paciente tras traumatismo craneo encefálico.....	99
[PO-1010] Genética trastorno bipolar.....	100
[PO-1011] Caso de tentativa de suicidio en paciente con Anorexia Nerviosa.	101
[PO-1012] “Agente, soy un suicida”	102
[PO-1013] Uso de antipsicóticos en embarazo	103
[PO-1014] ¡Me muero de celos! Caso de Trastorno Delirante Celotípico	104
[PO-1015] Suicidio e insomnio.	105
[PO-1016] Cantos Gregorianos con claritromicina	106

[PO-1017] Síndrome de Ganser vs Síndrome Neurológico, al filo del diagnóstico	107
[PO-1018] Tratar, no tratar o cómo tratar en el embarazo. Reflexión a propósito de un caso	108
[PO-1019] El bombero torero: ¿trastorno mental grave, trastorno facticio, o ambos?	109
[PO-1020] La importancia de la comorbilidad en la ideación suicida.	110
[PO-1021] Conducta disruptiva en formato grupal y abordaje basado en la mentalización. A propósito de un caso.	111
[PO-1022] Modelo conceptual para las conductas autolesivas en pacientes con TCA. A propósito de un caso.	112
[PO-1023] Plan de cuidados en paciente de 15 años insulinodependiente que realiza intento autolítico con autoadministración de insulina rápida	113
[PO-1024] Depresión y Trastorno del espectro autista. La importancia de la prevención de conductas suicidas.....	114
[PO-1025] “Tengo miedo...” Suicidio y psicosis, un caso de difícil manejo	115
[PO-1027] Benzodicepinas y gas butano. A propósito de un caso.	116
[PO-1028] Psicosis de Korsakoff o Síndrome amnésico-confabulatorio: compensar el olvido inventando recuerdos.	117
[PO-1029] A propósito de un caso: Aproximación fenomenológica de las fases iniciales del episodio psicótico.....	118
[PO-1030] Debut de clínica psicótica en un varón de 44 años sin antecedentes.....	119
[PO-1031] Papel de la terapia ocupacional en la unidad de hospitalización de salud mental. A propósito de un paciente trastorno mental grave con ideas autolíticas.	120
[PO-1032] Asociación de aripiprazol intramuscular de larga duración y clozapina en tratamiento de primeros episodios con psicosis resistente.....	121
[PO-1033] Cuando menos lo esperábamos...utilizó sus armas.	122
[PO-1034] Necesidad de implementar nuevas opciones terapéuticas ante una crisis suicida en depresión recurrente grave.....	123
[PO-1035] Accidente cerebrovascular en el contexto de intento suicida por ahorcamiento	124
[PO-1037] Esquizofrenia e ideación suicida: controversias de abordaje.	125
[PO-1038] Aplicando la terapia de esquemas en un caso de depresión refractaria	126
[PO-1039] Esquizofrenia residual y tratamiento del virus de la Hepatitis C.....	127
[PO-1040] La reincidencia en los intentos también se asocia a un aumento progresivo de la letalidad en los adolescentes.....	128
[PO-1041] Un caso de neurosis obsesiva	129
[PO-1044] Alteraciones conductuales en mujer joven: a propósito de un caso	130
[PO-1045] Depresión mayor con características psicóticas y conducta suicida.....	131
[PO-1046] Cannabis como automedicación en el Trastorno Bipolar	132
[PO-1047] Suicidio en psicosis ante síntomas resistentes, buscando potenciación antipsicótica.	133
[PO-1048] Conductas suicidas y antidepresivos, a propósito de un caso.	134
[PO-1049] Riesgo suicida en primer episodio psicótico. A propósito de un caso.	135
[PO-1050] Intento autolítico e ingreso involuntario en paciente con Acromegalia. A propósito de un caso	136
[PO-1052] Tras todos los avances, lo fundamental sigue siendo el vínculo terapéutico.	137
[PO-1053] Conducta suicida en paciente adolescente.	138
[PO-1054] Dificultad en el abordaje de Trastorno Límite de Personalidad en una USMC. A propósito de un caso	139

[PO-1055] Manejo de una ideación autolítica en USMC. A propósito de un caso	140
[PO-1056] Obsesión, depresión y suicidio.....	141
[PO-1057] Intento de suicidio en niño de 8 años con TDAH.	142
[PO-1058] Recuperación Hematológica tras Pancitopenia por Psicofármacos.....	143
[PO-1059] Conducta suicida en la senectud. Tentativa de suicidio por intoxicación con organofosforados.....	144
[PO-1060] Alucinaciones orgánicas en edad pediátrica	145
[PO-1062] De Marruecos a un centro de menores	146
[PO-1063] La vida tras un suicidio frustrado	147
[PO-1064] Modelo de riesgo suicida de Turecki – A propósito de un caso	148
[PO-1065] Riesgo de conductas suicidas al iniciar tratamiento con antidepresivos: A propósito de un caso	149
[PO-1066] Ideación suicida e Inmunofármacos. A propósito de un caso.....	150
[PO-1067] Suicidio y enfermedad terminal. Cuando la moral y la ética entran en conflicto	151
[PO-1068] Del temblor a la locura. A propósito de un caso	152
[PO-1069] Importancia del despistaje orgánico antes de la valoración psiquiátrica	153
[PO-1070] Acercándonos a la autopsia psicológica.....	154
[PO-1071] Catatonía de origen orgánico en una paciente con Síndrome de Turner.	155
[PO-1072] Importancia de la Protección del Menor en Situación de Dificultad Social	156
[PO-1073] Predisposición hereditaria al suicidio medido con Test de Rorschach	157
[PO-1074] Disforia de Género y conducta suicida. A propósito de un caso.....	158
[PO-1075] Experiencias psicóticas en trauma y ansiedad. A propósito de un caso.	159
[PO-1076] Patología dual, trastorno de la personalidad y suicidio.	160
[PO-1077] Intencionalidad suicida en la tercera edad.	161
[PO-1078] Conductas autolesivas: ¿trastorno de la personalidad o lesión cerebral?.....	162
[PO-1079] Eficacia y tolerabilidad de guanfacina de liberación prolongada en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): A propósito de un caso	163
[PO-1080] Conducta suicida en ancianos	164
[PO-1081] Riesgo suicida en contexto psicótico	165
[PO-1084] “Si los diálogos no son como ellos quieren...me meten sonidos, me gritan, me insultan”	166
[PO-1085] Ingesta oral de Paliperidona intramuscular con fines autolíticos	167
[PO-1086] ¿urgencia psiquiátrica?	168
[PO-1087] Personalidad y conducta suicida	169
[PO-1088] Psicosis tóxica.....	170
[PO-1089] Intento suicida reactivo.....	171
[PO-1090] Caso Clínico de Patología Dual: TLP, TDAH y Politoxicomanía	172

Psiquiatría General

[PO-3002] La conducta suicida en pacientes autistas: un nuevo desafío para el clínico.

M. José Márquez Márquez, M.E Domínguez Ballesteros, P. Aguilar Valseca

Mostrar Póster**Introducción:**

El riesgo de suicidio en pacientes TEA se encuentra infraestimado. Ello se debe a que la literatura disponible sobre suicidio consumado y TEA es escasa y los estudios realizados se han llevado a cabo en muestras muy pequeñas. Además, existen claras dificultades comunicacionales con estos pacientes.

Los pacientes autistas suponen un grupo de alto riesgo de suicidio. Esta población presenta algunos de los factores de riesgo clásicos para suicidio (como la tendencia al aislamiento social o la inflexibilidad cognitiva) si bien futuros estudios deberán establecer factores más específicos asociados a este diagnóstico.

Caso clínico:

Con el fin de ilustrar las diferencias de la conducta suicida en pacientes autistas planteamos el caso de un paciente varón de 16 años con diagnóstico previo de autismo de alta funcionalidad que ingresó en unidad de agudos de adolescentes por dos intentos suicidas de alta letalidad.

Ambos intentos se realizaron el mismo día. El primero de ellos se llevó a cabo con la ingesta de 30 manzanas tras leer el paciente que las semillas de las mismas al contacto con los jugos gástricos producían cianuro que podía causarle la muerte. El segundo de ellos, el cual condujo al ingreso, se llevó a cabo encerrándose en una caseta de herramientas con una bolsa de plástico anudada a la cabeza para inducir la intoxicación por CO. Tras dos días de ingreso hospitalario el paciente planificó un nuevo intento ocultando varios rollos de hilo dental y creando pesas con lápices anudados para consumir un ahorcamiento que fue frustrado.

Como factores de riesgo se identificaron varios episodios de bullying en su centro escolar, elevadas demandas académicas, su elevada funcionalidad intelectual, el adecuado insight en sus déficits y su literalidad de pensamiento que le llevaba a la interpretación concreta de mensajes y conversaciones incluso con terapeutas.

Conclusiones:

A propósito del caso expuesto realizamos una revisión monográfica del tema conducta suicida en pacientes autistas. Revisamos datos sobre prevalencia, factores de riesgo, métodos y estrategias de prevención de suicidio en TEA. Tras la revisión de la literatura consideramos necesario reformular los factores de riesgo de suicidio para estos pacientes incluyendo el bullying como un factor de riesgo especialmente relevante, sobre todo en adolescentes. En autistas, la elevada funcionalidad intelectual supone un factor de riesgo de suicidio a diferencia de la población general.

Igualmente sería preciso redefinir las diferencias de métodos suicidas usados por estos pacientes ya que los estudios disponibles han indicado que los autistas presentan unas tasas más elevadas de suicidio consumado al primer intento e igualmente usan métodos más violentos (ahorcamiento, envenenamiento y defenestración). Del mismo modo los estudios avalan que los pacientes suicidas tienden a no comunicar explícitamente sus intentos ni a dejar cartas de despedida a terceros.

[PO-3006] Revisión Psicobiológica de la Agresión

Daniel Giner Jiménez, Ana González Arévalo, Paula Moreno Merino e Irene María Navarro Morales

[Mostrar Póster](#)

La definición de agresión ha sido y sigue siendo polémica. La agresividad no es un concepto unitario ni fácil de delimitar. En la actualidad carecemos de una definición satisfactoria aceptada de forma universal por la comunidad científica. A lo largo de 70 años se han investigado los factores que aumentan o limitan la conducta agresiva humana, y se han desarrollado diferentes teorías sobre sus causas.

En la investigación psicológica sobre agresión existen tres posturas básicas: una de ellas considera la agresión como una forma de conducta gobernada por instintos o impulsos innatos; otra la ve como una forma de conducta que, al igual que otras conductas, se adquiere a través de la experiencia individual; finalmente, la tercera es una postura intermedia que integra los conceptos de impulso y aprendizaje: la hipótesis de la frustración-agresión.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; APA, 2002) recoge la agresión como aquella conducta intencionada dirigida a provocar daño físico a otros.

En 1971 Reis, ya propuso la dicotomía que se viene utilizando clásicamente en la literatura sobre agresión y que distingue entre:

1. Agresión afectiva: Tiene una función defensiva. Se produce para defender el territorio, o protegerse del dolor o de la amenaza de un intruso en el territorio, aunque también puede ser ofensiva. Se acompaña de una fuerte descarga simpática y es controlada por el hipotálamo medial y la sustancia gris periacueductal.
2. Agresión predatoria: Tiene una función ofensiva. Se define por oposición a la anterior, es decir, designa la lucha entre individuos de distinta especie. Por ejemplo, el cazador (predador) que mata para alimentarse. Por este motivo no conlleva activación simpática y se relaciona con el núcleo neural regulador del hambre: el hipotálamo lateral.

El presente trabajo pretende clarificar los mecanismos neurales que controlan los dos tipos de agresión fundamental, predatoria y defensiva, y sus interacciones a nivel neuroanatómico y neuroquímico.

El control neural de la conducta agresiva es de tipo jerárquico. La secuencia motora del ataque, la defensa o la depredación está controlada por el mesencéfalo. La actividad del mesencéfalo está controlada por el sistema límbico y el hipotálamo, y la de estos, a su vez, por la corteza cerebral. Las áreas responsables de cada tipo de agresividad son distintas.

A nivel mesencefálico, la conducta ofensiva parece estar controlada por neuronas del área tegmental ventral (Adams, 1986) y las conductas defensivas y predatoria por neuronas de la sustancia gris periacueductal, dorsal y ventral, respectivamente (Shaikh y Siegel, 1989). Es poco probable que la conducta agresiva esté controlada por un único neurotransmisor. No obstante, existe una amplia evidencia experimental en el sentido de que la serotonina es especialmente importante en el control de la conducta agresiva, ejerciendo un efecto inhibitor sobre la misma. A pesar de todas las evidencias biológicas, no podemos olvidar que los factores genéticos, perinatales, sociofamiliares y de educación, interaccionan y modifican nuestra predisposición a responder de manera agresiva a las circunstancias del entorno.

[PO-3008] Cambios en el perfil de quienes padecen anorexia: pinceladas históricas

María José Valdés Florido, Ana Piña Baena, Francisco Peralta Gallego, Ana Pérez Romero

Mostrar Póster**Introducción**

Los trastornos de la conducta alimentaria engloban una serie de alteraciones relacionadas con las actitudes y el hábito del comer. La prevalencia de la anorexia era desconocida hasta hace poco tiempo, pero hay evidencias de que ya era un trastorno conocido desde antiguo (1,2), siempre más prevalente en mujeres. Ya en la Edad Media se describen casos de posible anorexia asociados a misticismo y religiosidad. Desde el siglo VIII con la leyenda de Santa Liberata, quien quizás fuera una de las primeras anoréxicas descritas en la historia, hasta las chicas de hoy en día, pasando por Santa Catalina de Siena en el siglo XIV y las fasting girls en la época victoriana, el trastorno se ha ido describiendo a lo largo de las diferentes épocas, permitiéndonos una visión global de cómo eran las personas que lo padecían.

Discusión/conclusión

La mayoría de los casos de trastornos de la conducta alimentaria que se diagnostican a día de hoy tienen un perfil distinto al de los clásicos. Entonces parece que se trataba de chicas intelectuales-religiosas-místicas, sacrificadas soportando el hambre, y motivos en esa línea las impulsaban, al menos, en el inicio del trastorno que luego se perpetuaba. Hoy en día son, en su gran parte, jóvenes influidas por una sociedad que valora en exceso la imagen física y el consumismo, habiendo perdido referentes e inquietudes espirituales a expensas de valores superficiales transmitidos a través de los medios de comunicación y las redes sociales. En muchas ocasiones, además, las tradiciones y estructura familiares tienen menos poder de contención hoy en día. Es difícil determinar con exactitud si una determinada estructura familiar es causa o contexto de los trastornos, pues la mayoría de los estudios se han llevado a cabo viviendo ya la familia el impacto de la enfermedad. A pesar de las diferencias entre el perfil clásico y el actual de las enfermas, podemos considerar que el proceso biológico del trastorno sigue siendo el mismo, y el resultado también.

Bibliografía

1. Symposium: Well-being as a Social Gendered Process. Session 3: Health [Modena, Italy, June 26th-28th, 2006]. Una enfermedad de mujeres: medicina e ideología en el ejemplo histórico de la clorosis. Bernabeu-Mestre, J et al. Universitat d'Alacant.
2. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría, volumen I. Madrid: Marbán; 2012.

[PO-3010] Las nuevas tecnologías en los trastornos de conducta alimentaria

Ana Piña Baena, Francisco Javier Peralta Gallego, Celia Muñoz Cauqui

Mostrar Póster

Los trastornos de la conducta alimentaria constituyen síndromes clínicos que se caracterizan por desarreglos en la ingesta alimentaria y cuya etiología es psicológica y cultural, existiendo comorbilidades con otros trastornos como trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, preocupación constante con el peso o cuestiones relacionadas con dietas o trastornos fóbicos, es decir, auténticas fobias a la comida. Inducido por un fenómeno social de “culto al cuerpo”, del que la adolescencia no puede escapar, hace su presentación el trastorno de conducta alimentaria.

En la última década se ha producido una expansión en el uso de Internet. Nos encontramos ante el desarrollo de generaciones interactivas, donde las tecnologías ocupan gran parte de nuestras vidas, siendo habitual el uso de éstas en nuestro día a día. En esta área, han surgido numerosas herramientas al respecto: blogs en Internet, páginas webs, aplicaciones en smartphones... Las principales búsquedas que se realizan son sobre nutrición, alimentación y estilos de vidas saludables (54,2%), siendo los adolescentes un grupo de población con unas características concretas que los convierten en más vulnerables hacia conductas de riesgo (2). La facilidad, la rapidez de acceso y la cantidad de información hace de Internet un arma de doble filo, puesto que la mayoría de información existente no tiene un filtro de calidad (3).

DISCUSIÓN

¿Ayudan las nuevas tecnologías en el proceso de enfermedad de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria? Aplicaciones móviles que controlan las calorías que aportan cada uno de los alimentos, aquellas calorías que se consumen con el ejercicio, fuentes de información sobre este tipo de trastornos, comunicación entre pacientes con el mismo trastorno... ¿Beneficios? ¿Desventajas? Lo que sí es cierto es que no es posible rechazar esta realidad, presente cada vez más, en nuestro día a día. No sólo los cánones de belleza adquieren un papel primordial en nuestra sociedad sino que también las nuevas tecnologías, la información avanzada... La generación interactiva. ¿Aprovechar esta herramienta a favor de la curación...? Quizás sea necesario, en vista de la realidad existente, facilitar el acceso a servicios de salud que garanticen la calidad de los contenidos, siendo conscientes del riesgo que puede conllevar información e intervenciones sin evidencias. Avanzar con la sociedad, pudiendo aprovechar dicho avance para la promoción, prevención y curación de la salud, tomando consciencia de la gravedad de los trastornos de la conducta alimentaria.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Siliquini R, Ceruti M, Lovato E, Bert F, Bruno S, De Vito E, et al. Surfing the internet for health information: an italian survey on use and population choices. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2011 Apr 7;11:21.

(2) Blázquez Barba M, Gómez Romero D, Frontaura Fernández I, Camacho Ojeda A, Rodríguez Salas FM, Toriz Cano H. [Use of new technologies by adolescents in the search for health information]. *Aten Primaria*. 2018 Feb 6.

(3) Stinson JN, White M, Breakey V, Chong AL, Mak I, Low KK, et al. Perspectives on quality and content of information on the internet for adolescents with cancer. *Pediatric Blood & Cancer*. 2011 Jul 15;57(1):97–104.

[PO-3014] Retos éticos en Salud Mental: la Maternidad Subrogada

Daniel Giner Jiménez, González Arévalo, Ana, Paula Moreno Merino e Irene María Navarro Morales

Mostrar Póster

La postmodernidad ha pluralizado los modelos de familia y también la manera de acceder a la maternidad, que ya no está determinada únicamente por la biología. Los avances biotecnológicos han introducido una nueva realidad: la maternidad subrogada. En esta práctica una mujer se compromete gestar un niño y entregarlo en su nacimiento a una pareja, frecuentemente a cambio de dinero. Esta situación ha provocado un debate candente en las comisiones de deontología médica sobre los límites éticos de la práctica médica. Existen argumentos sólidos para postularse en contra de esta práctica desde una perspectiva biomédica, ética, jurídica, antropológica y psicológica. La gestación es una etapa única en la que madre e hijo establecen un rico diálogo bioquímico y afectivo: el vínculo del apego. También se produce el microquimerismo maternal, en el cual células del feto pasan a la madre a través de la placenta, perdurando incluso toda la vida. Se vulnera el derecho a la identidad del sujeto recogido la Convención sobre los Derechos del Niño (1989): “El niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho a un nombre, una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos”.

Se vulnera la dignidad de la madre gestacional al utilizar a la mujer como objeto de uso de la biotecnología utilizando su cuerpo como simple organismo de procreación desde una perspectiva utilitarista, esto es, el uso del cuerpo como mercancía. Por todo ello, se vulneran y lesionan los derechos del niño y de la madre gestante como sujetos de pleno derecho. Desde el punto de vista psicológico no se valora de manera suficiente el efecto psíquico que puede tener todo este proceso en los sujetos participantes. Así, se sabe que la prevalencia del trastorno mental durante el puerperio es de hasta 150 casos de depresión postparto por cada mil habitantes, llegando a producir incluso psicosis en hasta 2'6 casos. El objetivo del presente trabajo es plantear la necesidad de formar comisiones evaluadoras que establezcan las condiciones en las que los candidatos puedan acceder a este tratamiento. Asimismo, se trata de cuestionar si los especialistas en psiquiatría y psicología clínica deben formar parte de dichas comisiones evaluadoras para valorar el estado psíquico de las personas que acceden a este proceso.

[PO-3019] Breve revisión sobre la psicosis puerperal

Inés García Ramírez, Jennifer Suárez Bermúdez, María Dolores Real Prado, Zoila Escobar Suárez

Mostrar Póster**Introducción**

El embarazo y todo lo que acontece alrededor de esta etapa son considerados acontecimientos vitales y estresantes, que pueden dar lugar a desequilibrios emocionales. Con esta revisión daremos a conocer brevemente la psicosis puerperal.

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. Además de libros como fuentes primarias de información.

Resultados

El puerperio es el período comprendido entre el final del parto hasta la aparición nuevamente de la menstruación. En este período se desarrollan de forma simultánea una serie de cambios fisiológicos en la mujer con la finalidad de retornar gradualmente al estado pregravídico y establecer la lactancia. La psicosis puerperal es una psicopatología que ya fue descrita por Hipócrates en su momento. En esa época la describieron como una locura ligada a las distintas fases de la maternidad, siendo considerada patología plural ya que se la subdividía en distintas variedades, según estallara durante el parto, el puerperio o la lactancia. Ésta se presenta en 1-2 casos de cada mil partos y en comparación con otras patologías, es relativamente rara su aparición. No existe un único factor que desencadene dicha patología, sino un cúmulo de factores tanto psicosociales como biológicos que en combinación provocan el episodio psicótico. La sintomatología presente apunta a una psicosis delirante aguda, accesos maníacos-melancólicos, y rara vez, esquizofrenias típicas. En la fase aguda de la psicosis puerperal se hace indispensable un tratamiento farmacológico, pautándose normalmente antipsicóticos asociados a benzodiazepinas, litio y/o TEC en los casos más graves. En el momento que la sintomatología psicótica empieza a remitir, se empieza a introducir el restablecimiento de la relación materno-filial, ya que según estudios esto mejora la patología materna y hace que la madre asuma más rápidamente su rol materno.

Conclusión

En multitud de ocasiones los síntomas de trastornos mentales en la mujer pasan inadvertidos en el embarazo y puerperio. Por eso, como enfermeras debemos conocer cuáles son las reacciones emocionales normales en dicho período, y saber actuar en caso de aparición de los mismos.

Bibliografía

1. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. Br J Psychiatry 1987; 150:662-73.
2. Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. JAMA 2006; 296:2582-9.
3. Vallejo Ruiloba J, Bulbena Vilarrasa A, Menchón Magriñà J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7ª ed. Ámsterdam; Barcelona [etc.]: Masson; 2011.

[PO-2007] Deshabituación tabáquica en el paciente TMG: la tecnología móvil en la preparación del cambio.

M^a Angeles Carreño Ruiz, Maria Camarena Gea, Marina González Ibars, M^a José Jaén-Moreno, Fernando Sarramea-Crespo

Mostrar Póster**Introducción:**

El paciente con un Trastorno Mental Grave (TMG) puede ver recortada su esperanza de vida en hasta 20 años. El tabaco, se mantiene como la principal causa prevenible de mortalidad. El reto está planteado y preparar el cambio en estos pacientes, puede resultar clave en el objetivo de la abstinencia. En el desarrollo de nuevas herramientas que generen intentos de abandono, las posibilidades de la tecnología móvil- una herramienta de promoción y prevención en salud- todavía no se conocen en este tipo de fumador.

Hipótesis:

Evaluación de la intervención intensiva que incorpora el mensaje de texto como elemento de motivación.

Método:

Estudio multicéntrico, abierto, aleatorizado y prospectivo de 12 meses de seguimiento. Se aleatorizan 200 pacientes que acuden de forma regular a su Equipo de Salud Mental con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar y un consumo actual de al menos 10 cigarrillos/día. En la rama de intervención se informa de riesgos individuales de salud y se refuerza durante 3 meses con mensajes de motivación al teléfono móvil (SMS). En la rama control, se realiza la intervención basada en las 5 A's recomendada en guías clínicas. El resultado principal a medir es la abstinencia reportada y confirmada mediante CO expirado (

Resultados:

Se presenta el protocolo del estudio que se desarrolla en la actualidad en su fase de seguimiento.

Discusión:

En nuestro conocimiento, hasta el momento este el primer trabajo que plantea evaluar la capacidad de la tecnología SMS en la generación de motivación en el paciente TMG fumador y su papel en la consecución del objetivo de abstinencia en el largo plazo

Conclusiones:

El uso de SMS puede ser adecuado como herramienta de generación de motivación en los pacientes TMG fumador.

[PO-2011] La personalidad entre rejas

Vanessa Hervás Torres, Clara Fernandez Burraco, Inmaculada Ortega Pozo

Mostrar Póster

Introducción:

Los Trastornos de Personalidad constituyen una entidad patológica a tener en cuenta en cualquier medio social y aun más en el medio penitenciario por varios motivos. Por un lado, la elevada prevalencia que suponen en un medio en el que los individuos están privados de su libertad, así como su gran comorbilidad con otros trastornos mentales y adictivos, y por otro lado, la notable relación que tienen con las conductas impulsivas, y con el riesgo de comportamientos violentos. Sus ingresos hospitalarios son muy frecuentes, lo mismo que sus constantes contactos con los servicios de emergencias y las consultas de atención primaria, de ahí que, como consecuencia, encarezcan de modo muy notable la asistencia psiquiátrica y también la médica en general. Además de que por las persistentes demandas terminan convirtiéndose en pacientes "incomodos" en los diferentes servicios y dispositivos en los que consultan de manera reiterada en ocasiones.

Hipótesis:

Diferentes estudios han revelado que alrededor de la mitad de las personas que actualmente están en las prisiones de todo el mundo, sufre algún trastorno de la personalidad, la mayor parte de las veces sin diagnosticar. Es una evidencia que esta circunstancia influye en el comportamiento del sujeto antes, durante y después del encierro. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de los trastornos de personalidad en el Centro Penitenciario Sevilla II y su comparación con la población general y con otras muestras penitenciarias según datos de otros estudios. Así como determinar la existencia de un infradiagnóstico que estuviera influyendo en un inadecuado abordaje.

Método:

Se realiza un estudio descriptivo de los trastornos de la personalidad en el Centro Penitenciario Sevilla II de Morón de la Frontera en Sevilla. Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes atendidos en interconsulta independientemente de que el origen de la demanda partiese del propio paciente o fuera a petición del médico responsable del mismo. Se llevó a cabo entre los meses de enero a junio de 2015, teniendo en cuenta que la periodicidad de dicha interconsulta se establecía entre el centro penitenciario y el dispositivo de Salud Mental Comunitaria de Morón de la Frontera cada 45 días. Se utilizó la versión española del cuestionario abreviado Internacional Personality Disorder Examination, IPDE (Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad).

Resultados:

Se observó una prevalencia general de trastorno de personalidad como primer diagnóstico en el 43% de los sujetos de la muestra, en comparación con la población general donde se establece en 13,4 % (según datos del trabajo de Torgersen et al). De ellos un 73% se encontraban encuadrados dentro del grupo de los dramáticos y emocionales (grupo B) y un 27 % en el grupo de los raros y excéntricos (grupo A). La distribución se produjo según las siguientes frecuencias: Trastorno Antisocial 18%; Trastorno Límite 13%; Trastorno Narcisista 2%; Trastorno Paranoide 8%; Trastorno Esquizoide 2%

Discusión:

La alta prevalencia de Trastornos de Personalidad en los centros penitenciarios hacen esencial una adecuada detección de la misma que permita un correcto abordaje ya que gran parte del trabajo con estas personas deberá ir encaminado a favorecer la flexibilización y el aprendizaje de unos patrones de conducta que les permitan la adaptación al medio social en el que se mueven, y por tanto, una reinserción real, objetivo primario de su estancia en un centro penitenciario.

Conclusiones:

Estos datos no resultan tan llamativos si tenemos en cuenta que uno de los factores que agrupa a la población penitenciaria de manera diferencial respecto a la no encarcelada, es precisamente la conducta desadaptada, cuando ésta toma carácter de conducta ilegal. Parece lógico por tanto pensar, que como expresión de esta conducta ilegal, las personalidades con dificultades para la adaptación tengan una presencia mayor entre los reclusos.

Esto es explicable entre otras, por dos importantes razones, la primera, porque es mucho más frecuente la historia previa de comportamientos inadaptados entre delincuentes, antes de su entrada en prisión. La segunda, es que la estancia en prisión obliga a un esfuerzo permanente de ajuste y en este entorno, son puestas a prueba continuamente y muchas veces desbordadas, las capacidades de cada sujeto para la adaptación psicosocial.

[PO-2012] Primeros episodios psicóticos y consumo de tóxicos: diferencias en la evolución y tratamiento durante la hospitalización.

María Báez Gundín, Mónica Miñano Meneres, Irene Pérez Zapico

Mostrar Póster**Introducción:**

Estudios epidemiológicos sustentan cifras de prevalencia para cualquier trastorno psicótico cercanas al 3,5% de la población general, de los que dos tercios de los pacientes debutarán entre los 15 y 30 años (1). En esta etapa de la vida de un 40 al 60% de los pacientes diagnosticados de síndrome esquizofrénico presentan de forma concomitante un abuso/dependencia de sustancias (2), que se asocia a un curso más desfavorable de la enfermedad (3).

Hipótesis:

Estudiar el impacto que el consumo de tóxicos provoca en la evolución clínica y tratamiento de los primeros episodios psicóticos durante el período de hospitalización.

Método:

Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron a los 42 pacientes mayores de 18 años que habían requerido de un primer ingreso hospitalario para realizar tratamiento en el programa de primeros episodios psicóticos en el Hospital Nuestra Señora de Valme durante los años 2015, 2016 y 2017. Se ha realizado un análisis descriptivo de variables demográficas, clínicas y de tratamiento de la muestra.

Resultados:

- El 57,2% de los primeros episodios psicóticos hospitalizados presentaban un consumo premórbido de tóxicos; del que el 91,2% era consumidor de cannabis.
- El consumo de tóxicos era más frecuente en hombres (62%) que en mujeres (40%).
- Entre los PEPs con consumo de tóxicos se incrementa la estancia media en 3,2 días y acorta la edad media de inicio de la psicosis en 2,5 años.
- Todos PEPs no consumidores de tóxicos se trataron en monoterapia antipsicótica frente al 29,1% de los PEPs que consumen tóxicos que precisaron de politerapia.

Discusión:

El consumo de tóxicos presenta importantes implicaciones en el desarrollo de síntomas psicóticos y además empeora el pronóstico de la enfermedad pues acorta la edad de inicio, agrava la intensidad de los síntomas y merma la eficacia del tratamiento.

Conclusiones:

Los resultados de nuestro estudio confirman la alta prevalencia de consumo de tóxicos entre los primeros episodios psicóticos (57,2%) entre los que se produce hospitalizaciones más prolongadas y con mayor riesgo de politerapia antipsicótica.

[PO-2016] Predictores basales de transición diagnóstica a esquizofrenia en el trastorno psicótico agudo y transitorio. Resultados de un estudio de seguimiento a dos años.

Jorge Banda Moruno, Ana Isabel Florido Puerto, Álvaro López Díaz.

Mostrar Póster**Introducción:**

La estabilidad diagnóstica del trastorno psicótico agudo y transitorio (TPAT; F23 según CIE-10) se estima entre el 52–60%[1]. La mayoría de los cambios diagnósticos en el TPAT se observan dentro de los dos años siguientes al inicio de la psicosis y la mayoría de las transiciones diagnósticas son hacia la esquizofrenia[1,2]. El sexo femenino, una edad de inicio más tardía, un comienzo abrupto de los síntomas, las características clínicas polimórficas, la ausencia de síntomas esquizofreniformes y la ausencia de antecedentes familiares de psicosis parecen ser variables asociadas con la estabilidad diagnóstica en el TPAT[1]. Sin embargo, todavía no existe un sólido conocimiento sobre la validez predictiva de estos factores.

Hipótesis:

Identificar predictores basales de transición diagnóstica a esquizofrenia en pacientes con primer episodio de TPAT.

Método:

Se realizó un estudio de seguimiento a dos años sobre una cohorte de 68 pacientes con primer episodio de TPAT. La variable resultado fue la proporción de pacientes con cambio diagnóstico a esquizofrenia (F20 según CIE-10) al final del estudio. Se llevó a cabo un análisis de regresión logística multivariante para explorar predictores de cambio diagnóstico. Las variables independientes en este análisis fueron seleccionadas en base al conocimiento previo sobre factores pronósticos en TPAT[1]. Estas variables incluyeron sexo, edad de inicio, tipo de inicio (abrupto vs. agudo), subtipo de TPAT (polimórfico vs. no polimórfico), síntomas de esquizofrenia (sí/no) y antecedentes familiares de psicosis (presencia vs. ausencia).

Resultados:

A los dos años, el 55.9% (n=38) de los pacientes mantuvo su diagnóstico inicial de TPAT mientras que el 44.1% restante (n=30) transitaron a otras categorías diagnósticas. De estos casos, el 36.6% (n=11) migraron a un diagnóstico de esquizofrenia. Una edad de inicio más temprana (OR=0.91, 95%CI=0.84–0.99; p=0.027) y la presencia de antecedentes familiares de psicosis (OR=4.96; 95%CI=1.16–21.23; p=0.031) fueron las únicas variables que presentaron asociaciones significativas independientes con un cambio diagnóstico posterior a esquizofrenia.

Discusión:

En este estudio de seguimiento uno de cada seis pacientes con primer episodio de TPAT desarrolló esquizofrenia a los dos años siguientes al inicio de la psicosis. Una edad de inicio más temprana y la presencia de antecedentes familiares de psicosis demostraron ser factores predictores de transición diagnóstica a esquizofrenia. Nuestros hallazgos son congruentes con los de estudios previos y evidencian que la actual categoría TPAT (F23) tiene una modesta estabilidad diagnóstica prospectiva[1,3].

Conclusiones:

El seguimiento de los pacientes con TPAT debe ser prolongado e intensivo dado que sus síntomas, en una proporción significativa de los casos, podrían representar una manifestación temprana de la esquizofrenia.

[PO-2017] ¿Se utiliza monoterapia antipsicótica en los primeros episodios psicóticos que requieren de hospitalización?

María Báez Gundín, Irene Pérez Zapico, Cristina Romero Pérez

Mostrar Póster**Introducción:**

Todas las guías de práctica clínica, incluida la de nuestro Sistema Nacional de Salud, recomiendan el uso de la monoterapia antipsicótica en el tratamiento de la esquizofrenia y los trastornos psicóticos incipientes (1). Además, existen estudios contrastados que advierten del riesgo de aumento de efectos secundarios y de reacciones adversas graves con la politerapia antipsicótica (2,3).

Hipótesis:

Estudiar el uso de monoterapia antipsicótica en los primeros episodios psicóticos (PEPs) tratados en la unidad de hospitalización.

Método:

Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron a los 42 pacientes mayores de 18 años que habían requerido de un primer ingreso hospitalario para realizar tratamiento en el programa de primeros episodios psicóticos del Hospital Nuestra Señora de Valme, durante los años 2015, 2016 y 2017. Se ha realizado un análisis del tipo de tratamiento psicofarmacológico global de la muestra así como a través de la subdivisión clínica de los PEPs en el espectro esquizofrénico o en el espectro afectivo.

Resultados:

- El 83,3% de los pacientes con un PEP han sido tratados en monoterapia antipsicótica.
- El 16,6% de los pacientes con un PEP a los que se trató en politerapia siempre fue asociando un antipsicótico inyectable de liberación prolongada (ILP) con un antipsicótico oral.
- Dos tercios de los casos se diagnosticaron de un PEP del espectro esquizofrénico, de los que el 87,5% se trataron en monoterapia antipsicótica.
- Del tercio de casos diagnosticados de un PEP del espectro afectivo cumple la monoterapia antipsicótica el 78,6%

Discusión:

Aunque las diferencias entre los pacientes que se incluyen en los ensayos clínicos controlados y los de la práctica clínica cotidiana son una realidad incontestable, ello no tiene por qué implicar que en estos últimos no se pueda utilizar la monoterapia antipsicótica con igual eficacia. De hecho, se han publicado estudios que desarrollan con éxito estrategias de cambio de politerapia a monoterapia en muestras de práctica clínica real(4). La población de este estudio observacional, realizado con criterios de inclusión poco restrictivos, es representativa de los pacientes atendidos en la práctica clínica diaria dentro de las Unidades de Agudos; es por lo que los resultados de nuestro estudio apoyan la efectividad en la práctica real del uso de monoterapia antipsicótica.

Conclusiones:

- Más del 80% de los PEPs tratados en la unidad de hospitalización de salud mental de Valme fue en monoterapia antipsicótica.
- El uso de politerapia antipsicótica se ha debido siempre a la combinación de un antipsicótico oral con un antipsicótico inyectable de liberación prolongada.

[PO-2018] Papel del eje hipotálamo-hipofisario en los grandes repetidores y en la conducta autolesiva no suicida repetitiva: un estudio piloto.

Teresa Ponte-López, Javier Herranz-Herrer, Elena Gil-Benito E, María Elena Hernández-Álvarez, María Rodrigo-Yanguas M, María Gil-Ligero, Encarnación Donoso, Antonio Sanchez-Lopez, Laura Colino, Hilario Blasco-Fontecilla

Mostrar Póster**Introducción:**

Los grandes repetidores (sujetos con ≥ 5 intentos de suicidio) son un fenotipo suicida diferente que representa alrededor del 10% de los sujetos que intentan el suicidio. Los 3 sistemas neurobiológicos tradicionalmente relacionados con la conducta suicida son: el sistema noradrenérgico, serotoninérgico, y el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA). El papel del eje HHA apenas se ha estudiado en la conducta suicida repetitiva, y en las conductas autolesivas no suicidas.

Hipótesis:

El patrón de la ACTH y cortisol en sangre es diferente en los grandes repetidores (hipótesis 1) y en los sujetos que intentan el suicidio y tienen un elevado número de conductas autolesivas no suicidas (hipótesis 2). Objetivo: explorar el papel del eje hipotálamo-hipofisario en las conductas autolesivas repetitivas (sean o no suicidas).

Método:

Estudio casos (intento de suicidio)-control (pacientes psiquiátricos sin antecedentes personales de conducta suicida) en población adulta (aprobado por el CEIC del HUPH). Se han recogido 24 pacientes con intentos de suicidio [se excluyen 3 casos sin datos biológicos ($n=21$)]. Los pacientes se dividieron entre grandes repetidores ($n=3$, 12.5%) vs. resto de pacientes (1-4 intentos) ($n=18$) (hipótesis 1) y pacientes con ≥ 20 conductas autolesivas previas ($n=5$, 23.8%) vs. ≤ 19 autolesiones previas ($n=16$) (hipótesis 2).

Diseño: El protocolo incluye diferentes escalas y variables clínicas. Se comparan los niveles de ACTH y cortisol en sangre medidos a las 8 (± 1 hora) de la mañana entre: 1) grandes repetidores vs. resto; 2) sujetos con ≥ 20 conductas autolesivas vs. ≤ 19 autolesiones previas. Análisis estadístico: análisis univariantes (χ^2 , y t de student). Nivel de significación estadística: p

Resultados:

Comparando a los grandes repetidores frente al resto, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo (hombre) (66.7% vs. 33.3%, Fisher Exact Test, FET=0.531), edad (43 ± 8.5 vs. 35.3 ± 17.6 , $t=-0.731$, $gl=19$, $p=0.474$), niveles de ACTH (16.5 ± 9.7 vs. 18.4 ± 10.4 , $t=0.277$, $gl=19$, $p=0.784$) y de cortisol (18 ± 16 vs. 15 ± 8.3 , $t=-0.513$, $gl=19$, $p=0.614$).

Comparando a los pacientes con ≥ 20 conductas autolesivas previas frente al resto, el primer grupo eran predominantemente mujeres (47% vs. 0%, $p=0.055$), más jóvenes (27.2 ± 13.7 vs. 40.5 ± 16.7 , $t=1.591$, $gl=18$, $p=0.13$), y tenían mayores niveles de ACTH (26.5 ± 10.5 vs. 14.3 ± 7.5 , $t=-2.867$, $gl=18$, $p=0.01$) y cortisol (23.1 ± 8.9 vs. 11.9 vs. 7.2 , $t=-2.851$, $gl=1$, $p=0.011$).

Discusión:

La relación entre el eje HHA y la conducta suicida ha reportado resultados inconsistentes en la literatura. La principal limitación del presente estudio es el tamaño muestral. El hallazgo más relevante es que los sujetos que intentan el suicidio y tienen un elevado número de autolesiones no suicidas previas (≥ 20) tienen niveles más elevados de ACTH y cortisol que aquellos que no tienen tantas autolesiones.

Conclusiones:

La hiperactivación del eje HHA, medido a través del nivel de ACTH y cortisol en sangre, es un factor de riesgo en las personas que intentan el suicidio y tienen un elevado número (≥ 20) de autolesiones no suicidas previas.

[PO-2023] El impacto traumático del parto y el estrés del rol parental, implicados en la depresión postparto

Terlinden V., Garzonio A., Chiclana C., Di Blasio P.

Mostrar Póster**Introducción:**

El parto puede ser un evento traumático que genere depresión postparto y/o estrés postraumático (EPT). El apoyo social percibido es una variable protectora frente a esta sintomatología.

Hipótesis:

Objetivos: 1.- conocer la correlación de la gravedad de los síntomas de la depresión postparto y la aparición de EPT; 2.- conocer la correlación del apoyo social percibido como protector del EPT.

Método:

Participaron 86 mujeres italianas (edad 23-42), 93% primíparas, quienes fueron evaluadas en dos momentos: entre la semana 32-40 del embarazo y 10 días después del parto. Se administraron los cuestionarios BDI-II, LASC, MSPSS en ambas evaluaciones, y en la segunda también el PSI-SF.

Resultados:

Los síntomas depresivos somático-afectivos en la fase posparto se correlacionan significativamente con la severidad ($r = .63$; $p < 0,01$) y el distrés ($r = .55$; $p < 0,01$) del EPT. En el período postparto, el apoyo familiar percibido correlacionó con la disminución de los síntomas de evitación ($r = .27$; $p < 0.05$), la severidad ($r = .28$; $p < 0.05$), la disminución de los síntomas de hiperactivación ($r = .31$; $p < 0.01$) y el distrés ($r = .30$; $p < 0.01$) del EPT. El apoyo social percibido correlacionó negativamente con el distrés ($r = .28$; $p < 0.05$) del EPT. El distrés parental correlacionó de forma positiva con la severidad ($r = .27$; $p < 0.05$), la hiperactivación ($r = .26$; $p < 0.05$) y la intrusión ($r = .29$; $p < 0.05$) del EPT.

Discusión:

Los síntomas depresivos se correlacionan con el EPT antes y después del parto. El apoyo percibido familiar y socialmente, se relacionan con la disminución de los síntomas de EPT. Se encontró que los síntomas de hiperactivación y de intrusión del EPT se correlacionan con el distrés parental, enfatizando la dificultad que cada padre experimenta a nivel personal.

Conclusiones:

Estos resultados confirman que el apoyo social percibido es un factor protector contra la aparición de los síntomas de EPT y que la angustia podría derivar de la percepción de tener habilidades parentales escasas o inadecuadas, probablemente debido a la falta de experiencia previa.

[PO-2026] Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en pacientes con esquizofrenia dirigido por la Enfermera Especialista en Salud Mental

María Dolores Real Prado, Jennifer Suárez Bermúdez, Zoila Escobar Suárez

Mostrar Póster

Introducción:

En la esquizofrenia se observan cambios cognitivos identificables mediante una adecuada evaluación clínica y neuropsicológica, de ahí la importancia de la rápida intervención del equipo interdisciplinar. El aumento del deterioro cognitivo en esta población y su repercusión en el nivel de independencia y calidad de vida, justifica la necesidad de identificar precozmente tal alteración para iniciar, lo antes posible, programas de intervención dirigidos a retrasar la dependencia, potenciar las capacidades residuales y mejorar la calidad de vida.

El objetivo principal es evaluar la efectividad del programa de estimulación cognitiva para retrasar la dependencia y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Es un estudio cuantitativo, cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo, en el que hemos tomado una muestra de personas diagnosticadas de Esquizofrenia que padecen deterioro cognitivo leve con una puntuación según Lobo de <35 pts.

Sobre la base de pruebas cognitivas normalizadas definimos el DCL por la presencia de rendimientos inferiores a los esperables según la edad y el nivel cultural del sujeto, no estamos hablando de una condición fisiológica, ya que no es común a la mayoría de los individuos, si bien esta condición patológica puede tener mayor o menor trascendencia, según los casos. Aquí entran en juego la importancia que en cada entorno social y cultural se da a los trastornos cognitivos.

Hipótesis:

- General: Evaluar la efectividad de un programa de estimulación cognitiva dirigido por la enfermera especialista de salud mental para retrasar la dependencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.
- Específico: Evaluar efecto del programa de estimulación cognitiva en 1) Las funciones cognitivas: expresión verbal, orientación, memoria y atención. 2) La autonomía del propio paciente. 3) Ansiedad. 4) Calidad de vida.
- El programa de estimulación cognitiva, dirigido por la enfermera especialista en salud mental, ayudará a mejorar las funciones cognitivas (expresión verbal, orientación, memoria y atención), la autonomía en las ABVD y la ansiedad.

Método:

Población

- Población accesible: Personas diagnosticadas de esquizofrenia que padezcan deterioro cognitivo leve (Puntuación según Lobo < 35pto).
- Muestra: Pasan a formar parte de la muestra todas aquellas personas diagnosticadas de deterioro cognitivo leve, que presenten un historial médico sin antecedentes neurológicos (demencia, etc.), sin hábitos tóxicos (alcoholismo, etc.), Síndrome Confusional Agudo y sin ninguna enfermedad física sobre el S.N.C.

Criterios de Inclusión:

- Personas diagnosticadas de Esquizofrenia.
- Que estén diagnosticados de deterioro cognitivo leve en los últimos 5 años.

Criterios de exclusión:

- Padecer enfermedad orgánica que justifique tal deterioro o que pueda interferir en el proceso.
- Analfabetismo.
- Consumo conocido de tóxicos (alcohol, drogas, etc).

Diseño: Primario Cuantitativo Cuasi-experimental Longitudinal Prospectivo Tipo pretest---posttest

Resultados: Es un proyecto de investigación a llevar a cabo, por lo tanto no tenemos resultados aún.

Discusión:

La aparición de deterioro cognitivo en en estos pacientes y su repercusión en el nivel de independencia y calidad de vida, justifica la necesidad de identificar precozmente tal alteración para iniciar, lo antes posible, programas de intervención dirigidos a retrasar la dependencia, potenciar las capacidades residuales y mejorar la calidad de vida de estas personas.

Conclusiones: Es un proyecto de investigación a llevar a cabo, por lo tanto no tenemos conclusiones aún.

[PO-2033] Motivo de ingreso en menores de 25 años de edad, una comparativa 30 años después.

Olalla Frade Pedrosa, José María García Ríos, Javier Bernal Gallego, Marta Díaz Varela.

Mostrar Póster**Introducción:**

En los últimos años, hemos observado un cambio en los motivos de ingreso en los menores de 25 años, generando un gran impacto, en los Servicios de Urgencias, como en las Unidades de Hospitalización de Agudos. Derivando en la necesidad de comparar los datos previos que poseíamos con la base de datos actual.

Hipótesis:

Procederemos a un análisis comparativo entre las causas que motivaron el ingreso en jóvenes menores de 25 años, en dos períodos, junto con la frecuencia del consumo de tóxicos y la presencia de conductas autolesivas.

Método:

El primer período es entre enero de 1986 y diciembre de 1987 en el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo, artículo publicado por uno de los autores de este trabajo. Donde contaban con una n de 101 pacientes, con una edad media de 21,5 años de edad, con una estancia media en la durabilidad del ingreso de 28,37 días. El segundo período es entre enero de 2014 y diciembre de 2015 en la Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría de EOXI Pontevedra-O Salnés, con una n de 143 pacientes con una media de edad de 24,6 años. Siendo su estancia media de hospitalización de 10,13 días.

Resultados:

En la 1º muestra los datos obtenidos han sido: Primer brote psicótico en un 16,83%, intentos de autolisis un 6,93%, mientras que el agravamiento o descompensación del proceso de base es del 29,70%. El uso de tóxicos estaba presente en el 35,46% de los ingresos. Estando el cannabis presente en el 26,7% de los casos. La 2º muestra: el primer brote psicótico 19,58%, los intentos de autolisis en 9,89%, mientras que el agravamiento del proceso anterior es de 36,36%. Aquí el consumo tóxico está en el 55,9% de los pacientes ingresados, estando el cannabis presente en un 31,77%.

Discusión:

Con el análisis comparativo de los datos hemos obtenido las siguientes conclusiones. En la actualidad, el motivo de ingreso por agravamiento del proceso anterior ha visto incrementado en un 6,66%. En el caso del primer brote psicótico fue un 2,75% y en cuanto a los intentos de autolisis se han incrementado en un 2,96%. El consumo tóxico se ha visto incrementado en un 20,56%. Siendo el cannabis la droga ilegal más consumida, con un incremento de 5,07%.

Conclusiones:

Ante los datos obtenidos, debemos de realizar una lucha más activa contra el consumo tóxico en jóvenes, siendo necesaria una mayor implicación por parte de las Instituciones Públicas como por parte del entorno de los jóvenes, ante la lucha contra los tóxicos.

[PO-2035] Adherencia a medicación inyectable de larga duración vs. medicación oral en la práctica clínica

David Jorge Pérez Gallego, Teresa Ruiz de Azua Aspizua, Lucía González Endemaño, Sofía Trincado Robles, Oihan Uriarte Larizgoitia, David Carlos Peralta Donner, Gregorio Montero González, Susana Albelda Esteban, Gonzalo Irigoyen Miró, Eva M^a Garnica de Cos, Mercedes Zumarraga Ortiz.

Mostrar Póster**Introducción:**

Un motivo habitual de descompensación psicopatológica en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia es el incumplimiento farmacológico. El empleo de antipsicóticos inyectables de acción prolongada es una opción muy empleada por los psiquiatras para aumentar la adherencia. Debido a la sobreestimación de la adherencia a la medicación oral en ensayos clínicos se considera interesante la publicación de datos recogidos en la práctica clínica habitual

Hipótesis:

Comparar, en pacientes ingresados, la adherencia al tratamiento antipsicótico oral frente al tratamiento inyectable de larga duración. La hipótesis es que la medicación inyectable debería generar mayor adherencia.

Método:

Se han recogido datos de todos los pacientes que han ingresado en una Unidad de Psiquiatría de Agudos durante seis meses. Se recogieron datos de diversa índole, entre ellos tratamiento habitual y adherencia al mismo.

De cara a comparar la adherencia al tratamiento oral vs. inyectable de larga duración, fueron seleccionados únicamente los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno psicótico no especificado y trastorno esquizoafectivo. Se consideró que en el caso de que al ingresar el paciente estuviese aún bajo el efecto de la medicación inyectable de larga duración éste estaría mostrando una adecuada adherencia a la misma. En caso de que estuviera tomando la medicación oral según la tuviese pautada estaría mostrando adecuada adherencia a la misma

Resultados:

De los 98 pacientes analizados, 65 estaban en tratamiento con antipsicóticos orales y 33 con tratamiento inyectable de larga duración. Del grupo con tratamiento oral 28 cumplían el tratamiento al ingreso y 37 lo estaban incumpliendo. En el grupo con tratamiento inyectable de larga duración 23 estaban cumpliendo el tratamiento y 10 lo estaban incumpliendo.

Se realizó una prueba de Chi-cuadrado obteniéndose una $p=0.012671$, de lo cual se infiere que la adherencia y empleo de tratamiento inyectable de larga duración son variables dependientes.

Discusión:

El resultado apoya la hipótesis, bastante aceptada por los profesionales, pero difícil de evidenciar en ensayos clínicos, de que la medicación inyectable de larga duración favorece la adherencia a la terapia farmacológica con antipsicóticos. En este caso concreto, el diseño del estudio ofrece algunas ventajas frente a un ensayo clínico a la hora de estimar adherencia dada su mayor proximidad a la práctica clínica habitual, evitándose incurrir en la mencionada sobreestimación de la adherencia a antipsicóticos orales que se puede encontrar en la bibliografía

Conclusiones:

Este estudio transversal evidencia de forma estadísticamente significativa la mayor tasa de adherencia que se obtiene en la población estudiada con el tratamiento inyectable de larga duración frente al tratamiento vía oral.

[PO-2039] Adherencia al tratamiento: Análisis entre distintos grupos diagnósticos

Teresa Ruiz de Azua Aspizua, David Jorge Pérez Gallego, Lucía González Endemaño, Sofía Trincado Robles, Oihan Uriarte Larizgoitia, David Carlos Peralta Donner, Gregorio Montero González, Gonzalo Irigoyen Miró, Susana Albelda Esteban, Eva M^a Garnica de Cos, Mercedes Zumárraga Ortiz

Mostrar Póster**Introducción:**

La no adherencia al tratamiento prescrito es uno de los problemas de más difícil solución en Medicina, siendo especialmente importante en el campo de la psiquiatría. Existe evidencia en la literatura de que hay una menor adherencia al tratamiento psicofarmacológico que a otro tipo de tratamientos, y también que la adherencia es más baja en los trastornos considerados como más graves dentro del ámbito de la salud mental, ya que trastornos psicóticos y afectivos pueden estar especialmente afectados por esta menor adherencia debido a su habitual escaso insight. Las consecuencias que tiene en estos pacientes la mala adherencia al tratamiento son entre otras, la evolución hacia la cronificación, una peor adaptación psicosocial y ratios de suicidio aumentados.

Hipótesis:

Comprobar cual es la adherencia al tratamiento oral de una muestra de pacientes, así como analizar la relación que existe entre dicha adherencia y distintos grupos diagnósticos, partiendo de la hipótesis de que esta es más baja en los trastornos más graves.

Método:

Entre los meses de noviembre de 2016 y abril de 2017 se recogieron datos de adherencia terapéutica en todos los pacientes que ingresaron en las unidades de agudos de un hospital psiquiátricos de Bizkaia. Para realizar la comparativa nos centramos exclusivamente en la adherencia a fármacos antipsicóticos, antidepresivos y eutimizantes, todos ellos de administración oral. Se dividió a los pacientes en grupos según el diagnóstico principal al alta siguiendo criterios CIE 10. Se excluyeron del análisis a aquellos pacientes cuyo único diagnóstico fuera el abuso o la dependencia a tóxicos. De cara a realizar la comparación, se dividió a los pacientes en dos grupos: un grupo con trastornos psicóticos diagnosticados dentro del F2 y un segundo grupo control con otros diagnósticos.

Resultados:

Se analizaron un total de 270 pacientes. Dentro del grupo de los trastornos psicóticos (n=105) la adherencia al tratamiento oral fue del 48,7%, frente a un 64,24% dentro del grupo control (n=165). Al comparar estos datos con la prueba Chi cuadrado, el resultado es que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables diagnóstico y adherencia.

De cara a profundizar más en esta comparativa decidimos analizar por separado el grupo con diagnóstico de TAB (n=48) por ser considerado en algunas publicaciones como un TMG con una problemática en adherencia similar al de la esquizofrenia. Comparativamente, los pacientes con TAB tenían una menor adherencia significativa respecto al resto del grupo control, y una adherencia similar al grupo de trastornos psicóticos, con el que no existían diferencias significativas.

Discusión:

Los resultados que hemos obtenido en la muestra analizada concuerdan con las referencias consultadas, con una adherencia al tratamiento psicofarmacológico oral llamativamente baja especialmente en diagnósticos de importante gravedad. Consideramos que sería interesante ampliar este análisis e incluir en esta comparación otras variables que también han sido descritas como modificadores de la adherencia.

Conclusiones:

Es importante continuar investigando y planteando nuevas herramientas y estrategias que favorezcan la adherencia al tratamiento en pacientes con trastorno mental grave, ya que se trata de un problema real y objetivable e íntimamente ligado al pronóstico general de los pacientes.

[PO-2042] Antecedentes de acoso escolar y trauma en la infancia como predictores de conducta suicida en Trastorno Límite de Personalidad

Íñigo Alberdi Páramo, María Dolores Sáiz González, Marina Díaz- Marsá, José Luis Carrasco Perera

Mostrar Póster**Introducción:**

La conducta suicida se encuentra entre los criterios diagnósticos del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) (1). Se considera de enorme importancia clínica y pronóstica, y una de las manifestaciones que más afecta a la funcionalidad de estos pacientes (2). El trauma en la infancia juega un papel importante en la etiología del TLP, describiéndose en la literatura una asociación significativa entre los antecedentes de trauma en la infancia y la conducta suicida en los pacientes diagnosticados de TLP (3-6).

Hipótesis:

Estudiar la relación entre los antecedentes traumáticos y, en concreto del acoso escolar, y el aumento de las conductas suicidas en TLP.

Método:

El estudio transversal observacional se realiza sobre una muestra de 109 pacientes en la admisión al Hospital de Día de Trastornos de la Personalidad del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. La muestra se divide en dos grupos según la existencia o no de antecedentes de conducta suicida (excluyendo autolesiones). Se realizan comparaciones por variables mediante el test Chi cuadrado y T de Student. Se miden variables sociodemográficas, antecedentes de abuso traumático (físico, sexual, violencia interfamiliar, violencia subjetiva de la familia o acoso escolar), test de depresión (Hamilton, MADRS, BDI), ansiedad (HARS), personalidad (SCID-II, MCMI-II, NEO-PI-R, ZKPQ, BSL-23) e impulsividad (BIS-11).

Resultados:

De acuerdo con el análisis multivariante, los antecedentes de acoso escolar en la infancia se relacionan con historia de suicidio en los pacientes con TLP. Los antecedentes traumáticos en general, también se relacionan de forma significativa según el análisis univariante. Se obtiene una puntuación más alta en las escalas de ansiedad y depresión (MADRS y HARS).

Discusión:

Los datos de este estudio son congruentes con la literatura y los esperados en esta subpoblación (3-6). Brodsky et al (7), hace unos 20 años, señalaban la importancia de traumas mayores como los abusos sexuales infantiles, como variables predictoras de mayor riesgo de conductas suicidas en pacientes con TLP. En los últimos años, estos datos se han replicando, ampliándose el estudio del trauma en la infancia no solo al abuso sexual, sino a otras categorías como la separación de los padres, violencia interfamiliar o el abuso físico. Kaplan et al (4), en un estudio prospectivo reciente destacan el incremento del riesgo de suicidio en TLP en pacientes que han sido abusados física y/o sexualmente, aspectos que se estudian y replican en el presente estudio. Asimismo, se empieza a hacer hincapié en el estudio del acoso escolar/bullying como variable relacionada con el diagnóstico de TLP y conductas suicidas repetidas, aspecto que también sugiere el análisis de este estudio (8).

Conclusiones:

La historia personal de antecedentes traumáticos en general y de acoso escolar en la infancia en particular está relacionada con la conducta suicida en el TLP. Estas variables podrían mediar o desencadenar la conducta frecuentemente ligada al TLP. El grupo de pacientes con TLP e historia de traumática o de bullying podría resultar de especial riesgo para la valoración y prevención del suicidio.

[PO-2047] El impacto de los dominios clínicos y los factores demográficos sobre las dimensiones del insight en pacientes con primer episodio de esquizofrenia

Celia Muñoz Cauqui, Irene Pans Molina, Alvaro López Díaz

Mostrar Póster**Introducción:**

La mayoría de estudios que han explorado la relación insight-psicopatología en psicosis indican que una mayor conciencia de enfermedad está asociada a una menor severidad clínica global y específicamente a una menor intensidad tanto de síntomas positivos como negativos.¹ Sin embargo, pocos estudios han analizado esta relación insight-psicopatología desde una perspectiva multidimensional en pacientes con primer episodio de esquizofrenia (FES).

Hipótesis:

Analizar desde un punto de vista dimensional el insight en pacientes con FES y explorar su relación con variables clínicas y sociodemográficas.

Método:

Se examinaron a 34 pacientes con FES en fase de estabilización. La severidad clínica se evaluó a través de la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) y los síntomas fueron agrupados en 4 subescalas (positiva, negativa, afectividad y desorganización) siguiendo el modelo factorial de Derogatis et al. (1995).² Para la evaluación del insight se utilizó la Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) y su análisis se limitó a los tres ítems generales de esta escala: conciencia de trastorno mental, conciencia sobre los efectos de la medicación y conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental.³ Las variables demográficas recogidas fueron la edad, el sexo y el nivel educativo. Mediante técnicas de regresión múltiple se exploraron modelos predictivos para cada una de las dimensiones del insight.

Resultados:

Un 56% de los pacientes presentó déficits en la conciencia de padecer un trastorno psicótico, un 41% los tuvo sobre la conciencia de los efectos del tratamiento y en un 65% se observaron déficits sobre la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno. Los análisis de regresión múltiple mostraron los siguientes resultados: (1) la conciencia de tener un trastorno mental presentó asociaciones independientes con la subescala negativa (OR=0.26, 95%CI=0.098–0.689; p=0.007) y subescala positiva de la BPRS (OR=0.46, 95%CI=0.214–0.973; p=0.04); (2) la conciencia sobre los efectos de la medicación sólo presentó asociaciones estadísticas marginales con la subescala positiva de la BPRS (OR=0.66, 95%CI=0.429–1.028; p=0.067); y (3) la conciencia sobre las consecuencias sociales del trastorno presentó asociaciones independientes con la edad (OR=0.80, 95%CI=0.654–0.991; p=0.041), la subescala de afectividad (OR=2.20, 95%CI=1.085–4.470; p=0.029) y la subescala de desorganización de la BPRS (OR=0.0834, 95%CI=0.011–0.6483; p=0.017).

Discusión:

Los resultados de este estudio demuestran que el insight, cuando es analizado desde una perspectiva dimensional, presenta tasas variables de afectación así como diferentes tipos de predictores para cada dominio.

Conclusiones:

La falta de insight es un fenómeno dimensional y multifactorial observable desde las primeras etapas de la esquizofrenia.

[PO-2050] Consumo de cannabis en adolescentes

Carlota Moya Lacasa, Francesco Dal Santo, Iciar Abad Acebedo, Esther Torío Ojea, Sherezade Bestene Medina, Elisa Seijo Zazo

Mostrar Póster

Introducción:

El cannabis es la droga ilegal más consumida entre los adolescentes. En ellos se observa una mayor tendencia al consumo de tóxicos relacionada con una disminución de la percepción del riesgo y la búsqueda de aceptación del grupo. Además, parece que presentan mayor predisposición al consumo aquellos adolescentes en situación social de riesgo.

Hipótesis:

1. Descripción de características clínicas y demográficas de los pacientes ingresados durante 2017 en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Central de Asturias.
2. Analizar diferencias clínicas y demográficas en función del consumo de cannabis en dicha muestra.

Método:

Estudio descriptivo de 103 pacientes (61 mujeres y 42 varones; edad media $14,98 \pm 1,721$), donde se analizaron: motivo de consulta, diagnóstico del episodio (CIE-10), consumo de tóxicos, tratamiento al alta y antecedentes psiquiátricos.

Resultados:

El 59,2% eran mujeres, predominando como motivo de ingreso la conducta suicida (52,5%) y la alteración de la conducta en varones (76,2%). El diagnóstico principal más frecuente al alta es el episodio depresivo (54,1%), seguido por la distimia en un 13,5%.

Se detectó un mayor porcentaje de mujeres con antecedentes de autolesiones (87,2% vs 12,8% $\chi^2=20,313$ $p=0,000$) y una mayor frecuencia de conducta suicida (86,5% vs 13,5% $\chi^2= 17,772$ $p=0,000$).

En cuanto al cannabis, existe una tendencia a la significación en una mayor frecuencia de consumo en varones (56,5% vs 43,5%). Un 91,3% de los consumidores presentan alteración del grupo de apoyo familiar ($\chi^2=10,973$ $p=0,001$) y el 61,1% de los que residen en centro de menores, son consumidores ($\chi^2= 12,969$ $p=0,000$).

Asimismo, se observó una mayor frecuencia de consumo en la ausencia de conducta suicida (67,7% vs 23,3%, $\chi^2= 9,771$ $p= 0,002$).

Discusión:

En el análisis de nuestra muestra, obtenemos resultados concordantes con los de la bibliografía revisada. Llama la atención que se detecte mayor consumo de cannabis en pacientes sin conducta suicida, lo cual posiblemente sea debido a factores de confusión que no hemos investigado (el mayor consumo de cannabis y la menor frecuencia de conducta suicida en varones podría ser uno de ellos).

Conclusiones:

Dados los hallazgos obtenidos, nos planteamos si sería necesario un abordaje más incisivo desde el punto de vista social en el adolescente para el manejo del consumo de tóxicos en general y de cannabis en particular. Dado el tamaño muestral y los posibles factores de confusión, serían necesarios más estudios para valorar la relación del consumo de cannabis con la conducta suicida.

[PO-2054] Características clínicas y sociodemográficas asociadas a la duración de los ingresos hospitalarios en psiquiatría

Guadalupe Espárrago Llorca, Francisco Javier Jerez Barroso, María García Navarro, Elena Leonés Gil, Paloma Juncosa Montes, Esther Montero Manzano, Juan José Molina Castillo

Mostrar Póster**Introducción:**

Además del evidente beneficio económico que tienen, en el sistema sanitario, los internamientos psiquiátricos breves frente a los largos, parece que, las estancias hospitalarias cortas no fomentan los reingresos.

Múltiples estudios han investigado la asociación de diversas características clínicas y demográficas con la duración de los ingresos psiquiátricos, obteniendo resultados dispares.

Describir y cuantificar el grado de asociación podría permitir diseñar actuaciones o nuevas investigaciones orientadas a disminuir la estancia.

Hipótesis:

Determinar el grado de asociación entre los días de ingreso de los pacientes en la Unidad Psiquiátrica de Hospitalización Breve de Cáceres y varias características clínicas y sociodemográficas recogidas en sus respectivos historiales.

Método:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, que utiliza una muestra de conveniencia definida por todos los registros de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, según criterios del DSM-IV-TR, ingresados en la unidad de hospitalización psiquiátrica, con edades entre los 16 y 80 años. Se recogieron diversas variables sociodemográficas y clínicas en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2015. Se realizó un análisis descriptivo y, seguidamente, un análisis comparativo buscando asociaciones estadísticas entre los días de estancia y los subgrupos dentro de cada variable clínica.

Resultados:

Muestra de 306 paciente (208 varones y 68 mujeres) con edad media de $43,89 \pm 13,49$ y duración media de los ingresos de $13,59 \pm 7,65$.

Dentro de la variable motivo de consulta, el subgrupo alteración conductual ha mostrado significación estadística ($p= 0,010$), así como el subgrupo esquizoafectivo ($p= 0,005$) dentro de la variable diagnóstico, la presencia de conciencia de enfermedad ($p= 0,000$) y estar recibiendo tratamiento con neurolépticos ($p= 0,023$).

En el resto de variables no se ha encontrado asociación estadísticamente significativa: sexo ($p= 0,864$), enfermedad médica concomitante ($p=0,957$), episodios previos ($P= 0,647$) y soporte familiar ($P= 0,470$).

Discusión:

Aunque varias investigaciones (1 y 2) han descrito que la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo se asocian con hospitalizaciones en psiquiatría más prolongadas, en nuestro estudio únicamente hemos encontrado significación estadística para la asociación entre la duración del ingreso y el trastorno esquizoafectivo.

Aunque algunos estudios (3 y 4) exponen que tener más de un ingreso previo en psiquiatría se asocia con mayor duración del mismo, en nuestro estudio no hemos encontrado ninguna asociación. Nos resulta llamativo no haber encontrado estudios que investiguen la asociación de la conciencia de enfermedad con la duración del ingreso en psiquiatría.

Conclusiones:

La duración de los ingresos en la Unidad Psiquiátrica de Hospitalización Breve de Cáceres se ha asociado con la alteración conductual como motivo de ingreso, la conciencia de enfermedad, el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y el tratamiento con neurolépticos.

[PO-2057] Variables asociadas a la polaridad predominante en una muestra ambulatoria de pacientes bipolares

Jesús García Jiménez, Marisol Álvarez Fernández, Lucía López Grasa, María del Carmen Ruiz González y Luis Gutiérrez Rojas

Mostrar Póster

Introducción:

La polaridad predominante (PP) ha sido propuesta como codificador complementario de las actuales clasificaciones del trastorno bipolar (TB).¹ Sin embargo, la presencia de algunos resultados contradictorios en la bibliografía han influido en que finalmente no haya sido aceptada en la última edición de la DSM,² a pesar de su potencial utilidad práctica.

Hipótesis:

Hipótesis: Tanto la PP maníaca (PPM) como la PP depresiva (PPD) presentan asociaciones estadísticamente significativas y de utilidad práctica con variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas.

Objetivos:

- Establecer la prevalencia de PP en una muestra ambulatoria de pacientes bipolares.
- Determinar las asociaciones entre la PPM y la PPD con variables de interés en el seguimiento de estos pacientes.

Método:

Estudio observacional retrospectivo sobre una muestra de 108 pacientes bipolares pertenecientes a una unidad de salud mental comunitaria de Jaén. Se determinó el porcentaje de pacientes pertenecientes a cada polaridad y se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y relacionados con el tratamiento mediante el uso de escalas. En el análisis estadístico se llevó a cabo una regresión logística para controlar por posibles factores confusionales.

Resultados:

El 29,6% de la muestra (32/108) presentó una PPM, mientras que el 70,4% (76/108) tuvo una PPD. En la regresión logística, tres variables se asociaron de forma estadísticamente significativa con la PPD: La presencia de hospitalizaciones previas (OR ajustada 3,5), polaridad depresiva del primer episodio (OR cruda 7,2) y la puntuación en la escala CGI (OR ajustada 1,5). Por su parte, la polaridad depresiva del primer episodio se asoció al TB tipo 2 (OR ajustada 10,2), a la PPD (OR ajustada 5,1), a una alta disfuncionalidad familiar medida por la escala de Sheehan (OR ajustada 4,1) y a un mayor retraso diagnóstico (OR ajustada 1,24).

Discusión:

Se decidió recurrir a un criterio basado en el número absoluto de descompensaciones para establecer la PP, de modo que si eran más las descompensaciones maníacas se trataba de una PPM, pero si eran depresivas correspondía a una PPD. En el análisis estadístico, tres variables de relevancia clínica que sugieren una mayor gravedad se asociaron con la PPD (presencia de hospitalizaciones previas, polaridad depresiva del primer episodio y puntuación alta en la escala CGI). Estos resultados van en la misma línea de una reciente revisión sistemática publicada por nuestro grupo de trabajo sobre las variables asociadas a la PP.

Conclusiones:

La PP es un descriptor de fácil manejo y utilidad para el abordaje de pacientes con TB. Actualmente, numerosos trabajos señalan su asociación con variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el tratamiento,¹ pero existen algunas limitaciones para su uso generalizado, como la ausencia de unos criterios comunes entre la comunidad científica.³ Este trabajo ha señalado la relación de la PPD con variables de relevancia clínica, pero no ha podido identificar otras en el caso de la PPM, por lo que son recomendables más estudios en el futuro, fundamentalmente prospectivos y con una metodología unificada.

Conducta Suicida

[PO-3001] Trastorno mental como factor de riesgo de conducta suicida.

Campos Navarro, María del Pilar, González Galdámez Ana Luisa, Rodríguez Hernández Alicia, Díaz Muñoz Ana

Mostrar Póster

Estudios basados en autopsia psicológica indican que el 90% personas que se suicidan tienen una patología mental.

Trastorno bipolar (TB): se relaciona con conductas suicidas más impredecibles, más graves y más precoces que los trastornos afectivos unipolares. En Fases mixtas el porcentaje de suicidabilidad es del 54% frente al 2% fases puras. Algunos estudios apuntan a que el TB Tipo II tiene mayor riesgo de conductas suicidas. El 25-50% de los pacientes con este diagnóstico realizan una tentativa. La mortalidad por suicidio es del 20%. Trastorno depresivo mayor: muy relacionado con la desesperanza como factor de riesgo y la hipótesis serotoninérgica como factor biológico. Un dato muy preocupante es la evidencia de que la depresión no se trata o se hace de manera inadecuada (de los suicidios consumados solo el 3% habían recibidos dosis suficientes de antidepresivo y solo un 7% psicoterapia). La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión.

Esquizofrenia: el suicidio es la principal causa de muerte en jóvenes con esquizofrenia (promedio 33 años). Lo consuman el 10-15 % y realizan tentativas entre un 20-55%. La aparición nuevos tratamientos no han disminuido cifras de suicidio consumado. Un momento especialmente delicado son los primeros meses tras alta hospitalaria. Los pacientes con psicosis expresan la ideación suicida de forma indirecta, no de forma verbal, salvo los terapeutas habituales es difícil identificar riesgo suicida por lo que hay que tener especial cuidado. Trastorno conducta alimentaria: un 10% de los pacientes con este trastorno mueren por suicidio (2º causa de muerte después de complicaciones médicas propias de la enfermedad). Suelen llevar a cabo bastantes tentativas sobre todo si hay coexistencia entre: conductas purgativas, depresión y abuso sustancias. Alcoholismo: actúa no solo como factor de riesgo sino también un factor precipitante. Ejerce un papel muy significativo ya que uno de cada cuatro suicidas presenta abuso de alcohol o de otras sustancias. La comorbilidad más frecuente en suicidios consumados es la depresión y el abuso de alcohol. Trastorno de la personalidad (TP): realizan con más frecuencia conductas suicidas los TP antisocial y TP límite. El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad es un 4-8% superior al de la población general.

Trastornos de ansiedad y trastornos de pánico: teniendo en cuenta factores de confusión, parece que sin comorbilidad, su papel en la conducta suicida es escaso. Especial cuidado a la Fobia social: en personas jóvenes es un predictor de trastornos depresivos en el futuro. Fobia social y TDM comparten una herencia genética común y que cuando se asocian sí que hay un riesgo aumentado de conductas suicidas. El estrés postraumático (TEPT) se ha relacionado con una alta frecuencia de intentos de suicidio y suicidio consumado. Incluso padecer una forma subclínica de TEPT se ha relacionado con una alta comorbilidad psiquiátrica y un aumento de la ideación suicida.

[PO-3003] Efecto Foehn ¿existe una relación entre meteorología y suicidio?

Inés García Ramírez, Zoila Escobar Suárez, Jennifer Suárez Bermúdez, María Dolores Real Prado,

Mostrar Póster**Introducción:**

Una gran parte de la población es vulnerable a los cambios bruscos de temperatura, humedad y presión atmosférica son las llamadas personas meteorosensibles o meterolábiles provocando estados psicopatológicos.

La meteorosensibilidad constituye una realidad biológica explicada a través de las leyes de la electrofisiología y la psicoquímica. Cualquier variación que difiera del umbral de normalidad nos puede llegar a producir un trastorno psicopatológico no deseado.

El desplazamiento de grandes masas de aires y sobre todo las variaciones en la polaridad e intensidad de la carga iónica de la atmósfera constituyen las variables meteorológicas más frecuentemente implicadas en el agravamiento de diversas patologías mentales.

Objetivos:

Relacionar el efecto Foehn con el aumento de intentos autolítico y suicidios

Metodología:

Se trata de un trabajo de investigación descriptivo mediante la búsqueda bibliográfica en varias bases de datos.

Resultados:

El efecto Foehn es uno de los fenómenos meteorológicos por su relación con las patologías mentales. Este fenómeno aparece cuando una masa de aire fría choca con una cordillera, produciendo precipitaciones en la ladera de barlovento. Posteriormente, cuando esta masa desciende por las laderas de sotavento, se convierte en una masa de aire seco y comprimido, produciendo una fuente evaporación y disipación de las nubes. Este viento recalentado y deshidratado, desciende hacia el fondo de los valles provocando una elevación brusca de la temperatura de más de 10 grados en pocas horas y de 15 a 25 grados en dos o más días. En las áreas donde sopla Foehn hay abundancia de cargas positivas, marcada subsidencia y casi ausencia completa de ozono siendo especialmente potente en verano.

Los iones negativos tienen un efecto iónico y beneficioso. Al contrario de este hecho, los iones positivos generan efectos apático-deprimientes y alteran el sistema nervioso, asociándose a cefaleas, dolor de garganta, aumento de la presión arterial, síndrome de agitación psicomotriz irritabilidad, disminución de la atención, excitación nerviosa y, muy especialmente, aumento de la agresividad. El equilibrio de los iones es crítico para el bienestar emocional y físico de las personas.

También son llamados “vientos de las brujas” o “vientos locos” soplan en muchos lugares del planeta.

Son varios investigadores los que mediante varios estudios científicos se ha demostrado que durante los días que dura el fenómeno Foehn se produce un aumento de las enfermedades meteorotrópicas así como un incremento notable de las tasas de suicidios estas conductas están relacionadas con las corrientes iónicas del ambiente durante los períodos de vientos secos y calientes. Es la larga exposición a este fenómeno meteorológico el que produce el efecto nocivo.

Conclusiones:

Dado que el calentamiento global es un hecho y que a medida que pasen los años las temperaturas continuarán aumentando, junto con la concentración de dióxido de carbono en la atmósfera, es preocupante la situación en la que nos encontramos y los pronósticos que existen.

[PO-3005] Estudio comparativo entre las muerte por suicidio en Estados Unidos y Reino Unido

José María García Ríos, Javier Bernal Gallego, Marta Díaz Varela, Olalla Frade Pedrosa

Mostrar Póster

Introducción:

El suicidio es una de las principales causas de muerte en adultos jóvenes en todo el mundo. Estudios a nivel internacional han señalado que los métodos empleados pueden variar en función de factores culturales o intrínsecos de zonas específicas, como son el acceso a armas de fuego en los Estados Unidos o el empleo de pesticidas en regiones de Asia.

Material y métodos:

Estudio comparativo a partir de datos estadísticos obtenidos del Office for National Statistics y Centers for Disease Control and Prevention, correspondientes a las muertes por suicidio acontecidas en Estados Unidos y el Reino Unido. Incluye información acerca de la tasa por estado o región y estadísticas de los métodos empleados, divididas por sexo.

Resultados:

Con esta exposición pretendemos realizar una representación de los datos mencionados. Se prestará especial atención a la información acerca de los métodos de suicidio, teniendo en cuenta que en uno de los países el acceso a armas es mucho más sencillo. Asimismo, se buscarán similitudes en la distribución geográfica de las tasas más altas de suicidio.

Discusión:

Con el fin de mejorar las estrategias de prevención, es interesante conocer acerca de los métodos de suicidio y su relación con factores específicos de determinadas regiones. Las comparaciones a nivel internacional pueden ayudar a entender la relación con factores culturales y geográficos.

[PO-3007] Impulsividad en los modelos actuales de conducta suicida

Maria I. Perea, Sergio Sanz, María C. Ruiz, Eva M. Barranco, Julio A. Guija y Lucas Giner

Mostrar Póster

La impulsividad tanto como rasgo como estado es un factor relacionado de forma independiente al diagnóstico con la suicidalidad (Jimenez-Trevino et al. 2011; Vanyukov et al., 2016). Una gran cantidad de estudios han demostrado una mayor impulsividad en relación a antecedentes de conducta suicida propia (Dougherty et al. 2009; Mccullumsmith et al. 2014) en distintas patologías psiquiátricas (Garcia et al. 2010). Además, sujetos con antecedentes familiares de conducta suicida tienen mayor incidencia de conducta suicida y una impulsividad mayor que aquellos sin antecedentes familiares (Chesney et al. 2014; Zupanc et al. 2011).

También se ha evidenciado diferencias de impulsividad según la edad, con disminución de la impulsividad conforme se iba aumentando la edad de los suicidios (Pardo et al., 2016; McGirr et al. 2008), así como una disminución de tentativas (Echeburúa, 2015).

En los modelos planteados sobre la conducta suicida, Mann (Mann 2003) propone en su modelo de estrés diátesis que la impulsividad juega un papel directo sobre la conducta suicida. Este modelo que señala la impulsividad como implicada directamente en el suicidio ha sido extrapolado de estudios sobre intentos de suicidio, asumiendo la similitud de ambas conductas a pesar de los datos sociodemográficos y clínicos que las diferencian (Giner 2010).

El único modelo empírico de suicidio desde el suicidio consumado es el propuesto por Turecki (Turecki 2005), en el que no supone la impulsividad como un factor que actúe siempre directamente sobre el suicidio, sino que sería un endofenotipo, en el sentido que describen Gottesman y Gould (Gottesman & Gould 2003) y que se dejaría ver a través de los trastornos de personalidad, del consumo de tóxicos o bien directamente en el suicidio, por lo que la implicación de los antecedentes personales de intentos de suicidio tienen aquí una especial importancia al estar más que demostrada su relación con la impulsividad (Turecki et al., 2016).

Pero la asociación entre impulsividad y suicidalidad puede verse desde otros puntos de vista. Según la teoría de Joiner (Joiner, Jr., Brown, & Wingate 2005), la impulsividad se relaciona con la conducta suicida de forma indirecta y no de forma directa como proponen la mayoría de los autores. Joiner propone que la impulsividad provoca situaciones vitales que producen más estímulos vitales adversos, de ahí su relación con el suicidio y con el intento de suicidio. Esto provocaría una predisposición para el suicidio en este sentido y no en el directamente producido por la impulsividad. Lo que implica que no todas las personas impulsivas se suicidan y que no todas las personas con intentos de suicidio son impulsivas (Galindo, et al 2017).

En esta línea, Witte y cols (Witte et al. 2008) analizaron 1172 adolescentes con intentos de suicidio impulsivos frente a 4807 adolescentes con planes de suicidio con o sin intentos, el grupo de adolescentes que había planeado el intento presentaba una menor impulsividad que los grupos de intentos de suicidio impulsivos o no impulsivo, lo que pone de manifiesto que la impulsividad no tiene porqué relacionarse con el intento sino con la persona (Yen et al. 2015). La ambigüedad que se le ha dado al término de "impulsividad" así como la forma de medirla (Liu et al., 2017; Smith. et al., 2008; Gvion, Y., & Apter, A. 2011) puede dar lugar a discrepancias en cuanto al análisis y conclusiones de muchos estudios. El grupo de Baca-García (Baca-Garcia et al. 2005) que determinó la impulsividad como estado a través de la escala de intencionalidad suicida de Beck y la impulsividad como rasgo con la escala de impulsividad de Barrat indicaron que la impulsividad como rasgo no se asociaba con intento de suicidio impulsivo, si no que se asociaban a su vez con menor letalidad, como indicaba un estudio previo del mismo grupo (Baca-Garcia et al. 2001).

Actualmente, las investigaciones se están centrando en la asociación entre la impulsividad y el proceso de toma de decisiones implicando un fallo en el control de orden superior (Gvion et al. 2015; Deisenhammer, Schmid, Kemmler, Moser & Delazer, 2018).

[PO-3009] Identidad de género y suicidio

Cristina García Bernal, Lucas Giner Jiménez

Mostrar Póster

Al año se registran más de 800.000 muertes por suicidio en el mundo y es una causa prevenible. Se conocen algunos de los factores de riesgo involucrados en el fenómeno de la suicidalidad, pertenecer a un grupo de minorías sexuales es uno de ellos. Numerosos estudios se han dedicado a estudiar la prevalencia de suicidio en población LGBT, pero solo ha sido en los últimos años cuando se han llevado a cabo estudios donde se analizaban cada una de estas subpoblaciones por separado. El subgrupo trans el que mayores tasas de suicidio presenta.

Revisión sistemática de la literatura mediante recursos electrónicos (PubMed/Medline, Scopus y Psycinfo) entre diciembre de 2015 y marzo de 2016 siguiendo las recomendaciones PRISMA. 13 artículos originales fueron revisados. Las cifras de ideación suicida van desde el 23.3-84%. Las de intentos de suicidio de 11.2-50% y las de muerte por suicidio se sitúan en un 2.7% comparadas con un 0.1% en población general. La causa directa de estas altas tasas guarda relación con ser transexual. Un 57% de los que intentaron suicidarse no tenían una intención real de morir. El acceso al proceso de transición disminuye las tasas; estas aumentan durante y vuelven a disminuir al finalizarlo, pero nunca llegan a igualarse a las cifras esperadas en población general.

1. Transexualidad fenómeno prevalente y emergente
2. Mayor prevalencia de suicidalidad
3. Principal factor de riesgo: intento previo
4. Ser transexual debe incluirse como factor de riesgo en las guías de prevención
5. FtM lo intentan más y MtF se suicidan más, al igual que las personas cis
6. La transfobia interna se presenta como un importante factor de riesgo
7. El apoyo parental se presenta como un importante factor protector
8. Necesario un plan de actuación y de prevención

[PO-3011] Prevalencia de la conducta suicida en población general europea: una revisión sistemática.

M^a Carmen Castillejos Anguiano, Paloma Huertas Maestre, Paloma Martín Guerrero, Berta Moreno Küstner

Mostrar Póster**Introducción:**

En la actualidad, se ha incrementado el interés por el estudio de la conducta suicida debido al aumento de las muertes por suicidio en todo el mundo. Se ha observado una variabilidad en la prevalencia de conductas suicidas dependiendo de las condiciones en que se estudian.

Objetivos:

El propósito de este estudio es proporcionar una revisión sistemática actualizada para estimar la prevalencia combinada de conductas suicidas en la población general europea.

Métodos:

Se identificaron los estudios que utilizaron datos originales sobre la prevalencia de conductas suicidas (2008-2017) mediante búsquedas en bases de datos electrónicas (PubMed, Web of Science, Psychology Database-Proquest, Scopus, PsycInfo, Medline and Embase). Para identificar las tasas de prevalencia discretas, se aplicaron algunos filtros. No se incluyeron los datos sobre los suicidios consumados. Las estimaciones de prevalencia se midieron de acuerdo con el período de tiempo (puntual, 12 meses y vida) y el tipo de conducta suicida (deseos de muerte, ideación, plan e intento).

Resultados:

Se incluyeron 19 estudios primarios que proporcionaron un total de 69 estimaciones de tasas de prevalencia de conducta suicida. En todos estos estudios, la mediana de la prevalencia puntual agrupada para los deseos de muerte fue del 1,88%, para la ideación suicida del 3,20% y para el intento de suicidio del 0,58%. La mediana de la prevalencia 12 meses agrupada para los deseos de muerte fue del 8,14%, para la ideación suicida del 4,06%, para el plan suicida 1,62% y, por último, para el intento de suicidio del 0,58%. Finalmente, la mediana de la prevalencia vida agrupada para deseos de muerte fue 22.36%, para ideación 9.68%, para plan 2.53% y para intento 3.40%.

Conclusión:

Esta revisión sistemática proporciona información actualizada sobre la prevalencia de diferentes conductas suicidas en el marco europeo, lo que puede ser útil para futuros estudios epidemiológicos, preventivos e intervencionistas sobre el comportamiento suicida.

[PO-3012] Infusión de Ketamina en los trastornos afectivos con ideación suicida y ansiedad. Revisión sistemática.

Olalla Frade Pedrosa, José María García Ríos, Javier Bernal Gallego, Marta Díaz Varela.

Mostrar Póster

Introducción: En las últimas estadísticas con respecto a la mortalidad en España, en los período anual de 2016, se ha observado un incremento en el fallecimiento por causas externas. Siendo el suicido la primera de ellas con 3.569 fallecimientos, superando así a los accidentes de tráfico, donde fallecieron 1.890 ciudadanos. A su vez, se mantiene que el suicido es la primera causa de muerte externa en varones, mientras que en las mujeres es la tercera causa. De las personas que se suicidan, aproximadamente el 90% tiene una enfermedad mental asociada, favoreciendo la presencia de los pensamiento de muerte y la ideación autolítica, que puede desencadenar un acto de autolisis y finalizar con el fallecimiento de la persona. ¿Cómo podemos frenar esto? En las últimas investigaciones, se ha estado investigando con la Ketamina, haciendo un especial hincapié en su isómero-S.

Material y Métodos: En este trabajo procederemos a la revisión de los últimos artículos publicados en la base de datos de PubMed, ya estuviesen publicados en castellano, inglés, portugués o francés. Siendo una búsqueda limitada a ensayos clínicos con personas, que presentasen un episodio de depresión mayor y que presentasen ideación autolítica. Procediéndose al empleo de la Ketamina con una administración intravenosa a dosis de 0,5mg/kg, en pacientes con diagnóstico de depresión mayor unipolar o depresión bipolar con un gran componente ansiogénico.

Los estudios deberán de ser lo más homogéneos posible en cuanto a los métodos de investigación y de medición con las mismas escalas para evitar los posibles sesgos.

Las escalas que compararemos entre los diferentes estudios son: Hamilton rating Scale for Depression (HAMD), Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) y la Beck Depression Inventory (BDI). Con ello intentaremos comparar los resultados obtenidos por dicho fármaco en la forma intravenosa en los trastornos afectivos planteados con un importante componente de ansiedad e ideación suicida. También destacaremos los efectos secundarios y la durabilidad de dicho tratamiento, derivados de los estudios. Esto permitirá continuar con las líneas de investigación y abrir otras nuevas.

Bibliografía:

- 1.-Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa. Defunciones según Causa de Muerte. Año 2016.
- 2.- J. W. Murrough, L. Soleimani, K. E. DeWilde, K. A. Collins, K. A. Lapidus and D. S. Charney. Ketamine for rapid reduction of suicidal ideation: a randomized controlled trial. Psychological Medicine 2015.
- 3.- Elizabeth D. Ballard, Ph. D., Dawn F. Ionescu, M.D., Jennifer L. Vande Voort, M. D., Mark J. Niciu, M.D., Ph. D. and Carlos A. Zarate Jr. Improvement in Suicidal Ideation after Ketamine Infusion: Relationship to Reductions in Depression and Anxiety. J.Psychiatr Res. 2014.

[PO-3013] Conducta Suicida en Trastorno Límite de Personalidad. Una revisión pragmática.

Íñigo Alberdi Páramo, María Dolores Sáiz González, Marina Díaz- Marsá, José Luis Carrasco Perera

Mostrar Póster**Introducción:**

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es un cuadro estable, de larga duración y multifactorial (1). Se estima que cumplen criterios diagnósticos de TLP alrededor del 6% de la población general, el 9% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y el 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados (2,3). Entre los criterios diagnósticos del TLP se incluyen las conductas suicidas (3). La conducta suicida se considera de enorme importancia clínica y pronóstica en el TLP, y una de las manifestaciones que más afecta a la funcionalidad del paciente. La mortalidad atribuible al suicidio en el TLP se estima en torno a un 5-10% (50 veces mayor que en la población general) (4).

Objetivos y metodología:

Con el objetivo de investigar qué factores se relacionan de forma significativa con la conducta suicida en TLP se han revisado exhaustivamente los resultados de búsqueda de los artículos publicados entre 1980(formulaciones iniciales de los criterios diagnósticos de TLP en DSM-III) y enero de 2018 sobre el tema en Medline, Embase y Cochrane. Los términos base de búsqueda fueron: personality disorder, borderline, suicide, impulsivity, suicidal behaviour.

Resultados:

Encontramos 115 artículos sobre el tema (figura 1, diagrama de flujo). Se observa un ritmo de publicación bastante constante desde 1987, año del primer artículo sobre el tema (figura 2). Encontramos distintos rasgos de personalidad y variables clínicas relacionadas con la conducta suicida en TLP. Entre los rasgos destacan: impulsividad, rabia e ira, agresividad, desesperanza y rasgos depresivos (tabla 1). Dentro de las variables clínicas: presencia de intentos de suicidio previos, presencia de autolesiones previas, antecedentes familiares de conductas suicidas y suicidios consumados, antecedentes de abusos en la infancia y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos del eje 1 (en especial el trastorno depresivo mayor o abuso de sustancias) (tabla 2).

Discusión:

El 40 al 85% de los pacientes con TLP realizan intentos de suicidio, con una media de tres intentos de suicidio por paciente. Las tasas de suicidio consumado en estos pacientes son entre 5 y el 10 %, siendo unas 400 veces superiores a las estimadas para la población general (6).

Entre los factores de riesgo destacan los intentos de suicidio previos, y la comorbilidad diagnóstica con trastorno depresivo mayor y trastorno por abuso de sustancias (7). En esta línea, Kolla et al. (8) identifican antecedentes de diagnóstico de trastorno depresivo mayor y de trastorno por abuso de sustancias como variables predictoras de mayor riesgo de conductas suicidas en pacientes con TLP. Brodsky et al. (9) destacan la importancia de los diagnósticos comórbidos en TLP de depresión y de abuso de sustancias. Así como los antecedentes de abusos infantiles.

Entre los rasgos de personalidad asociados con las conductas suicidas destacan la desesperanza y la impulsividad (10,11). Ambas se asocian en muchas ocasiones en combinación con conductas de abuso de alcohol y de otras sustancias tóxicas (9). Sher et al. (12) concluyen que los pacientes con TLP y antecedentes de intentos de suicidio tienen más rasgos de agresividad, mayor inestabilidad emocional, y menos rasgos narcisistas de personalidad que los TLP sin antecedentes de intentos de suicidio.

Conclusiones:

Los antecedentes de intentos de suicidio y de conductas autolesivas no-suicidas son un fuerte factor predictivo de muerte por suicidio. Tanto los intentos de suicidio y los suicidios consumados, se asocian en pacientes con TLP a diagnósticos psiquiátricos como Trastornos Afectivos o Trastorno por Uso de Sustancias. Dentro de la estructura de personalidad de los pacientes diagnosticados de TLP relacionada con conductas suicidas destacan los rasgos de impulsividad, agresividad y desesperanza. Identificar qué factores se correlacionan negativa y positivamente con intentos de suicidio en pacientes diagnosticados de TLP puede ser una diana terapéutica importante en la prevención de esta conducta causante de cifras importantes de morbimortalidad.

Bibliografía.

1. Zlotnick, C., Johnson, D., Yen, S., et al. Clinical features and impairment in women with borderline personality disorder (BPD) with posttraumatic stress disorder (PTSD), BPD without PTSD, and other personality disorders with PTSD. *Journal of Nervous Mental Disorders*. 2003. 191 (11),706-13.
2. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1911.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5^a). 5^a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. 2014.
4. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009 Apr;373(9672):1372-81.
5. Zanarini MC, Laudate CS, Frankenburg FR, et al. Reasons for self-mutilation reported by borderline patients over 16 years of prospective follow-up. *J Pers Disord* 2013; 27:783.

[PO-3015] 60 Aniversario de la Autopsia Psicológica: un método todavía desconocido en Salud Mental

Paula Moreno Merino, Ana González Arévalo, Daniel Giner Jiménez e Irene María Navarro Morales

Mostrar Póster

El suicidio es un fenómeno connatural a la condición humana, y también la primera causa de muerte violenta en el mundo, por delante de conflictos bélicos y accidentes de tráfico. Nunca es consecuencia de un único motivo, sino que numerosos factores contribuyen al mismo. A pesar de ello, el suicidio no siempre revela un deseo de autodestrucción. Desaparecer voluntariamente significa la posibilidad de autodeterminación, la liberación del dolor de vivir, y también, satisfacer un instinto de muerte común a todo ser.

El objetivo del presente trabajo es conocer una metodología que nos permite estudiar con rigor científico el fenómeno del suicidio consumado: se trata de la denominada "Autopsia Psicológica".

En general, los profesionales de la Salud Mental desconocen esta metodología, que paradójicamente cuenta con sesenta años de existencia desde que Edwin Schneidman, Norman Farberow y Robert Litman la crearon en 1958 (Vasudeva, 2010).

Se trata del método más fiable que hay para reconstruir "hacia atrás" los factores predisponentes y precipitantes del suicidio consumado. Realiza un estudio riguroso de la causa de la muerte, las circunstancias antecedentes, el motivo, la intención y el grado de letalidad del método empleado (Pérez y García, 2008). No obstante, también implica algunos sesgos derivados principalmente de la necesidad de entrevistar a familiares cercanos que pueden distorsionar la información por una necesidad de explicarse este suceso.

[PO-3016] Relevancia de las notas de suicidio en las autopsias psicológicas: Virginia Woolf.

Navarro Morejón, L; Calles Marbán, R; Alcántara Gutiérrez, M; Povedano García, L; Sánchez Pavesi, A; Arencibia Arencibia, MB; Delgado García, P; Morant Luján, Y

Mostrar Póster

El contenido de una nota de suicidio puede contribuir al estudio del estado psicológico de una persona, así como de sus circunstancias finales. Nos centraremos en el análisis de la autopsia psicológica de Virginia Woolf (1882-1941) a través de la literatura científica disponible en PubMed. Se trata de una escritora británica de especial relevancia en el feminismo internacional, cuya biografía ha sido ampliamente estudiada por su obra literaria así como por el interés que despiertan sus últimas palabras, disponibles en una nota de suicidio, que indican que podría padecer una depresión con síntomas psicóticos en el contexto de un posible trastorno bipolar.

[PO-3017] Conducta suicida en la música. ¿Puede una profesión destruirte?

Navarro Morejón, L; Calles Marbán, R; Alcántara Gutiérrez, M; Povedano García, L; Sánchez Pavesi, A; Arencibia Arencibia, MB; Delgado García, P; Morant Luján, Y

Mostrar Póster

El reciente suicidio de cantantes consagrados en el mundo de la música como Chris Cornell o Chester Bennington nos hace plantearnos si hay una vinculación directa entre esta profesión con un mayor riesgo suicida. Realizamos una revisión de la literatura científica disponible sobre este tema a través del buscador PubMed, obteniendo resultados inesperados tras analizar la tasa de supervivencia de varios músicos en comparación con la población general que muestra un incremento de la mortalidad (1,7 veces). Así mismo analizamos los posibles factores de riesgo en esta profesión que pueden estar relacionados con este aumento. Los datos obtenidos hacen valorar la necesidad de implementar campañas de concienciación sobre la salud mental en el mundo de la música, no sólo por los propios artistas sino por su gran influencia como modelos a seguir para sus fanáticos.

[PO-3018] El poder de la red sobre las conductas suicidas

Raquel Calles Marbán, Lorena Navarro Morejón, Ingrid Ximenez De Embún-Ferrer, Miguel Alcántara Gutiérrez, Lucía Povedano García, Andrés Sánchez Pavesi, Miguel Hernández González, Natalia Casanova Gracia, Yolanda Morant Lujant

Mostrar Póster**Objetivo y método:**

Este trabajo es una revisión no sistemática sobre la relación existente entre el uso de internet y la conducta suicida en los últimos años, y su influencia más notable en los adolescentes siendo éste un periodo de transición donde aumentan las presiones y responsabilidades individuales unidas a la inexperiencia e inmadurez que conlleva el aumento de los factores de riesgo para las conductas suicidas. Se describen los métodos menos comunes como el uso de gases, productos químicos y plantas. En nuestro país se siguen utilizando los métodos clásicos de suicidio sin que se aprecie la influencia de la red en la comisión de los mismos.

Desarrollo:

Los casos de suicidios a través de Internet fueron detectados a fines de los años 90 y se han extendido alcanzando, en los últimos tiempos, cifras alarmantes en varios países. Con la expansión de internet se ha creado la opción de llevar a cabo diversas acciones entre sus usuarios, las cuales no eran posibles con otras técnicas de comunicación previas. La potencia de internet se fundamenta en que es un medio de difusión masivo, con mayor influencia que la televisión o la radio. El término cybersuicidio hace referencia a la influencia que la información sobre suicidio aparecida en Internet incurre sobre la incidencia de los suicidios en quienes navegan en la red de redes. Entre las herramientas o materiales que se encuentran disponibles en la red tenemos: foros, chats, newsgroups, noticias, artículos, webs, videos, chistes, música suicida, email, incluso kits completos de suicidio, con todo lo necesario para llevarlo a cabo. Uno de los grupos más activos en la actualidad es alt. Suicide Holiday (ash) aparecido en la década de los 80, para aquellos que quieren discutir las opciones suicidas y para los que consideran el suicidio como una posibilidad abierta a todos, aportan detalles de métodos específicos y dan información sobre dosis letales de sustancias y sus efectos, así como sobre la seguridad del método para conseguir el fin autolítico.

Conclusiones:

En estos últimos años se han ofrecido nuevas posibilidades en la prevención del suicidio, siendo posible mediante la utilización profesional de Internet, realizar intervenciones en situaciones de crisis suicida con resultados satisfactorios en muchos de los casos. Las principales organizaciones de salud cuentan en sus páginas con investigaciones, en las que el tema del suicidio y su prevención son obligados, así como revistas y boletines electrónicos en las cuales han sido publicados múltiples artículos sobre dicha temática. Internet, por otro lado, proporciona a los profesionales, numerosas herramientas orientadas a la prevención y ayuda al suicidio, así podemos encontrar libros electrónicos, cursos y congresos online, guías de utilidad clínica, artículos y revistas especializadas, grupos de comunidades virtuales, foros, etc. Los profesionales de la salud mental nos debemos acostumbrar a participar en Internet, incorporando información y participando en las redes sociales. En España quedan aún medidas de actuación por poner en marcha, que ya han sido implantadas en otros países y que han resultado ser efectivas a corto y largo plazo.

Bibliografía:

- Kraus A. Suicidio: notas y alegatos. Letras libres. 2011
- Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. Lancet; 2012, 379: 2373–2382.
- Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell D. Suicide and the internet. BMJ. 2008;336: 800-2.
- Moreno Gea P, Blanco Sánchez C. Suicidio e Internet. Medidas preventivas y de actuación. Psiquiatría.com 2012; 16:18.
- Ybarra, M.L.; Eaton, W.W. Internet-based mental health interventions. Mental Health Serv.Res.2005, 7, 7587.
- Hawton K, Williams K. Influences of the media on suicide. BMJ.2002; 325: 1374-5.

[PO-3020] La conducta suicida: Una aproximación criminológica

César San Juan Guillén y Estefanía Ocáriz Passevart

Mostrar Póster

La aproximación criminológica a la conducta suicida requiere un análisis multi-nivel en virtud de la cual seamos capaces de comprender mejor un proceso individual de toma de decisiones ciertamente complejo y extremo. En este sentido un enfoque psicológico, social y jurídico puede resultar necesario, aunque, posiblemente insuficiente, para el análisis de esta conducta. No es por tanto una revisión criminológica exhaustiva, ya que su objetivo fundamental no es tanto una mera relación de aproximaciones multidisciplinares, cuanto poner de relieve algunos elementos menos tratados en la evidencia empírica relacionada con la conducta suicida. Así, en primer lugar, nos resulta difícil de comprender este comportamiento desde un punto de vista evolutivo. El principio vertebrador para que en nuestra especie no se extinga una conducta determinada es que tenga, de alguna forma, interés reproductivo. La conducta suicida quedaría, por tanto, al menos aparentemente, al margen de esta lógica. Considerando que, desde nuestro punto de vista, asumimos como axioma la necesidad de que un comportamiento tenga algún tipo de sentido coherente con la supervivencia de nuestra especie, deberemos revisar los actuales hallazgos que la psicología evolutiva aporta para esclarecer esta cuestión. En lo que concierne al análisis de los factores de riesgo psicosociales, existe abundante literatura que no siempre ha contribuido a aclarar las cosas. Se sabe, por ejemplo, que los comportamientos suicidas son más comunes entre personas con antecedentes previos de intento de suicidio o con trastornos mentales. También el género, alteraciones en el funcionamiento del cerebro o la predisposición genética pueden jugar un papel relevante. En definitiva, en este nivel psicosocial se han identificado una relación amplia y exhaustiva de factores de riesgo que, sin embargo, no ha permitido encontrar qué combinación de los mismos nos ofrece un índice de probabilidad útil para diseñar programas de prevención eficientes. En esta revisión se muestran los resultados más recientes en relación a la predicción de la conducta suicida.

En otro orden de cosas, se presenta una reflexión en relación al reproche penal que merece el comportamiento suicida. En nuestro país no está penado, pero sí lo está en otros países. ¿Cuál es la filosofía de derecho que subyace a estas dos alternativas? En todo caso, lo que sí está castigado por nuestro código penal es la inducción y la cooperación al suicidio. En este contexto, surgen muy relevantes reflexiones a temas tales como la asistencia al suicidio por causas humanitarias, ¿Cuál es el tratamiento jurídico penal en supuestos de esta o similar naturaleza?

Como resultado de estas aproximaciones se pretende arrojar, en fin, algo de luz sobre aspectos todavía marcados por la incertidumbre en el estudio científico del comportamiento suicida. El objetivo no es, en todo caso, únicamente satisfacer la curiosidad de la comunidad científica, sino contribuir, en la medida de lo posible, a concienciar a la sociedad sobre esta realidad que pone sobre la mesa la respuesta más dramática y enigmática que algunas personas eligen para concluir su peripecia vital.

[PO-3021] Intervención en la conducta suicida desde el punto de vista del familiar

María Dolores Real Prado, Jennifer Suárez Bermúdez, Zoila Escobar Suárez

Mostrar Póster**Introducción:**

Normalmente no es fácil saber enfrentarse y actuar ante una persona con riesgo de suicidio, y más complicado es si se trata de un familiar el que se encuentra en esta situación. Por dicho motivo, con esta revisión bibliográfica pretendemos dar a conocer unas pautas de actuación básicas que podrán seguir los familiares y allegados.

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. Además de libros como fuentes primarias de información (nombrado en bibliografía).

Resultados:

Se denomina riesgo suicida al grado variable de cometer un acto suicida, es decir, una acción autolesiva. En el mundo se suicida una persona cada 40 segundos, y cada acto suicida afecta a otras seis personas de su entorno.

En el momento que se conoce o intuye que un paciente puede estar en riesgo de tener una conducta suicida, los familiares y allegados deben de conocer una serie de pautas que les ayuden a manejar la situación. Entre ellas podemos nombrar algunas como:

- Expresar interés hacia la persona y no discutir malentendidos.
- Contactar de forma cuidadosa con la persona y escuchar sus respuestas.
- Ser tolerantes, estimular la autoestima, aprender más sobre la enfermedad mental que padece su familiar.
- Pedirle que haga alguna tarea placentera fuera de casa que demuestre que puede sentirse útil.
- Permanecer en contacto con ella, aunque no compartan mismo hogar.

Ante todo, la familia debe conservar la calma y transmitir tranquilidad al paciente con riesgo suicida. Además de mostrar esperanza, buscar ayuda profesional y retirar todo lo que pueda servir para llevar a cabo la autolesión.

En caso de que llegue a producirse el intento suicida, se deben seguir algunas recomendaciones posteriores, entre otras:

- Aceptar lo ocurrido, sin culpabilizar al paciente.
- No banalizar la situación generada.
- Abordar las posibles causas y soluciones, minimizando así las posibles repeticiones futuras.

Conclusión:

La familia constituye un pilar fundamental en la rehabilitación y la prevención de recaídas en el paciente con riesgo suicida al ser las personas más cercanas a éste.

Los profesionales de enfermería tienen un papel muy importante en la educación para la salud y la transmisión de información necesaria para que familiares y allegados sepan actuar ante esta situación que se les presenta.

Bibliografía:

1. Montañez, C. G., Morales, M. L. C., Araque, J. C., Cala, O. X., Hernández, B. S., Jiménez, M. N. & Sierra, S. M. (2011). Efectividad de la funcionalidad familiar de persona que ha intentado suicidarse. Salud UIS, 43(1), 33-37.
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-2001] Apoyo social percibido y conducta suicida

Miguel Ruiz Veguilla, Elena Velasco Barbancho, Manuel Canal Rivero, Carmen Jimenez Casado

Mostrar Póster**Introducción:**

Las nuevas teorías que abordan la problemática de la conducta suicida ponen de relevancia la importancia de la red social en este tipo de problemática. Sin embargo, recientes estudios refieren la importancia no sólo de la presencia de una red de apoyo social sino la percepción que la persona tiene sobre ella.

Hipótesis:

El objetivo de nuestro estudio fue analizar el rol de la percepción de apoyo social percibido en la conducta suicida. En base a literatura previa creemos que la percepción de pertenencia a un grupo y el efecto positivo en la autoestima por pertenencia a un grupo social están significativamente relacionadas con la conducta suicida.

Método:

La muestra del estudio se compone de 58 sujetos (20 controles, 15 participantes con ideación autolítica y 23 con historia reciente de intento autolítico) que acuden a los servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se obtuvieron datos de tipo sociodemográfico y clínico. El apoyo social percibido se midió a través de la Escala de Apoyo Social Percibido (ISEL) validada en población española y que mide cuatro dimensiones: i) apoyo por información, ii) apoyo instrumental, iii) autoestima y iv) pertenencia.

Resultados:

La prueba no paramétrica Kruskal-Wallis se empleó para analizar si había diferencias significativas entre las tres muestras de estudio en las distintas dimensiones de la soledad. Los resultados mostraron diferencias significativas (en las dimensiones de autoestima ($p < 0.01$) y apoyo instrumental ($p < 0.02$)).

Discusión:

En línea con nuestra hipótesis, encontramos que las personas con ideación o conductas autolíticas puntúan significativamente más bajo en la dimensión autoestima. Esto es, el efecto que la pertenencia a un grupo tiene en la autoestima de las personas es menor en estos grupos de sujetos. En contra de nuestra hipótesis no encontramos diferencias en la dimensión de pertenencia aunque sí en la dimensión de apoyo instrumental que ha referencia a la percepción que la persona tiene de disponibilidad de ayuda por parte de las demás.

Conclusiones:

Los resultados muestran como las personas que acudieron a los servicios de salud mental por presencia de historia reciente de conducta autolítica o ideación autolítica presentan menores puntuaciones en autoestima y apoyo instrumental. Debido a que esto se trata de percepciones y tienen un componente subjetivo sería interesante analizar los procesos perceptivos implicados en tales tipos de percepciones a fin de identificar posibles distorsiones cognitivas que ayuden a la puesta en práctica de terapias que ayuden a modificar este tipo de creencias.

[PO-2002] Actitudes hacia la muerte y conducta suicida: Aceptación de escape y miedo a la muerte

Miguel Ruiz Veguilla, Elena Velas Barbancho, Manuel Canal Rivero, Carmen Jimenez Casado

Mostrar Póster**Introducción:**

Pocos estudios empíricos han analizado el rol de las actitudes hacia la muerte en personas que han realizado algún intento suicida. Además, aún menos análisis se han realizado en cuanto a las diferencias existentes en las actitudes hacia la muerte entre personas con historia de conducta suicida, aquellas con ideación autolítica o las que no presentan historia de ningún tipo de conducta o pensamiento autolítico.

Hipótesis:

El objetivo de este estudio es analizar las posibles diferencias entre tres grupos de personas (intento autolítico vs. ideación vs. controles) en las diferentes dimensiones de las actitudes hacia la muerte medidas por el perfil revisado de actitudes hacia la muerte. Nosotros pensamos que los tres grupos se diferenciarán en dos de las dimensiones incluidas en el test, esto es, miedo a la muerte y aceptación de escape.

Método:

La muestra del estudio se compone de 58 sujetos (20 controles, 15 participantes con ideación autolítica y 23 con historia reciente de intento autolítico) que acuden a los servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se obtuvieron datos de tipo sociodemográfico y clínico. Las actitudes hacia la muerte se midieron empleando el Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte que mide cinco dimensiones: i) miedo a la muerte, ii) evitación de la muerte, iii) aceptación de acercamiento, iv) aceptación de escape y v) aceptación neutral.

Resultados:

La prueba no paramétrica Kruskal-Wallis se empleó para analizar si había diferencias significativas entre las tres muestras de estudio en las distintas dimensiones que conforman las actitudes hacia la muerte. Los resultados mostraron diferencias significativas en las dimensiones de miedo a la muerte ($p < 0.03$) y aceptación de escape ($p < 0.01$)

Discusión:

Tal como habíamos hipotetizado las personas con historia de conducta autolítica e ideación autolítica presentan puntuaciones significativamente más bajas en la dimensión miedo a la muerte, esto es, estos grupos presentan pensamientos menos negativos respecto a la muerte que el grupo control. Además, ambos grupos puntuaron también de forma significativamente mayor en aceptación de escape. Puntuaciones elevadas en tal dimensión indica que la muerte es vista como el escape de una existencia dolorosa.

Conclusiones:

Consideramos que es importante evaluar y tener en cuenta las actitudes hacia la muerte en aquellas personas que realizan o presentan alguna conducta y/o ideación relacionada con el suicidio. Más estudios son necesarios a fin de comprobar si las actitudes hacia la muerte pudieran ejercer un papel como predictores de la conducta autolítica. Si esto fuera así debería tenerse en cuenta la pertinencia en incluir a éstas en los paquetes de tratamiento de la prevención de la conducta suicida.

[PO-2003] Soledad y suicidio: Importancia de la soledad social.

Elena Velasco Barbancho, Manuel Canal Rivero, Miguel Ruiz Veguilla

Mostrar Póster**Introducción:**

La soledad puede definirse como la consecuencia de las deficiencias percibidas en las relaciones sociales de la persona. Es por tanto una experiencia subjetiva que no es sinónimo de aislamiento social y que es sentida como desagradable y dolorosa. Numerosos estudios postulan relación entre la soledad y las diferentes manifestaciones de conducta suicida. Pero son pocos los estudios que analizan la relación entre la conducta suicida y la soledad entendiendo esta como un constructo multidimensional.

Hipótesis:

El objetivo de nuestro estudio es conocer si existen diferencias significativas en cuanto al apoyo social percibido en tres grupos de participantes, esto es, aquellos que han realizado algún intento autolítico, los que acuden a los servicios de salud mental por presencia de ideación autolítica y un grupo de participantes que no presentan conductas e ideación autolítica. Basándonos en estudios previos creemos que la soledad social es la que marcará la diferencia entre los tres grupos incluidos.

Método:

La muestra del estudio se compone de 58 sujetos (20 controles, 15 participantes con ideación autolítica y 23 con historia reciente de intento autolítico) que acuden a los servicios de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se obtuvieron datos de tipo sociodemográfico y clínico. La variable soledad se evaluó empleando la Escala de la soledad social y emocional para adultos (SELSA). Esta escala mide tres dimensiones de la soledad: i) soledad social, ii) soledad familiar y iii) soledad romántica o de pareja.

Resultados:

La prueba no paramétrica Kruskal-Wallis se empleó para analizar si había diferencias significativas entre las tres muestras de estudio en las distintas dimensiones de la soledad. Los resultados mostraron diferencias significativas (p

Discusión:

Según los resultados de este estudio, la soledad social sería la variable que mostraría medianas diferentes en los grupos estudiados. De hecho, las puntuaciones de los grupos de conducta e ideación autolítica son mayores. Esto significaría que es la soledad social, es decir, la carencia de relaciones afiliativas o que en el caso de existir produciría un sentimiento de marginalidad, la sensación de no ser aceptado por los otros, aislamiento y/o aburrimiento la que diferenciaría estos tres grupos y no la soledad emocional, que incluye el dominio familiar y romántico.

Conclusiones:

Estos resultados serían interesantes a fin de incluirlos en programas de prevención de la conducta suicida. Es más, la inclusión de módulos que atiendan a las necesidades sociales de estas personas pudiera funcionar como un importante componente de los programas de prevención de conducta.

[PO-2004] Impulsividad y suicidio: El rol de la búsqueda de sensaciones

Elena Velasco Barbancho, Manuel Canal Rivero, Miguel Ruiz Veguilla

Mostrar Póster**Introducción:**

La conducta suicida puede entenderse como aquel comportamiento potencialmente lesivo y autoinfligido, en el que hay evidencia implícita o explícita de: i) deseo de utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad, ii) presencia de algún grado de intención de acabar con su vida. Uno de los factores que más se ha relacionado con la conducta suicida es la impulsividad. Sin embargo, hasta la fecha los instrumentos empleados en la medición de la impulsividad han sido ampliamente criticados. Recientemente ha sido adaptado a población española una prueba psicométrica que resuelve algunas de las críticas más importantes realizadas.

Hipótesis:

El objetivo de nuestro estudio es analizar la posible relación entre diferentes dimensiones de la impulsividad y la conducta suicida. En concreto, tal como ha sido hipotetizado por teorías previas, esperamos encontrar diferencias en la dimensión búsqueda de sensaciones entre personas con intentos vs. ideación autolítica.

Método:

La muestra de estudio está formada por un total de 38 participantes. Veintitrés de ellos acudieron a los Servicios de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío por presencia de historia reciente de intento autolítico, mientras quince lo hicieron por presencia de ideación autolítica. Se obtuvieron datos de tipo sociodemográfico y clínico. La impulsividad se evaluó empleando "Impulsive Behavior Scale" (UPPS-P), que mide 5 dimensiones de la impulsividad: a) urgencia negativa, o tendencia a actuar precipitadamente ante emociones negativas extremas; b) falta de perseverancia o tendencia a no terminar tareas; c) falta de planificación, o tendencia a actuar sin pensar; d) búsqueda de sensaciones, una tendencia a probar conductas o actividades nuevas y emocionantes; y e) urgencia positiva, o la tendencia a actuar precipitadamente ante emociones positivas extremas.

Resultados:

La prueba no-paramétrica Mann-Whitney fue empleada para analizar si había diferencias significativas entre los sujetos con ideación suicida vs intento de suicidio en las distintas dimensiones de la impulsividad. Los resultados mostraron que aquellas personas que acudían tras haber protagonizado un intento de suicidio puntuaban significativamente más alto ($p < 0.05$) en la dimensión búsqueda de sensaciones.

Discusión:

La participación en actividades de riesgo ha sido identificada por algunas teorías como un factor diferenciador de aquellas personas que protagonizan alguna conducta suicida en comparación con aquellas con presencia de ideación autolítica.

Conclusiones:

Los resultados del presente trabajo apoyarían empíricamente tales teorías y pone en evidencia la importancia de evaluar estas características a fin de poner en marcha programas de prevención de la conducta suicida más eficaces. No obstante, es necesario continuar estudiando la relación entre la conducta suicida con las diferentes dimensiones de la impulsividad.

[PO-2005] Prevalencia de la ideación suicida en los adolescentes de La Rioja

María S. Campos Burgui, Ana Gorria Urtasun, Eduardo Fonseca-Pedrero, César Domínguez Pérez

Mostrar Póster**Introducción:**

Según la OMS, en el año 2012, el suicidio era la segunda causa de muerte en la población entre 15 y 29 años[1]. En un estudio multicéntrico realizado en diferentes países europeos con la Escala Paykel de Ideación Suicida[2], se encontró una tasa de ideación suicida en adolescentes del 32,3%, mientras que la prevalencia de intentos de suicidio fue del 4,2%. En España, con este mismo instrumento de medida, se encuentran tasas de prevalencia de ideación suicida del orden del 7,5% y de intentos previos de suicidio del 3%[3].

Hipótesis:

Estudiar la prevalencia de la ideación suicida en la población adolescente de La Rioja.

Método:

Se realizó un muestreo aleatorio estratificado, por conglomerados, a nivel de aula, en una población aproximada de quince mil estudiantes pertenecientes a la Comunidad Autónoma de La Rioja. Un total de 1.664 estudiantes, 782 varones (47%) y 882 (53%) mujeres, pertenecientes a 34 centros escolares y 98 aulas participaron en el estudio. La media de edad fue de 16,12 años (DT = 1,36), oscilando el rango de edad entre los 14 y los 19 años. Se autoadministró la escala Paykel de ideación suicida[2]. Este trabajo forma parte de un estudio más amplio centrado en el bienestar emocional de los adolescentes riojanos[4]

Resultados:

Los resultados obtenidos muestran que aproximadamente un 4% de los adolescentes riojanos han realizado alguna tentativa de suicidio en el último año. Más aún, el 6,9% de los jóvenes refirió un nivel de ideación suicida que se podría considerar como de riesgo.

El 4,9% de las mujeres indicaron que han intentado quitarse la vida en algún momento, frente al 3,2% de los hombres. Además, las mujeres respondieron de manera afirmativa en mayor proporción que los hombres en todas las preguntas de la escala Paykel .

Discusión:

Los resultados encontrados en este estudio son similares a los aportados por los estudios que usan esta escala y se han realizado en población española[3].

Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de ideación suicida cuando se les comparó con los hombres. Estudios previos realizados en población adolescente llegan a resultados similares[3,5].

Conclusiones:

Los adolescentes riojanos presentan un alto porcentaje de ideación suicida, mayor entre las mujeres, al igual que la población española. Es preciso conocer esta realidad para implementar programas de prevención y tratamiento eficaces.

[PO-2006] El modelo diatesis-estrés explica un alto porcentaje de los gestos autolíticos atendidos en urgencias.

Campos Navarro, María del Pilar, González Galdámez Ana Luisa, Rodriguez Hernandez Alicia, Diaz Muñoz Ana

Mostrar Póster**Introducción:**

La conducta suicida es un tema de relevante importancia. Supone un millón de muertes anuales en el mundo y en torno a las 4000 muertes en España. Mucho más habitual es la tentativa de suicidio y la ideación suicida. En nuestra área de salud una de las demandas más frecuentes en el servicio de urgencias es la valoración de este tipo de conductas, por lo que consideramos indispensable evaluar los perfiles de pacientes más frecuentes para ofrecer el mejor abordaje posible.

Hipótesis:

Nuestro objetivo es analizar las diferentes variables implicadas en los gestos autolíticos atendidos en urgencias.

Nuestra hipótesis es que el modelo diátesis-estrés explica la mayoría de las atenciones por gesto autolítico en urgencias.

Método:

Se analizan las características de los gestos autolíticos atendidos en el servicio de urgencias del Hospital General Universitario Santa Lucía (Cartagena) durante el año 2017 a través de la cumplimentación de un formulario integrado en el sistema informático SELENE. Este formulario incluye los ítems de la escala SAD PERSON (sexo, edad, pareja, tentativas previas, abuso de alcohol, ausencia de pensamiento racional, apoyo social inadecuado, plan elaborado y problemas de salud) además de situación laboral, tipo de convivencia, número hijos, crítica del evento, método lesivo, daño causado, probabilidad de descubrimiento, planes futuros, impresión clínica global y plan de tratamiento realizado. Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 15.0.

Resultados:

El número total de pacientes fue de 72 (no todos los gestos autolíticos fueron registrados). La media de edad fue de 34,17 años, con un predominio de mujeres (63,9%). La situación laboral fue heterogénea y no estadísticamente significativa. El diagnóstico más frecuente implicado fue el trastorno de adaptación. El 95.5% de los pacientes atendidos identificaron una situación precipitante (la más frecuente un acontecimiento vital estresante). El método autolesivo más frecuente fue la sobreingesta medicamentosa impulsiva con una alta probabilidad de descubrimiento. Nueve pacientes fueron ingresados debido a la no crítica del intento o el grado de letalidad. El 8.3% confirmaron antecedentes de suicidios consumados en familiares de primer o segundo grado. El 86% de la muestra no volvió a servicio de urgencias para ser atendido por conducta suicida en cualquiera de sus presentaciones. Dentro del 13,9% de pacientes que volvieron a urgencias en ese mismo año el diagnóstico más implicado fue el de trastorno específico de personalidad.

Discusión:

El modelo diátesis-estrés se basa en la interacción entre una predisposición biológica (que haría más vulnerable a ciertos sujetos) y diferentes factores estresantes vitales que llevarían al paciente a una pérdida de su control cognitivo. Como consecuencia de esta interacción aparece la conducta suicida. Tras el análisis de las diferentes variables, este modelo explicaría la mayoría de los gestos autolíticos atendidos: un 95.5 % de los pacientes identificaron una situación vital estresante como precipitante y un 48% había tenido tentativas previas ante otras situaciones de estrés.

Conclusiones:

La conducta suicida es una conducta compleja y muy heterogénea en cuanto a perfil de pacientes. La mayoría de las atenciones en urgencias tuvieron un precipitante claro que desencadenó una conducta impulsiva.

[PO-2008] Código Riesgo Suicida, ¿diferencias en la activación por ideación Versus intento?

Marc Agraz, Mariona Mendo, Laura Arenas, Cristina Díaz, Giovanni Torterolo, Deborah Fuentes, Roberto Palacios, Anna Gallart, Margarita Puigdevall, María Irigoyen

Mostrar Póster**Introducción:**

El pensamiento suicida, los intentos de suicidio y la muerte por suicidio siguen siendo problemas críticos de salud pública mundial. La Organización Mundial de la Salud estima que hubo 804,000 suicidios en todo el mundo al año. Sin embargo, la ideación suicida y el comportamiento suicida siguen siendo poco reconocidos y no tratados adecuadamente. Dado el creciente problema de salud pública, la identificación y el manejo de personas en riesgo de suicidio mejorarse utilizando mejores enfoques de evaluación y medidas preventivas y encontrar mejores tratamientos.

Desde septiembre de 2015, entra en vigor el código riesgo suicida (CRS) para identificar los casos de riesgo, dar continuidad asistencial de modo proactivo durante 30 días y preventivo longitudinal durante 12 meses.

Hipótesis:

Evaluar la evolución clínica y las variables sociodemográficas implicadas en la activación del CRS por ideación o por intento suicida.

Método:

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes identificados como CRS durante 2016 y 2017 revisando a través de historia clínica informatizada variables sociodemográficas y clínicas. Se distribuyen en dos grupos (derivación por ideación o por intento suicida). Test de Chi² y T-student para variables categóricas y cuantitativas respectivamente. Nivel de significación $p < 0.05$. Programa estadístico SPSSv22.. Aprobado por el CEIC del HUAV.

Resultados:

N=250. 67% intento. Mujeres (69.3% de intentos Vs 54.3% ideación, $p=0.021$), activos (42.1% intentos Vs 22% ideación, $p=0.002$), media edad (42.91 a intentos vs 47.6 a ideación, $p=0.038$). No diferencias significativas respecto eje I y eje II ni respecto al número previo de visitas al psiquiatra 6 meses antes a la activación del CRS. No diferencias respecto al número de intentos previos. El recurso de activación: Atención Primaria (0.6% intento Vs 8.6% ideación), Urgencias (57.1% intento Vs 32.1% ideación), Hospitalización (41.1% intento Vs 55.6% ideación), Psiquiatra ambulatorio (1.2% intento Vs 3.7% ideación) ($p < 0.001$). No diferencias significativas respecto asistencia ni tiempo de espera a la primera visita ambulatoria tras la activación independientemente de si es por ideación o intento. Respecto a la evolución clínica tras la activación, en la actualidad de los 250 activados: en seguimiento (46% intento Vs 63% ideación), derivado a AP (7% intento Vs 11% ideación), abandono (38% intento Vs 23% ideación), Suicidio (1% intento Vs 3% ideación).

Discusión:

Los códigos riesgo suicida presentan variables sociodemográficas más específicas fácilmente identificables en función de intento reciente o ideación. A nivel clínico no se observan diferencias respecto a los antecedentes pero sí respecto a la evolución clínica futura. Por ello es importante promover la identificación de la ideación como intento preventivo. De hecho, los pacientes con ideación presentan mayor suicidio posterior, mayor necesidad de seguimiento posterior y menor abandono del seguimiento.

Conclusiones:

Es importante promover la identificación de la ideación suicida con la finalidad de implementar medidas preventivas y abordaje multidisciplinar a fin de intentar evitar el paso al acto.

[PO-2009] Seguimiento a un año de una muestra de pacientes tras tentativa de suicidio grave.

José Portes Cruz, Paula Acosta Rodríguez, Victoria Mercader Carrión, Begoña Portela Traba, Julio Brenlla González, Eduardo Paz Silva, Manuel Arrojo Romero, Mario Páramo Fernández.

Mostrar Póster**Introducción:**

Se procede a analizar la suicidabilidad en pacientes que realizaron tentativa de suicidio grave durante el año 2016, con seguimiento a un año tras alta hospitalaria.

Hipótesis:

- 1.- Conocer la tasa de suicidabilidad en relación con las tentativas de suicidio graves,
- 2.- Analizar los seguimientos realizados en pacientes que han realizado tentativa de suicidio grave durante un año, y comparar dicho seguimiento en pacientes que consumaron el suicidio en el año posterior a la tentativa de suicidio grave.
- 3.- Analizar y comparar la implicación de haber presentado tentativas de suicidio previas. Se procede a analizar la suicidabilidad en pacientes que realizaron tentativa de suicidio grave durante el año 2016, con seguimiento a un año tras alta hospitalaria.

Método:

Se analiza una muestra formada las tentativas de suicidio graves realizadas en el área de Santiago de Compostela y atendidas en el CHUS durante el año 2016, incluyendo en las tentativa autolítica graves aquellas que precisaron ingreso en servicio no psiquiátrico (UCI/REA/Área Médica/Área Quirúrgica) y realizando la primera valoración psiquiátrica por la Unidad de Interconsulta de Psiquiatría, obteniéndose una n=46.

Se utilizó el protocolo de recogida de variables recomendado por la OMS así como seguimiento a 1 mes, 2-3 meses, 4-6 meses y 7-12 meses, recogiendo nuevas tentativas durante el primer año, defunción/no defunción y causa de la misma (suicidio/otras).

Resultados:

Se registraron 46 tentativas de suicidio serias, con una edad media de 44'75 años (+9'84) siendo mayor en hombres que en mujeres, 46'17 (+17'09) y 44'01 (+12'03). Del total de la muestra al seguimiento un año se encuentran 4 fallecimientos, de los cuales 3 (75%) son por suicidio consumado. De los tres suicidios consumados un 66'6% fueron hombres y un 33% mujeres. Los métodos de suicidio consumados fueron según codificación CIE-10, X61, X62 y X70. Respecto al seguimiento al primer mes un 0% de pacientes fueron vistos del grupo que consumaron suicidio frente al 55% que continúan vivos, con un 33% hubo seguimiento a 2-3 meses en los que consumaron suicidio frente al 48% del grupo que sigue vivo. De aquellos pacientes que finalmente consuman el suicidio transcurre una media de 69'67 días de media. A nivel de tentativas previas nos encontramos con un 33'3% de los suicidios consumados nunca habían realizado una tentativa previamente, un 33'3% la había realizado en los últimos 12 meses y 33'3% la realizó hace más de doce meses, frente al 64'3% que nunca realizó una tentativa en los pacientes que siguen vivos. Al estudiar las nuevas tentativas realizadas en la muestra se haya que un 66'7% de los pacientes nunca había realizado una tentativa previa ni realizó una nueva tentativa en el año de seguimiento tras el alta, y un 71'4% había realizado una tentativa en últimos 12 meses y realizó una nueva tentativa durante el año de seguimiento, con una estimación de riesgo Odds ratio para nuevas tentativas en un año de 5'000. A nivel diagnóstico el 66'6% de los suicidios consumados presentan diagnóstico dentro del grupo F30-F39 de la CIE-10.

Conclusiones:

Al analizar un grupo de pacientes que realizan tentativa de suicidio grave se observa la importancia de un seguimiento intensivo en los primeros meses tras la misma, viendo los valores de tiempo medio en los que tras una tentativa seria se realiza una nueva en la cual se consume el suicidio, así como la importancia de las tentativas previas en la predicción de nuevas tentativas.

[PO-2010] Características asociadas con el comportamiento suicida en pacientes con trastorno bipolar, ¿existen diferencias de género?

Lorena de la Fuente-Tomás, Mónica Sánchez-Autet, Leticia García-Álvarez, Leticia González-Blanco, Ángela Velasco-Iglesias, Julia Rodríguez-Revuelta, Iciar Abad, Abel Fernández, Francesco Dal Santo, Pilar Sáiz, Julio Bobes, María Paz García-Portilla

[Mostrar Póster](#)

Introducción:

El trastorno bipolar (TB) conlleva el mayor riesgo de muerte por suicidio de todos los trastornos mentales (1). Los estudios predicen que entre un 25-50% de los pacientes realizará tentativas suicidas, y que un 15% terminará intencionalmente con sus vidas (2). Cuando se analizan las características asociadas a historia de tentativa suicida en pacientes con TB, encontramos que presentan con mayor frecuencia antecedentes familiares de trastornos afectivos, comorbilidad psiquiátrica, sintomatología depresiva y alteraciones en el funcionamiento (3). Sin embargo, no existen estudios que examinen si existen diferencias de género.

Hipótesis:

Analizar si existen diferencias de género en las características sociodemográficas, clínicas (psicopatológicas y somáticas), el funcionamiento, la cognición, y la salud física asociadas a historia de tentativa suicida en una muestra de pacientes con TB.

Método:

Los datos han sido extraídos de los pacientes de Oviedo incluidos en el estudio transversal y naturalístico para el desarrollo de un modelo de estadiaje (FIS, ref. PI11/02493). Participantes: 111 pacientes con diagnóstico de TB (criterios DSM-IV-TR), pertenecientes al Área de salud IV de Asturias. Instrumentos: a) Protocolo "ad hoc" de variables sociodemográficas y clínicas (comorbilidad psiquiátrica y somática); b) Psicopatología: HDRS, YMRS, HARS, ICG; c) Cognición: SCIP; d) Funcionamiento: EEAG y FAST; e) Evaluación biológica: constantes vitales y parámetros antropométricos. Análisis estadístico: pruebas Chi-cuadrado y t de Student.

Resultados:

61.3% mujeres; edad media=48.0 (2.6); 44% presentan una historia de tentativa suicida; media de tentativas=2.6 (2.3). Frente a las mujeres sin historia de tentativa suicida, las mujeres con historia presentan con mayor frecuencia un patrón melancólico [33.4%vs73.1%;p=0.032], mayor gravedad de la sintomatología depresiva [6.8(5.9)vs12.0(6.5);p=0.002] y ansiosa [(11.3(7.6)vs16.7(9.5);p=0.013], deterioro cognitivo en mayor proporción [25%vs52.6%;p=0.032], peor funcionamiento laboral [(6.7(4.2) vs 10.0 (5.5);p=0.031], peor percepción de calidad de vida relacionada con la salud mental [60.6(22.1)vs48.0(23.2);p=0.034], y sobrepeso y obesidad en mayor proporción [13.3%vs54.2%;p=0.032; 13.3%vs43.8%;p=0.032, respectivamente]. Los varones con historia de tentativa suicida tienen con mayor frecuencia un grado de minusvalía reconocido [31.6%vs68.4%;p=0.028], mayor número de ingresos [(2.3(3.2)vs5.1(4.2);p=0.025] y de episodios depresivos previos [(4.3(3.6)vs9.4(10.0);p=0.036], y mayor IMC [(28.9 (4.7)vs33.3(5.0);p=0.002] y perímetro abdominal [101.8(8.2)vs111.8(9.6);p=0.002].

Discusión:

En ambos sexos la presencia de historia de tentativa suicida previa se relaciona con una mayor gravedad del TB, datos que apoyan los resultados encontrados en estudios previos (3).

Conclusiones:

1. Tanto en hombres como en mujeres la historia de tentativas de suicidio se asocia a mayor gravedad del TB.
2. En los hombres, a diferencia de las mujeres, la mayor gravedad viene determinada por la clínica depresiva y el nº de ingresos hospitalarios, así como por el reconocimiento oficial de la afectación de su nivel de funcionamiento laboral.
3. En las mujeres la mayor gravedad se expresa en clínica ansioso-depresiva, alteraciones cognitivas y peor percepción subjetiva de su salud mental.

[PO-2013] Los grandes repetidores tienen un perfil de mayor gravedad psicopatológica y un mayor consumo de recursos sanitarios.

Maria Irigoyen, Margarita Puigdevall, Laura Arenas, Deborah Fuentes, Giovanni Torterolo, Roberto Palacios, Mariona Mendo, Cristina Díaz, Marc Agraz, Hilario Blasco-Fontecilla

Mostrar Póster**Introducción:**

Los grandes repetidores (sujetos con ≥ 5 intentos de suicidio) son un fenotipo suicida diferente que representa alrededor del 10% de los sujetos que intentan el suicidio y suponen un elevado consumo de recursos sanitarios.

Hipótesis:

Hipótesis: los grandes repetidores presentan un perfil de mayor socio-demográfico y clínico diferente al de los sujetos que tienen menos intentos de suicidio, y son un subgrupo particularmente grave caracterizado por la gravedad psicopatológica y el consumo de recursos sanitarios.

Objetivo:

Extender el conocimiento actual sobre el perfil socio-demográfico, clínico y de riesgo de los grandes repetidores.

Método:

Este estudio incluyó a todos los individuos mayores de edad evaluados por conducta suicida ($n = 436$, 9 excluidos por falta de información) en una consulta de prevención de riesgo suicida en la provincia de Lérida desde el 1 de diciembre de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2017. El Comité de Ética del Hospital de Lleida aprobó el estudio. Se empleó entrevista semiestructurada utilizando un protocolo que incluía la recogida de datos sociodemográficos y clínicos. Se realizaron análisis univariantes para explorar si las variables sociodemográficas y clínicas estaban asociadas con ser un gran repetidor. Usamos tablas de contingencia para comparar la variable dependiente dicotómica grandes repetidores (sí/no) con otras variables dicotómicas independientes. La prueba exacta de Fisher (FET) y la t de student proporcionaron significación (SPSS Inc., Chicago, EE. UU.).

Resultados:

26 (6.1%) sujetos eran grandes repetidores. Comparando a los grandes repetidores frente al resto, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en: edad, estado civil, ocupación, nivel de estudios, nacionalidad (española vs. extranjero), comorbilidad médica, presencia de acontecimientos vitales estresantes, AF de conducta suicida, abandono en la infancia y letalidad de los intentos. Sin embargo, los grandes repetidores eran más frecuentemente mujeres (96.2% vs. 63.6%, FET p

Discusión:

El % de grandes repetidores es ligeramente menor al reportado en otros trabajos. El resto de hallazgos son compatibles con la literatura previa que señala que los grandes repetidores presentan más frecuentemente diagnósticos en el Eje I compatibles con la teoría de la adicción suicida (trastornos afectivos, TUS, y TCA), Eje II (cluster B), y un perfil de mayor reincidencia y uso de los recursos sanitarios.

Conclusiones:

Los grandes repetidores representan un fenotipo suicida particular caracterizado por una mayor gravedad psicopatológica y un mayor uso de los recursos sanitarios.

[PO-2014] Perfil sociodemográfico en relación a tentativa autolítica grave VS tentativa autolítica leve

José Portes Cruz, Paula Acosta Rodríguez, Victoria Mercader Carrión, Begoña Portela Traba, Julio Brenlla González, Eduardo Paz Silva, Manuel Arrojo Romero, Mario Páramo Fernández.

Mostrar Póster**Introducción:**

Se procede a analizar el perfil sociodemográfico en relación tentativa de suicidio grave VS tentativa autolítica leve.

Hipótesis:

- 1.- Analizar y comparar los perfiles sociodemográficos en pacientes que presentan una tentativa grave frente a los que presentan una tentativa leve.
- 2.- Analizar y comparar los diagnósticos según CIE-10 en pacientes que realizaron tentativa grave frente a los que presentan tentativa leve.

Método:

Se analiza una muestra formada por todas las tentativas de suicidio realizadas en el área de Santiago de Compostela y atendidas en el CHUS durante el año 2016, (n=338) diferenciando tentativa autolítica grave como aquella que precisó en primer lugar ingreso en servicio no psiquiátrico (UCI/REA/Area Médica/Area Quirúrgica) y realizando una primera valoración psiquiátrica por la Unidad de Interconsulta de Psiquiatría, siendo este grupo el utilizado como muestra (n=46).

Se utilizó el protocolo de recogida de variables recomendado por la OMS, donde se encuentran las variables edad, sexo, estado civil, convivencia, nivel educativo, nivel socioeconómico y diagnóstico por CIE-10.

Resultados:

Se registraron 338 tentativas de suicidio, con una edad media de 44'75 años (+-9'84) siendo mayor en hombres que en mujeres, 46'17 (+-17'09) y 44'01 (+-12'03), no habiendo diferencias significativas entre grupo de interconsulta y resto de la muestra.

Los resultados más sobresalientes respecto al perfil sociodemográfico de los pacientes atendidos en IC destacan los Nunca casados (41%) frente a los casados (38 del resto de la muestra, encontrando diferencias estadísticamente significativas para un valor χ^2 de 23'547 y nivel de significación 0'0005. El cálculo de Odds Ratio respecto a buen soporte VS mal soporte según estado civil muestra un riesgo mayor (Odds Ratio 2'7 con nivel de confianza de 1'296 y 5'709) de pertenecer al grupo de IC los que presentan mal soporte.

Respecto al nivel educativo existen diferencias significativas entre el grupo IC y resto de la muestra, correspondiendo un 54% a nivel bajo y 22% nivel medio en grupo IC frente al 44% nivel medio y 26% en el resto de la muestra, con χ^2 cuadrado 21'496 con nivel de significación 0'000.

A nivel socioeconómico no se encuentran diferencias estadísticamente significativas., predominando en ambos grupos los desempleados.

A nivel diagnóstico se encuentran diferencias estadísticamente significativas, destacando en grupo IC un 28'3% de diagnóstico F-30-F39 y un 21'7% de F10-F19, frente al 35'6% de F30-F39 y 17'5% de F60-F69 en el resto de la muestra, con χ^2 cuadrado 35'280 con nivel de significación 0'000.

Conclusiones:

No existen diferencias de edad y sexo en los grupos de muestra. El grupo IC presenta un perfil sociodemográfico peor respecto al estado civil y nivel de soporte, así como en lo referente al nivel de estudio, destacando la mayor prevalencia de diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.

[PO-2015] ¿Desde dónde se activa el CRS?

Cristina Díaz, Laura Arenas, Roberto Palacios, Deborah Fuentes, Giovanni Torterolo, Mariona Mendo, Marc Agraz, Anna Gallart, Margarita Puigdevall, María Irigoyen

Mostrar Póster

Introducción:

El Departamento de Salud ya recogió las prioridades establecidas por la OMS (programa Supre) en el Plan de Salud de Cataluña de 2004, impulsando proyectos asistenciales orientados específicamente en este sentido ((European Alliance Against Depression) y ha desarrollado dos experiencias, la primera en Barcelona (a la derecha del Ensanche) y la segunda en Sabadell. Desde septiembre de 2015, entra en vigor el código riesgo suicida (CRS) con la vocación de identificar todos los casos de riesgo, promover una continuidad asistencial de modo proactivo durante 30 días y preventivo longitudinal durante 12 meses. Para ello, se implica a todos los agentes de la red sanitaria (Atención Primaria, servicios de urgencias, red de Salud Mental, etc.).

Hipótesis:

Evaluar cuáles son los dispositivos sanitarios y los agentes que identifican y activan el riesgo suicida en la actualidad.

Método:

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes identificados como CRS durante 2016 y 2017 revisando a través de historia clínica informatizada variables sociodemográficas y clínicas con especial énfasis en el dispositivo desde el cuál se identificó y activó el CRS. Se distribuyen en cuatro grupos (Atención Primaria, Urgencias, Hospitalización, Red ambulatoria). Test de Chi² y T-student para variables categóricas y cuantitativas respectivamente. Nivel de significación $p < 0.05$. Programa estadístico SPSSv22.. Aprobado por el CEIC del HUAJ

Resultados:

N=250.64.5% mujeres. Emparejados 52.2%, Activos 35.6%, edad 44.65 años. 96% antecedentes psiquiátricos eje I, predominio T. ánimo y T. adaptativo. 28.8% TP. 55.9% intoxicaciones con drogas sedantes y no sedantes. 33.1% ideación, 11% método violento. Fueron identificados el 48% en urgencias, 47% en hospitalización general o de psiquiatría, 3% Atención Primaria, 2% red ambulatoria. La media de edad de los detectados en AP era más mayor (60.67 años) mientras que los procedentes de otros dispositivos oscilaban los 44-49 años ($p=0.003$). No más diferencias significativas en cuanto variables sociodemográficas. Los derivados desde red ambulatoria presentaban 2.5 visitas mientras que los derivados desde AP 0.67 visitas de media por parte de psiquiatra los 6 meses previos ($p=0.002$). La severidad del acto detectado en AP es más leve que el de hospitalización ($p=0.003$) siendo los procedentes de urgencias y de hospitalización los que emplean métodos más violentos ($p=0.016$) respecto los procedentes de AP que suelen presentar ideación en un 87.5% de los casos. En cuanto a la evolución clínica, los pacientes derivados desde urgencias son los que más abandonan el seguimiento, los procedentes de hospitalización se suicidan un 2%, los derivados de la red ambulatoria no abandonan el seguimiento ($p=0.01$).

Discusión:

La mayoría de nuestros pacientes consultados había visitado a su médico general poco antes del intento de suicidio índice aunque finalmente fueron identificados desde urgencias u hospitalización una vez realizado el gesto. Los diagnósticos predominantes fueron trastornos de adaptación y trastornos del ánimo, que a menudo se maneja desde la atención primaria. Cabe destacar la identificación desde la ideación suicida desde AP como prevención primaria

Conclusiones:

Es fundamental el entrenamiento de los distintos agentes de la sociedad para la identificación de los pacientes con riesgo suicida y poder establecer protocolos de manejo que faciliten el acceso a la ayuda sanitaria

[PO-2019] Una consulta monográfica de prevención de riesgo suicida, ¿facilita la implementación del Código Riesgo Suicida?

Laura Arenas, Deborah Fuentes, Cristina Díaz, Roberto Palacios, Giovanni Torterolo, Marc Agraz, Mariona Mendo, Margarita Puigdevall, María Irigoyen

Mostrar Póster

Introducción:

Desde septiembre de 2015, entra en vigor el código riesgo suicida (CRS) en la Comunidad Autónoma de Catalunya para identificar casos de riesgo, garantizar visita ambulatoria máximo a los 10 días (adultos) y 72h (menores) del alta, promover continuidad asistencial de modo proactivo durante 30 días y preventivo longitudinal durante 12 meses.

Hipótesis:

Atendiendo a los requisitos de la instrucción legal, evaluar la accesibilidad y evolución clínica según derivación a consulta monográfica de riesgo suicida o a agenda ambulatoria convencional mediante la revisión de variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas.

Método:

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes CRS durante 2016 y 2017 revisando a través de historia clínica informatizada variables sociodemográficas y clínicas con especial énfasis en si acudieron a visita ambulatoria monográfica de prevención de riesgo suicida o a consulta convencional. Test de Chi2 y T-student para variables categóricas y cuantitativas respectivamente. Nivel de significación $p < 0.05$. Programa estadístico SPSSv22. Limitaciones: pacientes de otra comunidad autónoma al no poder evaluar su evolución clínica por ausencia de historia compartida y pacientes que no acuden a primera visita. Aprobado por CEIC del HUAV.

Resultados:

N=250. 50% fueron derivados a monográfica. No hubo diferencias significativas en cuanto a género ni edad. De los que acudieron a la monográfica el 60% estaba emparejado mientras que en la convencional lo estaban el 44.8% ($p=0.016$), el 43.20% de la monográfica estaban activos respecto al 28% de la convencional ($p=0.012$). Los diagnósticos por eje I en la monográfica versus convencional eran así ($p < 0.001$): TUS 3.2% Vs 9.6%; Psicosis 0% Vs 12%; T. ánimo 38% Vs 31.2%; T. adaptativo 42.4% Vs 24%, Abuso OH 1.6% Vs 5.6%). Sin diferencias significativas en eje II. Respecto a las visitas previas con PSQ los 6 meses previos a la activación del CRS, en la monográfica la media era de 0.27 mientras que en la convencional .04 ($p < 0.001$). No se observaron diferencias significativas en cuanto a la letalidad del gesto diana que activa el CRS. En cuanto a la accesibilidad a la primera visita el 89.6% acudió a la monográfica y el 76.5% a la convencional ($p < 0.001$) con tiempos de espera de 7.61 7 11.37 días respectivamente ($p=0.014$). La estancia media en unidad psiquiátrica fue más corta para los que fueron derivados a monográfica (6.08 días) respecto a la convencional (12.13 días). La activación del código ($p < 0.001$) era para la monográfica versus convencional (MAP 4.8% Vs 1.6%; CEX PSQ 2.4% Vs 1.6%, Hospitalización 29.6% Vs 63.7% y urgencias 63.2% Vs 33.1%). La evolución clínica ($p < 0.001$) de la monográfica Vs convencional (en seguimiento activo 42% vs 62%; derivación AP 13% Vs 4%; abandono 42% Vs 25%; suicidio 1% Vs 2%). En cuanto a reincidencia, en la monográfica se alarga la misma hasta 341.79 días y en la convencional 226.39 ($p=0.216$).

Discusión:

El perfil del paciente derivado a la consulta monográfico se caracteriza por trastornos del ánimo o adaptativos, escasamente vinculado a la red en la actualidad e identificados en dispositivos de urgencias, o atención poco especializada. La accesibilidad de una agenda monográfica parece facilitar la asistencia a la primera visita tras el intento y a la disminución de la estancia media hospitalaria en el caso de los ingresados. En cambio, los pacientes más cronificados parecen preferir seguir vinculados a sus referentes habituales.

Conclusiones:

Es importante que una vez identificado riesgo suicida, a la hora de proceder a la derivación se determine qué seguimiento es más idóneo atendiendo a sus antecedentes y vínculos terapéuticos. Posibilitar la accesibilidad temprana a las agendas convencionales podría ser una prioridad por parte de la administración a fin de implementar completamente el CRS.

[PO-2020] Se implantó el CRS, pero ¿se ha logrado la continuidad asistencial tras identificarse la conducta suicida?

Roberto Palacios, Giovanni Torterolo, Marc Agraz, Mariona Mendo, Deborah Fuentes, Laura Arenas, Cristina Díaz, Margarita Puigdevall, María Irigoyen

Mostrar Póster**Introducción:**

El Departamento de Salud ya recogió las prioridades establecidas por OMS (programa Supre) en el Plan de Salud de Cataluña 2004, impulsando proyectos asistenciales (European Alliance Against Depression). Desde septiembre de 2015, entra en vigor el código riesgo suicida (CRS) para identificar casos de riesgo, promover continuidad asistencial de modo proactivo durante 30 días y preventivo longitudinal durante 12 meses.

Hipótesis:

Evaluar continuidad asistencial en provincia de Lérida de códigos riesgo suicida identificados entendiendo por ello la persistencia del seguimiento en los dispositivos de la red oportunos.

Método:

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes CRS durante 2016 y 2017 revisando a través de historia clínica informatizada variables sociodemográficas y clínicas con especial énfasis en si acudieron a visita ambulatoria tanto monográfica de prevención de riesgo suicida o a consulta convencional. Tras descripción de muestra, se distribuyen en dos grupos (acude o no a primera visita). Test de Chi2 y T-student para variables categóricas y cuantitativas respectivamente. Nivel de significación p

Resultados:

N=250. 64.5% mujeres, edad media 44.65, 35.6% activos, 52.2% emparejados. 34.7% T. ánimo, 33.5% T. adaptativos, 28.8%.TP, 4% sin antecedentes psiquiátricos. Media de 0.61 intentos previos. 55.9% intoxicaciones medicamentosas sedantes o no sedantes, 33.1% ideación sin gesto y 10.9% métodos violentos. Media de 282 días desde última visita con PSQ previo al gesto. El 83.2% acude a la primera visita siendo la espera de 9.48 días de media. No encontramos variables significativas respecto a los que acuden o no a la primera visita pero sí observamos que los que no acuden a la visita fallecen en mayor medida (los que no acuden, 3% suicidio respecto al 1% que sí acude, $p=0.01$) y que se garantiza más la asistencia si el tiempo de espera es menor. Los días de espera varían si son enviados a consulta monográfica (7.61d) o convencional (11.37d) ($p=0.014$) o de si presentan ocupación o no (los activos esperan 6.59 d y los incapacitados 11.04 d) (p)

Discusión:

Un intento de suicidio previo es el factor de riesgo más importante para el suicidio. Por lo tanto, la prevención en el nivel secundario, centrada en los que intentan suicidarse, se vuelve especialmente relevante.

Conclusiones:

Es importante implicar a todos los agentes para promover la identificación del riesgo suicida y facilitar su vinculación inmediata a la red de salud mental para las intervenciones oportunas.

[PO-2021] Toma de decisiones e inflamación periférica en el comportamiento suicida

Iciar Abad, Jonathan Dubois, Emilie Olié, Maude Senèquec; Julia Rodríguez-Revuelta; Ángela Velasco; Sebastien Guillaume, Adrian Alacreu-Crespo,, Lorena de la Fuente, Leticia González-Blanco, Paz García-Portilla; Julio Bobes; Pilar Alejandra Saiz, Philippe Courtet

Mostrar Póster**Introducción:**

Numerosas publicaciones establecen relación entre comportamiento suicida y disfunción ejecutiva (1). Datos ponen de manifiesto que la inflamación podría tener relevancia en la etiopatogenia del comportamiento suicida. Se ha descrito asociación entre marcadores periféricos de inflamación, proteína C reactiva (PCR)(2) e índice neutrófilo-linfocito (INL)(3,4) y comportamiento suicida. No existen estudios de la relación recíproca entre esos dos factores y el comportamiento suicida.

Hipótesis:

Analizar, en pacientes con depresión, la relación entre toma de decisiones (componente principal de la función ejecutiva) y biomarcadores periféricos de inflamación (PCR e INL)

Método:

461 pacientes [edad media(SD)=42.51(12.99); mujeres=309(67.03%)] reclutados en Servicios de Salud Mental Oviedo (España) (n=76) y en Hospital Universitario Montpellier (Francia) (n= 385), con historia de al menos un episodio depresivo mayor (DSM-5). 294 (63.77%) tenían historia de tentativa suicida (TS) (DSM-5). Para medir la capacidad de toma de decisiones se utilizó el Iowa Gambling Task (IGT). Como biomarcadores periféricos se utilizaron la PCR obtenida a partir de muestras de sangre periférica de todos los individuos de la muestra y el INL calculado a partir de esas mismas muestras de 343 individuos [TS=218(63.55%)]. Se consideraron las net score (elecciones ventajosas–elecciones desventajosas) totales y agrupadas cada 20 elecciones de IGT. Los puntos de corte de PCR e INL se basan en los establecidos para enfermedades somáticas (PCR=3 mg/L e INL=2.5). Se realizaron análisis de regresión logística comparando las diferentes variables. Para la relación recíproca entre variables se utilizó la prueba de esfericidad de Mauchly (factor de corrección Huyn-Feldt). Los grupos se controlaron por edad, sexo y nivel de estudios.

Resultados:

Se ha detectado una tendencia significativa entre valores elevados de PCR (>3) y peores puntuaciones iniciales en la IGT (elecciones 1-20) en los pacientes con historia de TS (p=0.062) y una relación estadísticamente significativa entre valores elevados de PCR (>3) y mejores puntuaciones en la IGT (elecciones 61-80) en pacientes con TS. No se han obtenido relaciones con significación estadística con puntuaciones totales de la IGT ni al incluir en los análisis el INL.

Discusión:

A pesar de que estudios previos demostraban relación entre comportamiento suicida y las variables consideradas(1,2,3,4), en este trabajo sólo se establece relación entre resultados obtenidos en las fases iniciales de la IGT y PCR. Una razón podría ser que los puntos de corte considerados para los marcadores inflamatorios en relación con patología somática (principalmente cardiovascular) pueden no ser adecuados para los trastornos mentales y, más concretamente, comportamiento suicida.

Conclusiones:

Sólo ha podido establecerse relación recíproca entre factores inflamatorios (PCR e INL), puntuaciones IGT y comportamiento suicida de modo parcial y en mediciones concretas. Es necesaria una validación específica de puntos de corte de factores inflamatorios periféricos en el comportamiento suicida.

[PO-2022] ¿La fibromialgia presenta alguna particularidad en cuanto a la conducta suicida?

Mariona Mendo, Marc Agraz, Roberto Palacios, Giovanni Torterolo, Cristina Diaz, Laura Arenas, Deborah Fuentes, Margarita Puigdevall, María Irigoyen

Mostrar Póster**Introducción:**

Dolor generalizado y difuso: Índice de Dolor Generalizado (IDG), establecido por interrogatorio de dolor entre 19 sitios posibles. Prevalencia 4.7%, estudio realizado en 5 países europeos en 2010. El dolor crónico y la fibromialgia suelen presentar mayor riesgo suicida por comorbilidad psiquiátrica, correlatos psicológicos e intensidad del dolor.

Hipótesis:

Identificar las variables sociodemográficas y clínicas que permitan predecir un mayor riesgo suicida en la población afecta de fibromialgia y promover el abordaje multidisciplinar con otras disciplinas médicas implicadas en el trastorno.

Método:

Estudio de cohorte prospectivo de pacientes que habían presentado conducta suicida y son derivados a la consulta de prevención de riesgo desde 2014 hasta 2017 inclusive. Se incluyen mayores de edad. Pueden ser derivados desde cualquier dispositivo ambulatorio y/o hospitalización. Se distribuye la muestra en dos grupos dependiendo de presencia de fibromialgia o no (diagnóstico realizado por reumatólogo). Se recogen variables sociodemográficas y clínicas analizándose mediante test de Chi2 y T-student para variables categóricas y cuantitativas respectivamente. Nivel de significación p

Resultados:

Los pacientes que presentaban fibromialgia presentaban características versus población suicida de la consulta sin fibromialgia: mujeres (87.8% Vs 60.3%, p

Discusión:

En nuestro estudio, el paciente que presenta conducta suicida y padece fibromialgia se relaciona con el género femenino, edad adulta, incapacidad laboral, escasa estructura sociofamiliar, predominio de trastornos del estado del ánimo así como trastornos de personalidad, con seguimiento ambulatorio y tratamiento antidepressivo así como buen vínculo con su MAP que ya presentan antecedentes de conducta suicida. Siguiendo el modelo de vulnerabilidad-estrés, podríamos interpretar que se trata de personas con una tendencia al ánimo depresivo y baja tolerancia a la frustración que en situaciones de estrés agudo (dolor intenso) pueden presentar escasas estrategias de afrontamiento procediendo al intento suicida casi siempre de baja letalidad y con métodos escasamente violentos.

Conclusiones:

Es importante identificar los rasgos de personalidad y la tendencia a la depresión relacionadas con la tolerancia al dolor para poder prevenir conductas autolesivas de riesgo que por su reincidencia o uso habitual para la gestión del estrés agudo, pudieran acabar siendo letales.

Es por ello, conveniente desarrollar instrumentos de evaluación dirigidos específicamente a la detección de Conducta Suicida en pacientes con Dolor Crónico, con el objetivo de facilitar la detección y el abordaje temprano así como realizar evaluaciones repetidas en diferentes momentos del seguimiento.

[PO-2024] Papel del sistema cannabinoide en el contexto de la hipótesis de la adicción suicida: un estudio piloto

Teresa Ponte-López, Javier Herranz-Herrer, Elena Gil-Benito, María Rodrigo-Yanguas M, María Gil-Ligero, Laura Colino, Silvia Ortega-Gutierrez, Antonio Sanchez-Lopez, Hilario Blasco-Fontecilla

Mostrar Póster

Introducción:

Los grandes repetidores (sujetos con ≥ 5 intentos de suicidio a lo largo de la vida) representan alrededor del 10% de los sujetos que intentan el suicidio. Estos sujetos parecen ser un fenotipo suicida diferente y podrían estar “adictos” a la conducta suicida. Recientemente hemos realizado una revisión sistemática del papel del sistema cannabinoide en la conducta suicida, en el que concluimos que: 1) El estrés regula la señalización del receptor CB1 (los endocannabinoides se elevan en situaciones de estrés a través de estos receptores); 2) los receptores CB1 juegan un papel importante en los circuitos neuronales que median el estado anímico, la motivación y los comportamientos emocionales; 3) la activación de los receptores CB1 se ha asociado tradicionalmente a analgesia; y 4) los receptores CB1 podrían convertirse en una nueva diana terapéutica para el tratamiento del comportamiento suicida. Sin embargo, aún no sabemos si el sistema endocannabinoide, en general, y los receptores CB1 están implicados en la repetición de la conducta suicida.

Hipótesis:

La principal hipótesis es que los grandes repetidores presentan un patrón diferencial en el sistema endocannabinoide.

El objetivo del estudio es explorar los niveles de endocannabinoides, entre los que se incluyen anandamida, 2-araquidonoilglicerol y palmitoiletanolamida, en personas con conductas autolesivas.

Método:

Proyecto aprobado el 12 de junio de 2017 por el CEIC del HUPH. Diseño: Casos (intento de suicidio)-control (pacientes psiquiátricos sin antecedentes personales de conducta suicida), población adulta. El proyecto está en activo. Se han recogido 24 pacientes con intentos de suicidio [se excluyen 3 casos sin datos biológicos ($n=21$)]. Los pacientes se dividieron entre grandes repetidores ($n=3$, 12.5%) vs. resto de pacientes (1-4 intentos) ($n=18$). Se comparan los niveles de endocannabinoides en sangre en 3 grandes repetidores con 3 pacientes pareados por sexo y edad que acudieron al SU por su primer intento de suicidio. La muestra sanguínea se extrae a las 8.00 horas ($\pm 1h$) tras firmar el CI. De la muestra se extraen células mononucleares de sangre periférica por gradiente de densidad y se conservan en nitrógeno líquido (-196°C) hasta su utilización. Cuantificación de los cannabionides: Cromatografía líquida de alta resolución acoplada a espectrometría de masas.

Resultados:

Niveles (Media \pm Desviación Estandar) de: Anandamida (AEA)= 0.16 ± 0.06 pmol/107 células, y N-Palmitoiletanolamina (PEA)= 1.1 ± 0.4 pmol/107 células. No pudimos medir ni la N-oleoiletanolamina (OEA) ni el 2-araquidonoilglicerol (2-AG). Aunque el tamaño muestral no permite realizar un análisis estadístico sólido, el análisis preliminar no encuentra diferencias estadísticamente significativas. Los grandes repetidores tienden a tener:

- niveles mayores de AEA (0.18 ± 0.05 vs. 0.13 ± 0.08 , $t=-0.983$, $gl=4$, $p=0.381$)
- niveles de PEA más dispares (ver gráfica) (1.03 ± 0.09 vs. 1.08 ± 0.65 , $t=0.121$, $gl=4$, $p=0.910$)

Discusión:

Nuestros datos sugieren que es posible encontrar diferencias relevantes en el nivel de diferentes cannabinoides entre pacientes. Dada la escasez de estudios sobre el papel del sistema cannabinoide en la conducta suicida, es complicada contrastar nuestros datos, que tienen un carácter piloto.

Conclusiones:

Nuestros datos son exploratorios y pretenden llamar la atención sobre un área desatendida de la Suicidología: El papel de sistema endocannabinoide en la conducta suicida general, y las conductas suicidas repetitivas en particular, en el contexto de la teoría de la adicción suicida y del dolor psicológico.

[PO-2025] Importancia de la enfermera en un programa de prevención de la conducta suicida

Clara Viesca Eguren, Laura Fernández Tomás, Francisca Cañete Ruiz.

Mostrar Póster**Introducción:**

El suicidio así como las tentativas suponen un gran problema de salud mental. Anualmente se suicidan 800.000 personas al año en el mundo. El suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 29 años. Además, el suicido no afecta solo a quien los consuma, si no que tiene efectos duraderos sobre familiares y allegados. El suicido es prevenible. Unas adecuadas políticas de prevención y programas específicos de atención pueden disminuir los suicidios consumados así como sus intentos. La enfermera, por su formación, su trayectoria y su proximidad al paciente es una gran herramienta para detectar el riesgo suicida, llevar a cabo una valoración y prevenir los intentos de suicidio.

Hipótesis:

La actividad enfermera dentro del Programa de prevención de la conducta suicida (APS) es una pieza clave para un adecuado seguimiento del paciente suicida.

Objetivos:

Describir los tipos de consultas de enfermería llevadas a cabo dentro del programa.

Explicar las actividades que se realizan dentro del programa.

Método:

Se trata de un estudio descriptivo cuya muestra son los pacientes que han participado en el programa APS durante un periodo de un año.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que hayan realizado un intento de suicidio o tengan ideación autolítica incluidos en el programa APS.
2. Mayor de 18 años
3. Pertenecer al Hospital Comarcal de Inca (HCIN)

La enfermera del programa APS HCIN realiza 4 tipos diferentes de visita:

1. Entrevista de acogida
2. Consulta de seguimiento presencial
3. Consulta de seguimiento telefónica
4. Revisión a los 6 meses y al año de inicio del programa

Durante los seguimientos de enfermería se llevan a cabo actividades de recogida de datos de la historia clínica, realización de las escalas seleccionadas para evaluar el riesgo suicida, detección de factores de riesgo, educación para la salud (ansiedad, adherencia al tratamiento, afrontamiento y solución de problemas, asertividad, mejora de la autoestima...), escucha activa, apoyo, contención y detección de otras necesidades que requieren derivación a otros profesionales del programa.

Resultados:

Durante el primer año la enfermera ha realizado: 25 entrevistas de acogida; 122 consulta de seguimiento presenciales; 404 Consultas de seguimiento telefónicas; 42 revisiones al transcurrir 6 meses y 1 año de participación en el programa

Discusión:

Siendo la enfermera la única profesional que atiende a la totalidad de los pacientes dentro de un equipo multidisciplinar resulta fundamental su figura.

Conclusiones:

La figura de la enfermera es un profesional imprescindible en un programa que tenga como finalidad prevenir la conducta suicida.

Potenciar la participación de la enfermera en la prevención, intervención y postvención de la conducta suicida es clave para conseguir los objetivos.

[PO-2027] Adherencia al tratamiento farmacológico y reincidencia en una cohorte de intentos suicidas

María Irigoyen, Alejandro Porras, Leonardo Galván, Margarita Puigdevall, Enrique Baca-García

Mostrar Póster**Introducción:**

Los antidepresivos son el medicamento más utilizado en los intentos de suicidio, aunque su relación con el riesgo suicida es controvertida. Escasa evidencia científica respecto al cumplimiento de la medicación, dosis de medicación y politerapia.

Hipótesis:

Explorar factores implicados en riesgo de nuevo intento enfatizando en aspectos del tratamiento psicofarmacológico

Método:

Estudio de cohorte prospectivo de pacientes que habían realizado intento suicida y eran derivados a consulta de prevención de suicidio de 2013 a 2016. Criterios de exclusión: imposibilidad de acceso a registros clínicos electrónicos e imposibilidad de completar entrevista.

El nuevo intento de suicidio y el tiempo hasta que sucedió fueron resultados primarios. Variables sociodemográficas y características del comportamiento suicida (número de intentos previos, método de intento actual y su letalidad).

Información sobre aspectos del tratamiento del módulo farmacéutico del sistema electrónico de registros de salud. Se registró el tipo de medicamento y dosis recibida. El cumplimiento con el tratamiento se estimó como porcentaje de medicación recetada que paciente realmente retiró de farmacia. Análisis de supervivencia de Kaplan-Meier y prueba de rango logarítmico para realizar comparaciones. Se realizó un modelo de regresión de Cox multivariante para calcular las razones de riesgo (HR) para las diferentes covariables. Significación estadística <0,05 valores P, utilizando pruebas de dos caras e intervalos de confianza del 95%. Software SPSS versión 24.0.

Resultados:

371 participantes (18-91a). 44,5 años, 66,4% mujeres. 80,1% consultó con MAP 3 meses previos y 39,9% ya había intentado suicidarse al menos una vez. 70,6% diagnóstico psiquiátrico (trastornos del ánimo). Supervivencia: 70 participantes (18,9%) reintentaron. Tiempo supervivencia reintentos (3 a 702 días), promedio 202. 60% reincidencias ocurrieron dentro de primeros 6 meses. Ser más joven se asoció con mayor riesgo de reintento (HR = 1,8) (p = 0,039). Diagnóstico psiquiátrico influyó en tiempo de supervivencia (p <0.001), mayor riesgo para trastornos personalidad, psicosis y comorbilidad ejes. No diferencias significativas en riesgo suicida entre participantes que estaban bajo tratamiento psicofarmacológico y los que no. Correlación significativa entre cantidad de tipos de medicamentos y el riesgo de reincidir.

Cumplimiento de medicación fue factor protector en análisis de supervivencia, disminuyendo el riesgo reincidir a la mitad

Discusión:

Quinta parte reincidió durante dos primeros años posteriores, riesgo fue alto primeros 6 meses. Esta evidencia requiere un monitoreo intensivo durante este período crítico. No hubo nuevos intentos entre los que no recibieron antidepresivos. Los pacientes que no estaban bajo tratamiento antidepresivo solo representaron el 7%. El efecto protector de buen cumplimiento habla a favor del uso de medicamentos. El mal cumplimiento es una causa frecuente de recaída en varios trastornos mentales.

Conclusiones:

Aumentar cumplimiento como parte de programas preventivos. Los registros electrónicos farmacéuticos que incluyen información sobre la compra de medicamentos son herramientas útiles para medir cumplimiento de una manera objetiva, aunque indirecta.

[PO-2029] Análisis descriptivo de las conductas autolíticas atendidas en urgencias durante el 2017, en la UGC de salud mental del AGS Sur de Sevilla.

Ángela Valladares García, Emilio López Sánchez, Agustín Sánchez Gayango.

Mostrar Póster**Introducción:**

La conducta suicida sigue siendo un problema importante de salud pública hoy día. Los intentos de suicidio han demostrado ser 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado. Hasta el momento se conoce que los intentos autolíticos en varones son menores que en mujeres, ocurriendo lo contrario con el suicidio consumado.

Hipótesis:

Actualizar y observar nuevas tendencias de datos epidemiológicos acerca de factores de riesgo conocidos como el sexo y la edad.

Identificar grupos de riesgo según sexo y edad para realizar un seguimiento más estrecho de éstos.

Método:

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo sobre variables no modificables que actúan como factores de riesgo en la conducta suicida (Sexo y edad), en base a un registro de intentos autolíticos durante el último año 2017, correspondiente a la UGC de salud mental del AGS Sur de Sevilla. Se han incluido todos los intentos autolíticos, de distinto grado de letalidad.

Resultados:

En el análisis de datos de la población señalada, se pone de manifiesto que de los 1014 pacientes que se atienden en un año por intentos autolíticos, 585 son mujeres y 429 son hombres.

Distribuyendo los intentos autolíticos por rango de edad, observamos que se presentan con más frecuencia en el intervalo que comprende de los 40 a los 59 años, aglutinando este grupo el 46,1% del total, seguido del rango de los 20 a los 39, con un 36,2%.

Entrecruzando datos de sexo y edad, tanto en varones como en mujeres de forma independiente, el mayor porcentaje de intentos autolíticos se produce en el intervalo de los 40 a los 59. No obstante, existen diferencias en menores de 20 años (Ocurriendo el 3,5% de los intentos totales en varones en esta edad y el 10,6% para mujeres) y en el intervalo de los 20 a los 39 (39,9% en varones y el 33,5% en mujeres).

Discusión:

Existen sesgos propios de la naturaleza de este tipo de estudios que podrían reducirse mediante estudios comparativos con otros periodos temporales, así como ampliando la población.

Habría que valorar la influencia de otros factores de riesgo como los estresores socioeconómicos, accesibilidad a servicios sanitarios, el acceso a métodos letales, etc.

Conclusiones:

Según nuestro estudio, los intentos autolíticos son más frecuentes en mujeres y en el rango de edad comprendido entre los 40 y 59 años.

La frecuencia de intentos autolíticos de ambos sexos se distribuye de forma diferente en función de grupos de edad.

Existe la necesidad de un mayor conocimiento de los factores de riesgo para una mejor estrategia en el seguimiento y prevención de la conducta suicida.

[PO-2030] ¿Qué hacemos tras una conducta autolítica?: Un análisis de la intervención en urgencias en pacientes con conductas autolíticas en el Hospital de Valme.

Cristina Romero Pérez, Irene Pérez Zapico, María Báez Gundín

Mostrar Póster**Introducción:**

Las tentativas de suicidio constituyen unas de las urgencias más frecuentes en el campo de la psiquiatría. Los estudios demuestran que alrededor del 60-70% de los pacientes son dados de alta de los servicios de urgencias y derivados a tratamiento ambulatorio tras una conducta autolítica. El objetivo posterior consiste en prevenir o minimizar los factores de riesgo para evitar recurrencias, estableciendo estrategias psicosociales y farmacológicas combinadas, mediante un trabajo multidisciplinar en red.

Hipótesis:

El objetivo de nuestro estudio es analizar el tipo de intervención y derivación en urgencias en pacientes que presentaron una conducta suicida.

Método:

Análisis retrospectivo y descriptivo del tipo de intervención llevado a cabo en urgencias en pacientes con conductas autolíticas del hospital de Valme durante el año 2017. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico psiquiátrico previo conocido, tipo de conducta autolítica, y el tipo de decisión terapéutica que se tomó: ingreso hospitalario, inclusión en protocolo de prevención de conductas autolíticas (PPCA), alta con derivación preferente a USMC, o alta su MAP. No se cuantificaron las consultas atendidas por ideación suicida sin llegar a presentar conducta.

Resultados:

Durante el año 2017, se atendieron un total de 506 conductas autolíticas en las urgencias del hospital de Valme. Tras una entrevista de contención y esclarecimiento, el 46% de las conductas autolíticas atendidas se derivaron de forma preferente a la unidad de salud mental comunitaria, el 20% requirieron ingreso hospitalario, el 18% se incluyeron en protocolo de prevención de conductas autolíticas (PPCA) y el 18% restante se derivó a su MAP. Respecto al diagnóstico principal de los pacientes que requirieron ingreso, el 23% corresponden a T. de personalidad (excepto TLP); el 20% Trastorno del humor, incluyendo T. depresivo, TAB y distimia; el 19% se corresponden con T. adaptativos, TOC, T. disociativos, y T. somatomorfos; el 13% no tenían antecedente psiquiátricos previos, y un 10% fueron trastornos límite de personalidad. El porcentaje de pacientes con trastorno mental grave atendidos por conducta autolíticas fue del 5,8%, de los cuales ingresaron el 60% de ellos.

Discusión:

Los resultados ponen de manifiesto que en el grupo poblacional observado se produjeron menor número de ingresos hospitalarios respecto a la tendencia general que señalan los estudios más actuales (en torno al 35% de las conductas autolíticas).

Este hecho podría deberse a la inclusión de los pacientes en el PPCA, en el cual la atención comunitaria se produce en los próximos 3 días posteriores.

Conclusiones:

Serían necesarios estudios en un área de población más amplia para generalizar estas afirmaciones. Además, podría deberse a otro tipo de factores como el grado de letalidad de la conducta, y las características sociodemográficas de esta población.

[PO-2031] Análisis de la conducta autolítica en adolescentes en el Hospital de Valme.

Cristina Romero Pérez, María Báez Gundín, Mónica Miñano Meneres

Mostrar Póster**Introducción:**

El suicidio en adolescentes y jóvenes supone la primera causa de muerte en España. De forma, que las conductas autolíticas en adolescentes requieren una especial consideración por ser una potencial muerte evitable, así como por el momento vital de maduración en el que se encuentran estos pacientes, requiriendo atención especializada para prevenir futuras tentativas y detectar patología psiquiátrica asociada.

Hipótesis:

El objetivo de nuestro estudio es analizar las características epidemiológicas de la población adolescente que presentó conductas suicidas. Ya que conocer la prevalencia de las conductas autolíticas y el análisis de ésta, nos puede ayudar a determinar los factores de riesgo y establecer y planificar medidas preventivas futuras.

Método:

Análisis retrospectivo y descriptivo del tipo de intervención llevado a cabo en urgencias en pacientes con conductas autolíticas del hospital de Valme durante el año 2017. Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico psiquiátrico previo conocido y derivación. El análisis en cuestión se llevó a cabo en pacientes entre el rango de edad de los 12 a los 18 años (ambos incluidos). No se cuantificaron las consultas atendidas por ideación suicida sin llegar a presentar conducta.

Resultados:

Durante el año 2017, se atendieron un total de 506 conductas autolíticas en las urgencias del hospital de Valme. Entre el rango de edad de los 12 a los 18 años se atendieron un total de 36 pacientes, que se corresponde con un 7,1% del total, siendo las edades más prevalentes los 17 y 18 años (suponiendo entre ambas un 60% del total de pacientes en este rango de edad). Sólo requirieron ingreso hospitalario el 5% de ellos. Respecto al sexo, alrededor del 70% fueron mujeres y el 30% hombres. En relación con el diagnóstico psiquiátrico, el 50% de los pacientes no tenían antecedentes previos, un 25% estaban en seguimiento por T. adaptativo, el 12% tenían un diagnóstico dentro de los trastornos del humor, y el 5% un diagnóstico de algún trastorno psicótico. Por último, respecto al tipo de método autolesivo infligido, el 68% fue mediante IMV, y el otro 32% por cortes superficiales. No objetivándose ningún otro método autolítico.

Discusión:

Los resultados de nuestro estudio reflejan que el 50% de los pacientes que comenten una conducta suicida no tenían antecedentes psiquiátricos, lo que puede estar en relación con la alta tasa de suicidios consumados en este grupo de edad. Respecto al sexo, podemos observar como el porcentaje de mujeres con conductas autolíticas es mayor respecto a la edad adulta (en al menos un 10% más). Sin embargo, no es posible extraer inferencias poblacionales dado el tamaño muestral.

Respecto al método utilizado, en todos los casos recogidos fueron de baja-media letalidad, mientras que los estudios más actuales han demostrado una alta letalidad en las conductas autolíticas de adolescentes, marcando la impulsividad como uno de los factores más importantes. No obstante, algunos de estos estudios provienen de países en los que el acceso a armas de fuego es más factible.

Conclusiones:

Por todo ello, serían necesarios más estudios sobre los factores de riesgo asociados a las tentativas de suicidio en adolescentes.

[PO-2032] Alteraciones del sueño en pacientes con esquizofrenia: ¿Existe relación con el comportamiento suicida?

Francesco Dal Santo, Leticia González-Blanco, Leticia García-Álvarez, Lorena de la Fuente-Tomás, Darío Díaz Rozado, Celso Iglesias, Ángela Velasco, Iciar Abad, Julia Rodríguez-Revuelta, Pilar Sáiz, Paz García-Portilla, Julio Bobes.

Mostrar Póster**Introducción:**

Los pacientes con esquizofrenia presentan a menudo un patrón de sueño disfuncional, caracterizado por insomnio de conciliación, sueño fragmentado y desorganización del ritmo sueño-vigilia(1,2). Estas anomalías se asocian con mayor gravedad de síntomas psicóticos(3), habiéndose descrito asociación entre insomnio y comportamiento suicida en dichos pacientes(4).

Hipótesis:

1) Describir alteraciones del sueño en pacientes con esquizofrenia; 2) Analizar relación entre gravedad del insomnio y variables clínicas; 3) Analizar relación entre alteraciones específicas del sueño y el comportamiento suicida.

Método:

Estudio transversal de una cohorte de 109 pacientes [edad media=35.29 (SD=10.82; rango 17-69); hombres=68 (62.4%)], procedentes del Área Sanitaria IV de Asturias, con diagnóstico de esquizofrenia y estabilidad clínica (≥ 3 meses sin modificaciones en el tratamiento de mantenimiento).

Evaluación: datos sociodemográficos y clínicos, PANSS, Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP), Escala de Depresión de Calgary (CDS), CGI-SCH, Entrevista Clínica de Evaluación de Síntomas Negativos (CAINS) y Cuestionario Oviedo de Calidad del Sueño (COS).

Se realizó un análisis de regresión múltiple de las posibles variables con capacidad predictiva sobre la gravedad del insomnio.

Resultados:

Gravedad psicopatológica: PANSS-P=12.11 (SD=4.83); PANSS-N=18.14 (SD=5.92); PANSS-PG=29.39 (SD=8.04); PANSS-total=59.49 (SD=15.02); PSP-total=53.96 (SD=17.77); CDS-total=3.17 (SD=4.25); CGI-global=4.15 (SD=0.93); CAINS-MAP=18.03 (SD=9.47); CAINS-EXP=5.75 (SD=4.07). 23 (21.1%) pacientes tenían antecedentes de tentativa suicida (TS) previa.

Calidad del sueño: COS-gravedad insomnio (COS-GI)=17.48 (SD=6.93); insomnio de conciliación [≥ 3 días/semana; n=18 (16.5%)]; insomnio de mantenimiento [≥ 3 días/semana; n=15 (13.8%)]; despertar precoz [≥ 3 días/semana; n=27 (24.8%)].

COS-GI y variables clínicas: En la regresión se incluyeron aquellas variables que correlacionaron significativamente con la COS-GI en el análisis bivariado: número de TS ($r=0.291$; $p<0.01$), CGI-global ($r=0.455$; $p<0.01$), PANSS-P ($r=0.481$; $p<0.01$), PANSS-PG ($r=0.433$; $p<0.01$), PANSS-total ($r=0.442$; $p<0.01$), PSP-total ($r=-0.328$; $p<0.01$), CAINS-MAP ($r=0.287$; $p<0.01$), CDS-total ($r=0.532$; $p<0.01$). Tras controlar por edad y sexo sólo la puntuación PANSS-P ($\beta=0.341$) y CDS-total ($\beta=0.418$) se asociaron con mayor gravedad de insomnio en el modelo ($R^2=0.387$; $F=32.825$).

Alteraciones del sueño y TS: Los antecedentes de TS se asociaron con mayor puntuación en COS-GI (21.57 vs 16.38; $t=-2.73$; $p<0.05$). Insomnio de conciliación ($X^2=7.057$; $p<0.05$) y de mantenimiento ($X^2=6.829$; $p<0.05$) fueron variables específicamente asociadas con TS previa.

Discusión:

Los pacientes con antecedentes de TS presentaron mayor gravedad del insomnio, confirmando resultados previos(4) y apoyando la hipótesis del insomnio como factor de riesgo asociado a comportamiento suicida(5). El insomnio de conciliación y de mantenimiento, características que se han relacionado con la esquizofrenia(2), fueron variables específicamente asociadas con TS previa.

Conclusiones:

Los pacientes con esquizofrenia y antecedentes de TS presentan con mayor frecuencia insomnio, aunque este hallazgo parece estar asociado con una mayor gravedad clínica de la sintomatología psicótica positiva y depresiva.

[PO-2034] IMC en pacientes hospitalizados por intento autolítico

David Jorge Pérez Gallego, Oihan Uriarte Larizgoitia, Teresa Ruiz de Azua Aspizua, Lucía González Endemaño, Sofía Trincado Robles, David Carlos Peralta Donner, Gregorio Montero González, Susana Albelda Esteban, Gonzalo Irigoyen Miró, Eva M^a Garnica de Cos, Mercedes Zumarraga Ortiz

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 muestra asociación inversa entre IMC y suicidio. Sin embargo la evidencia disponible acerca de la asociación entre los intentos autolíticos y el IMC no es consistente, con resultados contradictorios en los estudios realizados hasta la fecha.

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 con todos los pacientes que ingresan de forma consecutiva durante 6 meses, 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 datos solo de pacientes ingresados por intentos autolíticos y se comparan sus IMC, su actividad física y su género.

Resultados:

Durante 6 meses se contabilizan 30 intentos autolíticos (14 hombres y 16 mujeres). De acuerdo con los valores propuestos por la OMS, 14 pacientes tienen peso normal, 1 peso insuficiente, 6 tienen sobrepeso y 9 obesidad (2 mórbida). La media del IMC de los 30 es de 26,42 y la mediana 25,13. La distribución por sexos fue similar. La mayoría de los pacientes son físicamente inactivos (4 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 autólisis elegido. El análisis estadístico del presente estudio es meramente descriptivo y la muestra de tamaño pequeño 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-2036] Comparación de los intentos autolíticos entre 2016 y 2017 según el tipo de intento en el AGS Sur de Sevilla

Emilio José López Sánchez, Agustín Sánchez Gayango, María José Rodríguez Macías

Mostrar Póster**Introducción:**

Con este estudio se intenta comparar los intentos autolíticos que han ocurrido entre los años 2016 y 2017 en el AGS Sur de Sevilla en función del tipo de intento realizado por dichos pacientes.

Hipótesis:

Se pretende realizar un estudio analítico observacional comparando los tipos de intentos autolíticos realizados por pacientes del AGS Sur de Sevilla entre los años 2016 y 2017 con e objetivo de evaluar si existen diferencias entre ambos años.

Método:

Se consignaron todos los pacientes atendidos en Urgencias del Hospital Universitario Virgen de Valme por intento autolítico durante los años 2016 y 2017. En el presente estudio estudio se agruparon dichos pacientes en función del tipo de intento que realizaron

Resultados:

En 2016 se produjeron 508 intentos autolíticos por 506 del año 2017. En ambos años, la ingesta medicamentosa voluntaria fue el tipo de intento autolítico más frecuente: 429 y 403, respectivamente). En segundo lugar, se encuentran los cortes superficiales, con 28 y 45 pacientes respectivamente. En tercer lugar, se encuentran: el envenenamiento (13 y 12, respectivamente), el ahorcamiento (11 y 16, respectivamente) y la precipitación (8 y 10, respectivamente). De forma residual se encuentran otros tipos de intentos: Ingesta de cuerpo extraño (1 y 0, respectivamente), gas (2 y 1, respectivamente), axfisia (1 y 0, respectivamente), arma blanca (2 y 4, respectivamente), arma de fuego (0 y 3, respectivamente), defenestración (4 y 2, respectivamente), venoclisis (7 y 6, respectivamente), electrocución (1 y 0, respectivamente) y golpes (1 y 4, respectivamente).

Discusión:

Ante los resultados obtenidos en nuestra recogida de datos afirmamos que no existen diferencias en función del tipo de intento autolítico entre los años 2016 y 2017 en el AGS Sur de Sevilla.

Conclusiones:

Entre lo resultados obtenidos destaca el altísimo número de intentos autolíticos por ingesta medicamentosa voluntaria atendidos en los servicios de urgencias del Hospital Universitario Virgen de Valme, especialmente en comparación con métodos más accesibles como los cortes superficiales o la venoclisis. Serian precisos posteriores estudios que pudiesen aportar información sobre que factores llevan a los pacientes a decantarse por dicha opción en lugar de otras.

[PO-2037] Comparación de los intentos autolíticos entre 2016 y 2017 según el rango de edad

Emilio José López Sánchez, Agustín Sánchez Gayango, Ángela Valladares García

Mostrar Póster**Introducción:**

Con este estudio se intenta comparar los intentos autolíticos que han ocurrido entre los años 2016 y 2017 en el AGS Sur de Sevilla en función del rango de edad de dichos pacientes.

Hipótesis:

Se pretende realizar un estudio analítico observacional comparando los φ intentos autolíticos realizados por pacientes del AGS Sur de Sevilla entre los años 2016 y 2017 con el objetivo de evaluar si existen diferencias entre ambos años en función del rango de edad.

Método:

Se consignaron todos los pacientes atendidos en Urgencias del Hospital Universitario Virgen de Valme por intento autolítico durante los años 2016 y 2017. En el presente estudio estudio se agruparon dichos pacientes en función del rango de edad.

Resultados:

En 2016 se produjeron 508 intentos autolíticos por 506 del año 2017. En ambos años, el rango de edad que realizó un mayor número de intentos autolíticos fue el 40-59 años (225 y 242, respectivamente), seguido del rango de 20-39 años (195 y 172, respectivamente). En tercer lugar, se encuentra el rango de edad de 60-79 años (45 y 53, respectivamente) y menores de 20 años (39 y 38, respectivamente). Por último y de forma testimonial se encuentra el rango de mayores de 80 años (4 y 1, respectivamente).

Discusión:

Ante los resultados obtenidos en nuestra recogida de datos afirmamos que no existen diferencias en función del rango de edad entre los años 2016 y 2017 en el AGS Sur de Sevilla.

Conclusiones:

Destaca el importante número de intentos autolíticos en los rangos de edad de 40-59 y 20-39 años de edad en comparación con el resto de rangos de edad establecidos. Serían precisos estudios posteriores en nuestra área que aporten información y orientación sobre la razón de dichas diferencias y los factores de riesgo para esos rangos de edad.

[PO-2038] Registro del riesgo de conducta suicida en CSMA/CAS Hospitalet durante 2017

Vanesa Serret Fumadó, Lara Yuguero Ortiz

Mostrar Póster**Introducción:**

El Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma de Cataluña ha puesto en marcha el Código Riesgo de Suicidio (CRS) para mejorar la atención de la población en riesgo, y facilitar el acceso y el acompañamiento de las personas a través de los diferentes servicios y recursos sanitarios. El presente trabajo pretende describir los datos extraídos de nuestro CSMA y CAS durante el año 2017 según dicho programa. EL CRS se activa en el momento que se detecta un riesgo en urgencias, ya sea por una ideación autolítica o bien se haya realizado un gesto/tentativa autolíticos, tanto si se procede o no a un ingreso hospitalario. En el caso de que el paciente no ingrese se le facilita una visita de control en un centro especializado en menos de 10 días en el caso de que se un mayor de edad, o 72 horas si es un menor.

Hipótesis:

El objetivo del presente trabajo es resumir las características de la muestra de pacientes que se visitan bajo el concepto del programa CRS en nuestro CSMA/CAS y compararlo con la muestra general de la comunidad autónoma.

Método:

El CSMA/CAS Hospitalet atiende una población que corresponde a 7 áreas básicas de salud. Los datos descriptivos se recogen de forma retrospectiva del registro que implementan los diferentes profesionales del CSMA/CAS.

Resultados:

A continuación se muestran algunos datos preliminares, a la espera de los resultados finales:

Durante el año 2017 se registran 74 avisos desde urgencias de nuestro sector dentro del Programa CRS. En dos ocasiones se trata de la misma persona que precisa dos intervenciones en diferente momento. En cuanto al sexo, 51 usuarias son mujeres, y 23 son hombres.

Al dividir el riesgo existente en ALTO, MEDIO o BAJO, nos encontramos en que 19 activaciones son de riesgo ALTO, 31 son de riesgo MEDIO, y 24 son de riesgo BAJO.

[PO-2040] Déficit de vitamina D en pacientes ingresados tras intento autolítico

Teresa Ruiz de Azua Aspizua, Oihan Uriarte Larizgoitia, Lucía González Endemaño, Sofía Trincado Robles, David Carlos Peralta Donner, Gregorio Montero González, David Jorge Pérez Gallego, Gonzalo Irigoyen Miró, Susana Albelda Esteban, Eva M^a Garnica de Cos, Mercedes Zumárraga 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 25-hidroxicolecalciferol en los pacientes que ingresaron por intento autolítico en un hospital psiquiátrico durante seis meses y comparar dichos niveles con los datos de prevalencia en la población general.

Método:

Entre los meses de noviembre de 2016 y abril de 2017 hemos recogido datos analíticos, socio-demográficos, de estilo de vida y cumplimiento terapéutico en todos los pacientes que ingresaron en las unidades de agudos de un hospital psiquiátrico de Bizkaia, con el objetivo de poder observar el estado de nuestros pacientes en cuanto a vitamina D, parámetros inflamatorios y factores de riesgo cardiovascular. Dentro de dicha muestra, analizamos las cifras de vitamina D de los pacientes cuyo motivo de ingreso fue un intento autolítico.

Resultados:

Se analizaron un total de 35 pacientes, con una edad media de 52.93 años. De ellos sólo uno mantenía niveles de vitamina D dentro del rango óptimo (30ng/ml), el resto (97%) no alcanzaron este nivel. Dentro de este grupo de pacientes, 7 (20% del total) presentaban niveles subóptimos de entre 30 y 20ng/ml, y 27 (el 78% del total) presentó deficiencia de vitamina D con niveles inferiores a 20ng/ml. Llama la atención que dentro de este grupo, la mayor parte (17 pacientes, suponiendo un 49% 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 % 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-2041] ¿Determina la verbalización de ideas autolíticas el paso al acto en el suicidio consumado?

Carmen Hernández, Adela Belda, María Pardo, Lidón Pardo, Carlos Suso, Mario Ventura, Mercedes Bermejo, Rafael Mora

Mostrar Póster**Introducción:**

Actualmente el suicidio supone un grave problema de salud pública, representando la primera causa externa de defunción. En la provincia de Castellón se suicidaron 346 personas entre 2009 y 2015. Por lo tanto, prevenir la conducta suicida supone un reto para el personal sanitario.

Hipótesis:

Describir las variables vinculadas con la verbalización de ideas autolíticas en la última visita con un profesional sanitario y valorar su relación con el suicidio consumado.

Método:

Estudio naturalístico descriptivo transversal de los suicidios producidos en la provincia de Castellón entre diciembre de 2008 y diciembre de 2015.

Los datos relativos a los suicidios producidos fueron proporcionados por el Instituto de Medicina Legal. La información clínica se obtuvo de la Historia Clínica informatizada.

Resultados:

Todos los pacientes que habían verbalizado ideación autolítica en la última visita estaban diagnosticados de enfermedad mental. De ellos, el 42,9% presentaban TLP y el 92,9 %, T. de ansiedad.

Entre quienes no verbalizaron ideación autolítica en la última visita, sólo el 82,8% tenían diagnóstico de enfermedad mental (un 3,4% tenían TLP y el 63,8 % T. Ansiedad).

La mitad de los pacientes que sólo asistían a la consulta del médico de atención primaria (MAP) verbalizaron ante éste sus ideas autolíticas. Un porcentaje similar de los pacientes que acudían a la consulta del psicólogo expresó estas ideas a dicho profesional, mientras que el psiquiatra habitual o de urgencias fue el receptor de esa información en el 37,5% y el médico de urgencias en el 8,3%.

Entre los mayores de 75 años, sólo el 1,3% verbalizó ideas autolíticas.

Respecto a los antecedentes de tentativas autolíticas previas, estaban presentes en menos del 20% de los pacientes que no verbalizaron ideas de suicidio en la última visita, frente a casi el 80% de tentativas previas entre los que sí las había verbalizado.

La media de días transcurridos hasta el suicidio desde la última visita a su psiquiatra fue 21,17 entre los que verbalizaron frente a 35,04 entre los que no verbalizaron.

Discusión:

La ansiedad está presente en un más del 90% de los pacientes que verbalizan ideas autolíticas y finalmente consuman el suicidio, por lo que debe ser un factor a tener en cuenta en la valoración del riesgo. Los pacientes que finalmente se suicidan expresan sus ideas al MAP o al psicólogo en mayor proporción que al psiquiatra.

Muy pocos pacientes mayores de 75 años verbalizaron ideación suicida antes del suicidio.

Conclusiones:

Debemos prestar la atención necesaria a pacientes que verbalizan ideación autolítica, con especial cuidado en los que, además, presentan ansiedad.

Los MAP deberían recibir formación adecuada para facilitar la expresión de ideas autolíticas, explorarlas de forma adecuada y actuar en consecuencia, con especial cuidado en mayores de 75 años por su tendencia a ocultar la ideación tanática.

[PO-2043] Aspectos diferenciales de pacientes ingresados por conducta suicida en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes.

Elisa Seijo Zazo, Carlota Moya Lacasa, Leticia González Blanco, Julia Rodríguez Revuelta, Cristina Emeterio Delgado, José María González González, Marta Jalón Urbina, Luis Jiménez-Treviño.

Mostrar Póster**Introducción:**

Las conductas suicidas son un problema clínico de gran magnitud en el ámbito de la psiquiatría infanto-juvenil. En 2016, 70 adolescentes entre 10-19 años fallecieron en España por causa de suicidio; 271 entre los años 2013-2016. Conocer las circunstancias que rodean las conductas suicidas en esta población es fundamental para la elaboración de planes preventivos.

Hipótesis:

Diferenciar los aspectos clínicos y sociodemográficos característicos de los pacientes con conducta suicida comparados con el resto de pacientes que ingresan en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes.

Método:

Se recoge información de 264 pacientes ingresados en la Unidad de Psiquiatría de Adolescentes del HUCA (Oviedo) de los cuales el 54.2% son mujeres y el 45.8% varones, con una media de edad de 14.66 (SD1.82). La muestra se distribuye en dos grupos: ingreso por conducta suicida (ideación y tentativa) y resto de ingresos. Se han utilizado Chi-cuadrado y T de Student para comparar las variables clínicas (diagnóstico, duración del ingreso, reingresos) y sociodemográficas (edad, sexo, padres separados, estancia en centro de menores). Se ha aplicado un modelo de regresión logística para depurar los factores de confusión.

Resultados:

Del total de pacientes ingresados, el 40.7% lo hizo por conducta suicida.

En el análisis de las variables clínicas no se observan diferencias entre suicidas y no-suicidas en la duración del ingreso ($p=0.620$), número de reingresos ($p=0.330$), o consumo de drogas ($p=0.520$), observándose una tendencia a la significación en el consumo de cannabis ($p=0.051$).

Existen diferencias en cuanto al diagnóstico al alta ($p=0.000$), encontrándose una mayor proporción de Trastornos Afectivos (49.5% vs. 7.1%) en el grupo de los pacientes con conducta suicida; la distribución por sexos ($p=0.000$), con una mayor proporción de mujeres entre los ingresos por conducta suicida (79.4% vs. 37.8%) y en la estancia en un centro de menores ($p=0.007$) con una mayor proporción de no-suicidas con internamiento en centro de menores (12.2% vs. 2.8%)

En el análisis de las variables sociodemográficas no se observan diferencias entre suicidas y no-suicidas en la edad ($p=0.106$), ni en la convivencia en núcleos familiares con padres separados ($p=0.914$)

Discusión:

Los resultados generales obtenidos son concordantes con la literatura revisada. No obstante, al realizar la regresión logística controlando posibles factores de confusión, el modelo de predicción del ingreso por conducta suicida incluye sexo y diagnóstico y se excluyen el resto de resultados significativos. Este análisis pone de manifiesto por tanto que las variables no modificables como el sexo femenino y el diagnóstico de trastorno afectivo son las que más influyen en la conducta suicida, mientras que factores psicosociales clásicamente asociados al incremento de la conducta suicida no muestran diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de conducta suicida y el control en la muestra analizada.

Conclusiones:

Consideramos que estos resultados deberían ser tenidos en cuenta a la hora de elaborar programas de prevención de suicidio así como de cara a la implementación de recursos para el diagnóstico precoz y tratamiento de los pacientes en riesgo en esta franja de edad.

[PO-2044] Motivo de consulta: Conducta suicida

Clara Caballero de las Olivas Díaz, Pilar Ortega Orihuela, Ana Luisa Pérez Morenilla, Herena Díaz Díaz, María Ángeles Chacón Gamero, Ana Isabel García Peña.

Mostrar Póster**Introducción:**

Las conductas suicidas son responsables de un importante porcentaje de los fallecimientos que se producen diariamente en el mundo. Las conductas suicidas están sujetas a determinantes parcialmente conocidos y pueden prevenirse a partir de diversas estrategias, de ahí la importancia de investigar respecto a este tema.

Hipótesis:

Como hipótesis nos planteamos la posibilidad valorar el número de casos que requieren atención psiquiátrica en el Servicio de Urgencias por conductas suicidas, con el objetivo de analizar las características de estos.

Método:

Realizamos una evaluación del número de intentos autolíticos atendidos por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerto Real durante el mes de enero de 2018.

Los criterios de inclusión fueron: cualquier paciente que acuda a urgencias por tentativa autolítica. Se han excluido: ideación autolítica, valoración psiquiátrica por otro motivo.

Resultados:

Los intentos de autolisis fueron más frecuentes en mujeres y en edades entre 35 y 45 años. En cuanto al método utilizado destaca la abrumadora prevalencia de ingestas medicamentosas (78,5% del total). La letalidad fue baja por norma general. Con casos aislados de alta letalidad, más frecuentes en hombres y edad más avanzada.

El 14,3% no presentaba antecedentes en Salud Mental. En cuanto a los diagnósticos más frecuentes en las tentativas fueron trastornos de ansiedad (23,4%) y trastornos afectivos (21,4%).

La previsión de rescate estuvo presente en más del 90% de los casos. En cuanto al apoyo socio-familiar fue un factor determinante. La mayoría de pacientes con buen apoyo fueron dados de alta y derivado al médico de familia o especialista.

Discusión:

Las tentativas autolíticas constituyen un problema de salud pública de gran envergadura, siendo uno de los motivos de consulta a psiquiatría de urgencias más frecuentes. Es primordial unificar la atención y realizar investigaciones en sentido de intentar una mejor atención y reducción de estas cifras. Siendo determinante la adecuada formación de los profesionales para poder detectar el riesgo suicida y poder abordarlo de manera adecuada.

Conclusiones:

Se trata de un estudio, en un tiempo limitado, que permite una ligera aproximación a la alta prevalencia de los casos atendidos por conductas suicidas. Nos permite, además, analizar el perfil del paciente y el contexto en el que realiza la conducta, poniéndose de manifiesto la importancia y la necesidad de estrategias de prevención adecuadas.

Abre la puerta a la absoluta necesidad de seguir investigando en esta dirección para poder realizar un abordaje multidisciplinar más apropiado.

[PO-2045] Variables psicopatológicas del inventario de evaluación de la personalidad asociados a la conducta suicida: estudio prospectivo

Angels Deu Coll, Judit Pijuan Galitó, Víctor Pérez Sola y Joan Deus

Mostrar Póster**Introducción:**

El comportamiento suicida representa un problema creciente de la salud pública y es una de las principales causas de muerte no natural en el mundo. Destacan como factores de riesgo en la conducta suicida algunas variables psicopatológicas y determinados rasgos de la personalidad.

Hipótesis:

El presente estudio tiene como finalidad evaluar las variables psicopatológicas y algunos rasgos de personalidad con el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) que están asociados a la conducta suicida con el fin de identificar el perfil con mayor riesgo en dicha conducta.

Método:

Se realizó un estudio observacional prospectivo de una muestra compuesta por 57 pacientes de entre 18 y 65 años que realizaron una tentativa de suicidio y que fueron atendidos en el servicio de urgencias del Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt (Girona). Se recogieron variables sociodemográficas, edad, estudios, estado civil, situación laboral, método de la tentativa autolisis, así como tentativas previas y posteriores a la visita en urgencias y consumo de tóxicos. Para las variables psicopatológicas y de personalidad se utilizó el Inventario de evaluación de la Personalidad (PAI).

Resultados:

El 70% de los pacientes evaluados fueron mujeres y más de la mitad habían realizado un intento de suicidio previo. Las puntuaciones del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) mostraron elevaciones significativas de las escalas de depresión e ideación suicida. En el análisis de regresión las principales variables explicativas del riesgo potencial de suicidio fueron los síntomas depresivos, seguidos por los síntomas de ansiedad, alteración del pensamiento e ideación suicida. Otras puntuaciones que destacaron fueron las de esquizofrenia, personalidad límite, estrés postraumático, somatizaciones, rasgos impulsivos-agresivos y paranoia, así como las características psicosociales, estrés y falta de soporte social.

Discusión:

Los resultados sugieren que algunas variables psicopatológicas coexisten con el riesgo de la conducta suicida, pero que los más destacados son los síntomas depresivos y las ideas de suicidio. Estos resultados serían consistentes con la literatura que propone que la ideación suicida y el episodio depresivo mayor son los factores que presentan mayor riesgo asociado a la conducta suicida.

Conclusiones:

La ideación suicida y ciertos trastornos psicopatológicos serían los principales predictores de la conducta suicida, especialmente los trastornos del estado afectivo, los trastornos de ansiedad junto con episodios traumáticos previos y la alteración del pensamiento. Así mismo, hay una fuerte influencia de los síntomas de ansiedad y rasgos de personalidad límites en la realización de la conducta suicida.

[PO-2046] Psiquiatría de enlace y suicidios frustrados. Análisis de 7 años.

Francisco Gotor Sánchez-Luengo, M^a Cristina Casas Gómez, M^a José Rodríguez Macías

Mostrar Póster**Introducción:**

Un intento de autolisis que precisa atención hospitalaria es uno de los factores de riesgo más importante para cometer un suicidio en el año siguiente, con una tasa de repetición del 15%. En la mayoría de estos casos, el psiquiatra de enlace será el primer especialista en salud mental en atender a estos pacientes pudiendo mejorar el tratamiento que reciben y siendo una estrategia clave para la reducción de los suicidios y de los intentos autolíticos. La evaluación de estos pacientes siempre ha de incluir una adecuada valoración de su estado psicopatológico, tratamiento de la enfermedad subyacente y recomendaciones claras sobre su seguridad, incluyendo una estrecha vigilancia. Además, debemos asegurar su continuidad asistencial cuando reciban el alta hospitalaria, ya que la mayoría de estos pacientes necesitarán tratamiento psiquiátrico o psicológico a nivel ambulatorio.

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 (2010-2017). 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 67 pacientes de las 1744, que supone un 3.8% de las interconsultas atendidas durante ese periodo. El servicio más demandante fue la Unidad de Cuidados Intensivos (47%), seguido por Traumatología (34%) y Medicina interna (17%). El 60% fueron mujeres. La edad media fue de 53 años. El 65 % tenía antecedentes en salud mental y el 38% realizaba seguimiento en especializada. Se realizó intervención farmacológica ó psicoterapéutica en el 20% y ambas en el 56%. El 66% se derivó a atención especializada (unidad de salud mental comunitaria) para su seguimiento tras el alta hospitalaria. El 16% precisó traslado a la Unidad de Hospitalización cuando mejoraron de su estado orgánico para continuar con la asistencia psiquiátrica.

Discusión:

Los hallazgos de nuestro trabajo son similares a la literatura respecto a la edad y a la mayor prevalencia de mujeres. Sin embargo, nuestras cifras son menores respecto a los pacientes que presentaban antecedentes en salud mental y que realizaban seguimiento en atención especializada. Los servicios más demandantes de nuestro estudio no coinciden con otros artículos en los que fue el servicio de medicina interna.

Conclusiones:

Consideramos que la atención psiquiátrica a estos pacientes y la colaboración estrecha con los distintos profesionales involucrados en su cuidado es fundamental, siendo el psiquiatra de enlace una pieza clave en este proceso.

[PO-2049] Factores psicológicos relacionados con la conducta suicida en estudiantes de enfermería

Javier Montes Hidago, Cecilia Brando Garrido, María José Gómez Romero, Joaquim Limonero García, Ana María Marchal Torralbo, Joaquín Tomás Sábado

Mostrar Póster**Introducción:**

En el año 2016, el suicidio fue la primera causa de muerte dentro del apartado de causas externas con un total de 3.569 fallecimientos, siendo especialmente destacable la incidencia en el tramo de edad de entre los 15 a los 29 años, donde constituye la tercera causa de muerte. Llama especialmente la atención el incremento de la ideación suicida que se ha dado en los últimos años en la población universitaria.

Hipótesis:

Cuantificar el riesgo suicida en una muestra de estudiantes de enfermería y analizar su relación con una serie de variables psicológicas.

Método:

Participantes. El estudio se realizó con una muestra de conveniencia formada por 304 estudiantes, pertenecientes a los cuatro cursos del Grado de Enfermería de una Escuela Universitaria del Área Metropolitana de Barcelona

Instrumentos. Los estudiantes respondieron un cuestionario anónimo que contenía, además de datos sociodemográficos, las siguientes escalas: Escala de Conducta Suicida (SBQ-R), Escala General de Autoeficacia (GSE), Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), Cuestionario Breve de Bienestar Percibido (OHQ-SF), la Escala de Competencia Percibida (CP) y la Escala Breve de Resiliencia (BRCS).

Resultados:

Se distribuyeron un total de 325 cuestionarios, de los cuales fueron devueltos sin cumplimentar un total de 12 (3,69%). Adicionalmente, en el proceso de tabulación de datos, se excluyeron otros nueve por presentar defectos importantes en su cumplimentación, de manera que la muestra final estaba formada por 304 cuestionarios válidos, correspondientes a 253 mujeres (83,2%) y 51 hombres (16,8%), con un rango de edad entre 17 y 50 años ($M = 22,77$; $DT = 5,22$). En este estudio, 13 alumnos (4,3%) indican que han tenido planes para suicidarse y 2 de ellos (0,7%) lo intentaron; 15 alumnos (5%) han pensado en suicidarse en el último año; 35 (11,5%) han comentado alguna vez a alguien que pensaban suicidarse y 7 (2,3%) consideran probable intentarlo.

Un total de 29 alumnos, que supone el 9,5%, presentan puntuaciones iguales o superiores a 7, que, según el criterio de Osman et al., indicaría riesgo suicida.

Para determinar las variables que podían actuar sobre la conducta suicida, se aplicó el análisis de regresión lineal múltiple modelo stepwise, considerando la conducta suicida (SBQ-R) como variable dependiente y como variables independientes aquellas medidas con correlaciones significativas (GSE, RSES, OHQ-SF, CP y BRCS). El Bienestar percibido (OHQ-SF), la Autoestima (RSES) y la Resiliencia (BRCS) son, por este orden, las variables identificadas por el modelo como predictoras de la conducta suicida, explicando conjuntamente un 22,7 % (R^2_{aj}) de la varianza.

Discusión:

Los resultados obtenidos están en consonancia con investigaciones previas que también sugieren un efecto protector de las variables aquí identificadas sin poder llegarse a establecer relaciones causales dado el diseño observacional del estudio.

Conclusiones:

La literatura especializada ha encontrado un mayor riesgo suicida en los profesionales de enfermería respecto a otras ocupaciones. Se podría especular con la posibilidad de que este mayor riesgo también se diera en estudiantes de enfermería en comparación con otros estudiantes.

[PO-2051] Epidemiología del suicidio en Barcelona

Víctor Pérez-Solà, Marc Fradera, Rosa Morros, Carles Martín-Fumadó, Diego Palao, Narcís Cardoner, Caridad Pontes

Mostrar Póster

Introducción:

Se estima que cada 40 segundos, aproximadamente, se produce un suicidio consumado en algún lugar del mundo(1). En Barcelona, en la última década, murieron más del doble de personas a causa del suicidio que por accidentes de tráfico(2).

Hipótesis:

El presente conjunto de datos tiene por objetivo hacer una descripción de las características y la prevalencia de los factores de riesgo de suicidio conocidos en los casos, así como describir la utilización de fármacos en este grupo de sujetos.

Método:

El conjunto de datos presentado forma parte de un estudio de casos y controles de base poblacional. La identificación de los casos proviene de los informes medicoforenses del IMLCFC. Los datos demográficos, de morbilidad y exposiciones farmacológicas de casos y controles se obtuvieron utilizando el (SIDIAP), que cubre el 83% de la población catalana.

Entre 2010 y 2015 se identificaron 2109 suicidios consumados en la provincia de Barcelona, y se pudo recuperar información clínica y demográfica para 971 de ellos.

Resultados:

Un 4,3% de los suicidios fueron en menores de 25 años, un 26,7% en sujetos entre 25-44 años, un 35,2% entre 45-64 y un 33,8% en mayores de 65 años. Predominaron los suicidios consumados en hombres (74%) respecto a las mujeres (26%). Los métodos más utilizados difieren entre hombres y mujeres: salto desde un lugar elevado fue el método más frecuente en mujeres (37,3%), seguido del ahorcamiento (19,8%) y envenenamiento por sobredosis (17,9%). En los hombres fue el ahorcamiento (42,8%), salto desde un lugar elevado (23,9%) y arrojarse a un objeto en movimiento (8,2%). El 26,9% de la muestra estudiada tienen registradas más de 10 consultas en medicina general durante el año previo a la fecha índice. Respecto a la situación laboral, un 12,6% de los casos estaba de baja en el año previo a la fecha índice. Un 75,8% tenían un diagnóstico de trastorno psiquiátrico, siendo los más frecuentes los trastornos por consumo de sustancias, la ansiedad y los trastornos del humor. Sobre el consumo de psicofármacos, el 57,4% consumía antidepresivos, el 33,2% de los sujetos consumía antipsicóticos, el 67,7% ansiolíticos y un 34,7% tenían consumo de antiepilépticos.

Discusión:

Aunque se pudieron obtener variables clínicas solo para un 46% de la población suicida, las principales variables demográficas (edad, género y método de suicidio) en los 2109 sujetos fueron similares a las de la muestra final de 971. La similitud entre ambos registros refuerza la validez externa del conjunto de datos.

Conclusiones:

En la provincia de Barcelona se produce, aproximadamente, una muerte por suicidio al día. El suicidio consumado se produce principalmente en hombres y destaca la vulnerabilidad de la población mayor de 65 años. Existen diferencias entre los métodos de suicidio más frecuentes en función del género. Destaca que más de un 25% de las personas que cometieron suicidio no tenía ninguna psicopatología registrada en la base de datos del SIDIAP, y por otra parte la proporción de pacientes frequentadores del sistema sanitario, ya que el 26,9% acudió más de 10 veces a la consulta durante el año previo a consumir suicidio.

[PO-2052] Diferencias de género en los diagnósticos asociados a la conducta suicida en un hospital general

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

Mostrar Póster**Introducción:**

Introducción: La presencia de una enfermedad psiquiátrica es un fuerte predictor para la aparición de ideas y conductas suicidas. El diagnóstico psiquiátrico que aparece más frecuentemente relacionado con el riesgo de intento de suicidio son los trastornos afectivos, y en particular la depresión, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general. El abuso de alcohol y otras sustancias, ejerce un papel muy significativo, ya que no es sólo un factor de riesgo, sino también un factor precipitante. Los trastornos de la personalidad, particularmente el antisocial y el trastorno límite de personalidad, se han asociado con estas conductas, fundamentalmente si hay presencia de trastornos comórbidos.

Hipótesis:

Objetivos: Determinar las diferencias de género en la comorbilidad psiquiátrica asociada a las demandas por conducta suicida en el Hospital General.

Método:

Material y métodos: 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 168 pacientes cuya demanda de interconsulta es por ideación/intento autolítico, del total de las 1833 interconsultas solicitadas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 30 de septiembre de 2017. Consideraciones bioéticas. El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Resultados:

Resultados: La demanda de interconsulta por ideación/intento autolítico supone un 9,2% (n=168) del total de interconsultas (n=1833), siendo más prevalente en la mujeres (60,7%, n=102), que en los varones (39,3%, n=66). La edad media de la muestra fue de 50,27 años (55,06 años en varones y 47,17 en mujeres; p=0,039). El 43,5% de los pacientes reconocían consumo de tóxicos (54,5% en varones y 36,3% en mujeres; p=0,020), sobre todo tabaco (30,3% en varones y 19,6% en mujeres; p=0,112) y alcohol (43,9% en varones y 43,3% en mujeres; p=0,210), seguido del cannabis (7,6% en varones y 5,9% en mujeres; p=0,665) y cocaína (9,1% en varones y 1% en mujeres; p=0,010).

Discusión:

Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentemente asociados a la conducta suicida en varones son los trastornos mentales orgánicos (13,6% frente a 4,9% en mujeres; p=0,009), por uso de sustancias (39,4% frente a 28,6% en mujeres; p<0,001), y los trastornos psicóticos (18,2% frente a 8,8% en mujeres; p=0,023). En las mujeres predominan los trastornos de ansiedad (45,1% frente a 31,8% en varones; p=0,035), y los trastornos de la personalidad (28,4% frente a 7,6% en varones; p=0,003).

Conclusiones:

Conclusiones: Elevada prevalencia de trastornos por uso de sustancias (39,4%) y trastornos psicóticos (18,2%) en los varones, y de trastornos ansiedad (45,1%) y de la personalidad (28,4%) en las mujeres que ingresan en el hospital general y se solicita valoración por ideación/conducta suicida. Necesidad de valorar de forma integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales de las que el paciente pueda beneficiarse y contar con la implicación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.

[PO-2053] Ideación e intento autolítico en mujeres versus varones: perspectiva desde la Interconsulta Psiquiátrica

Jesús Ángel Monforte Porto, Amaya Caldero Alonso, Concepción Gelado Matellán

Mostrar Póster**Introducción:**

Introducción: Diferentes investigaciones han mostrado que la conducta suicida constituye un problema complejo y multifactorial en la que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Se ha descrito que los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio.

Hipótesis:

Objetivos: Determinar las características de la ideación y el intento autolítico en varones y mujeres, desde la perspectiva de la Interconsulta Psiquiátrica.

Método:

Material y métodos: Material: Variables sociodemográficas (edad, sexo, situación laboral) y clínicas (antecedentes psiquiátricos, porcentaje de ideación versus intento autolítico, motivo de petición de interconsulta además de la ideación autolítica, tipo de intento autolítico). Método: Diseño del estudio. Estudio epidemiológico sobre 168 pacientes cuya demanda de interconsulta es por ideación/intento autolítico, del total de las 1833 interconsultas solicitadas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 30 de septiembre de 2017. Consideraciones bioéticas. El estudio cumple los principios de justicia, no-maleficencia, autonomía y beneficencia.

Resultados:

Resultados: La demanda de interconsulta por ideación/intento autolítico supone un 9,2% (n=168) del total de interconsultas (n=1833), siendo más prevalente en la mujeres (60,7%, n=102), que en los varones (39,3%, n=66). La edad media de la muestra fue de 50,27 años (55,06 años en varones y 47,17 en mujeres; p=0,039). En las mujeres predominaba una situación de paro laboral (27,5% frente 13,6% en varones) y en los varones la situación de pensionista (62,1% frente 39,2% en mujeres; p=0,015). En los varones los antecedentes psiquiátricos más frecuentes fueron los trastornos por uso de sustancias (28,8% frente a 8,8% en mujeres; p<0,001) y los psicóticos (10,6% frente a 3,9% en mujeres; p=0,087); y en las mujeres los trastornos afectivos (31,4% frente a 18,2% en varones; p=0,058), los de ansiedad (33,3% frente a 10,6% en varones; p<0,001) y los trastornos de la personalidad (18,6% frente a 6,1% en varones; p=0,021).

Discusión:

No hubo diferencias en cuanto los motivos de petición de la interconsulta, salvo en relación al ánimo depresivo que fue más prevalente en varones (36,4% frente a 20,6% en mujeres; p=0,024). En ambos sexos predominaba la solicitud de valoración por intento autolítico, si bien este fue más frecuente en las mujeres (76,5% frente a 59,1% en varones; p=0,045). En las mujeres predominaba la intoxicación medicamentosa (55,9% frente a 36,4% en varones; p=0,010), si bien los tipos de intentos autolíticos eran muy variados (cortes – abdomen, brazos, tórax, cuello -, ingesta de sustancias – anticongelante, cáusticos, raticida...-).

Conclusiones:

Conclusiones: Mayor prevalencia en la mujer que en el varón de ingresos en el Hospital General por intento autolítico (76,5%), predominando la intoxicación medicamentosa como método (55,9%). Para un propósito de evaluación, prevención y tratamiento de un paciente que ha presentado una conducta suicida debería incluirse, al menos, indicadores como edad, sexo, antecedentes de atención psiquiátrica, intentos de suicidio previos, apoyo social o familiar, ideación suicida, planificación suicida, reacción frente al intento y grado de daño médico como resultado del intento actual.

[PO-2055] Riesgo suicida en escolares de Cataluña

Joaquín Tomás Sábado, Ana Marchal Torralbo, Cecilia Brando Garrido, María José Gómez Romero, Joaquín Limonero García, Javier Montes Hidalgo.

Mostrar Póster

Introducción:

Las tasas de suicidio han experimentado en los jóvenes un aumento muy importante en los últimos 25 años, adquiriendo dimensiones de verdadera epidemia y representando un gran impacto personal, familiar, social y económico.

Hipótesis:

El objetivo de este trabajo es evaluar el riesgo suicida de los estudiantes en la consulta de enfermería del Programa "Salut i Escola".

Método:

Sujetos: Participaron 830 escolares (507 mujeres y 323 hombres) con una edad media de 16,39 (DT=2,26) y un rango de edad de 13 a 22 años. Los escolares pertenecían a dos Institutos de Educación Secundaria del área metropolitana de Barcelona, donde se cursa Bachillerato y Ciclos Formativos de grado Medio. Instrumentos: Los participantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado, que contenía datos sociodemográficos y, entre otros instrumentos, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (RS), desarrollada 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, que incluyen cuestiones relacionadas con intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados. Puntuaciones superiores a 6 indican RS.

Resultados:

Un total de 142 escolares (17,1%) presentan puntuaciones iguales o superiores a seis, lo que se considera riesgo suicida. Asimismo, puede destacarse que un 23,4% tienen dificultades para conciliar el sueño; un 40,1% notan que a veces pueden perder el control; el 18,3% ve el futuro con pesimismo; el 61,3% se ha sentido alguna vez inútil e inservible; el 50,6% se ha sentido fracasado; un 13,9% está deprimido en el momento de contestar la escala y un 16,3% tiene antecedentes familiares de suicidio. El 16,4% ha tenido alguna vez ideación suicida y un 5,7% ha intentado en alguna ocasión quitarse la vida.

Discusión:

Los resultados del estudio evidencian la necesidad de implementar programas de intervención, desde edades tempranas, en el ámbito de la salud escolar, considerando que los problemas no tratados en la adolescencia tienen una elevada tendencia a persistir en la vida adulta.

Conclusiones:

Es fundamental la promoción y la prevención de la salud mental en los centros escolares y la detección precoz de los signos y síntomas del riesgo suicida en los adolescentes, y de los determinantes sociales que se asocian a la problemática de la salud mental. Desde esta perspectiva, la enfermera escolar se convierte en una pieza clave de detección y la promoción de la salud mental positiva dentro del medio escolar, ámbito en el cual se detectan un gran número de problemáticas. Trabajar los factores protectores favorece el desarrollo de la persona, la gestión emocional y disminuyen los efectos de las situaciones adversas.

[PO-2056] Propiedades psicométricas preliminares de la forma española del Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R)

Joaquín Tomás Sábado, Cecilia Brando Garrido, María José Gómez Romero, Joaquim Limonero García, Ana María Marchal Torralbo, Javier Montes Hidalgo

Mostrar Póster**Introducción:**

En los últimos años, las conductas suicidas en jóvenes, especialmente en estudiantes universitarios han experimentado un aumento considerable, hasta el punto que, en algunos países, se ha convertido en una verdadera epidemia y un grave problema de salud mental. Desde esta perspectiva, es importante que clínicos y educadores dispongan de instrumentos de administración rápida y sencilla que permitan detectar precozmente aquellos individuos especialmente vulnerables a la ideación y la conducta suicida.

Hipótesis:

Traducir y estudiar las propiedades métricas preliminares del Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) en una muestra de estudiantes españoles.

Método:

Sujetos. Participaron 304 estudiantes de enfermería, 51 hombres y 304 mujeres, con una edad media de 22,77 (DT = 5,22) años y un rango de edad entre 17 y 50.

Instrumentos. Los estudiantes respondieron un cuestionario anónimo y autoadministrado que contenía, entre otras escalas de medida, el Cuestionario Revisado de Conductas Suicidas (Suicide Behaviors Questionnaire-Revised = SBQ-R), un instrumento desarrollado por Osman et al., utilizado para identificar de forma rápida aquellos individuos con riesgo de elevado de conducta autolítica. Se trata de una escala autoadministrada corta, diseñada para identificar la conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes que contiene cuatro preguntas y puede responderse en unos cinco minutos. Cada una de las cuatro preguntas aborda un factor de riesgo específico: la primera se refiere a la presencia de pensamientos e intentos suicidas, la segunda a la frecuencia de pensamientos suicidas, la tercera a la amenaza de intentos suicidas y la cuarta a la probabilidad de intentos suicidas futuros. Las posibles puntuaciones totales presentan un rango entre 3 y 18. Los autores recomiendan considerar en riesgo de suicidio aquellos individuos de la población general con una puntuación igual o superior a siete, o una puntuación igual o superior a ocho en personas con algún tipo de trastorno psiquiátrico. La forma española del SBQ-R se obtuvo a partir de la versión original inglesa, mediante sucesivos ciclos de traducción y retrotraducción.

Resultados:

Se obtuvo un alfa de Cronbach para los cuatro ítems del SBQ-R de 0,76 y una estructura factorial unidimensional, que explicaba el 62,38% de la varianza. El rango de cargas factoriales de los ítems era de 0,690 a 0,874.

Discusión:

El eje de las políticas de prevención de la conducta suicida se centra en la detección temprana de los individuos con riesgo autolítico. Esta detección necesita de instrumentos válidos y fiables que no siempre están a disposición del clínico o del experto ya que algunos instrumentos simplemente se han traducido al idioma español, pero sin un proceso riguroso de validación.

Conclusiones:

Las propiedades métricas preliminares de la forma española del SBQ-R son satisfactorias y justifican su uso como un instrumento que puede ser útil en la prevención de los intentos de suicidio de los estudiantes.

[PO-2058] Dialectical Behavioural Therapy dosage and suicidal risk

Sylvia Martin, Christine Marchal-Seignour, Jonathan Del Monte, Pierluigi Graziani

Mostrar Póster**Introducción:**

Borderline Personality Disorder (BPD) is a core issue for assessing suicidal risk. The role of impulsivity (1,2) negative emotion (anger)(3,4) and relational issues (aggression)(5,6) (creates therapeutical difficulties in BPD treatment as it is a core feature for Suicidal risk too. Positive urgency (impulsivity based on positive emotions) plays a certain role on the consciousness of the illness as negative urgency does (7). This new link between positive emotion and impulsivity can lead to adapt borderline personality disorder's therapy. We adapted the Dialectical Behavioral Therapy 12months therapy in a 6 months therapy with four therapeutical units (Mindful awareness, Emotion regulation, Distress Tolerance, Relationships). We measured clinical dimension's level pre and post program, after the third unit - coping strategies for suicidal risk.

Hipótesis:

Measuring the effects of a 6-month therapy on suicidal risk and clinical dimensions.

Método:

12 BPD (woman) were recruited from our daily care center (mean age=42 years, mean for first diagnose = 14 months ago) from DSM-5 criterion. We measured Impulsivity (UPPS), Aggression (AQ12), Hopelessness (H), Borderline dimension (BPQ), Cognitive Insight (BCIS) and suicidal risk (SBQ-r).

Resultados:

On a qualitative level, all scores on clinical dimension decreased except for insight witch increased. Correlation within group variated at each stage. Before therapy: SBQ-r was negatively correlated to Positive Urgency ($p=0.030$ $r=-0.717$). AQ12 was correlated to insight ($p=0.050$ $r=0.667$), BPQ ($p=0.011$ $r=0.794$) and sensation seeking ($p=0.013$ $r=0.782$). Positive Urgency was correlated to BPQ ($p=0.013$ $r=0.781$) insight ($p=0.002$ $r=0.871$), negatively correlated to SBQr ($p=0.030$ $r=-0.717$). Sensation seeking was correlated to BPQ $p=0.006$ $r=0.829$. After 3 units: SBQr was correlated to lack of perseverance $p=0.005$ $r=-0.908$. AQ12 to BCIS $p=0.016$ $r=0.847$.

Discusión:

On a qualitative level, the 6 months DBT adaptation reduced impulsivity, aggression, suicidal risk, BPD level and increased insight.

Conclusiones:

Positive urgency as a protective factor for suicide and its link with BPD dimension need to be assessed in details to encourage treatment orientation towards positive emotion assesement. The insight'impact on aggression levels could help us to orient treatments towards self-awareness and cognitive work for suicidal risk and BPD issues.

[PO-2059] ¿Influye el diagnóstico en la conducta suicida? Estudio realizado en población del AGS Sur de Sevilla.

Agustín Sánchez Gayango, Ángela Valladares García, Emilio José López Sánchez

Mostrar Póster**Introducción:**

Con este estudio se intenta comparar los intentos autolíticos que se atendieron durante 2016 y 2017 en el Hospital de Valme clasificando estos pacientes por su orientación diagnóstica según CIE-10

Hipótesis:

Nuestro objetivo es realizar un análisis observacional, donde cuantificamos los intentos autolíticos atendidos en el Hospital de Valme. Queremos agrupar estos pacientes con intentos autolíticos según su orientación diagnóstica para evaluar si existen diferencias entre los gestos autolíticos y el diagnóstico del paciente.

Método:

Se registró todos los pacientes que se atendieron en Urgencias en el Hospital de Valme por intento autolítico durante los años 2016 y 2017, anotando diversos datos. En nuestro estudio hemos agrupado a los pacientes por su orientación diagnóstica por CIE-10.

Resultados:

Existe un resultado similar de gestos autolíticos en el Hospital de Valme en 2016 y en 2017 (508 vs 506 respectivamente). Existe cantidad importante (146 y 144) por cada año que fue atendido por gesto autolítico y que no contaba con orientación diagnóstica por parte de Salud Mental. Entre los pacientes que cuentan con diagnóstico, tanto en 2016 como en 2017, son los que se encuentran comprendidos en (F40-49) Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos los que presentan un mayor número de casos en nuestro estudio, con 130 y 147 respectivamente, abarcando el 25.6% de los gestos autolesivos en 2016 y casi el 30% en 2017. Les sigue los comprendidos en (F30-39) Trastornos del humor (afectivos) con 79 y 55 casos en cada año. Con una cantidad similar encontramos los (F60-69) Trastornos de personalidad (a excepción del Trastorno límite), que cuenta con 74 y 63 casos en cada año. Los pacientes con Consumo de psicotrópicos y con Trastorno límite de personalidad abarcan los 47 casos en la suma de los dos años del estudio. Pacientes con diagnóstico en (F20-29) Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes oscilan entre los 28 casos en 2016 a los 15 casos en 2017.

Discusión:

Ante la aparición de estos resultados afirmamos que existen unas diferencias marcadas en la realización de gestos autolíticos entre los pacientes de diferentes categorías diagnósticas.

Conclusiones:

Destaca el elevado número de gestos autolíticos que se han atendido en pacientes que no cuentan con diagnóstico por parte de Salud Mental, como de pacientes con trastornos neuróticos, somatomorfos y relacionados con el estrés. Destaca el descenso de un 50% del 2016 al 2017 de gestos autolíticos en pacientes orientados en Esquizofrenia, esquizotípicos y trastornos delirantes.

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-2060] Borderline personality disorder and suicidal risk regarding impulsivity and metacognition dimensions

Sylvia Martin, Jonathan Del Monte, Christine Marchal-Seignour, Pierluigi Graziani

Mostrar Póster**Introducción:**

Impulsivity was supposed to encourage suicidal attempts but recent studies proved that it was not the case (1). Compared to impulsivity facets, negative affects and negative rumination (2) were more significant. Inherently repetitive negative cognitions have been linked to thoughts of suicide and suicide attempts (3, 4) making cognitive processes a core feature for suicidal risk. More than Axis I disorder, BPD a big concern.

Hipótesis:

This preliminary study try to evaluate BPD patients to examine the correlation between metacognitive functioning and impulsivity facets, regarding their influence on hopelessness and suicidal risk.

Método:

51 patients were recruited from DSMV criteria. We use UPPS-S to assess impulsivity, MCQ30 to assess metacognition dimensions and BPQ to assess borderline personality traits.

Resultados:

Comparison of from literature data showed significant differences on all metacognitive measures MCQ30 scores(5), UPPS scores (6). Correlation analysis showed a link between positive urgency and metacognitive dimensions and only related to Cognitive self confidence (see table). Regression analysis to predict Suicidal/self mutilation tendency from metacognitive and impulsive dimensions only revealed Lack of perseverance ($p=0,037$ $\beta=0,345$) as a predictive factor proving the little impact of impulsivity on suicidal tendency and questioning the impact of metacognitive processes.

Discusión:

Further research is needed to assess more in details the importance of cognitive processes, rumination (Valderrama 2017) self consciousness and insight (Martin 2017 under review) impact in BPD suicidal risk.

Conclusiones:

Positive Urgency is remarkably linked to metacognitive issues making this impulsivity dimension central in suicidal risk in borderline personality disorder.

[PO-2061] De la ideación suicida a la acción: diferencias en comportamientos autolesivos no suicidas en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Sandra Pérez Rodríguez, Jose Enrique Layrón Folgado, Montserrat Cañabate, Ginés LLorca Díez y Jose H. Marco Salvador.

Mostrar Póster**Introducción:**

Si bien el suicidio es en la actualidad una de las principales causas de defunción a nivel mundial, se ha evidenciado la necesidad de identificar las variables que puedan diferenciar pacientes que presentan ideación suicida frente aquellos otros que han cometido un intento de suicidio real. Solo un tercio de los pacientes que tienen ideación suicida cometen un intento [1] y, en este contexto, autores referentes en este campo han puesto de manifiesto la importancia de centrar la investigación en el marco de la ideación a la acción [2]. En este contexto, investigaciones recientes han encontrado que la frecuencia, tipos, número de tipos de autolesiones no suicidas son variables asociadas a la comisión de un intento de suicidio [3].

Hipótesis:

En este trabajo, por tanto, nos planteamos evaluamos la ideación suicida, la frecuencia y tipos de autolesiones no suicidas, el número de métodos empleados a la hora de autolesionarse, así como la funcionalidad intra e interpersonal de las mismas en una muestra compuesta por 238 pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) con el fin de identificar las diferencias entre pacientes ideadores y pacientes con intentos suicidas, y los pacientes sin ideación/intentos en las variables mencionadas.

Hasta donde nosotros sabemos, este constituye el primer trabajo que compara la presencia y número de los distintos tipos de autolesiones (e.g. cortes, quemaduras, golpes, etc.), así como la funcionalidad de las mismas entre ideadores y suicidas con un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria.

Método:

La muestra del estudio estuvo compuesta por 238 pacientes con un diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) de las poblaciones de Castellón y Valencia. Para llevar a cabo las comparaciones se dividió la muestra en tres grupos: 1) pacientes sin historia de ideación o de intento suicida (n=150); 2) pacientes con ideación suicida reciente (n=65) y 3) pacientes que llevaron a cabo un intento de suicidio en el año previo (n=23).

Se llevaron a cabo MANOVAS y pruebas post-hoc de Bonferroni con el fin de identificar las diferencias específicas entre los tres grupos.

Resultados:

El grupo con intentos de suicidio en el año previo presentó mayores puntuaciones en el número de métodos distintos de autolesiones, en la frecuencia de cortes y en la funcionalidad de las autolesiones intra e interpersonal respecto al grupo con ideación suicida. Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo sin ideación ni intentos y los otros dos en estas variables.

Discusión:

La presencia de autolesiones empleando distintos métodos, el hecho de cortarse, específicamente, así como el llevar a cabo autolesiones con propósitos de regulación emocional o social son factores de riesgo que diferencian pacientes con ideación frente a aquellos con intentos de suicidio.

Conclusiones:

Por este motivo, pacientes con TCAs que presenten autolesiones diversas, frecuentes, y concretamente que se auto-inflinjan cortes deberán ser el foco de intervenciones preventivas de la conducta suicida.

[PO-2063] Emma, una aplicación móvil para la evaluación y la predicción del riesgo suicida

Catherine Genty, Jérôme Azé, Bilel Moulahi, Séverine Béziat, Isabelle Jausse, Déborah Ducasse, Margot Morgiève, Philippe Courtet

Mostrar Póster**Introducción:**

En Francia, casi 10 000 personas mueren por suicidio cada año y 200 000 cometen intentos de suicidio. Aunque se han identificado muchos factores de riesgo, sigue siendo difícil predecir el riesgo individual y por lo tanto proponer estrategias de prevención apropiadas y eficaces. Por otro lado, las llamadas telefónicas a pacientes de alto riesgo tras el alta han demostrado su utilidad, subrayando el interés del contacto continuo post alta. Respondiendo a las recomendaciones de la literatura se ha desarrollado “emma”, la primera aplicación francesa para la predicción de las conductas suicidas, siguiendo un proceso de diseño colaborativo multidisciplinar que incluye psiquiatras, psicólogos, investigadores, informáticos y pacientes con conducta suicida.

Hipótesis:

La exacerbación del riesgo suicida ocurre con mayor frecuencia cuando el paciente se encuentra en su entorno natural, alejado del sistema de atención. El método “Ecological Momentary Assessment”, que detecta las fluctuaciones del riesgo de suicidio en un individuo a lo largo del tiempo, se propone como única forma de detección precoz a distancia. Con esa idea, se ha desarrollado un algoritmo predictivo del riesgo de ocurrencia de un evento suicida (suicidio, intento de suicidio, hospitalización o recurso a urgencias para ideación suicida) integrado en una aplicación móvil: “emma”.

Método:

Se van a reclutar 100 pacientes en los Servicios de Psiquiatría de 5 Hospitales Universitarios franceses con historia de tentativa suicida reciente

Resultados:

El algoritmo predictivo de “emma” se basa en un aprendizaje progresivo que se produce a medida que los pacientes introducen datos a través de la aplicación, por lo que su desarrollo necesita 6 meses. Por motivos éticos, “emma” incluye módulos de prevención y gestión de la crisis suicida que se activarán según el estado del usuario.

Los resultados de este estudio servirán de base para un futuro proyecto prospectivo cuyo objetivo será validar la capacidad predictiva del algoritmo integrado en la aplicación “emma”.

Discusión:

“Emma” ofrece una oportunidad única para mejorar la atención a pacientes con riesgo de conducta suicida. El paciente se beneficiará de un apoyo diario adaptado a su situación (módulos de gestión de emociones, plan de seguridad, llamadas en caso de emergencias) y que no depende del contacto con el sistema de atención sanitaria. La evaluación repetida del riesgo de conducta suicida no produce ningún efecto iatrogénico.² Además es de fácil manejo y requiere poco tiempo para las personas que deben atender al paciente, tanto en urgencias como en unidades de agudos. Sería útil discutir la integración del uso de la app en el sistema de salud y en otras modalidades de cuidados.

Conclusiones:

Un algoritmo predictivo validado del riesgo suicida permitirá implementar estrategias de prevención de las conductas suicidas personalizadas y adaptadas a cada paciente, en tiempo real y en las condiciones reales.

Casos Clínicos

[PO-1001] Consecuencias psíquicas derivadas del maltrato psicológico. A propósito de un caso.

Carmen Gómez Eguilaz, Ana Gorria Urtasun, Pablo Vinuesa Anguita, Violeta Pibernat Serrano

Mostrar Póster**Introducción:**

La situación mantenida de maltrato psicológico puede abocar a importantes consecuencias psíquicas para las personas, siendo una de las de mayor prevalencia, la sintomatología ansioso-depresiva. Además, cabe destacar la mayor prevalencia de intentos autolíticos y dificultades en el autoconcepto, en las personas que sufren estas vivencias traumáticas. Presentamos el caso de una paciente, cuyas vivencias hicieron que padeciera gran parte de esta sintomatología.

Caso clínico:

Se trata de una mujer de 42 años con antecedentes Trastorno ansioso depresivo de unos 15 años de evolución. Ha precisado tres ingresos recientes en un período de dos meses en UCE de Psiquiatría, el último tras intento autolítico con arma blanca, como consecuencia de maltrato psicológico. Como antecedentes somáticos destacan paresia espástica y síndrome de cola de caballo residuales a lesión medular tras accidente de tráfico hace 10 años, por lo que precisa de apoyo de muleta para la deambulación. Fumadora, niega otros hábitos tóxicos. Soltera, vive con su hija menor, de 3 meses de edad; su madre y un hermano minusválido. Además, tiene otra hija de 21 años de una pareja anterior. Recibe una prestación por incapacidad laboral absoluta. A raíz de un duelo complicado por el fallecimiento de su padre en el año 2000, inició tratamiento antidepresivo y ansiolítico a base de Venlafaxina 150 mg primero y Escitalopram 20 mg posteriormente, que ha mantenido prácticamente constante desde entonces. Únicamente se le retiró durante su último embarazo tras una notable mejoría físico-psíquica. En el primer mes del nacimiento de su segunda hija comenzó a encontrarse mal físicamente. Se produjo una ruptura sentimental de esta última pareja después de una relación complicada de dos años de duración, con situación de maltrato psicológico. Mostraba una creciente desesperación, concomitante y reactiva al sentimiento de incurabilidad, baja autoestima e incapacidad para el cuidado de su hija recién nacida. Esta gravedad hizo que peligrara su integridad física con dos intentos autolíticos con letalidad moderada, que precisaron dos ingresos en UCE de Psiquiatría en los dos últimos meses.

El último ingreso fue propiciado tras un intento autolítico con arma blanca de 12 cm en región epigástrica, ante la desesperanza por la falta de mejoría anímica, sentimientos de incurabilidad y tedio vital. Tras su última tentativa con alto grado de letalidad, permanece en Cirugía General 48 horas con estabilidad clínica y sin complicaciones. En nuestra Unidad, no realiza clara crítica en un primer instante, mostrando desesperanza y serias dificultades de afrontamiento ante problemas que yugula autolesionándose. Se trabaja a nivel cognitivo para identificar pensamientos distorsionados y establecer objetivos alcanzables. Se organizan visitas de su hija con la familia y se modifica tratamiento antidepresivo, reinstaurándose Escitalopram 20 mg/24 horas. Tras casi un mes de estancia hospitalaria, se encuentra progresivamente más relajada con mayor capacidad de afrontamiento por lo que se dio el alta con apoyo familiar. Realiza seguimiento por psicología y psiquiatría ambulatoriamente. Tras cinco meses de vivir alejada de su expareja ha mejorado notablemente de estado físico-psíquico, se mantiene eutímica y capaz de su propio cuidado y el de su hija.

Bibliografía:

1. Zahíno López, V. Prevención e Intervención de la conducta suicida según el género. En: Anseán, A. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. 1ª ed. Madrid: Fundación Salud Mental España; 2014.
2. Vatnar, SK, Bjørkly, S. Lethal intimate partner violence: an interactional perspective on women's perceptions of lethal incidents. 2013;28(5):772-89

[PO-1002] Complejidad clínica y de manejo en paciente con múltiples conductas autolíticas: una muerte anunciada.

Guadalupe Espárrago Llorca, Francisco Javier Jerez Barroso, María García Navarro, Elena Delgado Rastrollo, Elena Leonés Gil, Guendolina Andrés Pereira, Paloma Juncosa Montes.

Mostrar Póster

Motivo de consulta: mujer de 25 años que acude al Servicio de Urgencias, solicitando ingreso por empeoramiento anímico e ideación autolítica.

Antecedentes personales:

- Somáticos: Alérgica al metamizol, ibuprofeno y butilescolamina. Asma bronquial. Gastritis erosiva.
- Tóxicos: fumadora de 1,5 paquetes/día.
- Psiquiátricos: abuso sexual en la infancia. Diagnosticada de Trastorno de la personalidad límite y Anorexia nerviosa tipo con atracones/purgas.

Frecuentes consultas urgentes por conductas autolesivas (cortes, sobreingestas medicamentosas e ingestión de cuerpos extraños) y múltiples ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Breve (UHB) de Cáceres y otros dispositivos asistenciales.

Situación sociofamiliar: soltera, vive con su madre (relación disfuncional) y pareja de ésta. Padre fallecido hace 9 meses.

Enfermedad

actual

Refiere intensa ansiedad e ideas autolíticas. Dos días antes se ha realizado corte en muñeca que ha requerido 7 puntos de sutura, según refiere, en contexto ansioso al no acceder su madre a demanda de la paciente. Lleva varios días manteniendo relaciones sexuales sin protección con desconocidos.

Evolución:

Durante el ingreso precisa atención urgente por herida autoinfligida en antebrazo que requiere cura y sutura (9 puntos), antibioterapia y analgesia oral.

Al alta se deriva a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA) de Ciudad Real. Allí permanece ingresada durante un año y medio de forma intermitente y compartida con la Unidad Psiquiátrica Hospitalaria (UHB) de la misma localidad (8 ingresos), en relación a múltiples episodios autolesivos, entre los que destacan dos, por su gravedad:

- Quemaduras múltiples de 2º y 3º grado que requirieron ingreso en el H. La Paz (Unidad de Quemados) e intervenciones quirúrgicas.
- Episodio de precipitación con fractura de pelvis, de ambos calcáneos y fractura inestable de D11, que requirió ingreso en UCI y, posteriormente, en Traumatología.

En agosto de 2017 abandonó el seguimiento en Ciudad Real y lo retomó en UTCA y ESM de Cáceres conjuntamente (dada la gravedad). Desde entonces hasta ahora (7 meses) la paciente ha tenido 6 ingresos en la UHB de Cáceres, 2 por ideación autolítica y 4 por conductas autolesivas: ingesta de pilas, ingesta de cables, herida penetrante por arma blanca y corte en antebrazo con cristales, que han requerido dos endoscopias y una laparotomía de urgencia. Además, en este periodo, la paciente ha sido derivada a la Unidad de Media Estancia de Plasencia en dos ocasiones, permaneciendo allí en la actualidad. Dada la incapacidad de la paciente para su autocuidado y el mal manejo familiar (madre) se ha gestionado proceso de incapacitación de la paciente, estando actualmente tutelada por la Junta de Extremadura.

Discusión:

Nos planteamos la doble complejidad de este caso:

Por una parte, a nivel clínico, ya que, aunque muchas veces usa las conductas autolíticas como medio manipulativo o ansiolítico y, en menos ocasiones, con finalidad de acabar con su vida, también hemos apreciado en la paciente una búsqueda de cuidado, cariño y atención por parte los profesionales sanitarios. Nos recuerda, al menos parcialmente, a un Síndrome de Münchhausen, en el que la búsqueda inconsciente de cuidados la impulsa a autolesionarse, a veces de forma realmente dolorosa.

Por otra parte, nos parece un caso de muy difícil manejo, y ha requerido la reunión y el consenso de diversos especialistas para decidir conjuntamente sobre su abordaje. Más allá de todo, nos plantea el interrogante de ¿cómo evitar una muerte tantas veces anunciada?

[PO-1003] Un caso de suicidio en una unidad de hospitalización.

Paloma Aguilar Valseca, Encarna Dominguez Ballesteros, María José Márquez Márquez

Mostrar Póster

El suicidio es un problema que ha ido creciendo en importancia en las últimas décadas y, aunque son pocos los casos, cobra especial atención cuando tiene lugar en un medio hospitalario como es una unidad de hospitalización de psiquiatría. Surgen entonces interrogantes de entendimiento y la necesidad de mejorar las medidas de prevención y protección en dicho ámbito.

En los casos de suicidios de pacientes hospitalizados, las tendencias y las cifras son muy diferentes. Crammer verifica que el 5% de todos los suicidios que ocurren en un país son de pacientes psiquiátricos hospitalizados, lo cual también fue descrito por Taiminen & Lehtinen. A los casos en que un paciente en tratamiento psiquiátrico se quita la vida estando hospitalizado o en hospitalización diurna, independiente del hecho que el suicidio haya ocurrido dentro o fuera de la unidad, durante una salida, un permiso o hasta un mes posterior al alta, se les denomina "suicidios clínicos".

A través del caso clínico de un paciente en tratamiento psiquiátrico, afecto de una "esquizofrenia paranoide" que ingresa en una unidad de hospitalización de psiquiatría por una tentativa suicida y que finalmente consuma el suicidio durante su hospitalización, abrimos el debate sobre factores de prevención y de protección en las unidades de hospitalización y sobre el impacto que estos casos suponen sobre la vivencia subjetiva del trabajo clínico.

[PO-1004] Esquizofrenia hebefrénica y suicidio: a propósito de un caso

Violeta Pibernat Serrano, Ana Gorria Urtasun, Pablo Vinuesa Anguita, Carmen Gómez Eguílaz, Maria S. Campos Burgui

Mostrar Póster**Justificación:**

La esquizofrenia reduce la esperanza de vida en las personas en unos 10 años y el suicidio es la principal causa de muerte prematura en estos pacientes. Se ha estimado que entre el 20 y 55% de los pacientes intentará suicidarse a lo largo de su vida. Las tasas de suicidio en pacientes con esquizofrenia son similares o superiores a las de los individuos con depresión mayor. Y el suicidio consumado es entre 10 y 70 veces mayor que en la población. Numerosos estudios indican que los métodos de suicidio son más violentos, letales, con un bajo grado de planificación y menor tendencia a comunicar la intencionalidad. Algunos estudios han señalado que el método más frecuente es la sobredosis con psicofármacos. Así pues, presentamos un caso clínico que reúne varias de las características nombradas anteriormente.

Caso clínico:

Se trata de un paciente varón, de 37 años de edad, diagnosticado de Esquizofrenia Hebefrénica. En tratamiento con Aripiprazol inyectable 400 mg cada 28 días y Aripiprazol 5 mg, Quetiapina 40 mg, Paroxetina 20 mg y Clonazepam 4 mg diarios. Soltero, vive con su madre, a la que ayuda en un negocio familiar con los pedidos y reciclaje. Tiene un hermano. El comienzo de la enfermedad se produjo a los 16 años de edad y hasta el año 2014 solo había presentado un ingreso hospitalario. Ese año precisó un ingreso tras un intento autolítico con numerosos cortes autolesivos en brazos y piernas en contexto de desesperanza y bajo ánimo por su situación vivencial.

Este último año ha precisado varios ingresos hospitalarios tras episodios autolesivos graves y conductas bizarras. El primero de ellos se produjo tras varias heridas punzantes en el muslo con un taladro al encontrarse desesperanzado por el estilo de vida que llevaba. Durante la hospitalización se objetivó un empobrecimiento global de la personalidad, con pensamientos reiterativos, simples, actitudes obsesivas y ludopáticas, así como un aislamiento social. Se planteó la asistencia a la Unidad de Rehabilitación, que aceptó. Posteriormente, se produjeron varios ingresos hospitalarios por desorganización conductual y en el mes de diciembre, se realizó un nuevo ingreso tras la sobreingesta de un vial de Aripiprazol inyectable, el día anterior a la administración del mismo, sin finalidad autolítica, alegando que se lo bebió "para que hiciera efecto más rápido". El último ingreso se dio tras otro incidente bizarro, al quemar un colchón en casa, sin saber encontrarle el porqué.

Bibliografía:

1. Suicidio y esquizofrenia. En Trastornos Psicóticos. Coordinador: M. Roca Bennasar. Ars Médica. 2007. Barcelona. ISBN – 84-9751-223-5
2. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la conducta suicida. Director: A. Anserán. Fundación Salud Mental España. 2014. Madrid. ISBN: 978-84-942990-0-1.

[PO-1005] “Y resultó que era una mala combinación: caso de intento autolítico en paciente con sintomatología psicótica y retraso psicomotor”

Paloma Juncosa Montes, Elena Delgado Rastrollo, Elena María Leonés Gil, Gwendolina Andrés Pereira, María García Navarro, Guadalupe Espárrago Llorca.

Mostrar Póster

Presentamos el caso de una paciente de 52 años, con antecedentes médicos de retraso psicomotor desde el nacimiento, epilepsia refractaria en seguimiento por S.Neurología (con mal control), numerosos episodios de pseudocrisis y episodio Guillen-Barré (que asociaron al Topiramato). Realiza seguimiento en Consultas Externas del S.Psiquiatría por una ingesta medicamentosa previa. En tratamiento con Venlafaxina, Paliperidona, Aripiprazol, Lacosamida, Lamotrigina y Brivaracetam. No consume tóxicos. Soltera, vive con su madre. La paciente es traída al servicio de urgencias por su madre tras ingesta medicamentosa de 14 comprimidos de Atorvastatina, refiriendo angustia por aumento de ideas delirantes de contenido autorreferencial y discusiones con su hermana en las últimas semanas. En la consulta con Psiquiatría el mes anterior se había disminuido la dosis de Paliperidona por aplanamiento de la paciente. La paciente presenta ansiedad por sintomatología psicótica y no realiza crítica de los hechos.

Se pasa a la paciente a la zona de observación para repetir la analítica pasadas 24horas tras la ingesta. Posteriormente, dado que los segundos resultados de la analítica son similares a los previos y que la paciente sigue sin realizar crítica de lo ocurrido, se ingresa a la paciente en S.Psiquiatría.

Exploración psicopatológica:

Consciente, orientada, parcialmente colaboradora. Lenguaje parco en palabras, discurso empobrecido. Mantiene reactividad emocional, llega a sonreír. Hipotimia reactiva. Ansiedad basal aumentada. Ideación delirante autorreferencial y de perjuicio. Alucinaciones auditivas. No realiza crítica de lo sucedido. Sueño invertido. CI bajo. Conciencia de enfermedad.

Exploración física: sin alteraciones.

Pruebas complementarias:

1) Analítica:

– Hemograma: Leucocitos 8730 (N:5600,L:2200), Ery 5.12, Hbg 13.9, Htº 42.8, Plaquetas 270000

– Bioquímica: Glucosa 114, Creatinina 0.59, Na 138, K 3.98, GOT 77, GPT 98

– Coagulación: Act P 84%, TP 12.7, Fibrinogeno 466

2) Gasometría venosa: pH 7.41, pCO2 42, HCO3 26.6, A.Láctico 1.3

De sobra es conocida la comorbilidad existente ente la discapacidad intelectual y el resto de patología psiquiátrica (TDAH, Trastornos de personalidad de causa orgánica, Trastornos del aprendizaje etc.). Este es un campo complicado y sujeto a gran variabilidad, pues resulta difícil el reconocimiento de algunos síntomas en este tipo de pacientes (ya que su base es deficitaria) así como su exploración psicopatológica (ya que pueden atribuirse síntomas inexistentes o achacar la sintomatología que expresan a alteraciones de conducta propias del déficit intelectual, y no como una entidad aparte psiquiátrica). Todo ello contribuye a infradiagnosticar otras patologías psiquiátricas. Por todo ello sería conveniente incentivar al desarrollo de recursos más específicos para este tipo de pacientes, ya que en la actualidad son insuficientes.

[PO-1007] Conducta suicida y disforia de género: A propósito de un caso.

Álvaro Moleón Ruiz, Rosario Lineros Linero, Rocío Perea Pérez

Mostrar Póster

Descripción del caso clínico:

Paciente transexual femenino de 36 años remitida para valoración urgente por intento autolítico consistente en la ingestión de numerosos cuerpos extraños de distinta índole (clips, agujas, pendientes...). Diagnosticada en la juventud de Trastorno Límite de la Personalidad y trastorno por consumo de alcohol y cocaína. Desde la infancia, ha presentado problemas de la identidad sexual, aunque no es hasta la década de los 20 años, cuando comienza a vivir conforme a su identidad de género. A los 27 años acude a la Unidad de Trastorno de Identidad de Género para valoración de reasignación sexual, la cual fue rechazada por su comorbilidad psiquiátrica. Desde entonces se automedica con hormonoterapia. A lo largo de su biografía, ha ingresado en varias ocasiones en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría por distintos intentos autolíticos (ingestas de cuerpos extraños y venoclisis) e importantes alteraciones conductuales en vía pública. Padre diagnosticado de trastorno por consumo de alcohol y madre de esquizofrenia paranoide.

Exploración y pruebas complementarias:

Ingresar en la unidad de hospitalización: se presenta como mujer, con aspecto físico femenino. Destaca su bajo control de impulsos, la mínima tolerancia a las frustraciones y la angustia por seguir presentando genitales masculinos.

Se realiza analítica completa sin datos de interés. El test de tóxicos en orina fue positivo a cocaína, admitiendo la paciente consumo días previos al ingreso.

Durante su ingreso, estuvo bien adaptada en términos generales a la unidad. Sin embargo, su identidad sexual le provocó varias disputas con distintos pacientes en relación al estigma, lo que desencadenó un episodio de heteroagresividad verbal y física hacia uno de ellos, sin causar dicha agresión un problema mayor a nivel orgánico al otro paciente.

Tras 20 días de ingreso en los que recibió diariamente psicoterapia cognitivo-conductual (acompañada de intervención familiar) y reajuste psicofarmacológico (parches de estrógeno, ciproterona, topiramato, Lorazepam...), la paciente fue dada de alta tras desaparición de la ideación suicida y de las alteraciones conductuales.

Juicio Clínico:

- Disforia de género
- Trastorno de personalidad límite
- Trastorno por consumo de alcohol y cocaína.

Diagnóstico Diferencial:

- Esquizofrenia paranoide
- Transvestismo

Conclusiones:

Actualmente, pese a los avances sociales, la población transgénero sigue enfrentándose diariamente al estigma, la exclusión y la discriminación.

La transfobia y el estrés de las minorías de género conllevan que los transgénero tengan mayor riesgo de padecer distintos trastornos mentales que los cisgénero, siendo la conducta suicida una de las comorbilidades más prevalentes en esta población.

[PO-1008] Síndrome neuroléptico “benigno”

Araceli Martínez Carrascosa, Carmen García Moreno, Alicia Gómez Peinado, Alberto Real Dasi, María Teresa Tolosa Pérez, Patricia Romero Rodenas, Marta Lucas Pérez-Romero

Mostrar Póster

El síndrome neuroléptico maligno es una complicación poco frecuente en relación al tratamiento con antipsicóticos, siendo la más temida ya que puede llegar a ser mortal si no se diagnostica y trata a tiempo. El cuadro clínico consiste en hipertermia, rigidez generalizada, disautonomía, alteraciones del estado de conciencia, con creatinín fosfoquinasa elevada, siendo variables los síntomas y con esto dificultando el diagnóstico.

Paciente de 58 años que acude solo, al servicio de Urgencias por insomnio, debilidad en miembros inferiores y síntomas extrapiramidales con rigidez generalizada constando el diagnóstico de esquizofrenia paranoide y tratamiento con neurolépticos. Niega fiebre en días anteriores pero en la valoración realizada se objetiva fiebre de 38,5 °C sin otra sintomatología, acompañada de rigidez en tubo de plomo por lo que se orienta el cuadro inicialmente hacia un posible síndrome neuroléptico maligno. Durante su estancia en el hospital el paciente es tratado con biperideno, mejorando de forma parcial la rigidez, apareciendo nuevo pico febril de 39,6 °C acompañado de agitación psicomotriz decidiéndose ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. Se realizan exploraciones complementarias, TAC craneal, punción lumbar y analítica sanguínea, hallándose elevación progresiva de CK, procalcitonina y enzimas hepáticas.

Se inicia fluidoterapia de resucitación y se administra bicarbonato y biperideno, precisando propofol para control de agitación psicomotriz. Durante su estancia en la UCI presenta evolución favorable realizándose diagnóstico principal de parkinsonismo farmacológico en probable relación a aumento de dosificación. Se realiza entrevista al paciente encontrándose estable, consciente, orientado, adecuado, abordable y colaborador. Presenta discinesias orofaciales. Mayor reactividad, con discurso levemente disártrico, parco e influido por estado clínico y posible sintomatología negativa. Bradipsiquia sin objetivar alteraciones en el contenido del pensamiento, ni conductas que indiquen alteraciones sensorio-perceptivas. Relata insomnio de larga data con empeoramiento en el último mes, acudiendo a psiquiatra de referencia y a Urgencias realizándose ajustes en el tratamiento con aumento de dosis de neurolépticos, sin poder corroborar la toma correcta de medicación por la falta de informantes externos.

Teniendo en cuenta la evolución y la situación clínica del paciente se decide el traslado desde la planta Medicina Interna a la de Psiquiatría para reintroducción de antipsicóticos, considerando como opción la clozapina.

Este síndrome aunque es fácilmente reconocible en sus formas completas, frecuentemente tiene un inicio, presentación, progresión y una evolución muy heterogéneos por lo tanto resulta difícil realizar el diagnóstico con el riesgo vital que esto conlleva. Es necesario descartar otras causas infecciosas tóxicas, metabólicas o neuropsiquiátricas o complicaciones.

La peculiaridad de este caso radica en que a pesar de que el paciente presentaba sintomatología compatible con síndrome neuroléptico maligno, se realizó tratamiento conservador con buena evolución en un corto espacio de tiempo y por tanto diagnóstico final de parkinsonismo farmacológico. Esta situación nos hace plantearnos si realmente existiría un síndrome neuroléptico “benigno” en el que a pesar de no tratamiento activo se resolviera sin desenlace fatal. Sería por tanto de gran ayuda conocer las diferencias objetivables o las pistas que nos orientarían hacia un síndrome neuroléptico benigno o hacia el maligno.

[PO-1009] Impulsividad y riesgo suicida en paciente tras traumatismo craneo encefálico.

Araceli Martínez Carrascosa, Alicia Gómez Peinado, Carmen García Moreno, Alberto Real Dasi, Cecilia Calero Mora, José Campos moreno, Paloma Cano Ruiz, Carolina Sánchez Mora

Mostrar Póster

El riesgo suicida es la probabilidad que tiene una persona de intentar matarse, siendo según la OMS el suicidio un acto deliberadamente iniciado y llevado a cabo por un individuo con el conocimiento y expectativas de que su resultado va a ser la muerte. Esta situación está asociada a un sufrimiento psíquico que sobrepasa la capacidad de adaptación del sujeto.

Se presenta el caso de un paciente de 27 años que acude acompañado por el servicio de emergencias médicas, a petición de sus padres por alteraciones de conducta en el domicilio de difícil manejo y amenaza de defenestración. A su llegada al Servicio de Urgencias Psiquiátricas el paciente se encuentra en situación de inmovilización terapéutica debido a negativa a acudir para recibir valoración y episodio de inquietud psicomotriz.

Según describen sus padres presenta alteraciones de conducta que se han incrementado de forma progresiva en la última semana, con ansiedad la mayor parte del día, insomnio global, elevada suspicacia dirigida a sus padres y conductas paranoides con estos. Esta situación ha aparecido a raíz de traumatismo craneoencefálico (TCE) 15 días antes y ha pasado a ser insostenible por la escalada en la inquietud hasta presentar episodio de agitación y agresividad con conductas desajustadas y apragmáticas hasta la aparición de riesgo suicida. Se plantearon grandes dificultades para realizar una correcta valoración mostrándose el paciente consciente y orientado en espacio, parcialmente desorientado en persona y tiempo. Inadecuado con actitud amenazante.

Poco abordable y poco colaborador. Leve inestabilidad de la marcha y mareos. Inquietud psicomotriz con escalada a agitación de forma imprevisible. Discurso incoherente alternando lenguaje monosilábico con constantes evasiva y discurso reiterativo. Dificultades para centrar la atención y para la comprensión de la situación. Ideación delirante de perjuicio con confabulaciones entorno a hechos biográficos. No se objetivarán conductas que indicaran la existencia de alteraciones sensorio-perceptivas. Ánimo disfórico. Insomnio global. Apetito conservado. Elevada impulsividad. Amenazas de defenestración sin verbalizar clara ideación autolítica. Agresividad verbal con amenazas tanto auto como heterolesivas. Posible abstinencia a tóxicos. Juicio de realidad comprometido.

Debido a la situación clínica del paciente, al riesgo autolítico y a la incapacidad de la familia para manejar esta situación se decidió ingreso en Unidad de Hospitalización de Psiquiatría siendo necesario inicialmente mantener al paciente en inmovilización terapéutica debido al deseo de abandonar la unidad y las amenazas heterolesivas y de defenestración con intención de fuga siendo inviable la contención verbal. Realizándose ajustes en el tratamiento con buena evolución y mejoría conductual con remisión del riesgo autolítico. En este caso concreto el riesgo autolítico y el cuadro clínico podrían enmarcarse en las secuelas neuropsiquiátricas causadas por la lesión cerebral reciente tras TCE, ya que el paciente debido a la desorganización no presentaba el conocimiento ni las expectativas del posible resultado mortal de estas amenazas ya que esta conducta surgía más de un elevado malestar y desesperación con elevada impulsividad así como la incapacidad para la comprensión y reflexión.

[PO-1010] Genética trastorno bipolar

Andrea Barco Gómez, Celia Almonacid Folch, Susana Hernández, Ninfa Goenechea

Mostrar Póster

Son conocidos los estudios genéticos de investigación sobre el trastorno bipolar¹; sin embargo, también existen factores no genéticos que actúan sobre los genotipos vulnerables y favorecen la enfermedad. En los últimos años, se han realizado diversos estudios que avalan el carácter multifactorial del trastorno bipolar². En el actual trabajo, se presenta una familia a través de un árbol genealógico a partir de un caso clave: "Felisa", mujer de mediana edad, madre de dos hijos de distintos matrimonios, con pertenencia a familia desestructurada y sin hábitos tóxicos, diagnosticada de Trastorno bipolar.

A partir de ella, queda patente la heredabilidad ya conocida del trastorno bipolar, ya que según se van desarrollando las diversas generaciones se observan varios familiares de segundo grado padecedores de este mismo trastorno mental (3 de los 8 hermanos afectos de trastorno bipolar) y de otros trastornos (uno diagnosticado de esquizofrenia y otro de trastorno esquizoafectivo). También es evidente la patología psiquiátrica en familiares de primer grado, en concreto en madre e hija.

Llama la atención, además de la agrupación familiar con aumento de prevalencia de trastorno bipolar en esta familia, el establecimiento de una red conyugal con parejas afectas también de patología mental grave, llegando a un punto en el que es difícil discernir lo genético de lo aprendido, inherente al mismo ambiente común en el que todos conviven (predisponentes psicológicos y sociales).

[PO-1011] Caso de tentativa de suicidio en paciente con Anorexia Nerviosa.

Álvaro Moleón Ruiz, Rosario Lineros Linero

Mostrar Póster

Acude a Urgencias para valoración por Psiquiatría una chica de 17 años por intento autolítico. Como antecedentes psiquiátricos consta: dos ingresos previos, el primero por IMC<16 y bradicardia, en 2015 y el segundo en 2016 por autolesiones con necesidad de curas por enfermería y puntos por Traumatología en ambos brazos con ideación autolítica. Desde el alta, en seguimiento por terapia grupal de adolescentes en régimen ambulatorio. Tiene un diagnóstico de Anorexia nerviosa restrictiva (F50.01) y rasgos obsesivos de personalidad en uno de los ingresos. En tratamiento con Fluoxetina 30 mg por la mañana y olanzapina 2.5mg cada 8 horas.

Vive con sus padres y un hermano menor (11 años). Estudia 2º de Bachillerato. Ambos padres trabajan.

Sin Antecedentes somáticos .

Como antecedentes familiares psiquiátricos el padre cursa con cuadro ansioso-depresivo desde 2015. Acude trasladada por servicios de emergencia al ser avisados por sus padres. Esa mañana la encontraron en el suelo del baño obnubilada, siendo ella misma la que pregunta por qué no está muerta a los técnicos en el traslado. Confiesa haber ingerido 50 comprimidos de distintas benzodiazepinas la noche anterior. Los padres aportan una carta, escrita por la paciente, la noche anterior con fecha de ayer y despidiéndose de su familia. Tras la cena la paciente se despide cariñosamente, hecho que los padres a posteriori entienden como despedida, y se va a su habitación. Refiere haber escrito la carta y haberse tomado los 50 comprimidos una vez asegurado que su familia estaba dormida. Es decir, sin previsión de rescate. Admite tenerlo planificado desde hacía semanas, escondiendo medicación que encontraba por la casa durante ese período (a pesar de estar fuera del alcance habitual).

En la escala de riesgo suicida SAD PERSON obtendría una puntuación de 4 puntos: planificación, enfermedad (anorexia), depresión (en el momento actual), sin prevención de rescate. Equivaldría a un seguimiento ambulatorio con control estrecho; sin embargo, dada la edad de la paciente y los antecedentes previos fue un ingreso la primera opción terapéutica.

Tras las medidas médicas por parte de Pediatría ingresa en la Unidad de Psiquiatría de niños y adolescentes. Estuvo 48 horas con impregnación siendo difícil la entrevista con ella. En ese período estuvo agotada y autolesionándose en múltiples ocasiones, quejándose del “porqué no había funcionado su plan”. Fue precisa la contención física y mecánica en 4 ocasiones durante el ingreso. Cuando no estaba sujeta se autolesionaba, teniendo que acudir traumatología a realizarle puntos de nuevo y enfermería distintas curas y vendajes. Poco a poco fue haciendo crítica parcial de lo ocurrido, necesitando un ingreso superior a los anteriores por el difícil manejo en la planta. Tras valoraciones a diario por el equipo de psiquiatría y enfermería se le da de alta con régimen de hospital de día.

[PO-1012] “Agente, soy un suicida”

Alicia Gómez Peinado, Carmen García Moreno, Araceli Martínez Carrascosa, Marta Lucas Pérez-Romero, María Teresa Tolosa Pérez, Patricia Romero Rodenas

Mostrar Póster

Motivo de consulta: fractura de maxilar inferior tras intento autolítico por arma de fuego.

Antecedentes personales:

- Somáticos: No alergias medicamentosas conocidas. No hipertensión, diabetes ni dislipemia. Amigdalectomizado. En estudio por Neurología por fallos mnésicos.
- Psiquiátricos: tres atenciones previas en Urgencias de Salud Mental, diagnosticado de trastorno adaptativo mixto. Recibió atención psicológica y psiquiátrica en el circuito privado. También antes por Psicología Clínica (2 consultas).
- Biográficos: vive con su mujer y 4 hijos (2 suyos de una anterior pareja; 2 de su mujer). En paro 1 año.

Antecedentes familiares: primo hermano y tía de la madre fallecidos por suicidio.

Tratamiento habitual: Sertralina 50mg 2-1-0; Mirtazapina 15mg 0-0-1; Lorazepam 1mg: 1-1-0.

Enfermedad actual: paciente con traumatismo en macizo maxilar inferior tras intento autolítico con escopeta. Inicialmente, según Servicios de Emergencias, Glasgow=15, con disminución posterior tras sangrado abundante vía orotraqueal. Se realiza intubación orotraqueal.

Pruebas complementarias:

- TC urgente: gran solución de continuidad de partes blandas de la región cervical anterosuperior y región facial inferior. Múltiples perdigones en cavidad nasal, oral y partes blandas superficiales. Fractura multifragmentaria del tabique nasal óseo. Fractura del suelo y pared posterior de ambos senos maxilares con fragmentos libres. Fracturas de láminas pterigoideas medial y lateral derechas y medial izquierda, y multifragmentaria de la porción más anterior del hueso maxilar, así como de ambos cuerpos mandibulares. Enfisema subcutáneo.
- EEG: sin alteraciones.

Evolución: intervención urgente por Cirugía Maxilofacial, posterior paso a UCI y, tras estabilización, a planta de Cirugía Maxilofacial. Durante su estancia en UCI, se hizo interconsulta a Psiquiatría: Fue necesaria la comunicación escrita las 3 primeras semanas. El paciente realizó pronto crítica del intento de suicidio, negando premeditación. Explica que la tarde de los hechos se trasladó a una vivienda en el campo, solo, avisó a la Guardia Civil de sus intenciones y realizó el disparo, permaneciendo consciente hasta la llegada de los Servicios de Emergencias. No tomaba el tratamiento psicofarmacológico prescrito. Niega consumo de tóxicos en los últimos meses (previamente, alcohol, unas cinco cervezas al día). Como desencadenante, refería estresor familiar real, concretamente intención de separación de pareja, que la mujer niega. Aparentemente, presenta un trastorno adaptativo, aunque en algún momento se ha planteado la posibilidad de celotipia y autorreferencialidad. No desea ver a su mujer.

Se plantea traslado a Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría tras mejoría y estabilización a nivel somático alrededor de dos meses después de su consulta en Urgencias pero, dado que el paciente realiza crítica completa del intento autolítico, verbaliza planes de futuro coherentes, niega ideación autolítica y tiene buen apoyo familiar, se opta por alta a domicilio manteniendo seguimiento ambulatorio estrecho por psiquiatra de referencia en consultas externas. Dicho seguimiento se mantiene en la actualidad. La evolución ha sido buena, con mejoría anímica y aparente funcionalidad en la relación de pareja. No se ha observado clínica psicótica ni ha aparecido nuevamente ideación autolítica.

Tratamiento actual: Venlafaxina 150mg Retard 1-0-0; Lorazepam 1mg si precisa.

Juicio clínico actual: trastorno adaptativo mixto (F43.23 de la CIE-10).

[PO-1013] Uso de antipsicóticos en embarazo

Elena Fashho Rodríguez , Beatriz Mata Sáenz , Nieves Casas Barquero .

Mostrar Póster**Caso clínico:**

Paciente que ingresa en la Unidad de Hospitalización por descompensación psicopatológica. Niega antecedentes médicos. Antecedentes psiquiátricos de años de evolución con orientación diagnóstica de Trastorno Esquizoafectivo. Refiere gestación de escasas semanas. Su psiquiatra referente ante su estabilidad clínica y su deseo de embarazo, había retirado progresivamente tratamiento psicofarmacológico, sin haberse producido desestabilización.

Acude al Servicio de Urgencias de Psiquiatría por presentar desde hace varios días insomnio, inquietud psicomotriz y desorganización conductual.

Anteriormente había acudido a Urgencias por episodio de ansiedad e inquietud, pautándosele Diacepam .

El día del ingreso, se inicia pauta de dosis baja de Haloperidol en solución.

La paciente y su familia rechazan realización de terapia electroconvulsiva.

Se pauta Haloperidol en baja dosis, Loracepam 1 mg y Zolpidem 5 mg para dormir.

Exploración y pruebas complementarias

Se mostraba consciente, orientada, parcialmente abordable y colaboradora, suspicaz. Ideación delirante autorreferencial, labilidad afectiva, desorganización conductual , inquietud psicomotriz, insomnio pertinaz. Analítica dentro de los límites de la normalidad.

Se contacta con Servicio de Ginecología añadiéndosele al tratamiento ácido fólico y acordándose seguimiento estrecho conjunto.

Discusión

El embarazo exige un considerable esfuerzo de adaptación, que puede desembocar en una patología psiquiátrica. La frecuencia de psicosis durante el embarazo es menor que en postparto. Existen pocos datos acerca de las acciones de los antipsicóticos sobre el desarrollo del feto, toxicidad neonatal y sus efectos a largo plazo. Deben considerarse los factores de riesgo asociados a la enfermedad mental con repercusiones graves sobre la evolución del embarazo. Evitar el uso profiláctico de antiparkinsonianos. El suplemento de calcio puede prevenir los síntomas. Como regla general hay que valorar el riesgo/beneficio de cada caso, limitándose el uso del antipsicótico a aquellos en los que el riesgo potencial de la exposición al mismo sea menor que el derivado de su interrupción. El Haloperidol es seguro durante el primer trimestre, existe riesgo de sintomatología neonatal extrapiramidal y podría usarse durante la lactancia. En relación al uso de benzodiazepinas, no existe un consenso unánime. El lorazepam presenta una transferencia placentaria inferior al resto. Su uso se ha asociado ocasionalmente con atresia anal en el neonato.

Conclusiones

Los cambios fisiológicos durante el embarazo pueden modificar la farmacocinética de los medicamentos afectando a su eficacia y a su seguridad.

La mayoría de principios activos atraviesan la barrera placentaria principalmente por un mecanismo de difusión. En el tratamiento psicofarmacológico durante el embarazo, es imprescindible el consentimiento informado de la paciente.

Las dosis deben ser lo más bajas posibles pero efectivas. Hacia el final del embarazo suelen requerirse dosis más altas al aumentar el volumen de distribución .

Es preferible repartir la dosis para evitar picos plasmáticos elevados asociados a una única toma diaria que tendrían un mayor impacto sobre el feto.

Es preferible realizar un seguimiento frecuente de la paciente, estrechándolo al final del mismo y durante el postparto inmediato. Debemos coordinarnos con el servicio de obstetricia o de neonatología, si se prevee un posible síndrome de discontinuación neonatal.

[PO-1014] ¡Me muero de celos! Caso de Trastorno Delirante Celotípico

Paloma Juncosa Montes, Elena Delgado Rastrollo, Elena María Leonés Gil, Gwendolina Andrés Pereira, María García Navarro, Guadalupe Espárrago Llorca.

Mostrar Póster

Presentamos el caso de una paciente de 46 años diagnosticada de Trastorno Delirante de tipo Celotípico desde diciembre 2016, cuando ingresó en Unidad de Agudos de Psiquiatría por intento autolítico mediante ingesta medicamentosa. Desde entonces en seguimiento por Consultas Externas del Servicio, realizando tratamiento con Paliperidona, Escitalopram y Lorazepam. Sin antecedentes de enfermedades médicas, fumadora de 20 cigarros/día, vive con su marido y su hijo de 10 años, ama de casa. En octubre de 2017 la paciente es traída al S.Urgencias por precipitación desde un cuarto piso tras discusión con su marido. La paciente le amenazó con un cuchillo por sus ideas delirantes de celotipia (historia detallada de infidelidad de su pareja y de documentos de divorcio por parte de éste. Su discurso carecía de pruebas fehacientes y familiares cercanos lo desmintieron. Familiares referían factores estresantes) y cuando éste la desarmó, decidió tirarse por el balcón de su casa. La paciente fue ingresada en UCI.

Pruebas complementarias:

-Body-TC: fractura de 2º,5º,7º,8º costillas derechas. Laceración hepática. Hematoma retroperitoneal y hemoperitoneo desde L2 hasta pelvis. Fractura L1,L3,L4,S2,S3,S4. Estallido L2 con sección medular casi completa. Diástasis púbica. Fractura de alas sacras con disociación lumbo-pélvica bilateral. Herida inciso contusa en MID. Hemodinámicamente inestable.

Complicaciones durante el ingreso:

- Insuficiencia renal aguda.
- Pneumotórax bilateral por ventilación mecánica.
- Infección de herida por A.Baumannii y Aeromona Hidrophila, siendo necesario aislamiento de contacto.

Servicios que intervinieron:

- S.Traumatología, S.Cirugía General y S.Anestesiología; desestimaron la intervención quirúrgica en un principio por el elevado riesgo quirúrgico (la familia asumió los riesgos de la no-descompresión medular). Semanas más tarde fue intervenida en múltiples ocasiones.
- S.Psiquiatría; valoración y ajuste de tratamiento. Exploración psicopatológica: no alteración de curso ni forma del pensamiento, pero sí del contenido (preocupación permanente por ideación delirante de infidelidad). No alucinaciones. Implicación afectiva (hipotimia leve reactiva y ansiedad diaria). No ideas de muerte, arrepentimiento de lo ocurrido. No conciencia de enfermedad. Resto normal.

La paciente fue dada de alta en Enero, con traslado al Hospital de Paraplégicos de Toledo por secuelas neurológicas: mantenía sensibilidad en MMII con extinción sensitiva. Hipoestesia en zona perineal y perianal. Movilizaba cuádriceps 3/5 MII y 1/5 MID. Sin movilidad en zona distal de MMII. Sin control de esfínteres.

El Trastorno Delirante Persistente es una entidad muchas veces infradiagnosticada por la propia naturaleza de los pacientes (no acuden al médico por escasa o nula conciencia de enfermedad) o por los sistemas de clasificación en continuo cambio en el tiempo y entre países. Es importante su detección lo más temprana posible y su tratamiento, pues estos pacientes asocian frecuentemente una personalidad desconfiada, rígida, egocéntrica, emiten juicios erróneos, con afán de justicia y fanatismo (agresividad como autodefensa) y desarrollan mecanismos de defensa que a lo largo del tiempo desencadenan el retraimiento y el aislamiento social del sujeto. Por ello suele asociarse frecuentemente con ansiedad y depresión, lo que puede llevar en última instancia y dependiendo de la capacidad de control del impulsos del paciente, al suicidio.

[PO-1015] Suicidio e insomnio.

Pablo Vinuesa Anguita, Violeta Pibernat Serrano, Carmen Gómez Eguílaz, Ana Gorria Urtasun

Mostrar Póster**Justificación:**

Los trastornos del sueño y la intensidad de estos se han asociados con pensamientos y comportamientos relacionados con el suicidio en todos los grupos de edad en diferentes países y entornos. Así los síntomas de insomnio y la gravedad de estos se han relacionado con un aumento del riesgo de suicidio, de la gravedad de las tentativas y un mayor número de tentativas fatales.

Resumen:

Se trata de un paciente de 68 años de edad, que es traído al servicio de urgencias por los servicios de emergencias. Al parecer el paciente había realizado una sobreingesta de 30cp. de Diazepam 5mg y posteriormente se clava un cuchillo en el hipocondrio izquierdo con intenciones autolíticas. Como único antecedente de interés, en la historia clínica aparece un diagnóstico de insomnio en 2014 tratado por su médico de atención primaria a base de Diazepam 5mg con buena evolución, tratamiento que mantiene en la actualidad.

Durante la exploración el paciente comenta cómo en 2001 enviudó, pese a lo cual refiere haberlo llevado bien, y que en 2003 comienza una nueva relación que mantiene hasta el 2014. Es entonces cuando aparecen las dificultades en el mantenimiento de sueño, coincidiendo a su vez en el tiempo con la jubilación. Desde entonces, tanto el paciente como las hijas, refieren una instauración progresiva de sintomatología depresiva, así el paciente comienza a experimentar una disminución en el estado de ánimo, mostrándose decaído y apático, con una restricción en la capacidad hedónica, pérdida de interés en relaciones sociales y aislamiento en domicilio, disminución de la motivación y reactividad con tendencia al encamamiento, mayor autoabandono, disminución del apetito y empeoramiento del insomnio pese al tratamiento farmacológico, reconociendo este síntoma como el más invalidante. El paciente comenta cómo se despierta de madrugada y se muestra incapaz de volver a conciliar el sueño, es entonces cuando comienza, según refiere, a darle vueltas a la cabeza, y explica cómo así, van surgiendo sentimientos de invalidez, carga familiar y desesperanza, con una visión pesimista sobre el futuro, haciendo énfasis en la gran angustia que le provoca este síntoma. En el día de la tentativa, el paciente comenta, cómo nunca había tenido ideas o pensamientos de muerte, pero que esa madrugada se despertó y comenzó a pensar en su futuro y función en la vida, pensó que ya no tenía más que hacer y que no quería ser una carga para sus hijas, así, verbaliza cómo aparecieron pensamientos de muerte que se fueron estructurando como ideación autolítica y realizó un intento de autolisis mediante sobreingesta farmacológica, al ver que el método elegido no era efectivo cogió un cuchillo y se lo clavó en hipocondrio izquierdo. El paciente relata el episodio con cierto distanciamiento afectivo sin realizar crítica del episodio con persistencia de las ideas de muerte e ideación autolítica estructurada.

Referencias bibliográficas:

1. Drapeau CW, Nadorff MR. Suicidality in sleep disorders: prevalence, impact, and management strategies. *Nat Sci Sleep*. 2017 Sep 14;9:213-226.
2. Pigeon WR1, Pinquart M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry*. 2012 Sep;73(9):e1160-7.

[PO-1016] Cantos Gregorianos con claritromicina

Vanessa Hervás Torres, Clara Fernandez Burraco, Nieves Báez Amuedo

Mostrar Póster

Presentamos un caso de alucinosis causada por la ingesta de claritromicina en una paciente de 78 años sin antecedentes psiquiátricos previos. Los síntomas fueron detectados por la paciente ya que mantenía un hilo musical en su cabeza que no cesaba en la noche “doctora escucho canto gregoriano las 24 horas, es insoportable”. Los síntomas se produjeron unas 12 horas después de la ingesta de la primera dosis de antibiótico y persistió durante la interrupción del fármaco, acudiendo a urgencias pasados 3 días dada la persistencia. Se llevó a cabo despistaje orgánico de enfermedades agudas, con TAC craneal sin encontrar hallazgos. La paciente se encontraba en tratamiento antibiótico para una patología bronquial. Se han descrito episodios psicóticos, confusión, alucinaciones y manías con el uso de claritromicina. La psicosis inducida por claritromicina es un efecto secundario extremadamente raro. Desafortunadamente, el mecanismo a través del cual claritromicina causa neurotoxicidad sigue sin estar claro. Los médicos deben conocer los efectos secundarios psiquiátricos secundarios a la claritromicina y la interrupción debe ser rápida para la recuperación rápida del estado mental.

Bibliografía:

Dinca EB1, Skinner A, Dinca RV, Tudose C. The dangers of gastritis: a case of clarithromycin-associated brief psychotic episode. *J Nerv Ment Dis.* 2015 Feb;203(2):149-51. doi: 10.1097/NMD.0000000000000251.

Trzebiatowska I, Barwina M, Waldman W, Sein Anand J . [Psychosis caused by the treatment with clarithromycin—a case report]. *Przegl Lek.* 2011;68(8):560-1. Polish.

Mania asociada a claritromicina. Boletín informativo del centro de farmacovigilancia de la comunidad de Madrid 2009; 15 (2): 2 páginas.

[PO-1017] Síndrome de Ganser vs Síndrome Neurológico, al filo del diagnóstico

Marc Agraz, Roberto Palacios, Cristina Díaz, Iolanda Batalla, Mariona Mendo, Giovanni Torterolo, Laura Arenas, Sonia Iborra, Margarita Puigdevall, María Irigoyen

Mostrar Póster

Varón de 57 años de edad con antecedentes somáticos de hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo II y Tiroiditis de Quervain, además de una intervención quirúrgica a nivel cervical tras accidente laboral; sin hábitos tóxicos. Natural de ámbito rural, separado y padre de 6 hijos. Empresario de profesión en distintos sectores, llegando a tener éxito económico pero sin consagrar estabilidad con pérdidas y deudas importantes posteriores que le obligaban a cerrar dichos negocios. En su último negocio, incluso tuvo problemas legales de gravedad. Tras la salida de centro penitenciario, la familia informa que el paciente tiene dificultades para las actividades básicas de la vida diaria precisando una cuidadora doméstica. En 2004 requirió un primer ingreso en Agudos por trastorno adaptativo con alteración conductual a raíz de su primera separación conyugal, además de trastorno de personalidad no especificado. Posteriormente, hasta el año 2017 no retoma contacto con psiquiatría, esta vez reactivo a su paso por el centro penitenciario, requiriendo dos ingresos en Agudos por ideación tanática en contexto de Trastorno Depresivo Mayor, con ideación delirante sobreañadida de perjuicio respecto a su cuidadora, además de alucinaciones auditivas en forma de voces que lo llaman y visuales en forma de metamorfopsias. Se inicia tratamiento psicofarmacológico con Anafranil hasta 225mg/día y Risperidona 1,5mg/noche con escasa evolución. Paralelamente, a nivel neurológico, destaca importante apatía, inhibición y pérdida de la higiene personal con empeoramiento cognitivo progresivo (ausente antes del ingreso penitenciario). Durante los últimos meses, presenta déficits de memoria episódica y fluctuaciones clínicas evidentes (pasa de un estado de lucidez oratoria a bloqueos del pensamiento con parafasias fonémicas y semánticas sin neologismos perceptibles) con importante desorientación temporal, además de inestabilidad de la marcha. Ingresa en Hospitalización Parcial con interconsulta a Neurología realizándose una batería de pruebas analíticas en suero y LCR para descartar procesos inmunológicos, infecciosos e inflamatorios que resultan negativos, además de pruebas de imagen mediante RMN cerebral que informa de hipoxia-hipoperfusión subcortical crónica, y SPECT que sugiere atrofia; todas ellas sin poder justificar el cuadro clínico abigarrado y bizarro. Durante el ingreso, se observa que la clínica neurológica fluctuante se vuelve predominante y persistente además de evidenciarse un empeoramiento progresivo de la memoria y de las praxias, con aparición de episodios aislados de incontinencia urinaria. A continuación, se realiza una exploración neuropsicológica que muestra resultados compatibles con un patrón de deterioro cognitivo global en grado moderado-severo. Se realiza PET-FDG que muestra hipometabolismo cortical y subcortical generalizado y de aspecto parcheado, relativamente simétrico entre los dos hemisferios, parcialmente compatible con demencia por cuerpos de Lewy pero sin confirmar ningún patrón estándar. Se ajusta antidepresivo sustituyéndolo por Vortioxetina, se reduce el tratamiento neuroléptico hasta 0,5 mg de Risperidona/noche, con buen control de la clínica alucinatoria. La falta de un patrón neuropsicológico claro y de signos de atrofia focales en la RMN junto con la normalidad en las exploraciones se establece diagnóstico presuntivo de Demencia Atípica. Dicho caso plantea distintos enfoques nosológicos, desde cuadros disociativos tipo síndrome de Ganser hasta cuadros neurológicos degenerativos.

Bibliografía:

Actas Esp Psiquiatr 2012;40(3):161-4

[PO-1018] Tratar, no tratar o cómo tratar en el embarazo. Reflexión a propósito de un caso

Alicia Gómez Peinado, Araceli Martínez Carrascosa, Carmen García Moreno, Paloma Cano Ruiz, José Campos Moreno, Carolina Sánchez Mora, Cecilia Calero Mora

Mostrar Póster**Introducción:**

El embarazo es un factor estresante para el organismo y puede constituir el periodo de inicio de diversos trastornos mentales a la vez que, si ya existía patología previa, puede descompensarse. Surgen a veces en esta etapa dilemas derivados de que el uso de fármacos (incluidos los psicofármacos) está muy restringido durante la misma por el efecto que pueden tener sobre el feto. El uso de fármacos no aprobados durante el embarazo puede tener implicaciones clínicas particulares, además de éticas y legales. Entre el 20 y 40% de las embarazadas presentan morbilidad psiquiátrica. La clínica más frecuente es la ansioso-depresiva. Cuadros psicóticos, agitación, descompensación hacia la manía... también pueden aparecer.

Objetivos:

- Descripción de un caso clínico único de uso de olanzapina durante el embarazo.
- Reflexión acerca de la importancia de la buena elección de un fármaco en el embarazo teniendo en cuenta riesgos y beneficios de su uso.

Método:

Exposición de caso clínico único.

Resultados:

Mujer de 37 años diagnosticada de trastorno esquizoafectivo que acude a Urgencias por conocimiento reciente de estado gestante (12 semanas). Antecedentes de dos descompensaciones psicóticas hasta el momento, en una de las cuales realizó intento autolítico por defenestración. Estable desde hace dos años con Olanzapina, con dosis actual de 10 mg al día.

Dados los antecedentes así como la dificultad que hubo para la estabilización del cuadro, se decide, tras valorar riesgos y beneficios, mantener Olanzapina a la misma dosis todo el embarazo. Paciente y familia se muestran de acuerdo tras explicar riesgos del mantenimiento de dicho fármaco en la gestación.

Se mantuvo control estrecho durante todo el embarazo sin observarse empeoramiento a nivel psicopatológico, ni tampoco alteraciones en el feto en el seguimiento por Tocología.

Discusión:

En ocasiones, se dan situaciones clínicas en las que hay que valorar el beneficio y perjuicio de administrar un determinado tratamiento. Una de estas circunstancias sería el embarazo. En algunos casos, el riesgo de no tratar o de cambiar un tratamiento con el que una madre embarazada ha estado estable durante largo tiempo puede ser mayor que el riesgo teratogénico, obstétrico y neonatal que implica mantenerlo. Casos con antecedentes de dificultad de manejo o de eventos graves como el que nos ocupa son subsidiarios de, siempre con la debida autorización tras una adecuada información y documentación, ser tratados de una forma en principio no recomendada pero que garantice la estabilidad materna para mejorar el pronóstico general.

La dificultad para la prescripción de psicofármacos en embarazadas está influida por la imposibilidad de realizar estudios controlados que concluyan seguridad en su administración. Actualmente, no hay criterios unificados sobre cómo manejar los tratamientos y tampoco se conoce bien la morbimortalidad de las enfermedades psiquiátricas no tratadas durante el embarazo.

Con toda la información científica disponible no se pueden hacer más que recomendaciones de seguridad individualizadas por paciente.

Conclusión:

En el embarazo, hay que valorar cada caso de forma individualizada. A veces, será más seguro mantener un tratamiento a priori no recomendado para garantizar la mayor probabilidad de buena evolución.

[PO-1019] El bombero torero: ¿trastorno mental grave, trastorno facticio, o ambos?

Paula Moreno Merino, Ana González Arévalo, Irene María Navarro Morales, Daniel Giner Jiménez

Mostrar Póster

Varón de 53 años. Bombero, casado. No trabaja. Cobra una pensión por incapacidad permanente. Antecedentes médicos: microadenoma hipofisario no funcionante, diagnosticado en 2017. Antecedentes psiquiátricos familiares: síntomas psicóticos en su padre. Hermano con trastorno a filiar. Personales: En 2011 episodio depresivo coincidiendo con problemas laborales. Es derivado a Salud Mental en 2014, donde ha sido visto por 4 psiquiatras diferentes. Inicialmente es diagnosticado de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (angustia, apatía, anergia, tristeza, alucinaciones, ideación delirante de perjuicio).

Durante 2014 y 2015 recibe antidepresivos, antipsicóticos y ansiolíticos con empeoramiento progresivo, pérdida de autonomía hasta para vestirse. Pierde unos 20 kg. Se propone ingreso hospitalario, que rechaza. Es diagnosticado de esquizofrenia, y se inicia clozapina. Se observa un descenso de leucocitos, por lo que se cambia clozapina por olanzapina, sin cambios psicopatológicos: mutista, con latencia de respuesta prolongada, embotamiento afectivo y apatía extrema, abulia, obediencia automática, alexitimia y sintomatología psicótica. Consigue una incapacidad permanente bajo el diagnóstico de esquizofrenia catatónica continua y refractaria a tratamiento, y su psiquiatra se plantea la terapia electroconvulsiva, que no se llega a realizar, por nuevo cambio de referente. Su tratamiento es: Olanzapina 10 mg/noche; Lorazepam 1 mg/noche; Brintellix 20 mg/mañana; mirtazapina 15 mg/noche.

Se produce entonces un hecho fortuito: su última psiquiatra se encuentra al paciente tomando café con amigos: sonriente, participativo, bromeando, y tomando la iniciativa para ir a pagar la cuenta. Al verla, su expresión cambia, se muestra nervioso.

En la siguiente consulta, tanto él como su mujer se muestran tensos. Aún manifiesta ciertos miedos ante personas o lugares desconocidos, pero no hay catatonía. Se les devuelve que no encaja una mejoría tan franca con el pequeño ajuste de tratamiento, y se le da nueva cita.

Tras este caso, sus referentes sentimos como “el bombero nos había toreado”, y nos planteamos: ¿Qué podría habernos hecho sospechar de simulación? ¿Y qué podía haber de cierto?

– A favor de simulación:

- Beneficio secundario: conseguir pensión por incapacidad.
- Siempre se negó a ingreso hospitalario para estudio.
- Mejoría radical a raíz de ser descubierto fortuitamente en una cafetería.
- El haber tenido tantos psiquiatras diferentes dificulta el adecuado seguimiento.

– A favor de trastorno mental grave:

- Bajada de leucocitos tras la toma de clozapina, que indican la tomó aún conociendo sus riesgos.
- Pérdida de unos 20 kg de peso, según informes.
- Si estaba fingiendo esa perplejidad, latencia de respuesta, etc... era un buen actor.
- Antecedentes familiares: padre con síntomas psicóticos, hermano con trastorno mental a filiar.

Conclusiones:

Comparado con otros trastornos mentales, el diagnóstico de trastorno facticio es raro, y su detección depende mucho de la recolección sistemática de información relevante, incluyendo una cronología detallada y el escrutinio de la historia del paciente. El manejo idealmente requiere un abordaje multidisciplinar y de equipo. Las habilidades clínicas no suelen ser suficientes para identificarlos, y se debería formar a los terapeutas para entender, detectar y enfrentarse a pacientes cuyos síntomas no encajen o parezcan simulados.

[PO-1020] La importancia de la comorbilidad en la ideación suicida.

Violeta Pibernat Serrano, Carmen Gómez Eguílaz, Ana Gorria Urtasun, Pablo Vinuesa Anguita, Marisol Campos Burgui.

Mostrar Póster

Paciente mujer de 62 años en seguimiento en nuestra Unidad de Salud Mental desde hace 10 años por síndrome depresivo. Entre sus antecedentes familiares constan: por rama materna suicidio de prima, por rama paterna ideación autolítica de prima y dos familiares con trastorno ansioso-depresivo, padre consumo perjudicial de alcohol y madre posible trastorno ansioso-depresivo. Está casada y vive con su marido. No realiza actividad laboral. Es madre de dos hijos de 26 y 20 años, independizados. Con respecto a los antecedentes psicopatológicos, el inicio de enfermedad se sitúa tras el nacimiento de su segundo hijo, hace 20 años. La sintomatología predominante en los primeros años del cuadro consiste en anhedonia, abulia, astenia, ansiedad somatizada y cefalea tensional, acompañadas de ideas de muerte sin ideación autolítica estructurada. En este contexto recibe tratamiento a base de Fluoxetina, Diazepam y Gabapentina. En 2008 realiza primera tentativa autolítica de alta letalidad mediante sobreingesta voluntaria de psicofármacos y opiáceos que precisa ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos y posterior traslado a Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría. Durante el ingreso se modifica tratamiento antidepresivo ISRS por dual (Venlafaxina) con mejoría sostenida del humor, incremento de la iniciativa y activación y realización de crítica del intento autolítico, siendo el diagnóstico al alta de trastorno depresivo. La evolución tras el ingreso hospitalario es tórpida, se realizan ensayos terapéuticos con múltiples psicofármacos (Mirtazapina, Aripiprazol, Litio y ansiolíticos) sin lograr estabilidad en el tono anímico y con persistencia de ideación autolítica, con importante repercusión emocional. Se detectan sentimientos de infravaloración personal, dificultades de afrontamiento de situaciones cotidianas e interpersonales y franca apatía. En 2015 realiza un segundo intento autolítico de alta letalidad consistente en ingesta voluntaria farmacológica y lesión en antebrazos y abdomen con arma blanca. En este segundo ingreso hospitalario y ante la constancia de ideación autolítica, inmodificable a pesar de la utilización de diversos fármacos, se inicia Clomipramina IV así como introducción de Clozapina a dosis bajas, con remisión parcial de la sintomatología. Tras el alta hospitalaria persiste ambivalencia con respecto a pensamientos autolíticos, siendo el único atenuante el temor a fracasar en el intento. Predominan sentimientos de baja autoestima, desesperanza e incapacidad y pensamientos autopunitivos que se remontan a su infancia y están en relación con el vínculo paterno. Se realiza abordaje psicoterapéutico con EMDR presentando buena adherencia y respuesta, con reaparición de recuerdos positivos, menor tensión y refuerzo de pautas de freno de pensamiento. Se deriva a Hospital de Día con el objetivo de alcanzar el nivel de funcionamiento premórbido: se realiza intervención cognitivo-conductual sobre distorsiones cognitivas, ideas irracionales y cogniciones negativas, se trabaja la autoestima, la activación conductual y las relaciones familiares. Se constata notable disminución de la ideación autolítica que, no obstante, reaparece en situaciones de crisis. Persisten errores cognitivos depresivos, si bien consigue una mayor capacidad de identificación, hecho que permite la estabilidad afectiva. Dada la evolución presentada se considera la importancia del diagnóstico de Trastorno de personalidad Dependiente como el factor mantenedor principal de la patología de eje I antes referida.

[PO-1021] Conducta disruptiva en formato grupal y abordaje basado en la mentalización. A propósito de un caso.

Irene Baños Martín, Enrique Guerra Gómez, Karen Eaton Itúrbide, Belén Unzeta Conde, Pilar Vilariño Besteiro.

Mostrar Póster

Introducción: La mentalización se refiere a la capacidad de comprender las acciones de los demás como de uno mismo en términos de nuestros pensamientos, sentimientos, deseos y anhelos. Requiere un análisis cuidadoso de:

- Las circunstancias de las acciones
- Las pautas conductuales previas
- Las experiencias a las que la persona se ha visto expuesta

Es una actividad mental imaginativa, basada en la hipótesis de que los estados mentales influyen en la conducta humana.

Objetivo:

Entender una conducta disruptiva en un modelo psicoterapéutico grupal, de una paciente con diagnóstico de BN y rasgos disfuncionales de personalidad.

Caso clínico:

Mujer de 21 años ingresada en una hospital de día de trastornos de la conducta alimentaria por bulimia nerviosa.

Cursa 3º año de enfermería (tiende a posicionarse como co-terapeuta y a “defender a ultranza” su rol de cuidadora y salvaguarda del bienestar de los demás, aunque luego no manifiesta ese cuidado con personas de su entorno).

Padres divorciados hace años. Convive con su madre. Tiene pareja reciente que es su entrenador personal del gimnasio, diez años mayor que ella.

Patrón alimentario bulímico que inicia a la edad de 13 años refiriendo insatisfacción corporal, con marcadas fluctuaciones en su peso y en su ánimo, así como dificultad en las relaciones interpersonales, con elevado criticismo hacia personas de su entorno (madre sobre todo) y pérdida de relaciones de amistad y parejas por las excesivas reacciones emocionales e impulsividad en la toma de decisiones.

En la terapia grupal es frecuente que se muestre contraria a lo expuesto, con tendencia a manifestar esta disconformidad con un discurso plano, pero progresivamente con un tono más elevado, sin pausas y sin escuchar las réplicas del otro. Debido a esta tendencia en el grupo genera cierto rechazo. El discurso replicante monocorde, sin pausas, que va in crescendo cuando da uno de sus alegatos, genera malestar en el resto, les cansa. Se añade que su forma de vestir algo exhibicionista y provocadora, genera cierta envidia en relación a la capacidad de exhibición del cuerpo y que la paciente hable con frecuencia, precisamente de lo insatisfecha que está con él.

Discusión:

La elevada impulsividad y escasa tolerancia a la frustración de esta paciente, así como su pensamiento rígido sobre el sentido de justicia, le genera conductas disruptivas y manifiestos explosivos que le han conllevado grandes pérdidas relacionales a lo largo de su vida. Entender este funcionamiento a través de la teoría de la mentalización desarrollada por Bateman y Fonagy, es entender a la paciente infiriendo en los estados mentales que subyacen de su conducta manifiesta que se desarrolla en el contexto de sus relaciones de apego. Es crucial para la autorregulación y para las relaciones íntimas constructivas.

Conclusiones:

Utilidad del abordaje de la terapia de mentalización en formato grupal en pacientes con rasgos disfuncionales de personalidad.

Referencias:

Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de personalidad. Una guía práctica. Bateman. Fonagy. 2016.

[PO-1022] Modelo conceptual para las conductas autolesivas en pacientes con TCA. A propósito de un caso.

Irene Baños Martín, Olga Jastrzebska, Jessica Moraleda Merino, Victoria Ramos-Kurland, Enrique Guerra Gómez, Karen Eaton Itúrbide.

Mostrar Póster**Introducción:**

En pacientes con TCA la prevalencia de las autolesiones es del 25.4% al 55.2%(1). Svirko y Hawton(1) presentaron un modelo conceptual sobre la co-ocurrencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y las Autolesiones no suicidas que posteriormente fue revisado empíricamente por Muehlenkamp et al.(2). Según el modelo revisado(2), esta co-ocurrencia se produce porque comparten ciertos factores de riesgo como experiencias traumáticas en la infancia, baja autoestima, psicopatología, disociación e insatisfacción corporal. El modelo permite la integración de estos factores de manera indirecta basándose en que las autolesiones en pacientes con TCA se relacionan principalmente por la insatisfacción corporal y la disociación. Objetivo: Relacionar el modelo de Muehlenkamp et al.(2) con un caso de Bulimia Nerviosa (BN) que presenta conductas autolesivas no suicidas.

Caso clínico:

Mujer de 33 años que actualmente recibe tratamiento de Hospital de Día (HD) para TCA. Inicio de seguimiento por Anorexia Nerviosa desde los 12 años, que coincide con situación de acoso escolar. Actualmente presenta un diagnóstico de BN y Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) con rasgos de personalidad paranoides y obsesivos. A nivel alimentario presenta un patrón de restricción-atracón-purga. Al iniciar el tratamiento, presenta 1-2 atracones diarios, de predominio nocturno, sobrepeso y preocupación excesiva por engordar y conocer su peso. Además presenta conductas impulsivas, inestabilidad emocional, episodios de disociación, autolesiones desde la adolescencia (cortes, arañazos...). Ha tenido dos intentos de suicidio (a los 15 y a los 25 años) y varios ingresos psiquiátricos. Sigue tratamiento farmacológico y terapia psicológica intensiva en HD. Tiene antecedentes familiares de ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo, e intentos de suicidio. Destacamos que la paciente ha presenciado intentos de suicidio de la madre.

Discusión:

Entendemos que se ajusta al modelo de Muehlenkamp(2) porque las autolesiones pueden venir dadas por dos vías diferentes especificadas en el modelo. La primera vía entiende que se relacionan con las situaciones traumáticas vividas (bullying físico y psicológico y testigo de intento de suicidio de la madre) y la psicopatología (TLP y rasgos obsesivos), que a su vez, pueden resultar en los episodios de disociación que sufre la paciente como forma de escapar de situaciones en las que no tiene suficientes estrategias para afrontar. La segunda vía entiende que a partir de las situaciones traumáticas la paciente ha podido presentar baja autoestima con fuertes sentimientos de inferioridad, lo que podría relacionarse con la insatisfacción corporal manifestada en el temor a engordar. También se refleja en que ella especifica que la parte que menos le gusta de su cuerpo son los brazos (donde se realiza más autolesiones) y en que evita situaciones sociales donde pueda recibir comentarios acerca de su físico. Con ello, entendemos que la paciente tiene todos los elementos contemplados en el modelo, siendo éstos, factores de riesgo para presentar autolesiones en pacientes con TCA.

Conclusiones:

Este modelo puede ser de interés para predecir qué pacientes con TCA con estos factores pueden presentar autolesiones, y también para dar una explicación a los pacientes sobre su sintomatología.

Referencias:

- (1) Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: The extent and nature of the association. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2007;37(4):409-421.
- (2) Muehlenkamp JJ, Claes L, Smits D, Peat CM, Vandereycken W. Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: a test of a conceptual model. *Psychiatry Res* 2011 Jun 30;188(1):102-108.

[PO-1023] Plan de cuidados en paciente de 15 años insulino dependiente que realiza intento autolítico con autoadministración de insulina rápida

Irene María Navarro Morales, Paula Moreno Merino, Ana González Arévalo, Francisco Andrés Pascua, Daniel Giner Jiménez

Mostrar Póster

Se presenta el caso clínico de una paciente de 15 años, insulino dependiente, ingresada en una unidad de hospitalización de psiquiatría infanto-juvenil por un intento autolítico de alta letalidad con 70 unidades de insulina rápida. Antecedentes de abusos sexuales a los 5 años por parte de la pareja de su hermana mayor. Primera visita en psiquiatría 7 meses antes del gesto autolítico, por problemas de ansiedad y autolesiones en forma de cortes superficiales en extremidades superiores. Se le diagnostica depresión, y se le pauta escitalopram 15mg y clonazepam 5mg por la noche, que tomaba de forma errática. Durante el ingreso hospitalario la paciente ha presentado 3 episodios de intento de ahorcamiento con la camiseta del pijama. Además, durante una semana se negó a comer con la finalidad de entrar en hipoglucemia y llevar a cabo el acto suicida.

Este caso supuso un reto para el equipo de enfermería de UHB de psiquiatría infanto-juvenil. Se trazó un plan de cuidados con problemas de colaboración (con endocrinología, pediatría, psicología y psiquiatría) y con diagnósticos enfermeros NANDA. Fue necesario la administración de suero terapia con SSF y suero glucosado al 5% durante 48 horas por la negativa de la paciente a ingerir ningún tipo de alimento. Cuando se reinició la alimentación, las pautas de insulina tuvieron que ser recalculadas en cada comida en función de las ingestas de la paciente. Tuvo que estar videovigilada durante toda su estancia y en una ocasión hubo que recurrir a la contención mecánica para evitar nuevos intentos de asfixia.

Los diagnósticos de enfermería que se encontraron tras la valoración por patrones funcionales fueron 00069 – Afrontamiento inefectivo, 00035 Riesgo de lesión, 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud.

En el caso clínico se desarrolla un plan de cuidados con todos los objetivos de enfermería NOC y las intervenciones NIC y sus correspondientes actividades que han facilitado la labor asistencial y esperamos que se la facilite a futuros profesionales con casos similares.

[PO-1024] Depresión y Trastorno del espectro autista. La importancia de la prevención de conductas suicidas.

Mónica Miñano Meneres, María Báez Gundín, Cristina Romero Pérez

Mostrar Póster

Varón de 21 años con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. Inicia seguimiento en Salud Mental con esta edad por aumento de sintomatología ansiosa en forma de intranquilidad y nerviosismo desde hace unos meses que relaciona con la presencia de pensamientos de carácter egodistónico de animales e insectos y de contenido peritánico. En las sucesivas entrevistas mantenidas con él, es difícil en ocasiones valorar estado de ánimo por la dificultad que observamos en expresión y comunicación de emociones, no obstante observamos en primer plano cuadro de ánimo bajo y apatía, tendencia a la clinofilia y marcada irritabilidad con labilidad emocional, abandono del autocuidado y gestos autolesivos, acudiendo a consulta en ocasiones con imágenes impresas y objetos de animales que contrarrestan, según refiere, los pensamientos de carácter egodistónico de “insectos”, y que relaciona con ideas tanáticas. Actualmente presenta diagnóstico de Trastorno depresivo y se encuentra en tratamiento con Sertralina y Risperidona, una vez iniciado observamos mejoría del cuadro clínico descrito.

Discusión:

La depresión es el principal factor de riesgo para las conductas suicidas, y es además un elemento sobre el que se puede actuar desde el ámbito sanitario. El riesgo de suicidio en pacientes con trastornos afectivos se mantiene en un valor constante, en torno al 15%, confirmado a través de diversos estudios de seguimiento. En cuanto a los intentos de suicidio, las tasas encontradas en diferentes muestras de pacientes afectivos oscilan entre el 14% y el 50% para las depresiones unipolares. En lo referente a la ideación suicida, muchos autores coinciden en que la gran mayoría de las depresiones cursan con ella, y además supone un buen indicador de la intensidad de la enfermedad.

Las características principales del Trastorno del espectro autista (TEA) son el deterioro persistente de la comunicación social recíproca y la interacción social, los patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos son criterios que forman parte de la clasificación según DSM-5. La manifestación de síntomas depresivos se ve afectada debido a la limitación de la expresión emocional propia del trastorno, añadido a que también existe superposición y potenciación de síntomas entre el TEA y el cuadro depresivo. Así la disminución de intereses o el enlentecimiento psicomotor, expresiones sintomáticas que están en el paciente con TEA también lo pueden estar en el cuadro depresivo.

La variada comorbilidad que presentan los sujetos con TEA, plantea la necesidad de que los clínicos estemos alertas a presentaciones primarias de síntomas emocionales y conductuales que puedan emerger en estos pacientes. Una evaluación clínica amplia e integral del estado mental está indicada para detectar de forma precoz una posible comorbilidad poniendo el foco en la interpretación de la sintomatología depresiva expresada en diversas manifestaciones conductuales y así poder prevenir conductas suicidas, tan importantes como aquellas presentes en otros trastornos mentales (Rev Chil Neuro-Psiquiat 2008; 46 (3): 199-206).

[PO-1025] “Tengo miedo...” Suicidio y psicosis, un caso de difícil manejo

Mónica Miñano Meneres, Cristina Romero Pérez, Irene Pérez Zapico

Mostrar Póster

Paciente varón de 51 años de edad, diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide de curso crónico y antecedentes de abuso de sustancias (heroína, cocaína). Inició seguimiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria a los 25 años de edad.

La evolución clínica es calificada como marcadamente tórpida con abundante psicopatología alucinatoria e ideación delirante autorreferencial y de perjuicio. Se recogen también varios intentos autolíticos (venoclis, defenestración). A eso se le añaden factores agravantes como nula conciencia de enfermedad, abuso de tóxicos, disfunción familiar grave y mala cumplimentación del tratamiento.

Las demandas de atención urgente, así como los ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, han sido múltiples, sin acudir a revisiones programadas y sin mostrar vínculo terapéutico alguno con el Equipo de Salud mental.

Durante el transcurso de un ingreso en recurso residencial protagoniza una fuga con intento de autolisis (provoca un atropellamiento por vehículo) sufriendo graves lesiones que requieren un largo período de ingreso hospitalario y posterior rehabilitación.

En cuanto a su capacidad cognitiva, el paciente presenta un deterioro cognitivo leve que no le impide el desarrollo de sus actividades normales. Tiene prescrito el siguiente tratamiento farmacológico; Citalopram 20 mgr 1-0-0, Lorazepam 5 mgr 1-1-1, Clozapina 200 mgr 1-0-1 1/2.

Discusión:

El suicidio es la primera causa de muerte prematura entre los pacientes con esquizofrenia, se estima que aproximadamente entre el 40-50% de pacientes con esquizofrenia tienen ideación suicida y en un 30% de los mismos se producen tentativas de suicidio. El porcentaje de muerte por suicidio en la esquizofrenia se sitúa en la actualidad alrededor del 5%. Resulta, pues, el suicidio uno de los mayores problemas en el curso de esta enfermedad, según consta en la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009.

Las personas con diagnóstico de esquizofrenia comparten algunos factores de riesgo detectados en la población general, pero existen factores específicos que pueden ser predictores de riesgo suicida en la esquizofrenia, como son, entre otros síntomas depresivos, historia previa de tentativas autolíticas serias, abuso de tóxicos, pobre adherencia al tratamiento y escasa respuesta al mismo; elevada impulsividad; frecuentes exacerbaciones y remisiones en el curso de la enfermedad; relativa ausencia de sintomatología psicótica florida y los tres siguientes meses a un ingreso hospitalario, según datos recogidos en “Evaluación y manejo de la conducta suicida: Encuentros en psiquiatría”, 2012; J.Giner, A.Medina, L.Giner.

Dada la importancia descrita y la alta prevalencia en nuestro medio, así como la dificultad que en ocasiones encontramos a la hora de detectar el riesgo suicida en esta patología, queremos tratar este tema a través de la exposición de un caso clínico donde quede reflejada la gravedad y el curso clínico de un paciente con diagnóstico de esquizofrenia y tentativas autolíticas con varios factores específicos que pueden ser predictores de riesgo autolítico.

[PO-1027] Benzodiacepinas y gas butano. A propósito de un caso.

José María García Ríos, Olalla Frade Pedrosa, Javier Bernal Gallego, Marta Díaz Varela

Mostrar Póster**Introducción:**

El suicidio se ha convertido en un problema importante de salud pública. Según la OMS más de 800 000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos. El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. Entre sus factores de riesgo se encuentran los trastornos mentales. Más del 90% de las personas que se suicidan presentan un trastorno mental diagnosticado. La depresión supone el diagnóstico más frecuente (80%).

El caso que se describe en este trabajo es el de un varón de 55 años que ha realizado una tentativa suicida mediante la ingesta de fármacos benzodiacepínicos e inhalación de gas butano en el contexto de un Trastorno Depresivo Mayor con síntomas Psicóticos.

Descripción del caso:

Se trata de un varón de 55 años casado, padre de dos hijas. Camarero de profesión. Cabe destacar tentativa autolítica previa de características similares a la expuesta a continuación. Es derivado para valoración por la especialidad de psiquiatría por tentativa de suicidio de alta letalidad, utilizando como método, la ingesta de fármacos ansiolíticos e inhalación de gas butano. En cuanto a la intencionalidad suicida el paciente expone la misma en el contexto de una ideación delirante de daño y perjuicio que pone en figura de sus compañeros de trabajo, así como la presencia de alteraciones sensorio-perceptivas de tipo auditivo egodistónicas, todo ello enmarcado en una clínica afectiva de características depresivas. La rescatabilidad de la tentativa ha sido moderada, pues su mujer se encontraba en domicilio. Planificación del acto poco elaborada, si bien no realiza crítica alguna de la autolesión minimizando el riesgo y las posibles consecuencias del acting. Su actitud ante el resultado de la autolesión resulta ambivalente, por una parte de alivio y por otra parte de frustración al no conseguir el propósito de su acto. La evolución del paciente pese a tratamiento antidepressivo y antipsicótico ha sido tórpida con números altibajos anímicos, si bien la clínica psicótica y delirante ha ido disminuyendo hasta su remisión.

Discusión y conclusiones:

La valoración del riesgo de suicidio es una de las tareas más relevantes y difíciles de la psiquiatría de urgencias, que constituyen aproximadamente 1 de cada 5 urgencias psiquiátricas. Destacamos el suicidio auténtico: se caracteriza por el empleo de un procedimiento eficaz. El perfil es un varón entre 40-60 años. La proporción en cuanto al sexo es varón/mujer: 3/1. Respecto a los antecedentes familiares el 25% de las personas que realizan un intento de suicidio tienen antecedentes. En cuanto a los antecedentes personales entre el 50-80% de los que consuman un suicidio habían realizado un intento previo. Los trastornos psiquiátricos que se asocian con más frecuencia a los intentos de suicidio son el Trastorno Depresivo Mayor. En caso de asociarse con clínica de ansiedad, ideación delirante y sentimientos de autodespreciación, aumentan así el riesgo autolítico.

Bibliografía:

1.-Manual del Residente de Psiquiatría. Tomo II. Área de conocimiento 9. Urgencia psiquiátrica e intervención en crisis. M. Gutierrez Fraile, Vitoria. Capítulo 1. Auto y heteroagresividad aguda. Suicidio, páginas 1269-1280. M. S. Geijo Uribe. Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

2.-Informe mundial de la OMS. Prevención del suicidio: Un imperativo global.

[PO-1028] Psicosis de Korsakoff o Síndrome amnésico-confabulatorio: compensar el olvido inventando recuerdos.

Verónica Quero Palomino, Fernando García Lázaro, Irene Díaz Quero, Amparo Gómez Martínez

Mostrar Póster**Introducción y descripción del caso:**

Paciente varón de 58 años con antecedentes personales de trastorno por dependencia de alcohol de 38 años de evolución. Valorado en Servicio de Urgencias Hospitalarias por síndrome confusional de 48 horas de evolución, con sudoración intensa, náuseas, agitación psicomotriz, alteraciones conductuales y desorientación alopsíquica. Permanece en observación durante 24 horas para manejo de alteraciones electrolíticas severas y tras estabilización hemodinámica se decide ingreso en Medicina Interna para completar estudio.

Exploración psicopatológica y pruebas complementarias:

Consciente, orientación autopsíquica con desorientación temporoespacial. Fascies hipomímica. Parcialmente colaborador durante la entrevista. No agitación psicomotriz. Temblor distal de reposo. Discurso parco, descripción constante de falsos recuerdos congruente con su estado anímico. Tono y tasa del habla disminuidos. Amnesia retrógrada y anterógrada, con pregunta reiterativas sobre las mismas cosas. Alteración de la memoria episódica, incapacidad para situar hechos biográficos en línea temporal. Falsos reconocimientos de familiares y personal sanitario. Dificultad para mantener la atención, no mantiene contacto visual. Afecto hipotímico. No aumento de ansiedad basal. Hipersomnias. Hiporexia. No alteraciones en el curso ni en el contenido del pensamiento. Sin ideas pasivas de muerte ni ideación autolítica estructurada. No alteraciones sensorio-perceptivas.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: estudio analítico, radiografía de tórax, electrocardiograma, estudio de LCR, RM y TC craneales, EEG, TC toraco-abdominal.

Evolución y tratamiento:

Según familiares el paciente presentaba desde hacía un año empeoramiento anímico con irritabilidad. Astenia y anorexia marcadas. Fallos mnésicos cada vez más frecuentes, incorporando datos inventados en historias con trasfondo real. Enlentecimiento psicomotor, alteraciones conductuales y episodios ocasionales de agitación y heteroagresividad verbal.

Se inició tratamiento de corrección de alteraciones electrolíticas con suero salino hipertónico y sulfato de magnesio, junto con la administración de tiamina y diazepam como prevención de síndrome de abstinencia a alcohol. El paciente presenta una evolución tórpida con cuadro de ataxia de la marcha y déficit cognitivo persistente caracterizado por: desorientación temporo espacial, amnesia retrógrada y anterógrada, memoria episódica alterada, confabulaciones y falsos reconocimientos.

Discusión y conclusiones:

Ante las alteraciones cognitivas presentadas se plantearon como posibles diagnósticos diferenciales: alteración vascular cerebral, meningitis/encefalitis, hidrocefalia normotensiva, déficit vitamínico complejo B, síndrome paraneoplásico, alteración metabólica, trastorno psiquiátrico, demencia, patología orgánica relacionada con alcohol.

El consumo crónico de alcohol se asocia con enfermedades que afectan a múltiples órganos, a nivel del sistema nervioso central hablamos del daño cerebral relacionado con el alcohol. Debemos considerarlo como un continuo, que va desde alteraciones funcionales leves agudas, hasta estados de deterioro cognitivo crónicos incapacitantes. Muy importante la encefalopatía de Wernicke, emergencia médica secundaria al déficit de tiamina. Su tríada clásica cursa con oftalmoparesia, ataxia y confusión aunque aparece completa en menos 1/4 de los pacientes y ausente en el 20%. Y como progresión de esta encefalopatía, el Síndrome de Korsakoff. Clásicamente descrito como una combinación de clínica de desorientación temporoespacial, amnesia diencefálica, confabulación, falsos reconocimientos, con funciones instrumentales preservadas. Una vez que ya está instaurado, las alteraciones mnésicas son irreversibles. Por ello es de suma importancia su identificación temprana junto con el aporte precoz de tiamina.

[PO-1029] A propósito de un caso: Aproximación fenomenológica de las fases iniciales del episodio psicótico

Laura Arenas Pijoan, Deborah Fuentes Casany, Roberto Antonio Palacios Garrán, Sonia Iborra Martínez, Cristina Díaz Tellez, Mariona Mendo Cullell, Natalia Boj Ramirez, Marc Agraz Bota, Salvador Miret Fallada, Margarita Puigdevall Ruestes, María Irigoyen Otiñano.

Mostrar Póster

La aproximación de los Síntomas Básicos es una perspectiva de análisis fenomenológica que ha adquirido una importante relevancia en la aprehensión de los estados pre-psicóticos. Son experiencias subjetivas que reflejan alteraciones subclínicas, que se relacionan con la reducción del potencial psicológico del paciente. Hipotéticamente, los Síntomas Básicos son cercanos al sustrato neurobiológico que constituiría la base de los síntomas claramente psicóticos. Del mismo modo constituyen una evidencia que respalda la hipótesis del continuum.

Se revisa la evolución temprana de los síntomas de un primer episodio, adoptando dicha aproximación fenomenológica y dimensional. La paciente, de 27 años, no tiene antecedentes médicos de interés. Cursó estudios universitarios y actualmente reside en el domicilio familiar, en un entorno rural. Presenta consumo ocasional de alcohol y cannabis, con fines recreativos, el cual se ha incrementado en los últimos meses, coincidiendo con el aumento del malestar. Acude al servicio de Urgencias de Psiquiatría, acompañada por la familia, donde se procede al ingreso por presencia de clínica psicótica florida: ideación delirante autorreferencial de perjuicio y control, con repercusión afectiva y conductual, alteraciones senso-perceptivas en forma de alucinaciones auditivas, lenguaje desorganizado (incoherencia y descarrilamientos) e inquietud psicomotriz. El cuadro se orientó como Trastorno Psicótico no especificado, por la persistencia de los síntomas durante un período sustancial tras la intoxicación y abstinencia aguda de alcohol y cannabis.

La sintomatología psicótica básica se evaluó mediante el inventario ERIRAOS (Early Recognition Inventory for the Retrospective Assessment of the Onset of Schizophrenia) y el diagnóstico de Trastorno Psicótico fue establecido por un especialista en Psiquiatría. Observamos la evolución de los síntomas psicóticos tempranos desde su inicio hasta la consolidación del cuadro psicótico, distinguiendo en la progresión de los síntomas, tres estados de desarrollo. En el estado prodrómico inicial se infieren alteraciones que afectan a la cognición y al funcionamiento: trastornos del lenguaje receptivo, interferencia y bloqueo mental. En un estado más tardío, aparecen características cualitativamente singulares: alteraciones para diferenciar entre imaginación y percepción, desrealización, alteraciones visuales y auditivas de la percepción. Finalmente aparece la sintomatología psicótica clara.

Conclusión:

Ciertos fenotipos de riesgo para la psicosis son identificables antes de la aparición de los primeros síntomas, aumentando progresivamente tanto en número como en intensidad. Algunos síntomas de los estados prodrómicos, en algunos pacientes, son potencialmente reversibles, evidenciándose así la importancia de la detección e intervención tempranas

Bibliografía:

- Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E. M., Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Archives of general Psychiatry*, 58, 158-164.
- Miret, S., Fatjó-Vilas, M., Peralta, V., Fañanás, L. (2016). Síntomas básicos en la esquizofrenia, su estudio clínico y relevancia en investigación. *Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2), 111-122.
- Schultze-Lutter, F. (2009). Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the Basic Symptom concept. *Schizophrenia Bulletin*, 35(1), 5-8.

[PO-1030] Debut de clínica psicótica en un varón de 44 años sin antecedentes

Cristina García Bernal, Gonzalo Rodríguez Menéndez

Mostrar Póster

Nos derivan de forma preferente desde AP con el motivo de consulta “ansiedad y trastorno del comportamiento y de la alimentación” a un varón de 44 años, casado, sin antecedentes somáticos ni psiquiátricos de interés. Tiene como antecedentes familiares su hermano y su madre con esquizofrenia.

Coincidiendo con el despido del trabajo el paciente comienza a coger comida en la calle, de las mesas de otras personas...y a meterse en casa de la gente. Se presenta con un discurso acelerado y divagatorio, con insomnio, olvidos, amenazando e insultando, con ansiedad por la comida e ideas de perjuicio “me hicieron una jugarreta en el trabajo...” y megalómaníacas “me han hecho varios retratos, soy el arcángel...”, no apreciándose trastorno sensorio-perceptivo y con conciencia parcial de enfermedad. En un primer momento se le pautó Risperidona 3mg, Clorazepato 10mg y Lormetazepam 1mg a espera de completar estudio somático, con algo de mejoría. Se deriva a neurología donde le piden una analítica completa y una RMN. En la RMN solo se encontró una dilatación ventricular supratentorial. Los datos de la analítica sugerían un proceso infeccioso, por lo que se hizo un cribado, dando positivo para el de sífilis con un valor de RPR de 1/16 en suero y de 1/2 en LCR. Con estos resultados, recibió tratamiento con penicilina G I.V. 4MU cada 4 horas durante 12 días. Tras el tratamiento, la clínica conductual había remitido en su mayoría, Ahora, la clínica depresiva era la predominante con apatía, retraimiento y ánimo triste, pautándosele Sertralina 100mg, con buena respuesta. En la actualidad, después de un año de debut del cuadro, el paciente se presenta con una conducta ajustada y un discurso organizado, predominando los síntomas de ansiedad y los fallos mnésicos, se han probado distintos ansiolíticos con respuesta parcial. Está pendiente de recibir nuevo ciclo de tratamiento con penicilina IV por persistencia de proteínas elevadas en suero. Cuando la clínica psicótica aparece de forma atípica, una edad de presentación tardía o una evolución tórpida debemos considerar la enfermedad orgánica en el diagnóstico diferencial. En el caso de nuestro paciente en un primer momento nos planteábamos un proceso reactivo o disociativo, debido a la coincidencia temporal con el despido en su trabajo, un proceso esquizofreniforme o afectivo, por el contenido megalomanía de sus ideas y por el cambio de un estado de hiperactividad con otro de apatía en un breve espacio de tiempo. La neurosífilis aparece a los 10 o 15 años de la infección por Treponema.

Inicialmente, se presenta irritabilidad, insomnio, hipocondría, inatención, alteraciones cognoscitivas, problemas en cálculo, habla o escritura. Posteriormente, alteraciones del juicio crítico, ideas delirantes megalomaniacas, expansivas, y euforia. Al avanzar la enfermedad el cuadro delirante afectivo evoluciona a un síndrome demencial y apatía, que es el estado en el que se encuentra nuestro paciente actualmente. El diagnóstico diferencial es difícil si no se realiza el estudio serológico en LCR.

[PO-1031] Papel de la terapia ocupacional en la unidad de hospitalización de salud mental. A propósito de un paciente trastorno mental grave con ideas autolíticas.

M^a José Rodríguez Macías, Ana Belén Laguna Sánchez, Agustín Sánchez Gayango.

Mostrar Póster

En multitud de ocasiones el trabajo realizado por la terapeuta ocupacional en la UHSM suele pasar desapercibido, sin realizar una adecuada valoración del papel fundamental de este trabajo en la recuperación del paciente.

En esta ocasión se trata de un paciente varón de 54 años, divorciado, padre de 4 hijos, vive sólo tras morir su madre hace unos 6 meses, agricultor de profesión en la actualidad en desempleo. El paciente tiene antecedentes de Trastorno afectivo bipolar e ingresa por descompensación depresiva secundaria a una idea delirante y con ideas autolíticas persistentes.

Inicialmente no realiza demandas expresas de actividad, verbalizando quejas cognitivas y atencionales. En principio se le propone participación en los grupos terapéuticos, incrementando progresivamente su participación e interviniendo de manera más activa. También consigue probar por iniciativa propia nuevas actividades que previamente rechazaba por sentimiento de incapacidad, reforzando su autoestima con una ejecución satisfactoria.

Tras una primera evaluación, se diseña un plan terapéutico de salud mental, constituido por las siguientes actividades: Grupo de Buenos días, grupo de hábitos saludables, relajación, actividades de estimulación cognitiva y actividades manuales.

Para la valoración y recogida de datos se utilizó: la observación directa, la entrevista personal, listado de intereses no estandarizado y 3 escalas; sobre perfil de habilidades de la vida cotidiana (LIFE SKILL PROFILE), actividades instrumentales de la vida diaria (LAWTON Y BRODY), escala de valoración cognitiva (PFEIFFER y MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO). Dichas escalas se realizan en el momento del ingreso y momento del alta.

Mediante las anteriores escalas se identifican las áreas más deficitarias sobre habilidades y actividades instrumentales de la vida diaria que son áreas de comunicación–contacto social (donde predomina un gran aislamiento y abandono total de actividades de ocio y sociales) y el área de vida autónoma (precisando mayores ayudas para la limpieza del hogar, elaboración y provisión de comidas y cuidados de la higiene y aspecto personal) con una puntuación de 12/24 y 14/28 respectivamente. Dichas áreas se trabajan en el plan terapéutico diseñado, obteniendo una notable mejoría en el momento del alta.

Resaltar con este caso clínico la importancia del trabajo interdisciplinar en los pacientes TMG con ideas autolíticas, incluyendo el papel de la terapia ocupacional en la identificación de los déficits del paciente y en el diseño de un plan terapéutico enfocado a los mismos para acelerar y conseguir la mejoría integral del paciente.

[PO-1032] Asociación de aripiprazol intramuscular de larga duración y clozapina en tratamiento de primeros episodios con psicosis resistente.

Francisco Gótor Sánchez-Luengo, M^º José Rodríguez Macías, Cristina Casas Gómez.

Mostrar Póster

Varón de 21 años que ingresa en UHSM tras intento autolítico mediante arma blanca. Cuenta con antecedentes familiares de tío paterno con esquizofrenia. No presenta antecedentes somáticos de interés salvo consumo habitual de cannabis. Realiza seguimiento y tratamiento en USMC de referencia, con orientación diagnóstica de trastorno psicótico a filiar (incluido en censo de intervención temprana en la psicosis). El paciente convive con sus padres y su hermana menor de 14 años. Su principal actividad lúdica es tocar la guitarra. Mantiene muy escasas relaciones sociales, tan solo un grupo de amigos relacionado con el consumo de cannabis. Los síntomas se inician 3 años antes, en contexto de exacerbación del consumo de tóxicos. Desde entonces ha predominado un cuadro de sintomatología negativa con inhibición, aislamiento, embotamiento afectivo, pensamiento y discurso pobre, con abandono de actividades habituales. Fue derivado a Hospital de Día de Salud Mental, acudiendo durante más de un año, en tratamiento con Olanzapina 15 mg. Se procedió al alta por nula mejoría y nula implicación en el proceso terapéutico con estancamiento en su evolución. Tras el alta de Hospital de Día abandona totalmente el tratamiento por quejas de sedación. Durante la primera revisión en USMC se le prescribe Aripiprazol 5 mg. A los pocos días inicia un cuadro de inquietud y trastornos de conducta por el que ingresa en UHSM, administrándosele Aripiprazol im de larga duración. Reingresa tras pocos días de alta por inquietud, nerviosismo, insomnio, cierta desinhibición sexual, fenómenos de extrañeza del entorno y de su yo, delirios de culpa y de filiación y alucinaciones auditivas que le incitan a conductas auto y heteroagresivas hacia la familia. El paciente es capaz de expresar angustia derivada de los síntomas psicóticos, mostrando un discurso más fluido. Se mantienen los momentos de perplejidad, hipoprosexia y ambivalencia afectiva. Dada la escasa respuesta a olanzapina, decidimos añadir Risperidona hasta dosis de 12 mg como potenciador de Aripiprazol im manteniendo una evolución tórpida, presentando trastornos conductuales graves como varias fugas de la unidad, e intentos autolíticos por precipitación, intentos de quemarse con los cigarrillos en diferentes partes del cuerpo como los ojos. Dada la mala evolución y los tratamientos probados, decidimos iniciar tratamiento con Clozapina como coadyuvante de aripiprazol im, hasta una dosis de 175 mg. Su evolución es sorprendentemente positiva, ceden los síntomas psicóticos y las ideas autolíticas, manteniéndose ajustado en conducta. Al alta se compromete a implicarse en el plan terapéutico y acudir a Hospital de Día. En dicho dispositivo continúa con una evolución favorable, relacionándose correctamente con compañeros y participando en las actividades propuestas.

Señalar con este caso clínico la buena respuesta, en pacientes con psicosis resistentes con ideas autolíticas, a la asociación Aripiprazol im y Clozapina cuyos mecanismos de acción se complementan y actúan mejorando tanto los síntomas positivos como negativos.

[PO-1033] Cuando menos lo esperábamos...utilizó sus armas.

M^a José Rodríguez Macías, Ángela Valladares García, Emilio López Sánchez.

Mostrar Póster

Varón de 42 años que ingreso por trastornos de conducta secundarios a síndrome delirante. Antecedentes somáticos de vitiligo.

Antecedentes psiquiátricos de seguimiento y tratamiento en USMC de referencia con orientación diagnóstica de trastorno adaptativo y rasgos anómalos de personalidad, dado de alta por mejoría 8 meses antes del presente ingreso.

Datos de filiación: vive solo en la casa propiedad de sus padres, es el mayor de 3 hermanos, el menor de ellos con trastorno mental orgánico tras accidente de tráfico. No tiene pareja. A nivel laboral, había ejercido varios trabajos cualificados, actualmente en desempleo.

El paciente ingresa de forma involuntaria por conductas extrañas en vía pública, según refería como forma de reivindicar su situación de precariedad económica. Refiere relación conflictiva con sus hermanos por la herencia de la casa propiedad de sus padres donde vive. Según informa en unos días se celebrará un segundo juicio, con temor a ser expulsado de la casa en la situación de precariedad que se encuentra. Paralelamente expresa que afortunadamente esta situación ya no le preocupa, ya que desde hace varios meses sabe a ciencia cierta que va a contraer matrimonio con un miembro de la Casa Real y que además lleva años realizando un proyecto de reforma económica que ya ha llegado a nivel político y que se va a poner en práctica en España para salir de la crisis, tal proyecto le va a hacer millonario. Se le administra tratamiento con Olanzapina (30 mg) sin clara mejoría por lo que se le añade Ácido Valproico crono (1500 mg). Realizamos varias entrevistas familiares con su hermana quien transmite mensajes ambivalentes durante todo el ingreso. La duración del ingreso se va prolongando, le llega la orden de desahucio. Solicita diariamente el alta refiriendo que le angustia estar tanto tiempo ingresado, en una ocasión me enseña en consulta varios lápices afilados y una cinta realizada con trozos de esparadrapo, refiriendo "estas son mis armas si no me dais el alta, no puedo seguir aquí encerrado..." verbaliza planes adecuados de futuro. Finalmente la hermana cede y acuerdan que podrá seguir viviendo en la casa hasta que se le conceda una prestación económica, el paciente se muestra aliviado y positivo. Mejora la relación con su hermana que le llama a diario. Optamos por administrar tratamiento im de larga duración por la escasa conciencia de enfermedad y escaso apoyo familiar y comienza a acudir durante el ingreso a Hospital de Día de Salud Mental con buena adaptación y participación. No verbaliza en ningún momento ideas autolíticas. Se le concede un permiso domiciliario a su casa durante en el cual se suicida por ahorcamiento.

Ante casos como este con desenlace tan fatal es necesario reflexionar y analizar los sucesos y factores de riesgo del paciente para poder prevenir futuros suicidios.

[PO-1034] Necesidad de implementar nuevas opciones terapéuticas ante una crisis suicida en depresión recurrente grave

Roberto Antonio Palacios Garrán, Cristina Díaz Téllez, Marc Agraz Bota, Laura Arenas Pijoan, Sonia Iborra Martínez, Mariona Mendo Cullell, Giovanni Torterolo, Margarita Puigdevall Ruestes, María Irigoyen Otiñano

Mostrar Póster

Introducción: existen varias definiciones de depresión refractaria, la más aceptada incluye el fracaso de al menos dos intentos de tratamiento con fármacos antidepresivos de primera línea a la duración y dosis adecuadas (1).

Mujer de 48 años derivada desde Atención Primaria por ideación suicida a consulta de riesgo suicida. Sin antecedentes médico de interés. Fumadora de 30 cigarrillos/día. Consta un intento suicida en 1998 mediante sobreingesta medicamentosa en el contexto del nacimiento de su segundo hijo, que precisó hospitalización en unidad psiquiátrica. No refieren antecedentes psiquiátricos familiares. Natural de Rumanía, reside en España desde 2007. Divorciada, madre de dos hijos mayores de edad. En 2015 se promociona a nivel laboral como encargada en una empresa. Este hecho supone un importante estresor, iniciándose un cuadro de características depresivas, con pensamientos de muertes reactivos a dicho malestar, sin que exista intencionalidad suicida. Se orienta como episodio depresivo mayor y se instaura antidepresivo. Durante los dos años siguientes presenta un curso fluctuante, con un cumplimiento irregular de la medicación y sobreingestas medicamentosas de repetición, precisando hospitalización. Los distintos tratamientos ensayados (paroxetina, venlafaxina en combinación con mirtazapina, paroxetina en combinación con clomipramina y venlafaxina con clomipramina), a pesar de alcanzarse las dosis máximas indicadas y respetando los tiempos de actuación, han resultado ineficaces persistiendo el cuadro depresivo. En el último ingreso, se realizan hasta 20 sesiones de terapia electroconvulsiva (TEC), sin evidenciarse respuesta favorable por lo que se decide su finalización. Se determina un componente intrusivo de los pensamientos de muerte, por lo que se decide tratar como un trastorno obsesivo, pautándose clomipramina hasta 225 mg/día y se añade aripiprazol 10mg/día. Se consigue únicamente una remisión parcial de los pensamientos tanáticos y de la clínica afectiva. Se objetiva un deterioro cognitivo y se decide añadir tratamiento con vortioxetina 20 mg/día. A partir de este punto presenta una mejoría de la clínica ansioso-depresiva y disminución de las tanáticas. Al mes de ingreso, es dada de alta con derivación a hospitalización parcial pero la paciente es incapaz de sostenerse en el exterior, decidiéndose ingreso de larga estancia en unidad de subagudos.

Conclusión:

Existen diferentes estrategias para tratar la depresión refractaria, como son la sustitución de fármacos, la combinación de un segundo y las terapias somáticas como la TEC. El paciente que no responde al tratamiento requiere un plan de tratamiento altamente individualizado. Previamente habría que garantizar un diagnóstico preciso, evaluando las comorbilidades, los estresores psicosociales, así como el apoyo social y familiar y garantizar el cumplimiento. Una alternativa a valorar en este caso hubiera sido el uso de ketamina por sus resultados prometedores tanto en depresión mayor como en la crisis suicida pero la falta de experiencia al respecto en el centro hospitalario de referencia de la paciente impidió su utilización (2).

Bibliografía:

- 1) American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. Arlington (VA):American Psychiatric Association (APA); 2010.
- 2) Al-Harbi KS. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. Patient Prefer Adherence. 2012; 6: 369-88.

[PO-1035] Accidente cerebrovascular en el contexto de intento suicida por ahorcamiento

Sonia Iborra Martínez, Roberto Antonio Palacios Garrán, Cristina Díaz Téllez, Renato Silva Drummond, Margarita Puigdevall Ruestes, María Irigoyen Otiñano

Mostrar Póster

Varón de 74 años que realiza intento suicida por ahorcamiento en el contexto de accidente cerebrovascular. Como antecedentes médicos, destacan diversos factores de riesgo cardiovascular: hipertensión, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2, todos ellos en tratamiento. Fumador desde la juventud (dos paquetes/día) y consumo de alcohol ocasional. Antecedentes de juego patológico hace 20 años y un intento suicida en el mismo periodo.

Sin contacto previo con la red de salud mental ni tratamiento psicofarmacológico en el pasado. Casado y padre de dos hijos independizados. Jubilado e independiente para las actividades básicas.

Según se recoge de los informantes, el día de los hechos, la esposa lo encuentra jugando a las máquinas de premio programado en un bar a las 22:00pm, discuten y el paciente se marcha solo. El paciente refiere como último recuerdo ir caminando por la calle. A las 23:30pm, su mujer lo encuentra en el domicilio, en el suelo, con una soga atada al cuello, con la que había intentado ahorcarse pero que se había roto. Al retirar la cuerda, se evidencia disartria y hemiparesia izquierda. Se avisan a los servicios de emergencias, activando el código ictus.

Es diagnosticado de infarto de arteria cerebral media y se realiza fibrinolisis. La resonancia magnética nuclear informa de lesión isquémica establecida en ribete insular derecho. A raíz de este suceso, la mujer descubre problemática económica por recaída en el juego patológico.

La orientación diagnóstica inicial es de intento suicida de baja planificación y alta letalidad en el contexto de ludopatía, con recaída en el último año tras más de 20 años abstinerente, y con sensación de pérdida de control sobre el juego. Primero ingresa en Neurología por código ictus (recuperándose favorablemente) y posteriormente en Psiquiatría. El paciente explica amnesia de los hechos relativos al gesto aunque reconoce ideación suicida los días anteriores. Niega haber presentado sintomatología ansiosa o afectiva.

Durante las sucesivas entrevistas no se vislumbra clínica ansiosa, afectiva ni psicótica, por lo que se decide no iniciar tratamiento psicofarmacológico. Se cumplen únicamente criterios de trastorno por juego problemático persistente y recurrente, que provoca un malestar en el individuo y sendas repercusiones económicas familiares.

Ante la ausencia de ideación suicida durante su ingreso y la buena contención familiar, se decide el alta domiciliaria con seguimiento ambulatorio.

Los estudios muestran un aumento del riesgo de ideación suicida en pacientes que sobreviven a un accidente cerebrovascular (ACV) (Hong y cols., 2017). Se han encontrado también, en los pocos casos documentados, diversas complicaciones neurológicas secundarias a los intentos por ahorcamiento (Kodikara, 2012). La compleja relación entre este tipo de gestos y los ACV está poco establecida, ya que son la minoría los pacientes que sobreviven al intento por ahorcamiento y son fenómenos difíciles de valorar a posteriori (ya que pueden ir acompañadas como en este caso, de amnesia peritraumática).

[PO-1037] Esquizofrenia e ideación suicida: controversias de abordaje.

María Ángeles Chacón Gamero, María Zurita Carrasco, Ana María Candil Cano.

Mostrar Póster**Introducción**

Hasta el 50% de las personas con esquizofrenia presentan ideación suicida en algún momento de sus vidas y un 5-10 % realizará suicidio consumado. Para abordar esta realidad clínica es fundamental el conocimiento de los factores de riesgo y las particularidades del tratamiento.

Caso clínico

Varón de 20 años que ingresa en Unidad de Salud mental Hospitalaria por alteraciones conductuales y riesgo autolítico en contexto psicótico.

Antecedentes familiares: madre trastorno depresivo con múltiples intentos suicidas.

Antecedentes personales: Consumidor habitual de cannabis. Primer ingreso en Unidad de Salud Mental Hospitalaria un año antes con diagnóstico de Depresión con síntomas psicóticos, en tratamiento con antidepresivos y quetiapina en baja dosis. Muy escasa adherencia al tratamiento y seguimiento ambulatorio, que abandona meses antes del ingreso.

El pequeño de dos hermanos. Convive con sus padres. Cursa estudios superiores. En la infancia, un niño tímido con ciertas dificultades en las relaciones sociales, dinámica familiar marcada por la enfermedad de la madre.

Historia actual: Tres semanas previas al ingreso refiere encontrarse mal: irritable, ansioso y desconfiado, cerrando todas las puertas y durmiendo con la luz encendida. El día del ingreso, agrade a su padre que intentaba evitar un gesto suicida. En consulta refiere que tiene que “morir para que sus partes vuelvan a nacer sanas”. La familia expone una situación de desbordamiento.

Exploración psicopatológica: Consciente, orientado, escasamente colaborador. Contacto psicótico, actitud paranoide con tendencia a la disforia y hostilidad. Pensamiento disgregado con asociaciones laxas. Fenómenos de primer orden, vivencias de influencia. Se infieren ideas delirantes de filiación, perjuicio y envenenamiento. Ideas de muerte recurrentes con elevada impulsividad. Impresiona de nula conciencia de enfermedad. Insomnio global.

Evolución: Se instaura tratamiento con amisulpride, ácido valproico, dejando la clozapina como segunda opción si no respuesta o persistencia del riesgo suicida. La clínica psicótica va remitiendo progresivamente, pero aparecen algunos elementos de balance vital y referencias a la enfermedad de la madre y su impotencia por no poder ayudarla. Se asocia al tratamiento sertralina y se coordina el abordaje con la unidad de primeros episodios psicóticos. La evolución posterior es hacia la estabilización anímica y mejoría. Tras un mes de hospitalización, se procede al alta, con revisiones posteriores semanales durante el primer año.

Conclusiones:

El abordaje del riesgo suicida en la esquizofrenia es complejo y en ocasiones olvidado. Existen factores predictores del riesgo como: sexo masculino, consumo de tóxicos, inicio de la enfermedad en menores de 30 años, comorbilidad de depresión y sentimientos de desesperanza, historia familiar de suicidio, buen nivel educativo, frecuentes exacerbaciones y remisiones ó reciente hospitalización (periodo de 3 meses tras el alta).

Se debe considerar el uso de clozapina como tratamiento de elección para reducir el riesgo de conducta suicida recurrente. El tratamiento con antidepresivos es controvertido y no debería considerarse un tratamiento de elección de manera sistemática (Bernardo y Valiente; 2012). El tratamiento debe completarse con psicoterapia y seguimiento estrecho durante los dos primeros años.

[PO-1038] Aplicando la terapia de esquemas en un caso de depresión refractaria

Cristina Díaz Téllez, Sonia Iborra Martínez, Roberto Antonio Palacios Garrán, Marc Agraz Bota, Laura Arenas Pijoan, Mariona Mendo Cullerell, Margarita Puigdevall Ruestes, Maria Irigoyen Otiñano

Mostrar Póster

Desde que Young desarrollara el modelo de terapia de esquemas para trastornos de personalidad en 1990, numerosos estudios han demostrado su eficacia. En los últimos años, se ha demostrado también su eficacia para otros trastornos como el trastorno de estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos obsesivo compulsivos complejos y depresión persistente (Dadomo y cols., 2017). Respecto a la depresión refractaria, se ha evidenciado que puede ser especialmente eficaz cuando la remisión no es completa y cuando no responde a otras terapias psicológicas y al tratamiento farmacológico (Renner y cols., 2016). Se presenta así el caso de una mujer de 32 años con diagnóstico de depresión crónica, con múltiples tratamientos psicológicos y farmacológicos realizados en los últimos 7 años, sin llegar a una remisión completa de sus síntomas (hipotimia, apatía, ansiedad basal, rumiaciones frecuentes, baja autoestima, tendencia al derrotismo...). En octubre de 2017, cuando la paciente llegó de nuevo a consulta de psicología tenía pautado venlafaxina 150 mg/día. Aunque mantenía cierta estabilidad anímica, persistían algunos síntomas. En esta ocasión, se valoró la posibilidad de aplicar el modelo de terapia de esquemas en forma de visitas individuales. Se administró al inicio de la terapia el Cuestionario de Esquemas de Young para detectar sus principales esquemas, predominando los esquemas incondicionales de aislamiento social, negativismo y de abandono e inestabilidad, y el esquema condicional (desarrollado como esfuerzo para aligerar los esquemas incondicionales) de hipercriticismo. Al mes de empezar la terapia psicológica, la paciente se quedó embarazada, motivo por el cual se le retiró la medicación. Esta circunstancia, acentuó algunos de sus esquemas, aumentando sus temores y su inseguridad por el nuevo rol. Durante las sesiones, se realizó psicoeducación del modelo ayudando a que la paciente identificase con mayor facilidad cuando éstos se activaban y a contextualizarlos dentro de su biografía. Se cuestionaron sus esquemas principales y se buscaron interpretaciones alternativas. Se potenció un buen vínculo terapéutico permitiendo el uso de la confrontación empática. A lo largo del proceso terapéutico, la paciente pudo aprender a detectar cuando se activaban sus esquemas y empezó a cuestionar la veracidad de éstos de forma autónoma. Se le acompañó también en el proceso de adaptarse al nuevo rol. Pese a seguir aún en el proceso terapéutico, intentando construir su vida y actuando pese a la activación de estos esquemas, la paciente ha mejorado su estado de ánimo, teniendo un mayor conocimiento de sí misma y de su forma de actuar, mejorando levemente su autoestima y su tendencia al pesimismo y a la rumiación, persistiendo todavía cierta labilidad y ciertos momentos de aumento de las rumiaciones. Por tanto, como ya se empieza a encontrar en investigaciones recientes, la terapia de esquemas puede ser eficaz en casos de pacientes con depresión persistente que no acaba de responder a otras terapias más convencionales, ayudando a modificar patrones de pensamiento y conducta que son los responsables de que los síntomas depresivos se perpetúen a lo largo del tiempo.

[PO-1039] Esquizofrenia residual y tratamiento del virus de la Hepatitis C

Ángela Valladares García, Emilio López Sánchez, María José Rodríguez Macías

Mostrar Póster

Paciente de 56 años con antecedentes de esquizofrenia residual que ingresa por trastornos de conducta. Antecedentes somáticos de exconsumidor de drogas por vía parenteral, consumo activo de alcohol, infección crónica por VHC con cirrosis hepática compensada e hipertensión portal. El paciente se encuentra institucionalizado en Casa Hogar y está incapacitado legalmente siendo una de sus hermanas su tutora legal. Realiza seguimiento y tratamiento en consultas de salud mental de zona. En tratamiento con Quetiapina 1000mg al día, Topiramato 400 mg, Biperideno, Lormetazepam y Clotiapina. Recientemente inicia tratamiento para VHC con Harvoni 90/400 mg, un comprimido cada 24h, que se añade al tratamiento con Ribavirina 200 mg 3-0-2 que tomaba desde hacía meses, en seguimiento por las consultas de Infeccioso. Se trata del segundo ingreso en pocos meses, con características similares: irritabilidad, inquietud y suspicacia secundaria a ideas de perjuicio hacia personal y compañeros de la casa hogar con conductas heteroagresivas hacia los mismos. Durante el ingreso se le observa alucinaciones auditivas y también ánimo triste por duelo del fallecimiento de la madre no elaborado con incontinencia y labilidad afectiva, así como ánimo incongruente en ocasiones, insomnio e hiporexia.

Ante la persistencia de clínica afectiva decidimos iniciar tratamiento con lamotrigina (50 mg). Decidimos introducir Clozapina, dado la persistencia de clínica psicótica sin respuesta a Quetiapina ni Olanzapina a dosis máximas.

Realizamos una búsqueda sobre los efectos secundarios neuropsiquiátricos del tratamiento para VHC, obteniendo que son bien conocidos los efectos de la asociación de Ribavirina e interferón sobre el sistema nervioso central, provocando con más frecuencia trastornos depresivos y en algunas ocasiones trastornos de conducta en forma de heteroagresividad así como confusión.(1) No hemos encontrado artículos que relacionen la Ribavirina en solitario con efectos neuropsiquiátricos, probablemente porque su uso en monoterapia es limitado. El nuevo tratamiento con Harvoni (Ledipasvir y Sofosbuvir) ha demostrado mejor tolerabilidad y una incidencia de trastornos psiquiátricos similar a la de la población general. (2)

La evolución del paciente fue favorable, se reguló el sueño y el apetito, progresivamente se mostró más sintónico y colaborador en actividades ocupacionales. Se facilitó la expresión emocional en contexto de duelo no elaborado por la muerte de la madre. Las ideas delirantes se reactivaban ante los permisos a la Casa Hogar y situaciones de estrés o angustia, pero se mantuvo ajustado en conducta, siendo la evolución a los 9 meses de tratamiento favorable.

Dado la frecuente comorbilidad de enfermedades mentales y VHC y la reciente aprobación de un nuevo tratamiento para dicha infección, es necesario conocer los efectos secundarios y las interacciones con los psicofármacos para poder realizar una adecuada praxis médica.

Bibliografía:

1. Masip M, Tuneu L, Pagès N, Torras X, Gallego A, Guardiola JM, et al. Prevalence and detection of neuropsychiatric adverse effects during hepatitis C treatment. *Int J Clin Pharm.* 2015 Dec;37(6):1143–51.
2. Younossi ZM, Stepanova M, Marcellin P, Afdhal N, Kowdley KV, Zeuzem S, et al. Treatment with ledipasvir and sofosbuvir improves patient-reported outcomes: Results from the ION-1, -2, and -3 clinical trials. *Hepatology* Baltim Md. 2015 Jun;61(6):1798–808.

[PO-1040] La reincidencia en los intentos también se asocia a un aumento progresivo de la letalidad en los adolescentes

Mariona Mendo, Giovanni Torterolo, Marc Agraz, Roberto Palacios, Cristina Díaz, Laura Arenas, Deborah Fuentes, Margarita Puigdevall, María Irigoyen

Mostrar Póster

Niña de 14 años, natural de Venezuela y residente en España desde 2016. Vive con su madre y padrastro. Hija única, cursa 3º de la ESO con escaso rendimiento académico y marcadas dificultades para la integración con sus iguales.

Sin antecedentes médicos, inició seguimiento en Centro de Salud Mental Infantojuvenil en septiembre de 2017, tras intento suicida frustrado mediante precipitación, con adherencia irregular y sin precisar ingresos hospitalarios en unidades de Psiquiatría. Su tratamiento habitual: fluoxetina 20mg/día con probable discontinuidad. La paciente no refiere consumo de tóxicos.

En diciembre de 2017, presenta reincidencia suicida mediante sobreingesta de 12.000 mg de ibuprofeno, en contexto de tristeza y frustración asociada a estresores ambientales. Al día siguiente, presentó cefalea y activó la ayuda sanitaria. En la valoración de urgencias, se observaron cortes superficiales en antebrazos, refiriendo finalidad ansiolítica de los mismos y reconociendo haberlo hecho en otras ocasiones con la misma intención. Durante la entrevista, destacaba hipotimia con ideación de muerte recurrente mostrándose ambivalente respecto al gesto. El discurso era coherente pero se objetivó inmadurez cognitiva en todo el relato referido al gesto y también en relación a su biografía y expectativas vitales próximas. Ante la apreciación de riesgo de reincidencia inminente, se procedió al ingreso hospitalario para contención de crisis suicida, estabilización psicopatológica y control evolutivo.

Durante el ingreso, presentaba una estructura de personalidad reservada e influenciable. Se mantuvo el tratamiento con fluoxetina 20 mg/día con buena adherencia al tratamiento en régimen hospitalario. Se realizaron permisos domiciliarios sin incidencias. A los 10 días de ingreso, realizando adecuada crítica del gesto y atribuyéndolo a un contexto de frustración, con predisposición a acudir a controles ambulatorios y con el soporte familiar, se procedió al alta hospitalaria.

Al cabo de dos semanas del alta hospitalaria y, a pesar de haber acudido a visita de control ambulatoria sin indicios de riesgo, la paciente realiza nuevo gesto suicida mediante ahorcamiento.

Es un tema de debate si la reincidencia en los intentos se asocia a un aumento progresivo de la letalidad (1). Un factor relacionado con una mayor reincidencia han sido la precocidad en el primer intento (2). Un reciente estudio con datos de 28.700 jóvenes (10-29 años) atendidos por autolesión en Irlanda entre 2007 y 2014 asocia la repetición de estos gestos con la adolescencia en las mujeres, las escarificaciones, el número de episodios previos, y el uso de metodología violenta en algún momento (3).

Bibliografía:

1. Ruengorn C, Sanichwankul K, Niwatananun W, Mahatnirunkul S, Pumpaisalchai W, Patumanond J. Incidence and risk factors of suicide reattempts within 1 year after psychiatric hospital discharge in mood disorder patients. *Clin Epidemiol.* 2011;3:305-13.
2. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* marzo de 2007;41(3):257-65.
3. Bennardi M, McMahon E, Corcoran P, Griffin E, Arensman E. Risk of repeated self-harm and associated factors in children, adolescents and young adults. *BMC Psychiatry.* 24 de noviembre de 2016;16(1):421.

[PO-1041] Un caso de neurosis obsesiva

Francisco Javier Peralta Gallego, Celia Muñoz Cauqui, María José Valdés Florido

Mostrar Póster

Paciente de 26 años, sin antecedentes somáticos. Como antecedentes de Salud Mental, destaca seguimiento psicológico privado durante dos años, hasta hace 3 años, por la clínica actual. Situación sociofamiliar: vive con sus dos hermanos mellizos, un año menores que él. Sus padres se separaron cuando tenía 7 años. Su madre falleció cuando el paciente tenía 14 años, momento en el que los tres hermanos comenzaron a vivir con su abuela materna, fallecida hace 3 años. Escasa relación con su padre. Escasas relaciones sociales con sus iguales.

Situación académica: cursó los estudios obligatorios. Actualmente estudia grado medio de informática. Anamnesis: refiere que en 2012, una mujer a la que conoció por internet, le realizó una propuesta para comenzar una relación sentimental, y el paciente la rechazó, tras lo cual le asaltó la duda de si le gustaban las mujeres, o si, por el contrario, era homosexual. Desde entonces, esta duda ha ido aumentando su repercusión emocional y en su vida cotidiana. El paciente realiza maniobras de comprobación, consistentes en prácticas onanistas con imágenes de ambos sexos, para analizar con cual obtiene mayor excitación. En su psicobiografía, destaca que en una ocasión en el colegio realizó un comentario despectivo hacia las niñas, por el cual comenzaron a decirle que era homosexual. Asimismo, cuando sus padres se separaron, comenta que le dijeron que tenía que elegir entre sus progenitores, algo que les sigue reprochando actualmente. Cuando su madre falleció, la repercusión afectiva en el paciente fue escasa. Hasta la fecha actual, no ha mantenido ninguna relación sexual.

Exploración: consciente, orientado y colaborador. Actitud introvertida y mirada esquiva. Discurso coherente y lógico. Pensamiento obsesivo en torno a la duda sobre su orientación sexual, egodistónico, con importante repercusión emocional y sentimientos de vergüenza asociados. Compulsiones motoras por medio de prácticas onanistas, que disminuyen la ansiedad de forma pasajera. Ánimo bajo reactivo a las obsesiones y la ansiedad, con sentimientos de frustración, sin llegar a constituir un trastorno mayor del estado de ánimo. No ideas de muerte. No alteraciones en la orexia ni en el sueño. No sintomatología psicótica.

Juicio clínico: Trastorno Obsesivo Compulsivo (CIE-10 F42).

Evolución: se instauró tratamiento con fluoxetina, presentando buena respuesta, con disminución de la intensidad de la obsesión y menor ansiedad. Actualmente, estamos trabajando a nivel psicoterapéutico sobre la clínica descrita.

Discusión:

El TOC se caracteriza por la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes (1). Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Son percibidos como pensamientos propios, y egodistónicos. La compulsión es un comportamiento repetitivo y estereotipado o un acto mental dirigido a reducir la ansiedad causada por la obsesión. Es consciente y el paciente lo reconoce como absurdo. El tratamiento es farmacológico (ISRS de primera elección) y terapia cognitivo-conductual (2).

Bibliografía:

(1): Vallejo Ruiloba, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7ª edición, Elsevier Masson.

(2): Pittenger C, Bloch MH, Pharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. The Psychiatric clinics of North America 37(3):375-391.

[PO-1044] Alteraciones conductuales en mujer joven: a propósito de un caso

María José Valdés Florido, Ana Pérez Romero, Nieves Casas Barquero

Mostrar Póster

Mujer de 35 años que acude a Urgencias traída por sus padres e ingresa de forma involuntaria en nuestra Unidad por crisis de agitación y conducta desorganizada, con intento de autolisis. No constan antecedentes somáticos. Es fumadora de 2-3 cigarrillos diarios y consumidora de cannabis, abstinente desde hace medio año. Realiza seguimiento en su USMC de zona desde hace seis meses, con orientación diagnóstica de trastorno adaptativo y, posteriormente, cuadro depresivo. Sigue tratamiento con paroxetina, lorazepam, loprazolam y trazodona. No ingresos previos.

Convive con sus padres desde hace seis meses, tras ruptura sentimental, evento que coincide con el inicio de su seguimiento. Al parecer, viene presentando conductas inadecuadas desde entonces: se desnuda en espacios públicos, sustrae productos sin haberlos pagado, cuelga prendas íntimas en las ventanas, se provoca quemaduras con cigarrillos, tira ropa suya y de su familia a la basura, etc. Ella no expresa arrepentimiento ante estas conductas, aunque sí vergüenza y, en ocasiones, niega haber sido ella la responsable. Además, dice sentir a una persona en el pecho, con nombre propio, y que ambos están enamorados. Él se comunica con ella a través de música y olores, y le transmite sensaciones de “fuerza y ánimo”. En ocasiones se autolesiona, a veces guiada por impulsos ansiolíticos y otras por sentirse a disgusto con su propio cuerpo, refiriendo que “me siento deforme, veo al demonio en el espejo, no soy yo, me doy asco”.

Exploración: consciente, orientada, parcialmente colaboradora, aspecto adecuado. En un primer momento, su conducta es desorganizada. Posteriormente se encuentra irritable, suspicaz y con actitud en ocasiones demandante y desafiante; en otras, perpleja. Discurso pobre y delirante en contenido. Refiere haber presentado percepciones olfativas (relacionadas con el ser que se encuentra en su pecho), visuales (alguna vez lo ha visto como una sombra) y auditivas (música y voces comentadoras). Posibles cenestesias. Percepciones dismórficas de su propio cuerpo. Niega fenómenos de déjà vu y jamás vu, aunque no se pueden descartar. Angustia intensa y cierta tristeza. Insomnio mixto. Ideación autolítica y conductas autolesivas y bizarras. EEG de vigilia con leve sobrecarga theta de proyección témporo-parietal y frecuencias beta en cuadrantes anteriores. TC cráneo normal. RMN con lesiones lacunares crónicas de hemisferio cerebeloso derecho, leve atrofia cerebelosa y discreta dilatación ventricular. Marcadores tumorales negativos.

Conclusiones

Al ingreso, el diagnóstico fue de posible episodio depresivo con síntomas psicóticos. Posteriormente se realiza diagnóstico diferencial con psicosis disociativa o psicosis de base orgánica, en base a la psicopatología y a las pruebas complementarias. Tras añadir valproato a su medicación (antipsicóticos y ansiolíticos), la sintomatología comienza a remitir, desapareciendo los síntomas psicóticos y mejorando notablemente su actitud con el personal sanitario. Se fue de alta por mejoría, siendo su diagnóstico posible trastorno mental orgánico.

Bibliografía

1. Endres D, Perlov E, Feige B, Fleck M, Bartels S, Altenmüller DM, et al. Electroencephalographic findings in schizophreniform and affective disorders. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2016 Sep;20(3):157-64. doi: 10.1080/13651501.2016.1181184.
2. OMS. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Madrid: Meditor, 1992.

[PO-1045] Depresión mayor con características psicóticas y conducta suicida

Eva María Rodríguez Vázquez, Carmen María Capella Meseguer, Óscar Martín Santiago, Nieves De Uribe Viloria, Marta Gómez García, Mónica De Lorenzo Calzón

Mostrar Póster**Introducción:**

La depresión mayor con síntomas psicóticos se presenta clínicamente como un trastorno depresivo con la presencia de delirios, alucinaciones y/o estupor depresivo. Es una entidad infradiagnosticada y de la que se investiga poco. Se acompaña frecuentemente de intentos o ideación suicida, llegando a producirse intentos autolíticos en aproximadamente el 20-25% de pacientes con depresión psicótica.

Objetivos:

Presentar un caso clínico que refleje la conducta suicida presente en la depresión con síntomas psicóticos.

Material y métodos:

Tomando como base un caso atendido en Hospitalización Psiquiátrica Breve, realizamos búsqueda bibliográfica sobre la cuestión, con artículos de no más de 5 años.

Resultados:

Se describe el caso de una mujer de 59 años, viuda desde hace 7 años que reside sola. Tras el fallecimiento de su marido acudió a dos citas con el equipo de salud mental. En tratamiento actualmente con desvenlafaxina 50 mg/día, lorazepam 2mg/día y zolpidem 10mg al acostarse. Ingresó en la Unidad de Hospitalización Breve tras una autointoxicación medicamentosa con finalidad autolítica. La paciente a raíz de una conflictiva familiar hace 6 meses, comienza a sentirse más desanimada, con sentimientos de culpa, anhedonia y apatía, acompañándose de enlentecimiento psicomotor y de un deseo de desaparecer y la creencia de que "los demás estarían mejor sin ella". Desde hace poco más de un mes, la paciente siente como las personas del trabajo la miran más de lo habitual, se apartan de ella porque produce mal aliento y hablan de ella. Tiene la certeza de que los vecinos la vigilan y hablan mal de ella porque fuma mucho. Cree que uno de los hijos ha llamado a su trabajo para que la despidan y ha dicho que bebe mucho alcohol. El día que acudió a Urgencias ingirió medicación sin saber precisar la cantidad con la intención de "acabar con todo". Su hija llamó por teléfono y al no responder las llamadas, acudió a su domicilio y llamaron al 112, donde la encontraron inconsciente. Se inicia tratamiento con venlafaxina a dosis de 150 mg/día junto con olanzapina 7,5mg/día y dosis bajas de benzodiazepinas con buena respuesta y mejoría clínica, desapareciendo las ideas delirantes, realizando crítica total del episodio y verbalizando ilusión por el futuro tras 7 días.

Conclusiones:

Algunos estudios afirman que existe un riesgo mayor de intentos de suicidio en la depresión psicótica en comparación con la esquizofrenia y el trastorno bipolar, del mismo modo afirman que existe un riesgo mayor de suicidio consumado con respecto a estas dos entidades. Así durante el episodio depresivo agudo, la ideación suicida es más frecuente en la depresión psicótica frente a la no psicótica. El tratamiento indicado en la primera línea suele ser la combinación de antipsicóticos con antidepresivos o TEC. Es importante explorar correctamente la ideación delirante en pacientes con depresión así como evaluar la posibilidad de suicidio como resultado de la angustia de ideas delirantes y/o alucinaciones. Por tanto al ser un cuadro clínico grave es necesario un diagnóstico y tratamiento tempranos.

[PO-1046] Cannabis como automedicación en el Trastorno Bipolar

Sonia Iborra Martínez, Roberto Palacios Garrán, Marc Agraz Bota, Laura Arenas Pijoan, Lucía González López, Lucía Arjona Lozano, Cristina Díaz Téllez

Mostrar Póster

La Teoría de la Automedicación expone que las adicciones podrían ser explicadas como una alteración funcional con base neurobiológica o como resultado de un trastorno psíquico anterior a la adicción, que impulsa a la persona a consumir tóxicos como una forma de autotratamiento de la enfermedad que padece para paliar los síntomas que esta conlleva. Varios estudios muestran que el Trastorno Bipolar tipo I es la patología psiquiátrica que con mayor frecuencia se asocia a drogodependencias. Por otro lado, el Cannabis es la droga más consumida tanto en Europa como en EEUU, y hay datos que muestran que esta droga es utilizada con el fin de paliar su malestar psíquico. Se habla de Patología Dual. Se presenta un caso clínico de un varón de 34 años con orientación diagnóstica de Trastorno Bipolar tipo I y rasgos de personalidad de Cluster B, con múltiples ingresos en la unidad de agudos en los últimos dos años, existiendo en la mayoría de ellos consumo previo de THC que el paciente refiere iniciar al empezar a experimentar los primeros síntomas. Consumidor habitual de THC y tabaco, con consumo de alcohol en patrón lúdico y juego patológico de forma puntual. En cuanto a estudios y ámbito laboral, realiza hasta 1º de Bachillerato y ha empezado varios trabajos con dificultad para mantenerlos debido a sus múltiples ingresos y recaídas. Mantiene una buena relación familiar. Viviendo actualmente en un piso de alquiler con ayuda económica de sus padres. Controla por sí mismo la medicación con probable incumplimiento terapéutico. En el ingreso actual refiere haber estado fuera de casa en las últimas 72 horas, sin dormir y consumiendo grandes cantidades de Cannabis. Ingresó tras realizar varias visitas a urgencias y encontrarse agitado, verborreico y taquipsíquico. En la exploración psicopatológica evita la mirada, con enlentecimiento psicomotor y habla falfullante, taquipsíquico, ideación delirante megalomaniaca, sin ideación autolítica, irritabilidad, ni auto ni heteroagresividad. En la analítica del ingreso destaca unos niveles de Litio de 0,39 mmol/L (0,60-1,20) y drogas en orina positivo a Cannabioides. Dada la evolución tórpida del paciente durante estos últimos años y el fracaso en mantener estabilidad en múltiples recursos comunitarios, se decide ingreso en la Unidad de Hospitalización de larga-media estancia para una mejor evolución clínica. Se realiza un ajuste de medicación al alta y analítica con litemia dentro de los valores adecuados. Por tanto, como ya se empieza a ver en algunas investigaciones, este podría ser un caso que empezase a cuestionar las teorías clásicas que apuntaban al THC como detonante del Trastorno Bipolar, siendo plausible también, en algunos pacientes, el consumo de THC como forma de autocontrol/ automedicación ante la aparición de los primeros síntomas.

[PO-1047] Suicidio en psicosis ante síntomas resistentes, buscando potenciación antipsicótica.

Irene Pérez Zapico, Mónica Miñano Meneres, María Báez Gundín.

Mostrar Póster

Paciente de 25 años de edad que ingresa en la UHSM trasladado desde el servicio de traumatología, tras realizar intento de autolisis por precipitación.

Se trata de un paciente diagnosticado de trastorno esquizoafectivo desde hace cinco años. Varios ingresos en la Unidad de Hospitalización. Desde hace un año acude a Comunidad Terapéutica de Salud Mental en programa de día. Realiza tratamiento con Clozapina 550mg/24h y clonazepam 1mg/8h. Su evolución está siendo tórpida, presentando ideación delirante de forma continua, con repercusión afectiva y conductual, así como inicio de sintomatología negativa.

Refiere la familia que estando en el domicilio familiar durante el fin de semana comienzan a observarlo inquieto, con importante angustia que aumenta progresivamente y verbalizando ideación delirante autorreferencial y de perjuicio. En ese contexto, y ante la idea de que lo están persiguiendo y vigilando con cámaras desde su casa, realiza precipitación por la ventana de su habitación, un primer piso. Se traslada a urgencias, siendo valorado por Traumatología, donde diagnostican fracturas en ambos pies (calcáneo en pie derecho y de cuboides, 4º y 5º metacarpio y luxación de Chopart en pie izquierdo).

Posteriormente se traslada a la Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Una vez allí, verbaliza arrepentimiento del intento autolítico, poniendo el mismo en relación con la angustia, desesperación y miedo generado por sus ideas delirantes.

Dada la inestabilidad clínica buscamos potenciar efecto antipsicótico, optando por iniciar aripiprazol. Aumentamos dosis hasta alcanzar 30mg/24h vía oral, presentando buena tolerancia y respuesta, mejorando a nivel afectivo, así como disminuyendo la repercusión de la clínica psicótica y ajustándose a nivel conductual.

Discusión

Nuestro paciente presenta un trastorno esquizoafectivo con difícil control de sintomatología positiva e importante repercusión de la misma. Durante el ingreso hospitalario se decide iniciar aripiprazol por su complementariedad con clozapina a nivel farmacocinético y farmacodinámico. Esta combinación no causa importantes interacciones ya que el aripiprazol es principalmente metabolizado a través del citocromo hepático P-450 CYP D6 e isoformas 3A4 mientras que la clozapina es metabolizada a través de la vía CYP 1A2. El aripiprazol antagoniza los síntomas positivos de la esquizofrenia a través de su acción en las vías dopaminérgicas mesolímbicas y, a la inversa, actúa como un agonista en las vías dopaminérgicas mesocorticales, asociadas a la presencia de sintomatología negativa. Es un fármaco agonista parcial del receptor D2 de dopamina, perfil neuroreceptorial complementario al de la clozapina, y agonista parcial del receptor 5-HT1A. Las hipótesis farmacodinámicas explicativas incluyen la estabilización del sistema dopaminérgico en vías mesolímbicas y mesocorticales, el balance adecuado de la hipodopaminergia prefrontal por la acción agonista de aripiprazol en esta área, el antagonismo combinado D2 (aripiprazol) y D4 (clozapina) e incluso el efecto antidepresivo del aripiprazol relacionada con la actividad agonista parcial 5HT1A. La combinación con aripiprazol, un estabilizador del sistema dopamina-serotonina, podría actuar disminuyendo ligeramente los síntomas negativos primarios y evitando los seudosíntomas negativos secundarios a dosis altas de clozapina, lo que también podría beneficiar a nuestro paciente. Nos parece por tanto, una ideal combinación de fármacos antipsicóticos en caso de síntomas resistentes.

[PO-1048] Conductas suicidas y antidepresivos, a propósito de un caso.

Irene Pérez Zapico, Cristina Romero Pérez, Mónica Miñano Meneres

Mostrar Póster

Paciente de 31 años de edad, que ingresa de forma urgente en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental por ideación autolítica estructurada con alto riesgo.

Se trata de un paciente sin antecedentes previos en Salud Mental. Desde hace aproximadamente unos dos meses comienza a presentar hipotimia, ansiedad flotante, anhedonia, pérdida de interés por actividades ocupacionales y de ocio, así como alteración en apetito. Describe acontecimientos estresantes como desencadenantes. Desde hace unas dos semanas inicia tratamiento con ISRS (Fluoxetina 20mg/24h), prescrito desde Atención Primaria, que orienta la clínica como Trastorno adaptativo. Acude a Urgencias traído por la familia tras realizar ingesta medicamentosa voluntaria grave, sin previsión ni provisión de rescate. Durante la atención en urgencias se decide su ingreso en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental ya que el paciente continúa verbalizando ideación autolítica, así como no hay arrepentimiento del intento de autolisis.

Durante el ingreso se añade al tratamiento farmacológico benzodiazepinas en dosis media. El paciente refiere que, en relación a las oscilaciones anímicas y a los acontecimientos vitales de estrés, había presentado ideas pasivas de muerte y cierta desesperanza, pero que es tras iniciar el tratamiento antidepresivo cuando estas ideas se hacen más presentes y aparecen más en primer plano, llevando al paso al acto. Tras una semana de ingreso en el cual se realizan intervenciones psicoterapéuticas de contención y apoyo, se objetiva mejoría clínica, el paciente hace crítica del intento de autolisis y verbaliza deseos de mejoría.

Discusión

Las tasas de suicidio y de conductas autolesivas aumentan en gran medida en personas con depresión, por lo que la reducción de estos riesgos es una consideración importante cuando se trata a estos pacientes. Paradójicamente, aunque se ha demostrado que los antidepresivos son efectivos para reducir los síntomas de la depresión, existe la preocupación de que las tasas de suicidio y autolesiones en realidad aumenten con el tratamiento, particularmente en personas más jóvenes. Tras hacer una revisión sobre este riesgo, encontramos que la asociación del uso de antidepresivos con el suicidio es circunstancial y que no se han realizado ensayos clínicos rigurosos en pacientes deprimidos para confirmar la asociación. Sin embargo, la mayoría de los estudios realizados afirman que por la práctica clínica sí que existe una asociación. Los hallazgos indican que hay aumento de las tasas de conductas autolíticas en los primeros veintiocho días de inicio del tratamiento y tras la suspensión del mismo. Por tanto, se aconseja una monitorización cuidadosa de los pacientes durante estos períodos, así como consideramos que es fundamental informar al paciente y la familia de estos posibles efectos.

Nos parece importante poder identificar los factores de riesgo de forma que se puedan desarrollar estrategias de prevención y modelos de intervención, con el objetivo de mejorar la asistencia y de apoyar a los médicos de atención primaria, de urgencias y profesionales de salud mental.

[PO-1049] Riesgo suicida en primer episodio psicótico. A propósito de un caso.

María Ángeles Chacón Gamero, Ana María Candil Cano, María Zurita Carrasco

Mostrar Póster**Introducción:**

Las relaciones entre depresión y esquizofrenia han constituido el eje de la psicopatología de lo endógeno. Lo depresivo, puede apreciarse con frecuencia en el comienzo de la esquizofrenia hasta que el cuadro psicótico florido explota y encubre el cortejo afectivo.

Esto parecería comprobarse por la mejoría de lo depresivo con la medicación con neurolépticos. Del mismo modo, se ha comprobado la aparición de sintomatología afectiva tras la resolución de un brote esquizofrénico

Todo esto se ha relacionado, ideas y conductas suicidas y se ha estimado que aproximadamente el 10% de los pacientes esquizofrénicos termina en suicidio.

Caso clínico

Motivo de consulta: paciente de 19 años que ingresa en USMH por alteraciones conductuales en contexto psicótico.

Psicobiografía; Varón de 19 años. Padres separados cuando el paciente cuenta con 10 meses de edad. Familia reconstituida, con sentimientos de abandono por parte de ambos progenitores. A nivel psicobiográfico, estudia E.S.O, que abandona por desmotivación y desinterés, coincidiendo con el consumo de cannabis. Proyectos de estudiar informática.

Antecedentes personales: consumo perjudicial de cannabis desde los 15 años de edad, por imitación de sus amigos.

Tres años antes, sentimientos de tristeza y desesperanza por pérdidas afectivas, relacionadas con la separación de su madre y padrastro, figura éste que parece su modelo a seguir y tiene una vinculación

Un mes previo al ingreso, se muestra autorreferencial y paranoide con ansiedad de separación.

Historia Clínica: relata como desde hace tres años, "Minority report" le está espiando a través de lentes, por eso quiere acabar con su vida porque no tiene función útil.

Quiere inyectarse aire para matarse, antes que lo haga una organización criminal infiltrada en el hospital, por orden del hermano de su madrastra. Refiere haber escuchado en la radio una voz que lo interpreta como un viral que hay en su contra que podría coincidir con una banda organizada que le persigue para acabar con él).

A la exploración psicopatológica, se muestra intranquilo, suspicaz y paranoide, presenta un delirio autorreferencial y de perjuicio, con ideación autolítica en contexto de angustia psicótica. Alucinaciones auditivas en forma de "voces acusatorias" de algo que él no ha hecho. Síntomas depresivos, apatía, anhedonia, sentimientos de desesperanza. Núlo insight. Capacidad volitiva y juicio de la realidad mermados.

Evolución: se muestra tórpida debido a la refractariedad a tratamiento antipsicótico (risperidona mas olanzapina) por lo que es necesaria la introducción de clozapina , para mejorar los síntomas psicóticos (desaparecen síntomas autorreferenciales y alteraciones senso perceptivas) y con ello el riesgo autolítico

Juicio clínico: Trastorno psicótico no especificado

Tratamiento: Clozapina 100 mg, ½-1/2-2, Aripiprazol 10 mg, 1-0-0. Lorazepam 1 mg si insomnio.

Plan terapéutico: Se incluye en Programa de Primeros episodios psicóticos, orientado al paciente y a una intervención familiar.

Conclusiones:

Se concluye así con la necesidad de detectar síntomas depresivos en pacientes psicóticos y con ello prevenir el riesgo suicida.

[PO-1050] Intento autolítico e ingreso involuntario en paciente con Acromegalia. A propósito de un casoPedro Padilla Romero, M^a Teresa Perez Castellano**Mostrar Póster**

Paciente de 57a, casado, sin hijos. Incapacidad permanente, cobra prestación. Vive con su mujer. AMédicos: diagnosticado de acromegalia por macroadenoma hipofisario, intervenido quirúrgicamente y tratado con RT sin criterios de curación, tras lo cual presenta panhipopituitarismo en tratamiento sustitutivo. A.Psicopatologicos: En seguimiento en Salud Mental tras intervencion QX. por trastorno adaptativo. No ingresos previos en UHB. Ha presentado un gesto autolítico anterior, unos meses antes.

EA.: El paciente presenta un empeoramiento psicopatológico progresivo desde hace dos años, incapaz de aceptar la enfermedad y las consecuencias de la enfermedad en su vida diaria (perdida de trabajo y poder adquisitivo, cambios corporales, alteracion hormonal,...).Irritabilidad, conductas impulsivas y de riesgo cada vez mas frecuentes, abandono de actividades placenteras y de ocio, aislamiento sociofamiliar. Inicia consumos cada vez mas frecuentes de alcohol y cocaína.En contexto de consumo de cocaína y alcohol gesto autolítico que precisa ingreso en UCI durante 72h, tras evaluación inicial se procede a ingreso en UHB, que el paciente acepta.

EVOLUCION.

Tras las primeras horas en UHB el paciente solicita alta voluntaria porque no se encuentra bien en la planta, y considera que esta en su derecho a decidir sobre su propia vida, solicitando el paciente hablar con un abogado que le aconsejara. Se solicita al juez autotizacion de ingreso no voluntario por riesgo aultitico por elevada impulsividad del paciente, irritabilidad, incapacidad reflexiva, la verbalización de ideas de muerte sin crítica a lo sucedido. No objetivándose en esos momentos sintomatología psicótica, capacidad de juicio y de realidad conservada. El paciente queda ingresado de forma no voluntaria. A lo largo del ingreso mejora irritabilidad, capacidad de introspección siendo capaces de realizar intervención en crisis y de abordar su situación actual. Hay que realizar abordaje en el paciente sobre el uso del ingreso involuntario y riesgo que presentaba en el momento de tomar la decisión, por lo que la intervención en el paciente es más compleja. El paciente acepta reajuste farmacologico con buena tolerancia farmacologica. Tras evolucion adecuada del paciente se procede al alta de la UHB con seguimiento en CEX Psiquatría y Psicología Clínica.

Bibografía:

DSM-V

Sobre la atención de pacientes con ideación autolítica en Urgencias: Aspectos legales.Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. vol.36 no.130 Madrid jul./dic. 2016

tengoacromegalia.es Asociacion española de afectador por acromegalia.

FEDER. Asociacion Española de Enfermedades Raras

[PO-1052] Tras todos los avances, lo fundamental sigue siendo el vínculo terapéutico.

Agustín Sánchez Gayango, María José Rodríguez Macías, Ángela Valladares García

Mostrar Póster

Varón de 39 años que ingresa en la UHSM a instancias de la familia por negativa a toma de tratamiento e irritabilidad.

Antecedentes Familiares: Hermana y sobrino con seguimiento en diversos dispositivos de Salud Mental.

Antecedentes Personales:

– Somáticos: El paciente no presenta antecedentes somáticos de interés.
– Salud Mental: Desde el año 2005, debutando con un cuadro catatoniforme que propicia su ingreso en UHSM, durante el mismo presentó tromboembolismo pulmonar bilateral y síndrome neuroléptico maligno siendo preciso tratamiento con Terapia electroconvulsiva. Con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar, el paciente había sido dado de alta hacía 72h de la UHSM del tercer ingreso casi consecutivo en los últimos meses, orientado como descompensación depresiva con síntomas psicóticos.

– Tratamiento Actual:

- Ácido Valproico de liberación prolongada 500 mg, tres en la cena.
- Olanzapina 30 mg cada 24 horas.
- Clonazepam 2 mg, medio comprimido si precisa por ansiedad o insomnio.

– Es el tercero de 5 hermanos. Padre fallecido hace más de 15 años. Soltero. Interrupción de la relación de pareja en los meses previos. Trabajo fijo en un organismo público, aunque en la actualidad se encuentra de baja laboral.

Evolución: La evolución del ingreso fue muy tórpida, evolucionando de nuevo hacia un cuadro catatoniforme y siendo preciso tratamiento con Terapia Electroconvulsiva de forma involuntaria. Se le administra un total de 9 sesiones de TEC. Experimenta una importante mejoría a nivel afectivo, mostrándose sintónico y reactivo con discurso más fluido. En cambio, los síntomas psicóticos de perjuicio y erotomaníacos persisten. Es por ello que sustituimos valproico por litio (1000 mg) dado su negativa a tomar el primero por referir efectos secundarios y olanzapina por clozapina (225 mg) al presentar síntomas psicóticos resistentes. El paciente mantiene nula conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento y diariamente solicita el alta.

Plan: Realizamos varias entrevistas familiares donde se observa escaso apoyo familiar real, por lo que se trabaja derivación a Hospital de Día. Realizamos junto a referente asignado de dicho dispositivo numerosas entrevistas individuales y familiares mostrando negativa absoluta a acudir por lo que se procede a su alta. Se le facilitaron citas en Hospital de Día por si decidía acudir. Acudió a su cita de revisión en USMC donde también se apoyó la conveniencia de acudir a Hospital de Día. Sorprendentemente, a los pocos días acudió al nuevo dispositivo. Aunque la toma de tratamiento sigue siendo irregular, ha continuado acudiendo e implicándose en todas las actividades propuestas. Resaltar que, tras varios ingresos consecutivos, además de todos los tratamientos aplicados, la clave del éxito fue establecer una buena alianza terapéutica, detectar durante las entrevistas realizadas un foco de intervención, en este caso la relación fusionada y conflictiva con la madre y crear un ambiente contenedor que facilitara la expresión emocional del paciente.

[PO-1053] Conducta suicida en paciente adolescente.

Capella Meseguer, Carmen María; Rodríguez Vázquez, Eva María; Medina Ojeda, Gema; De Uribe Viloria, María Nieves; Lorenzo de Calzón, Mónica; Gómez García, Marta.

Mostrar Póster

Introducción: La tentativa de suicidio en adolescentes es un grave problema de salud a nivel mundial¹. Los intentos de suicidio se han incrementado considerablemente entre los adolescentes y jóvenes en las últimas décadas. La evaluación de estos pacientes debe ser integral y tener en cuenta al adolescente en su contexto familiar, escolar y social.²

Caso clínico:

Se presenta el caso de una mujer de 20 años de edad, estudiante, que reside con sus padres y hermanas. Cuenta con antecedentes de seguimiento por Psiquiatría Infanto-Juvenil desde su infancia, siendo diagnóstica de trastorno de personalidad sin especificar. La paciente refiere conflictiva familiar y dificultades para adaptarse al medio escolar, en el que se siente rechazada por sus compañeros. Se encuentra en tratamiento actual con: Sertralina 100 mg vía oral (1-1-0) y Aripiprazol 10 mg vía oral (1-0-0). La paciente es llevada al Servicio de Urgencias al ser encontrada somnolienta en el colegio, cuando es interrogada verbaliza que ha ingerido 10 cápsulas de Lormetazepam 2 mg con intención autolítica ya que se encontraba disgustada tras una discusión con sus padres y al sentirse ignorada y despreciada por sus compañeros de clase, quienes la han excluido de un grupo de trabajo. Durante la entrevista realiza crítica del gesto y verbaliza planes de futuro, aclarando que si no hubiese sido por los estresores externos no hubiese presentado la conducta autolítica.

Discusión:

En un estudio realizado en el año 2016 se obtuvo que el 65,1% de pacientes que presentaban tentativa de suicidio contaba con antecedentes psiquiátricos, la gran mayoría de las tentativas eran llevadas a cabo por mujeres (84,2%) con una media de edad de 15,6 años. El mecanismo suicida más empleado fue la intoxicación medicamentosa con 94,2% de los casos.¹ En el caso expuesto puede verse por tanto un ejemplo representativo de conducta suicida en adolescente: mujer con antecedentes psiquiátricos y autointoxicación medicamentosa como método empleado.

Conclusión:

El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes entre 10 y 30 años. El 9,34% de muertes en esta franja de edad se deben al suicidio.³ Es por ello importante realizar una evaluación integral de aquellos pacientes con riesgo para detectar y prevenir conductas suicidas.

Bibliografía:

1. Margarit Soler, A., Martínez Sánchez, L., Martínez Monseny, A., Trenchs Sainz de la Maza, V., Picouto González, M., Villar Cabeza, F. and Luaces Cubells, C. (2016). Epidemiological characteristics in suicidal adolescents seen in the emergency department. *Anales de Pediatría (English Edition)*, 85(1), pp.13-17
2. Cortés Alfaro A; Aguilar Valdés J; Suárez Medina R; Rodríguez Dávila E; Durán Rivero J.S.; (2011) Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Integral* 2011;27 (1)33-41
3. Instituto Nacional de Estadística
4. Sadock, B., Sadock, V., Kaplan, H. and Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Wolters Kluwer, pp.763-773.

[PO-1054] Dificultad en el abordaje de Trastorno Límite de Personalidad en una USMC. A propósito de un caso

Gonzalo Rodríguez Menéndez, Marina Sevilla Fernández, Ana M^a Jiménez Bidón, Cristina García Bernal.

Mostrar Póster

Mujer de 18 años que acude a USMC por ánimo deprimido, ansiedad intensa e ideas de autolisis.

Sin antecedentes familiares ni personales de interés. No consumo de tóxicos.

Estructura familiar: Hermana mayor de una fratria de cuatro hermanas. Le siguen unas de 13 y 12 años, y un bebé de 15 días. Viven junto a sus padres y sus abuelos maternos, pero la paciente apenas mantiene relación con ningún miembro de la familia. Procede de China, trasladándose a España cuando tenía 4 años. Hace dos años regresa a China, donde permanece dos años estudiando bachillerato y chino, regresando a España hace pocos meses. Actualmente no estudia, está trabajando en establecimiento de estética.

Anamnesis

Refiere que al regresar a España, se encontraba bien, pero comienza a tener dificultades para dormir con un empeoramiento anímico progresivo. Refiere que la clínica predominante con las dificultades que tiene para conciliar el sueño, un estado de ansiedad permanente y en ocasiones, crisis de angustia que se acompañan de autolesiones, sobre todo en forma de rascado intenso en piernas, brazos y cuello, verbalizando finalidad ansiolítica de esta conducta. En ocasiones, ha presentado pensamientos, que impresionan de fobias de impulsión, de coger cuchillo y autolesionarse, pero no lo ha realizado aunque sí reconoce miedo a perder el control. Se encuentra más irritable, de mal humor, "me enfado sin motivo".

Esta sintomatología, aunque la paciente refiere empeoramiento hace 3-4 meses, lleva presente desde hace años, desde la infancia. Relata situaciones de acoso escolar en China y también a su llegada a España, incluso llegando a ser agredida físicamente por compañeros de colegio. Comienza un periodo de aislamiento en el que no quiere acudir al colegio, pero no se lo cuenta a nadie. Comienza a autolesionarse, se hace cortes con cuchillos en casa, "me gustaba ver como salía la sangre, lo hacía mirándome al espejo". Los padres desconocen el malestar de la paciente, pasa la mayor parte del tiempo que está en el domicilio encerrada en su habitación.

Exploración

Consciente, orientada globalmente, colaboradora y abordable. Buen aspecto; en consulta tranquila. Discurso coherente, fluido y espontáneo. Crisis de ansiedad espontáneas con conductas autolesivas son finalidad ansiolítica. Animo triste de larga evolución, con empeoramiento en los últimos meses. Impulsividad, frialdad emocional. Aislamiento social. No abandono de actividades habituales, pero estas son muy limitadas. No sintomatología de características psicóticas en la esfera del pensamiento ni de la sensopercepción. Juicio de realidad conservado. Sueño fragmentado. Madurez llamativa. Inestabilidad emocional. Pérdida del sentido vital, desesperanza. Ideas pasivas de muerte, sin estructuración ni planificación, con miedo a descontrol de impulsos. Irritabilidad. No alteraciones en el patrón alimentario.

Juicio clínico: Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F.60.3 CIE 10)

Tratamiento: No se prescribe tratamiento farmacológico dado la impulsividad y la nula supervisión por terceros de la paciente. Ante la imposibilidad de contención a nivel ambulatorio, se deriva a Hospital de Día para abordaje intensivo y trabajo psicoterapéutico.

[PO-1055] Manejo de una ideación autolítica en USMC. A propósito de un caso

Gonzalo Rodríguez Menéndez, Marina Sevilla Fernández, Ana M^a Jiménez Bidón, Cristina García Bernal.

Mostrar Póster

Varón de 43 años derivado desde Atención Primaria por clínica depresiva e ideación autolítica.

Antecedentes Familiares:

- Madre: Episodios depresivos recurrentes.
- Padre: clínica ansiosa.

Antecedentes somáticos: hiperlipidemia, hernia inguinal y quiste cortical.

Antecedentes Salud Mental:

- Seguimiento por psicólogo privado y posteriormente en Unidad de Salud Comunitaria en dos ocasiones. Abandonó el seguimiento hace 6-7 años.

Historia de consumo de tóxicos:

- Exconsumidor de cocaína y THC, abstinencia desde hace 4 años.
- No acudió a Centro de Tratamiento de Adicciones.

Situación vital:

Vive con su madre y padre. Es el mediano de una fratria de tres hermanos. Separado con un hijo de 17 años, con régimen de custodia compartida. Trabaja en negocio familiar.

Define a su padre como persona estricta y rígida siendo aceptado así por el resto de componentes de la unidad familiar lo que ha ocasionado un ambiente hostil en la convivencia. Hace ocho años refiere suceden diversas discusiones paterno-filiales produciéndose un distanciamiento, alcanzando en la actualidad una situación en la que no existe relación entre ambos. Con sus hermanos apenas mantiene relación. No percibió apoyo por su parte en la conflictiva con su padre.

La relación con su exmujer es cordial y actualmente está iniciando una nueva relación de pareja. Buena relación con su hijo adolescente, salvo dificultades en la crianza por encontrarse este en la adolescencia.

Anamnesis: Acude a consulta refiriendo síntomas de características ansioso-depresivas de larga evolución con sentimientos de inferioridad y minusvalía con escaso apoyo familiar percibido. Ha presentado ideas de autolisis, pensó en ahorcarse sin llegar al actum; definiendo a su mascota como principal factor protector.

Exploración psicopatológica: Consciente, orientado globalmente, colaborador y abordable. Aspecto juvenil; en consulta tranquilo. Discurso coherente, fluido y espontáneo. Tendencia al llanto. Ánimo bajo de larga evolución reactivo a situación sociofamiliar. Ansiedad esporádica. No abandono de actividades habituales, pero estas son muy limitadas. No sintomatología de características psicóticas en la esfera del pensamiento ni de la sensoropercepción. Juicio de realidad conservado. Sueño fragmentado. Inmadurez percibida. Sentimientos de minusvalía y soledad. Ideas pasivas de muerte, sin estructuración ni planificación, como fantasía de resolución. No alteraciones en el patrón alimentario. No apoyo familiar ni social.

Juicio clínico:

Trastorno relacionado con la ansiedad y depresión (F43).

Plan terapéutico:

Iniciamos Trazodona Clorhidrato 100mg 0-0-1/2

Se propone seguimiento estrecho, dada la verbalización de ideas autolesivas, con importante aislamiento sociofamiliar y riesgo de paso al acto.

[PO-1056] Obsesión, depresión y suicidio.

Güendolina Andrés Pereira, Elena Delgado Rastrollo, Elena María Leonés Gil, Paloma Juncosa Montes, Enrique Daniel Vega.

Mostrar Póster

Nuestro poster trata sobre el caso clínico de un paciente varón de 35 años diagnosticado de Trastorno obsesivo-compulsivo y Trastorno depresivo mayor que acude al servicio de Urgencias del Hospital, por recomendación de su psiquiatra, al presentar ideación autolítica estructurada y contar con el antecedente de un intento de suicidio en los últimos meses.

Se trata de un joven con estudios superiores, trabajo fijo, buen apoyo familiar y completamente independiente que desde hace 9 años ha iniciado tratamiento psiquiátrico por problemas de ansiedad, siendo diagnosticado de TOC.

En el último año ha presentado muchas dificultades para realizar su actividad laboral, precisando estar de baja en un par de ocasiones, además ha perdido la relación con sus amistades y pasa mucho tiempo solo. Todo esto le ha llevado a realizar un intento autolítico mediante la ingestión de gran cantidad de pastillas (obtenidas durante un tiempo de forma premeditada) acompañadas de una botella de Vodka, sin alcanzar su objetivo. Fue preciso un ingreso en una clínica psiquiátrica tras el episodio.

Destacan las ideas de ruina y de desesperanza que no le permiten ver otra salida a su problema que no sea la muerte. Por todo ello se procede a realizar ingreso hospitalario.

El propósito de este caso es repasar el riesgo autolítico presente en el Trastorno obsesivo-compulsivo y sus comorbilidades.

[PO-1057] Intento de suicidio en niño de 8 años con TDAH.

Güendolina Andrés Pereira, Elena Delgado Rastrollo, Elena María Leonés Gil, Paloma Juncosa Montes, Enrique Daniel Vega.

Mostrar Póster

El propósito de este poster es hacer la descripción de un caso clínico donde se observa la convergencia de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad e intento de suicidio en un paciente de 8 años de edad.

Se trata de un niño diagnosticado de TDAH (de acuerdo a los criterios clínicos del DSM-5) no tratado farmacológica, psicológica o conductualmente, que tiene problemas de integración en su clase desde hace al menos dos años.

Se describe cómo tras descubrir el niño que era objeto de una broma por parte del resto de compañeros, cogió unas tijeras e intentó cortarse el cuello mientras se encontraba en el colegio. Posteriormente, durante la entrevista con el psiquiatra, el paciente reconoce que su intención era morir, afirma no soportar los desprecios que recibe del resto de los niños de su clase.

En este poster se abordan diferentes características que hacen interesante este caso. Lo más llamativo sería la temprana edad a la que sucede, es más, en la literatura es difícil encontrar algún caso tan precoz. Pero además, resultan llamativos otros factores como la relación con el TDAH, la asociación con el acoso escolar, el aprendizaje de conductas suicidas en medios de comunicación, creencias religiosas mal gestionadas y la capacidad de entender a tan temprana edad en qué consiste la muerte y su irreversibilidad.

[PO-1058] Recuperación Hematológica tras Pancitopenia por Psicofármacos..

Francisco Javier Jerez Barroso, Rocio Jerez Barroso, Guadalupe Esparrago Llorca, Paloma Juncosa Montes

Mostrar Póster

Paciente de 64 años de edad con orientación diagnóstica de Trastorno Bipolar Tipo I, que ingresa en el Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Univsersitario de Cáceres con un Episodio Maníaco son síntomas psicóticos.

Antecedentes Psiquiátricos: Desde la edad de 19 años diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide, con diagnóstico actual de Trastorno Bipolar. Múltiples ingresos en diversas Uniddads de Hospitalización Breve en Madrid, así como varios ingresos en Unidad de Media Estancia en Plasencia.

-Tóxicos: fumador de 1 paquete de tabaco al día.

-Sociofamiliar: Soltero, reside en Institución.

Tratamiento habitual:

-Ácido valproico 500 0.0.2

-Biperideno 4 mg 1.0.0

-Clonazepam 2 mg 0.0.0.1/2

-Travicta 525 im cada 12 semanas

-Seretide 50/500 1.0.1

-Spiriva 0.1.0

-Leponex 100 1/2.0.1,5

-Sinogan 25 0.0.0.1

EA: Acude al Servicio de Urgencias acompañado por cuidador por síntomas maníacos. El cuidador refiere que el paciente lleva desde hace 2-3 semanas "hablando mucho, diciendo cosas incoherentes, molesta a los demás en domicilio...". Refiere que el paciente duerme y come bien. El paciente refiere que se encuentra "perfecto, sobresaliente...".

Durante el ingreso se produce Pancitopenia de probable origen farmacológico (Clozapina, Valproico, Levopromazina) que se resuelve con la retirada de fármacos, en dos semanas, aunque mantiene una Hb de 8.1 gr/dl, se realiza seguimiento y control por el Servicio de Hematología.

Exploración psicopatológica: paciente consciente, alerta, orientado en las tres esferas, escasamente colaborador. Verborrífico, fuga de ideas, discurso incoherente, correcto en tono. No alteraciones de la sensoropercepción. Manía, irritabilidad. Inquietud psicomotriz. Ciclo sueño vigilia conservado. Apetito conservado. Nula conciencia de enfermedad.

Conclusiones:

Se trata de la descripción de un caso donde se produce una alterción hematológica de las tres series, con una Neutropenia de 0.1 mil/mm³, donde con la retirada de psicofarmacos se produce una rápida recuperación hematológica en dos semanas, siendo la habitual en torno a 4-5 semanas. Se adjunta gráfica de todo el proceso.

[PO-1059] Conducta suicida en la senectud. Tentativa de suicidio por intoxicación con organofosforados

Verónica Quero Palomino, Laura Nuevo Fernández, Leonor Asensio Aguerri, Irene Díaz Quero

Mostrar Póster

Mujer de 71 años con antecedentes de pluripatología. Valorada los meses previos en Psiquiatría por síndrome depresivo y abuso de analgésicos. Tras sobreingesta de organofosforados requiere inicialmente ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. Posteriormente traslado a Medicina Interna donde es valorada en varias ocasiones por Psiquiatría iniciándose tratamiento psicofarmacológico. Finalmente se decide ingreso programado en Unidad de Hospitalización Breve para contención y ajuste de tratamiento, dado que la paciente no presentaba arrepentimiento sobre gesto autolítico grave.

Exploración psicopatológica y pruebas complementarias: consciente y orientada en las tres esferas. Colaboradora en la entrevista. No agitación psicomotriz. Discurso coherente y fluido, repetitivo en torno a su marido y supuesto episodio de infidelidad. Quejas por cefaleas tensionales. Tono y tasa del habla adecuados. Afecto hipotímico. No aumento de ansiedad basal. No alteraciones del ciclo vigilia-sueño. Normorexia. Posible ideación sobrevalorada de infidelidad, pensamientos rumiativos y querulantes. Ideas pasivas de muerte sin ideación autolítica estructurada. No alteraciones senso-perceptivas. Impresiona de deterioro cognitivo leve. No auto ni heteroagresividad. Juicio de realidad conservado.

Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: estudio analítico, radiografía de tórax y electrocardiograma.

Evolución y tratamiento: según familiares la paciente presentaba una personalidad previa rígida, con rasgos obsesivos y escasa externalización de preocupaciones o problemas. En los últimos 10 años habían objetivado una demarcación más acusada de estos rasgos, con empeoramiento anímico asociado, irritabilidad, descuido de la imagen, conductas de acumulación, rumiaciones en torno al miedo de quedarse sola y posible infidelidad de su marido, llegando a realizar interpretaciones delirantes sobre el tema. En 2010 fue evaluada por Neurología por fallos mnésicos, realizándose estudio Neuropsicológico que puso de manifiesto un deterioro cognitivo leve de perfil vascular, lo cual podría justificar todos los cambios previamente comentados así como un cuadro depresivo. Durante el ingreso se inicia tratamiento con antidepresivos y antipsicótico. Su evolución es favorable con buena adaptación a la unidad desde el principio, adecuada participación en las diferentes terapias y motivada para la intervención psicoterapéutica de sus ideas de muerte e interpretaciones delirantes.

Discusión y conclusiones:

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en los ancianos. En mayores de 65 años, sigue siendo más habitual en mujeres. Atendiendo a la clínica, encontramos síntomas afectivos, cognitivos, somáticos y conductuales, con especial atención dentro de estos a los impulsos suicidas. El 60-90% de los ancianos que realizan un intento de suicidio presentaban sintomatología depresiva previamente. El suicidio entre los ancianos constituye una significativa causa de muerte y además la conducta suicida tiene algunos rasgos distintivos: realizan menos intentos si comparamos con otros grupos de edad, pueden llegar a asumir formas pasivas o silenciosas, suelen ser con importante premeditación, manifestando escasas señales de aviso y usando métodos más letales.

[PO-1060] Alucinaciones orgánicas en edad pediátrica

Rosario Pérez Moreno, Germán Montero Hernández

Mostrar Póster

Varón de 8 años que acude en diciembre de 2016 derivado por Neuropediatría para valoración debido a que ha verbalizado que oye voces.

Antecedentes personales: entre los antecedentes personales destacan terrores nocturnos, pesadillas y sonambulismo en seguimiento por Neuropediatría desde hace un año; dermatitis atópica y asma infantil de reciente diagnóstico. No alteraciones del desarrollo psicomotor. Entre los antecedentes familiares destacan enfermedades reumatológicas, autoinmunes y varias alergias en línea materna. Es una familia estructurada y es el mayor de 2 hermanos.

Enfermedad actual: en octubre de 2016 comenta empieza a escuchar voces tanto de día como de noche, despierto, en momentos de silencio en los que está tranquilo: leyendo en casa, o en el colegio por ejemplo haciendo cálculo, y al acostarse. Explica que es una voz adulta masculina y que le provoca miedo porque a veces le insulta, llamándole “tonto” e “idiota” durante breves periodos de tiempo, lo que le genera elevada angustia secundaria. Este hecho coincide con la introducción de tratamiento corticoideo con budesonida 200mg/12h, para tratamiento de asma. La madre cuenta por otro lado que actualmente persisten los episodios de parasomnia con frecuencia mensual, sin que haya observado cambios recientes en estos episodios.

Exploración psicopatológica: consciente y orientado en las tres esferas. Sin ansiedad patológica. Aspecto cuidado, adecuado para su edad. Presenta fenómenos alucinatorios auditivos, en forma de una voz masculina, insultante, presente durante la mayor parte del día, que le genera angustia secundaria a pesar de conciencia de irrealidad, sin alteraciones de conducta ni repercusión afectiva. No otra sintomatología de tipo psicótico, ideas de suicidio ni sugerente de trastorno del humor.

Diagnóstico y Evolución: alucinaciones auditivas de probable origen orgánico (tratamiento corticoideo) en la infancia. Se recomienda reevaluar tratamiento del asma en coordinación con el servicio de Neumología pediátrica, sin prescribir tratamiento antipsicótico, y valorar evolución posterior. En la siguiente revisión la sintomatología alucinatoria y angustia secundaria ha remitido completamente, tras disminución de dosis a la mitad, sin existir sintomatología psiquiátrica subsidiaria de tratamiento o seguimiento.

Conclusión:

El espectro de enfermedades inmunomediadas, como dermatitis, alergia y asma alérgico tiene una elevada prevalencia en la edad infantil. Uno de los tratamientos más prescritos en estas edades son los corticoides por vía inhalada, siendo la aparición de efectos adversos como sintomatología de tipo psicótico un cuadro poco frecuente pero ampliamente descrito en la literatura. En la mayoría de ocasiones la disminución de dosis de este tratamiento o su suspensión logra la remisión completa del cuadro, sin que sea necesario prescribir tratamiento antipsicótico.

[PO-1062] De Marruecos a un centro de menores

Celia Muñoz Cauqui, María José Valdés Florido, Ana Piña Baena

Mostrar Póster

Paciente de 18 años, oriundo de Marruecos, en seguimiento por psiquiatría de un centro de menores en el cual vive desde hace 1 año, que ingresa en la unidad de hospitalización de psiquiatría por episodios de agitación psicomotriz, autolesiones y alucinaciones auditivas. Dicha sintomatología lleva apareciendo desde los 14 años, sin existir un diagnóstico claro, mezclada con crisis epilépticas con diagnóstico neurológico de epilepsia parcial simple y en tratamiento con anticonvulsivos. Si bien la clínica en las últimas crisis no ha sido de etiología neurológica. Psicobiografía traumática, con separación parental, crianza con padres ausentes y múltiples cambios de domicilio, hasta que con 15 años comienza a consumir abusivamente tóxicos y realizar conductas delictivas posteriores, por lo que ingresa en varios centros de menores. Actualmente realiza tratamiento con:

- Clonazepam 2 mg: 1-1-1
- Lormetazepam 2 mg: 0-0-1
- Aripiprazol 30 mg: 1-0-0
- Acido valproico 500 mg (prolong): 0-0-2
- Lacosamida 100 mg: 1-0-1

Exploración psicopatológica: consciente, orientado, colaborador y abordable. Contacto sintónico en ocasiones con tinte seductor. Discurso lineal y fluido sin alteraciones en curso o forma. No sintomatología depresiva franca. Crisis que impresionan de disociativas con alucinaciones auditivas internas catatímicas, pérdida de control de impulsos y autolesiones, que ceden de manera espontánea, y que se inician ante la puesta de límites, evidenciándose rasgos de personalidad con tendencia a la impulsividad, poca tolerancia a la frustración, así como conductas de carácter más disociales. Ansiedad reactiva a situación vivencial actual. Poca capacidad de insight junto con estrategias de afrontamiento no saludables. Sueño conservado

Pruebas complementarias:

- Analítica general completa: normal
- Sedimento de orina/ Test de tóxicos: normal/ negativo
- EEG: normal
- TAC CRANEAL: Normal

Juicio Clínico: Trastorno mixto de la personalidad (F 61.0)

Conclusión: Durante el ingreso en la unidad de hospitalización se han evidenciado crisis que catalogamos como disociativas, de origen brusco, con escaso control por parte del paciente y amnesia posterior según refiere, que aparte de la sintomatología que compartían (alucinaciones auditivas, autolesiones, ansiedad reactiva...) se han iniciado ante negativa o ante puesta de límites, resolviéndose de manera espontánea y en algunas ocasiones con administración de medicación ansiolítica. Fuera de las crisis, no se ha evidenciado ninguna psicopatología reseñable, estando ajustado conductualmente con el resto de pacientes, con una búsqueda continua de afecto y con cierta actitud seductora y manipuladora para conseguir objetivos a corto plazo.

Fue valorado por Neurología, descartando que dichas crisis sean de origen epiléptico. Dicha sintomatología junto con eventos psicobiográficos traumáticos nos hacen sospechar de una personalidad inmadura, con escasas herramientas de afrontamiento ante situaciones adversas y con rasgos límites y disociales de personalidad que se han acentuado durante el consumo de sustancias tóxicas.

Bibliografía:

- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. y Brook, J. S. (2005). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning and axis I and II comorbidity. Journal Psychiatric Review, 40(8), 131-140

[PO-1063] La vida tras un suicidio frustrado

Paloma Aguilar Valseca, Cristina García Román, Encarna Domínguez Ballesteros, María José Márquez Márquez

Mostrar Póster

Según la OMS cerca de 800 000 personas al año se quitan la vida, y otras tantas intentan hacerlo. Siendo la segunda causa principal de defunción, entre las 15 y 29 años en todo el mundo, el suicidio es una tragedia que afecta a personas, familias, comunidades y países, teniendo efectos duraderos en los sobrevivientes. Por otro lado, la vida tras un suicidio fallido es complicada y supone una gran angustia. Volver a enfrentarte a aquellos sentimientos, sensaciones, problemas y personas que ya creías haber dejado atrás, despierta sentimientos de ambivalentes. Primero el enfado, después la euforia para por último caer en la depresión y la angustia.

A través del caso clínico de un hombre de 45 años con un suicidio fallido tras precipitación, analizaremos y exploraremos la situación que lo llevo a ello, el afrontamiento posterior que hizo de su realidad y su respuesta a nuestras intervenciones psicoterapéuticas. También comentaremos la adquisición de herramientas de cambio que le permitieron continuar con su vida y como estas le ayudaron a poder realizar otro relato de la misma, poder buscar otras salidas y poder cerrar la herida que nunca creía cerraría. Tal como algunos autores señalan, una vez realizado su proyecto suicida pudo centrarse en otras cosas y continuar su vida.

[PO-1064] Modelo de riesgo suicida de Turecki – A propósito de un caso

Manuel Villanueva Gallego, Íñigo Alberdi Páramo, Jesús Enrique Ibáñez Vizoso, Jesús Pemán Rodríguez, Francisco Javier Gómez Beteta, M^a Dolores Saiz González

Mostrar Póster

En la práctica clínica son numerosos los pacientes en que la conducta suicida adopta una posición protagonista en la expresión su sintomatología, y constituye un motivo de consulta principal tanto en las urgencias, como en consultas ambulatorias y en las unidades hospitalización. Como síntoma, la conducta suicida se gesta a partir de muy distintos elementos, y toma forma en relación a múltiples factores, situados a distintos niveles. En un reciente artículo, el grupo de Estudios sobre el Suicidio de Montreal, propone un modelo de interrelaciones entre los distintos factores de riesgo suicida, que permite explicar las conductas suicidas en múltiples subgrupos de población. En la presente publicación, nos proponemos el objetivo de llevar el modelo de riesgo de suicidio del Grupo Montreal a la práctica clínica, aplicándolo al caso de un paciente ingresado en la unidad de agudos del Hospital Clínico San Carlos por un grave intento de suicidio mediante múltiples lesiones inciso-punzantes en ambos antebrazos.

Se trata de un varón de 35 años, natural de Ecuador, en España desde hace 7 años. Como antecedentes de interés, constan enolismo crónico de en torno a 15 litros diarios de cerveza desde hace aproximadamente 10 años, y dependencia a cocaína y heroína fumadas (con patrón de consumo diario). Como antecedentes familiares, padre que también presenta enolismo crónico, y varios primos paternos con trastorno por abuso de distintas sustancias. No existen contactos previos con salud mental ni otros antecedentes médicos de relevancia. El paciente acudió trasladado a nuestro hospital con múltiples heridas inciso-punzantes en ambos antebrazos y grave sintomatología abstinencial. A su llegada presentaba marcada anemia por elevadas pérdidas de sangre, siendo necesaria intervención quirúrgica para reparación de musculatura del antebrazo. Una vez se produjo su estabilización a nivel orgánico, el paciente refería atravesar una situación vital muy complicada: separación de su pareja tres meses antes, finalización de su contrato laboral dos semanas antes y dificultades económicas, amenaza de ser expulsado de su nuevo domicilio por impago de la mensualidad, y situación de aislamiento social (con toda su familia de origen en Ecuador). En la exploración psicopatológica se objetivó un cuadro de ánimo bajo de alrededor de una semana de evolución de características reactivas a situación vital adversa, que se acompañaba de ansiedad global elevada, ideas de desesperanza, anergia, insomnio mixto pertinaz de varias semanas de evolución e hiporexia. Además destacaban la presencia de fenómenos sensorceptivos en forma de ilusiones visuales y alucinosis auditiva, de probable etiología tóxica. El paciente refería haber presentado ideación autolítica durante los días previos en el contexto de ideas rumiativas de desesperanza y futilidad. El paso al acto tuvo lugar durante la madrugada, de manera no premeditada, y bajo los efectos de las sustancias que consume habitualmente, así como de 1g de MDMA. En el póster analizaremos los distintos factores tanto personales como sociales implicados en el intento de suicidio de este paciente, siguiendo el modelo expuesto por G.Turecki (Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227–1239.)

[PO-1065] Riesgo de conductas suicidas al iniciar tratamiento con antidepresivos: A propósito de un caso

Irene Díaz Quero, Carlos Rodríguez Gómez-Carreño, Antonio Jesús Ramírez García, Verónica Quero Palomino

Mostrar Póster**Introducción:**

El riesgo autolítico es mayor en la población anciana, aumentando en caso de comorbilidad con trastornos psiquiátricos como el trastorno depresivo. Realizamos una búsqueda bibliográfica para determinar el riesgo de conductas suicidas en los primeros días de tratamiento con antidepresivos.

Caso:

Mujer de 87 años que es trasladada desde UCI tras intento autolítico por ahorcamiento. Antecedentes de HTA, bronquitis crónica y episodio depresivo hace 40 años en relación con duelo. La paciente refiere no recordar nada del gesto pero sí reconoce haberse sentido en las semanas previas más cansada y con empeoramiento anímico en relación a situación de dependencia tras proceso gripal. Acudió a MAP que pautó ansiolítico (Lorazepam 1 mg) y antidepresivo (Escitalopram 10 mg).

Exploración: consciente, orientada, colaboradora y abordable. Niega recordar lo ocurrido, impresionando de amnesia lacunar sin objetivarse deterioro cognitivo. Ánimo bajo reactivo a situación de dependencia. No clínica psicótica. Apetito conservado. Insomnio de conciliación. No ideas de muerte en el momento actual, realiza crítica y no presenta auto ni heteroagresividad. Juicio de realidad conservado.

JC: Trastorno adaptativo ansioso-depresivo.

Evolución: durante el ingreso se mantiene el tratamiento pautado, añadiendo Mirtazapina y disminuyendo Lorazepam, con mejoría a nivel anímico y orgánico, así como consigue mejor funcionamiento ganando independencia. Realiza crítica completa del gesto y se preocupa por la repercusión del intento en la familia. Una vez estabilizada se realiza traslado a Residencia de Mayores que había acordado previamente la familia.

Conclusiones:

El uso de antidepresivos como tratamiento disminuye el riesgo suicida a largo plazo, si bien en los primeros días pueden aparecer conductas suicidas en relación a efectos secundarios de los mismos como acatisia, insomnio y crisis de ansiedad, los cuales son dosis dependientes. El uso concomitante de ansiolíticos e hipnóticos también puede influir en estas conductas al desencadenar episodios de agresividad.

[PO-1066] Ideación suicida e Inmunofármacos. A propósito de un caso.

Pedro Padilla Romero, María Teresa Pérez Castellano, Teresa López de Arteaga, Carlota Romero Martín, María Fernanda Tascon Guerra, María Palomo Monge

Mostrar Póster

Mujer de 38 años derivada desde MAP por clínica depresiva e ideación suicida. Somáticos: Artropatía psoriásica b27+ con actividad persistente, hipotiroidismo primario, hepatopatía por MTX, intolerancia a FAMES y corticoides, shock anafiláctico con anti-TNF (Etanercept). Psiquiátricos: seguimiento en nuestro servicio hace 2 años por trastorno adaptativo con síntomas mixtos que requirió tratamiento antidepresivo y ansiolítico, siendo dada de alta tras mejoría clínica. Tratamiento actual: Bupropion 150mg 1-0-0, Trazodona 100mg 0-0-0-1, lorazepam si precisa.

Enfermedad Actual: La paciente refiere que desde hace unos meses se encuentra con ánimo bajo y con pensamientos en torno a la muerte de carácter intrusivos. Tras el alta hace 2 años se encontraba psicopatológicamente estable, asegura estar tomando el tratamiento psicofarmacológico adecuadamente, activa laboral y socialmente, con la presencia de los mismos posibles factores estresantes, y que nunca había tenido pensamientos suicidas ni en torno a la muerte.

Dada la clínica anómala de sintomatología depresiva y la presencia de clínica aguda de ideación suicida se plantea diagnóstico diferencial con posible patología orgánica asociada:

-Analítica completa con hemograma, bioquímica y sistemático de orina de 1 semana previa a dicha consulta con valores normales.

-Cambios recientes de medicación: como único cambio destacable observamos que hace 4 meses se le pautó Apremilast en consultas de Reumatología. Al preguntar a la paciente como le está sentando la nueva medicación relata que al poco tiempo de comenzar con este fármaco fue cuando empezó a encontrarse con ánimo bajo y progresivamente con pensamientos suicidas.

Exploración psicopatológica: consciente, orientada. No clínica psicótica. Hipotimia sin ritmo endógeno, anhedonia, sentimientos de desesperanza. Ansiedad reactiva a problemas personales y de salud física. Ideación autolítica egodistónica sin clara planificación ni estructuración. Hiporexia. Sueño conservado con medicación.

Escalas: ítem de conducta suicida de la escala de depresión de Beck: 1 punto sobre 3. Ítem sobre conducta suicida de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton: 2 puntos sobre 4.

Evolución: Se recomienda a Reumatología valorar posibilidad de cambio de tratamiento. En 2 meses la paciente es revalorada. Refiere que acudió a la consulta de Reumatología y le modificaron el tratamiento suspendiendo el Apremilast. Desde entonces comenta que a los pocos días del cambio desaparecieron sus pensamientos suicidas, y que se encuentra anímicamente estable como antes del tratamiento reumatológico. Consciente, orientada. No clínica psicótica. No alteración mayor del estado de ánimo. Ansiedad reactiva a problemas personales y de salud física. No verbaliza ideación autolítica planificada ni estructurada. Sueño conservado.

Diagnósticos: Trastorno depresivo inducido por medicamento (292.84, Según DSM-5)

Tratamiento: sin cambios.

Discusión: En la ficha técnica de Apremilast aparece reflejada como reacción adversa poco frecuente la ideación y comportamiento suicida. En noviembre de 2016 se publicaron nuevas recomendaciones respecto a su uso debido al riesgo de ideación y conducta suicida comunicados durante la postcomercialización. Se comunica que se debe evaluar el balance beneficio-riesgo del tratamiento en pacientes con antecedentes personales psiquiátricos. En este caso se actuó de acuerdo a las nuevas recomendaciones suspendiendo el tratamiento.

[PO-1067] Suicidio y enfermedad terminal. Cuando la moral y la ética entran en conflicto

María José Márquez Márquez, Cristina García Román, Paloma Aguilar Valseca, Encarna Domínguez Ballesteros

Mostrar Póster

Como personal especialista en Salud Mental nos enfrentamos día a día al “paciente suicida”. Tras este paciente, en la mayoría de los casos, subyace una patología psiquiátrica clara sobre la que podemos actuar y orientar. En los menos, nos encontramos con personas que han acudido a ello con el objetivo de tener una “buena muerte” “llegar a destino lo más rápido posible”, y bajo los que no subyace una patología psiquiátrica clara. Son estos los que nos remueven, son estos sobre los que en muchas ocasiones no sabemos cómo actuar.

A través de la exposición de un caso clínico, exploraremos la asistencia de un suicidio frustrado en una persona en fase terminal de su enfermedad, donde los debates al respecto de la buena muerte, el significado de la vida y el alivio del sufrimiento fueron diarios. Y sobre el cual realizamos una intervención orientada a él como persona sufriendo y doliente. No solo trabajamos el proceso de muerte, incapacidad, sufrimiento, dolor y trascendencia; sino que al mismo tiempo ayudar, acompañar y respetar al paciente en la última fase de su vida. Tal como describiría Simone de Beauvoir en “Soy incapaz de creer en la infinitud, pero tampoco acepto lo finito”.

[PO-1068] Del temblor a la locura. A propósito de un caso

Raquel Calles Marbán, Natalia Casanova Gracia, Lorena Navarro Morejón, Ingrid Ximenez De Embún-Ferrer, Miguel Alcántara Gutiérrez, Lucía Povedano García, Andrés Sánchez Pavesi, Miguel Hernández González, Yolanda Morant Lujant

Mostrar Póster**Introducción**

Los episodios psicóticos son uno de los síntomas no motores parkinsonianos más problemáticos, presentando una incidencia de un 20-40%, siendo más elevada en pacientes en tratamiento dopaminérgico¹. La psicosis inducida por fármacos en la EP es más frecuente en pacientes de mayor edad, en fases avanzadas de la enfermedad, y en pacientes con deterioro cognitivo previo, comorbilidad concomitante y polimedicación².

Caso clínico

Varón de 55 años que es traído a urgencias en ambulancia medicalizada tras realizar intento autolítico mediante precipitación.

Antecedentes Médico-quirúrgicos. No consumo de tóxicos. En seguimiento por Servicio de Neurología desde hace 3 años por clínica compatible con Síndrome Tremórico Acinético probable enfermedad de Parkinson. No antecedentes psiquiátricos previos.

Enfermedad actual: el paciente inicia una sintomatología de bradicinesia y temblor a mediados de 2015, iniciando tratamiento con Pramipexol, Trihexifenidilo Hidrocloruro, y Rasagilina. En octubre 2017 se añade Levodopa 100mg-Carbidopa 25 mg 1-1-1. Un mes después comienza a verbalizar ideas delirantes de persecución con importante repercusión emocional y angustia, acudiendo de nuevo a su Neurólogo, quien añade Quetiapina 25mg. A pesar de ello estas ideas aumentaron progresivamente, y en contexto de la elevada angustia secundaria a ello, el paciente realiza sobreingesta de 5 comprimidos de Alprazolam con intención evasiva siendo atendido en Urgencias. A los pocos días el paciente es trasladado de nuevo a Urgencias por realizar intento autolítico mediante precipitación.

Evolución: el paciente fue valorado por el Servicio de Neurocirugía por TCE, por el Servicio de Medicina Interna por Neumonía aspirativa, por el Servicio de Neurología para ajuste de tratamientos antiparkinsonianos y por el Servicio de Psiquiatría para tratamiento de sintomatología psicótica e ideación suicida. El paciente se mantuvo ingresado durante 10 días, retirándose todos los fármacos antiparkinsonianos en un primer momento y reintroduciendo de forma progresiva la Levodopa y el Trihexifenidilo. Se pautó Quetiapina a dosis de 50mg/24h. Tras dichos ajustes el paciente realizó adecuada crítica de todo lo sucedido, desapareciendo la angustia y toda clínica psicótica, así como cualquier ideación o intencionalidad autolítica.

Conclusiones:

A raíz de este caso cabe mencionar por un lado, la interacción que se produce entre los diferentes fármacos para tratar los trastornos del movimiento³ y los efectos secundarios que producen, y la elevada repercusión que la sintomatología psicótica puede provocar⁴.

El tratamiento de la psicosis en la EP es complejo y debe incluir, en primer lugar, la reducción o retirada de los fármacos antiparkinsonianos y, la aplicación de un tratamiento adecuado para las posibles comorbilidades precipitantes. A pesar de estas medidas, muchos de los pacientes con psicosis inducida por fármacos requieren tratamiento complementario con fármacos antipsicóticos⁵.

Es de vital importancia mantener una adecuada relación terapéutica entre los médicos prescriptores y sus pacientes, así como de alertar, tanto a paciente como a familiares, de los posibles efectos secundarios que provocan los fármacos que actúan sobre la dopamina. Además, como se demuestra en este caso, cada vez se ve con más claridad la necesidad de trabajar en equipo entre los diferentes especialistas para un adecuado abordaje terapéutico.

Bibliografía:

1. Fénelon G, Mahieux F, Huon F, Ziegler M. Hallucinations in Parkinson's disease. Prevalence, phenomenology and risk factors. *Brain* 2000; 123: 733-45.
2. Holroyd S, Currie L, Wooten GF. Prospective study of hallucinations and delusions in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 70: 734-8.
3. Fernandez HH, Trieschmann ME, Friedman JH. Treatment of psychosis in Parkinson's disease: Safety considerations. *Drug Saf.* 2003;26:643—59.
4. Goetz CG, Vogel C, Tanner CM, Stebbins GT. Early dopaminergic drug-induced hallucinations in parkinsonian patients. *Neurology* 1998; 51: 811-4.
5. Weintraub D, Stern MB. Psychiatric complications in Parkinson disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 844-51.

[PO-1069] Importancia del despistaje orgánico antes de la valoración psiquiátrica

Irene Díaz Quero, Beatriz Mata Saenz, Verónica Quero Palomino

Mostrar Póster**Caso clínico:**

Varón de 71 años con antecedentes de posible neoplasia pulmonar no estudiada. Sin antecedentes psiquiátricos. Es derivado desde hospital de referencia por traumatismo en cadera y sospecha de intento autolítico. La hermana refiere haberlo encontrado en el suelo pero sin signos de intento de ahorcamiento, aunque sí presenta signos de haber intentado levantarse, con arañazos y heridas que se observan en la exploración. No existen datos en la historia que apoyen la intencionalidad autolítica del paciente. Durante la entrevista se objetiva clínica compatible con síndrome confusional y posible lesión a nivel cerebral, por lo que se remite a hospital de referencia para completar estudio con TAC.

Exploración: somnoliento aunque despierta a la llamada, desorientado en tiempo y espacio. Parcialmente colaborador y abordable. Niega ánimo bajo y ansiedad. Carácter irritable. Niega ideación autolítica previa ni actual, ni ha verbalizado nunca intencionalidad autolítica. Deterioro cognitivo previo. No impresiona de clínica psicótica. Nula conciencia de situación actual.

Radiografía de cadera sin alteraciones y analítica con trombopenia conocida.

Juicio clínico: Síndrome confusional en contexto de Trastorno Mental Orgánico.

Evolución y tratamiento: dada la sospecha de patología orgánica de base se decide traslado del paciente a hospital de referencia para completar estudio orgánico, realizándose TAC cerebral en el que se objetivan imágenes compatibles con metástasis o infecciones oportunistas, por lo que el paciente ingresa en Medicina Interna, añadiendo tratamiento para una infección de orina que presenta y para el síndrome confusional. Una vez estabilizado el paciente es dado de alta a una residencia de mayores.

Conclusiones:

La evaluación del riesgo autolítico se realiza a través de la entrevista al paciente y familiares. En ella, deberemos valorar los factores de riesgo existentes y la situación clínica del paciente. En ocasiones fundamentamos la valoración del riesgo de suicidio en impresiones personales o valoraciones subjetivas sin tener en cuenta otras condiciones clínicas del paciente que pueden revestir de gravedad. Por ello, es aconsejable la sistematización de la valoración del suicidio, no sólo en el Servicio de Psiquiatría, sino también por parte de los profesionales de las urgencias generales o medicina general.

[PO-1070] Acercándonos a la autopsia psicológica

Germán Montero Hernández, Iñigo Alberdi Páramo, Diana Fuentes Quintas, Julia del Río Vega, Beatriz Serván Rendón-Luna

Mostrar Póster

Varón de 56 años trasladado en estado de agitación intensa con hemiplejía izquierda secundario a ictus derecho por émbolo aéreo, tras haber sido encontrado por su hermano tumbado en el suelo a primera hora de la mañana con herida de venopunción en brazo dominante. Tras estancia en UCI pasa a Unidad de Neurología donde es valorado por Psiquiatría, así como en consultas sucesivas de Neuropsiquiatría. Presenta amnesia anterógrada desde minutos antes de ser encontrado por su hermano. Reconoce dificultades económicas por situación de desempleo de uno de los hermanos que estaba solventando mediante préstamos, y niega cualquier tipo de sintomatología o ideación suicida en el pasado. Al inicio actitud jocosa y despreocupación que se atribuye a afectación cerebral frontal, que cede paralelamente a la mejoría a nivel motor (recuperación total). Durante el ingreso se descubre comunicación interauricular que continúa estudio por Cardiología.

- Como antecedentes personales destaca hábito tabáquico, tumor de Warthin intervenido y HTA de diagnóstico reciente. No consumo de tóxicos ni toma de medicación. Diestro. Empleado de seguridad con acceso a armas de fuego. Nunca ha manipulado material punzante higiénico-sanitario. Vive con sus dos hermanos. Soltero. No antecedentes de tipo psiquiátrico ni psicológico.

- Como antecedentes familiares destaca trastorno por uso de sustancias en un hermano, en abstinencia desde hace años. Madre fallecida recientemente.

Por parte de Psiquiatría, no se observa psicopatología por lo que se procede al alta con seguimiento ambulatorio para continuar estudio.

No obstante, se plantean los distintos diagnósticos diferenciales que puedan explicar lo sucedido:

- Eje I: trastorno afectivo, trastorno de ansiedad, trastorno psicótico, trastorno disociativo, trastorno primario del sueño (parasomnia), trastorno del control de impulsos, trastorno por uso de sustancias.

- En eje III: infarto hemisférico derecho en territorio de ACA y ACM derechas, secundario a probable embolismo cerebral gaseoso con mecanismo de inoculación de aire desconocido. Neumomediastino. Embolia gaseosa subcutánea y en tejidos perivasculares de brazo y cuello derechos. Shunt cardíaco por Comunicación Interauricular.

- Sin alteraciones en ejes II, IV y V.

Para el análisis del diagnóstico diferencial se relacionó el cuadro clínico y las sucesivas exploraciones psicopatológicas, los resultados de las pruebas complementarias (DES – Escala de Experiencias Disociativas (5 puntos), estudio del sueño con polisomnografía sin alteraciones, determinación negativa de tóxicos en orina, angio-TC craneal, RM cerebral, ecocardiografía) y la información de familiares.

Una vez descartado trastorno por nuestra parte y sin poder concluir que se trate de un acto autolesivo, se procede a comunicar el caso al Servicio de Medicina Legal, que inicia el procedimiento de comunicación a organismos judiciales que inician investigación con toma de declaración al paciente y entorno.

Conclusión:

Se trata de un caso que muestra la complejidad a la que en ocasiones nos enfrentamos los profesionales de Salud Mental, especialmente en casos de supuesta conducta suicida con importantes consecuencias clínicas y legales, lo que debe servir para no olvidar la importancia de un estudio exhaustivo de cada caso particular y contar con todos los recursos como acudir al servicio de Medicina Legal si es necesario.

[PO-1071] Catatonía de origen orgánico en una paciente con Síndrome de Turner.

Jesús García Jiménez, Marisol Álvarez Fernández, María del Carmen Ruiz González, Lucía López Grasa y Luis Gutiérrez Rojas

Mostrar Póster**1. Introducción y descripción:**

Mujer de 45 años, soltera y sin hijos, sin antecedentes familiares psiquiátricos. Diagnosticada de Síndrome de Turner (45X0). Desarrollo psicoevolutivo adecuado hasta debut sintomático a los 16 años en forma de cuadros ansiosodepresivos recurrentes que se prolongaron durante tres años. Después, evidente ruptura biográfica, deterioro funcional, aparición de clínica delirante de perjuicio y alucinaciones auditivas y visuales. Estable durante años con risperidona 2mg, al cumplir los 30 se describen síntomas compatibles con deterioro cognitivo no progresivo que se acompaña de reaparición de la clínica psiquiátrica e ingreso en Unidad de Larga Estancia.

2. Exploración y pruebas complementarias:

Exploración psicopatológica actual: mutismo casi completo, respuestas monosilábicas o estereotipadas sólo cuando se le pregunta. Alterna en el mismo día períodos de marcada inquietud psicomotriz con otros de hipocinesia y actitud estuporosa. Funciones cronobiológicas respetadas. Sin clínica psicótica en primer plano. Precisa supervisión para las ABVD.

Pruebas complementarias:

- RMI: Atrofia frontal y temporal.
- EEG: Normal.
- Analítica sanguínea: Aumento de GGT y FA, asintomática.
- Neurología y Reumatología: Descartan patología.
- Ac-antiNMDA y antiAMPA: Pendientes.

3. Diagnóstico diferencial y tratamiento:

- F06.1 Trastorno catatónico orgánico.
- F06.33 Trastorno del humor (afectivo) mixto orgánico.
- F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.
- F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.
- F31.8 Otros trastornos bipolares (cicladora rápida).

Tratamiento/día:

- Quetiapina 500 mg.
- Pregabalina 300 mg.
- Litio 800 mg.
- Donepezilo 10 mg.

4. Evolución y comentarios finales:

En el S. de Turner se describen lesiones atróficas cerebrales a edades tempranas.¹ Actualmente, ningún trastorno psiquiátrico se ha relacionado específicamente con este síndrome, pero hay descrita una incidencia mayor de patología autoinmune, esquizofrenia y trastorno bipolar comparada con población sana. Recientemente se han descrito las encefalitis autoinmunes positivas a anticuerpos contra los receptores del glutamato (anti-NMDA y anti-AMPA), cuya presentación se caracteriza por una combinación de síntomas cognitivos y psiquiátricos de evolución tórpida que responden parcialmente a los tratamientos farmacológicos actuales.²

Bibliografía:

1. Zhao Q, Zhang Z, Xie S, Pan H, Zhang J, Gong G, et al. Cognitive impairment and gray/white matter volume abnormalities in pediatric patients with Turner syndrome presenting with various karyotypes. *Journal of pediatric endocrinology & metabolism* : JPEM. 2013;26(11-12):1111-21.
2. Quaranta G, Maremmani AG, Perugi G. Anti-AMPA-Receptor Encephalitis Presenting as a Rapid-Cycling Bipolar Disorder in a Young Woman with Turner Syndrome. *Case reports in psychiatry*. 2015;2015:273192.

[PO-1072] Importancia de la Protección del Menor en Situación de Dificultad Social

Marina Sevilla Fernández, Ana M^o Jiménez Bidón, Gonzalo Rodríguez Menéndez

Mostrar Póster

Adolescente de 16 años que ingresa en una Residencia de Adaptación Psicosocial hace 20 meses por conductas disruptivas, situaciones de riesgo, consumo de tóxicos y dificultad familiar para asegurar la atención, cuidado y establecimiento de normas.

Estructura Familiar: Familia monoparental. Hijo único. El padre desaparece del hogar a los 15 meses del chico, rompiendo la relación por completo y encontrándose en la actualidad en paradero desconocido. Escasos recursos económicos. Estudios hasta 2^o ESO. Actualmente no realiza ninguna actividad formativa.

Antecedentes Personales:

-NAMC ni antecedentes orgánicos.

-Retraso madurativo. A los 7 años se le diagnostica de TDAH tipo combinado, en tratamiento con diversos estimulantes, no presentando respuesta satisfactoria y descartándose el diagnóstico.

-Diversos episodios en urgencias psiquiátricas por heteroagresividad y gestos autolesivos. Tres ingresos en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de referencia.

-En tratamiento con risperidona y clorazepato dipotásico, que abandona en el domicilio.

-Historia toxicológica: Tabaco desde los 13 años, cannabis diario desde los 14 años y alcohol social. Consumo de cocaína puntual. Niega otras sustancias.

Antecedentes Familiares:

-Abuela y tía materna: Trastorno Ansioso-Depresivo.

-Padre: Toxicomanía

Evolución en la Residencia: a su llegada a la Residencia presento una actitud distante, defensiva y desconfiada. Con un contacto algo atípico, esquivando la mirada y tenso. Con respuestas evasivas en relación a su situación previa o motivos de su ingreso. Se evidencio un estado anímico coherente con su situación vital y adaptativo al momento del ingreso. Durante su estancia se ha llevado un trabajo multidisciplinar con intervenciones de médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, pedagogos, profesores y educadores, adaptando diferentes objetivos (sanitarios, sociales, formativos, educativos, psicológicos...) según la fase evolutiva del proceso. Así gracias al trabajo en equipo y a la estructura y medidas de contención de la Residencia se ha podido realizar un control de su salud física. Se ha podido trabajar y elaborar las situaciones traumáticas y estresores vividas. Se le ha incorporado a un plan de estudio. Se han realizado entrevistas familiares mejorando las relaciones. Se le ha ayudado aceptar normas y límites a través de un sistema conductual. Se ha asegurado la toma de tratamiento psicofarmacológico y abstinencia a tóxicos.

Juicio clínico

EJE I. F43.2 Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento. F94.1 Trastorno de la vinculación de la infancia reactivo. F10.20 Abuso de alcohol, actualmente en abstinencia. F12.20 Abuso de cannabinoides, actualmente en abstinencia. F14.20 Abuso de cocaína, episódica, actualmente en abstinencia

EJE IV. Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez (Z61). Problemas relacionados con la supervisión o el control inadecuado de los padres (Z62.0). Problemas relacionados con la ausencia de un miembro de la familia (Z63.3)

EJE V. GAF = 55

Tratamiento Psicofarmacológico actual:

-Fluoxetina 20mg 1 – 0 – 0

-Risperidona 3mg 1/2 – 0 – ½

-Clorazepato dipotasico 5mg 1 – 0 – 1

[PO-1073] Predisposición hereditaria al suicidio medido con Test de Rorschach

Pablo Gotor Diaz

Mostrar Póster

Hipotesis:

La predisposición al suicidio es un componente heredable (genético) en pacientes bipolares con antecedentes familiares de suicidio detectable en Test de RORSCHACH

Para identificar en los Protocolos dicho Factor riesgo y apoyar su fiabilidad

-debe aparecer solamente en pacientes con antecedentes familiares suicidas (AFS)

-como tendría carácter de "rasgo" debe encontrarse tanto en Depresión, como Manía o Eutimia

-El síndrome suicida del Test (PORTUONDO) destaca principalmente respuestas Claroscuro (Hd) que deberán encontrarse en los protocolos, garantizando así la Validez del referido factor

Material y método

Muestra de 25 pacientes Bipolares:

A) con Suicidas en familia: Bipolares I = 11 Bipolares II = 4

B) sin A. Suicidas Bipolares I = 6 Bipolares II = 4

Aunque todos pueden tener A. familiares de T. Afectivos (91%). Se recogieron Protocolos Rorschach en Manías: 3 (2 Grupo A – 1 Grupo B) Eutimias: 5 (2 Grupo A -3 Grupo B) Depresiones: 17 (11 Grupo A- 6 Grupo B) De los 25, refirieron ideación suicida 9 (grupo A: 6– grupo B: 3) INTENTOS 2 (grupo A:1- grupo B: 1) consumados 2 (uno dudoso) solo en grupo A

Resultados:

1) La combinación CLAROSCURO (Hd) con MOVIMIENTO (M) (R. poco frecuente en Depresiones) se detecta solo en el grupo con AFS en un 66.5 %

2) Si se añaden respuestas Dd por encima del 11% (4 casos) y shock al gris se refuerza dicho perfil (Hd-M-Dd-Shock al gris)

3) El grupo Hd-M acumula más casos de Ideación autolítica (50% del total) de Intentos (uno de dos) y dos Consumados (solamente aquí)

4) Este resultado es independiente del Curso (aparece tanto B. I como B. II) y de la gravedad (se da en todas situaciones clínicas)

5) Los factores genéticos priman sobre los psicológicos (ambientales) en Bipolares I. No existe tal correlación en los Hd-M positivos (suicidalidad)

6) Paradójicamente (en estudio sobre suicidio) DZW (espacios en blanco) por debajo de la media (oposición, testarudez aun contra sí mismo si se une introversión) y ausencia total de Color (impulsividad) confirman al suicidio del adulto distinto del adolescente

7) Patente disminución de R. Globales (G) a expensas de R Detalle (D)-Sucesión invertida- en nuestros protocolos deprimidos.

Comentario:

Las respuestas G señalan preferencia por las Partes en lugar del Todo

Las Hd sugieren ansiedad evitativa y cultación.

Y las M indican una actividad psíquica más rica y activa del mundo interno que externo (¿el mismo presuicida?)

Todo ello apunta hacia una interpretación fóbica del Test

Conclusiones:

En los protocolos Rorschach de Bipolares con A. Familiares Suicidas la presencia de una combinación claroscuro y movimiento representaría una predisposición suicida con carácter de "rasgo" transmisible genéticamente. El aspecto fóbico de los resultados del T. R. en los pacientes Bipolares con Antecedentes Familiares Suicidas sugiere una dinámica contrafóbica en algunos suicidios.

[PO-1074] Disforia de Género y conducta suicida. A propósito de un caso.

Teresa Jimeno Beltrán, Paola Michell Barahona Aceituno , Sandra García Antich, Patricia Enriquez Moreno.

Mostrar Póster**Introducción**

Entre los adolescentes con disforia de género se encuentran comúnmente asociados a acoso escolar (47%), bajo ánimo/depresión (42%) y autolesiones (39%); siendo éstas últimas más frecuentes en nacidas mujeres y en nacidos hombres con rasgos del espectro autista. La pubertad en los adolescentes con disforia de género parece ser un estresor importante que puede empeorar las dificultades comentadas.

Descripción del caso

Adolescente de 17 años ingresada en Unidad de Hospitalización IBSMIA por presentar ideación de suicidio. Se recoge historia neurodesarrollo objetivando indicadores compatibles con trastorno del espectro autista que se corroboran con la evaluación durante el ingreso de la menor. Como antecedentes de salud mental personales señalar inicio de seguimiento por psiquiatra por clínica de ansiedad, sin otros antecedentes previos. Refiere situación de ciberacoso y dificultades socialización con posible situación de acoso escolar en la ESO. A nivel familiar, separación parental conflictiva hace unos 3 años, conviviendo principalmente con su padre y con relación conflictiva con su madre. Académicamente buen rendimiento hasta 3º ESO, en la actualidad cursa 2º Bachiller con empeoramiento académico en último año. Acude a urgencias refiriendo que se ha aproximado al balcón de su casa con intención de precipitarse, siendo disuadida por familiar. La paciente presenta múltiples autolesiones en forma de cortes y escoriaciones en tronco y extremidades, sin finalidad suicida. Niega consumo de tóxicos o factores desencadenantes para este cuadro. En entrevistas se muestra cabizbaja, evita contacto visual. Risa insulsa e inapropiada para acontecimientos relatados. Discurso monótono, escaso en palabras, entrecortado. Dificultades en lenguaje expresivo, refiere que no sabe cómo explicarse nunca y pensando en cm hacerlo se bloquea no prestando atención a interlocutor. No conversación recíproca. Se objetiva marcha peculiar. Humor depresivo, apatía, abulia, anhedonia. Deterioro en estudios. Sin círculo de amistades. Manteniendo ideación suicida activa. Disforia de género, en infancia comenzó a plantearse, pero dice que fue reconducido por padres, “ser la princesa que querían”. Hace dos años recibe comentarios en relación a su aspecto de varón en su canal de youtube y es cuando comenzó de nuevo a plantearse, con inicio de clínica afectiva en contexto de inicio de proceso en ámbito familiar y escolar. Se concluye diagnóstico de Depresión y Trastorno del espectro Autista. Se inicia tratamiento psicofarmacológico con Fluoxetina 20mg/día y se realiza intervención psicoterapéutica individual y familiar con progresiva mejoría clínica. Al alta se deriva a Hospital de Día para seguimiento y a consulta especializada de disforia de género.

Discusión

Es necesario que los clínicos estén entrenados para detectar señales de bajo ánimo y depresión así como realizar un screening de ideación suicida y autolesiones en las valoraciones clínicas de adolescentes con disforia de género, dada su vulnerabilidad y la alta prevalencia de estas dificultades. Estudios recientes indican la importancia de crear equipos multidisciplinares para poder atender de una forma más especializada a esta población.

Bibliografía

1. Holt V., Skagerberg E., Dunsford M. Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2016, Vol 21(1) 108-118. Doi: 10.1177/1359104514558431.
2. Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, Article 10. doi:10.1186/1753-2000-6-10

[PO-1075] Experiencias psicóticas en trauma y ansiedad. A propósito de un caso.

Teresa Jimeno Beltrán, Paola Michell Barahona Aceituno, Sandra García Antich, Esther Garreta Canillas

Mostrar Póster**Introducción**

Aproximadamente un 25% de los niños experimenta un evento traumático antes de los 18 años; estos eventos pueden incluir: abuso físico/sexual; violencia doméstica/comunitaria/escolar; y / o la muerte traumática de personas significativas.¹ En un estudio prospectivo de cohortes, Schreier et al en el Reino Unido encontraron que el riesgo de síntomas psicóticos en la adolescencia temprana era dos veces mayor en niños que fueron víctimas de bullying entre 8 y 10 años, con una correlación aún mayor en acoso crónico o severo.² El abuso sexual infantil, especialmente la violación, se asoció con alucinaciones auditivas verbales, mientras que la victimización (abuso físico e intimidación) se asocia con paranoia y alucinaciones auditivas verbales. Las experiencias de separación (colocaciones en hogares de crianza o instituciones) se asociaron con la paranoia.³

Descripción del caso

Adolescente de 16 años en seguimiento en consulta de IBSMIA por ansiedad, que acude a urgencias refiriendo alucinaciones auditivas y visuales de meses de evolución con ideas de suicidio.

Antecedentes de Salud Mental Familiares: Consumo activo de alcohol de su madre. Antecedentes de dependencia alcohólica en varios familiares de vía materna. Tío con antecedentes de autolesiones en la adolescencia.

Biografía: Vive con su madre y hermano de 20 años por parte de madre y sus tíos materno e hijos de éstos. No conoció a su padre, se entera de su fallecimiento hace 2 años. Discusiones constantes en domicilio familiar, con temor a conducta de algunos familiares.

Escolarización: Acoso escolar a los 14 años. Abandono de estudios en 4º ESO hace unos meses. Pendiente de escuela de adultos.

Refiere alucinaciones auditivas en forma de voces conversantes en segunda persona y también alucinaciones auditivas de temática perjudicial con repercusión conductual. Expresa importante ansiedad somato-psíquica secundaria. Hipotimia de varios meses de evolución.

Inicio de problemática en el colegio, la hacían de lado y tenía pocas amistades. Decide dejar los estudios, desde entonces hay un aumento de la sintomatología ansiosa y alucinaciones auditivas y visuales. Días previos a la visita a urgencias, refiere ingesta de varios comprimidos de benzodiazepinas con finalidad autolítica "por que las voces le obligaron".

Ingresa en planta de infantil para descartar un episodio psicótico. En planta no se objetiva sintomatología psicótica, manteniendo una conducta adecuada, discurso coherente, sin alteraciones del pensamiento. En citas con la familia, se detecta consumo de alcohol de la madre, que la paciente ejerce de cuidadora de las primas, nula libertad y disfunción en el domicilio. Expresa negativa a regresar a domicilio. Se descarta sintomatología psicótica primaria, siendo las alteraciones sensorio-perceptivas de origen psicógeno, reactivas a situación compleja. Se inicia tratamiento antidepresivo y se deriva caso a servicios sociales de zona.

Discusión

La presencia de al menos un evento traumático se asocia de manera significativa a niveles más altos de ansiedad y depresión. El trauma puede impactar de diferentes maneras. Existe una fuerte evidencia de un vínculo entre la ansiedad y sintomatología psicótica. Las alucinaciones auditivas se asocian con niveles altos de ansiedad como en el caso presentado.

Bibliografía

1. Dvir Y, Denietolis B, Frazier JA, Childhood Trauma and Psychosis. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am, 2013.
2. Schreier A, Wolke D, Thomas K, et al. Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years. Arch Gen Psychiatry 2009;66(5):527–36.
3. Bentall RP, Wickham S, Shevlin M, et al. Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 The Adult Psychiatric Morbidity Survey. Schizophr Bull 2012;38(4):734–40.
4. Freeman D, Fowler D. Routes to psychotic symptoms: Trauma, anxiety and psychosis-like experiences

[PO-1076] Patología dual, trastorno de la personalidad y suicidio.

España Osuna, Antonio; Valverde Barea, Mercedes; Coca Cruz, Carmen

Mostrar Póster**Introducción**

La incidencia de suicidio en pacientes con patología psiquiátrica es mayor que en la población general. Ello se incrementa cuando se asocia además trastorno de la personalidad y consumo de drogas.

Objetivos

Ejemplificar la dificultad de tratar una intencionalidad suicida en persona que presenta a la vez trastorno psiquiátrico, consumo de drogas y trastorno de la personalidad.

Metodología.

1. Motivo de consulta: Intento autolítico por ingesta de alcohol, fármacos, cocaína y heroína en el contexto de conflictividad interpersonal.

2. Enfermedad actual: Varón de 40 años que refiere dificultades de pareja y problemas en la relación y convivencia con su madre discapacitada. Realizó ingesta :”.....para que me diera un infarto y morirme de esa forma”.

3. Antecedentes personales: Asma, trastorno depresivo y trastorno psicótico por consumo de varias drogas. Antecedente previo de intento autolítico.

4. Antecedentes familiares:

Madre padece trastorno bipolar y discapacidad física tras accidente cerebrovascular. Un hermano gemelo del paciente padece esquizofrenia. Otro hermano padece epilepsia y discapacidad intelectual.

5. Exploración psicopatológica: .Consciente ,atento ,bien orientado en los tres ejes. Rasgos de personalidad dependiente. Disminución de memoria reciente. Hipotimia ansiosa, rumiación obsesiva hipocondría y pensamientos de muerte no estructurados. Tuvo alucinaciones auditivas e ideación de perjuicio que las refiere como fluctuantes y situadas en el pasado. Inapetencia. Insomnio de conciliación.

6. Pruebas complementarias:

6.1. Analíticas de sangre y orina: Elevación de GGT, Triglicéridos, ácido úrico, hierro y bilirrubina . Triage a tóxicos positivo a benzodiazepinas, cannabis, cocaína y heroína.

6.2. Escala de depresión de Hamilton: puntuación de depresión moderada.

7. Diagnóstico.

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o sustancias psicótropas. F19.0 Intoxicación aguda.

F 25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.

F 60.7 Trastorno de la personalidad dependiente.

Z 63 Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, incluídas las circunstancias familiares.

8. Tratamiento: Olanzapina 10mg: 0-0-1, Mirtazapina 45 mg: 0-0-1, Venlafaxina 225 mg: 1-0-0, Clonazepam 2 mg: 1-1-1.

Resultados

El paciente respondió a los fármacos y psicoterapia interpersonal y de pareja. Se normalizaron sueño, apetito y ánimo con negativización de ideación suicida pudiendo reevaluar su situación vital con alternativas adaptativas que incluían actividades físicas y ayuda social.

Conclusiones.

Para evitar el suicidio las intervenciones sociales y psicoterapéuticas suelen ser tan importantes como las farmacológicas ya que tratan de raíz la causa más frecuente de patología afectiva y ayuda al afrontamiento adecuado de factores de riesgo en conducta suicida.

Bibliografía.

1. Khouzam H R et al. “Handbook of emergency psichyaty”. Mosby Elsevier. 2007.
2. Borges G, Walters EE, Kessler Rc. “Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. Am J Epidemiol. 2000; 151 (8): 781-789.
3. Wilcox Hc, Conner KR, Caine ED. “Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies”. Drug Alcohol Depend. 2004; 76 (Suppl) : S11-9.

[PO-1077] Intencionalidad suicida en la tercera edad.

España Osuna, Antonio; Valverde Barea, Mercedes; Coca Cruz, Carmen

Mostrar Póster**Introducción**

La incidencia de suicidio consumado y la letalidad de las tentativas aumenta con la edad de la persona. Por ello, la tercera edad es un grupo etario diana para intervenciones de prevención, tratamiento y postvención. La complejidad de la conducta de ayuda es mayor cuando elementos de libertad personal y el natural declive de la vida son los elementos predominantes.

Objetivos

Ejemplificar la dificultad de tratar una intencionalidad suicida en persona mayor con negativismo activo y persistencia en el mantenimiento de las motivaciones del ámbito de la libertad personal.

Metodología.

1. Motivo de consulta: Agitación psicomotriz y alteraciones de conducta con intencionalidad suicida: se golpea, se arroja al suelo originándose lesiones y ha dejado de comer y beber.

2. Enfermedad actual: mujer de 81 años que tras dos semanas de ingreso en Neumología presenta disminución de la autonomía personal, decaimiento, inapetencia y actitud proactiva de lesionarse con semimutismo, negativa a hidratarse y alimentarse. Refiere “no aceptar el envejecimiento y el perder el manejarme por mí misma”.

3. Antecedentes personales: Hipertensión arterial, prótesis valvular aórtica, incontinencia urinaria . Gripe A y neumonía. Trastorno mixto ansioso-depresivo . No toma tóxicos ni ha manifestado conductas autolesivas con anterioridad.

4. Antecedentes familiares: Madre suicidio por precipitación. Hija padece depresión. Una nieta con trastorno bipolar.

5. Exploración psicopatológica: Movilidad disminuída (en silla de ruedas). Cierra los ojos , desvía cabeza al hablar y colabora poco. Discurso con rasgos culturales respecto a roles de género así como enfado instrumental respecto a entorno social y familiar. Ánimo disfórico con predominio de sentimientos de rabia. Integridad exploratoria de cognición, sensopercepción y pensamiento. Insomnio mixto. Negativa a ingesta e hidratación.

6. Pruebas complementarias:

6.1. Analíticas de sangre y orina: Anemia e hiponatremia leves. Urea y creatinina elevadas.

6.2. Minimental test y Test de Yesavage: normales.

7. Diagnóstico.

F41.2 Trastorno mixto ansioso- depresivo.

F 60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación.

Z 64 Otros problemas relacionados con las circunstancias sociales.

8. Tratamiento: Mirtazapina 15 mg:0-0-1, Sertralina 50 mg: 1-0-0,Lorazepám 1 mg: 0-0-1. Medicación y oxigenoterapia para insuficiencia respiratoria.

Resultados

Buena respuesta al tratamiento y a la psicoterapia interpersonal . Se normalizaron sueño, apetito y ánimo con negativización de ideación suicida pudiendo reevaluar su situación vital con alternativas adaptativas.

Conclusiones.

Las intervenciones farmacológicas ,terapéuticas y sociales en el caso de la intencionalidad autolítica en tercera edad deben de tener en cuenta factores de desarrollo biográfico, éticos y espirituales, lo que complica, pero también, enriquece la necesaria intervención del psiquiatra.

Bibliografía.

1. Khouzam H R et al. “Handbook of emergency psichyaty”. Mosby Elsevier. 2007.

2. Anseán, Andoni. “Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida”. Fundación Salud Mental España. 2014.

3. Conwelln Y et al. “Suicide in older adults”. J Psych. 2012; 19(4).

[PO-1078] Conductas autolesivas: ¿trastorno de la personalidad o lesión cerebral?

María Pilar Rivera Moya, Alejandro Fernández Alonso

Mostrar Póster

Se trata de una mujer de 30 años que acude en múltiples ocasiones al servicio de urgencias por autolesiones y sobreingestas medicamentosas.

En tratamiento con: sertralina 150mg, zebinix 800mg, quetiapina prolong 150mg, rivotril 1,5mg y adiro 300mg. Niega hábitos tóxicos. Refiere que su tío consume cocaína y su hermano cannabis. Prima con posible diagnóstico de TLP.

La mayor de 5 hermanos. Vive con sus padres. Inició la carrera de Medicina, estudios de filología hispánica y arte dramático, no terminó. Licenciada en filosofía. Acudió al conservatorio de música desde los 5 años (toca el piano, trompeta, violín y guitarra). Nunca ha trabajado aunque ha impartido clases particulares de música. Tuvo una relación de dos meses con un amigo de su prima. No círculo social ni amigos.

Primer contacto con psiquiatría con 14 años, ingreso a los 15 por anorexia nerviosa.

A los 22 años sufrió un ictus hemisférico izquierdo paradójico por un formán oval permeable, intervenido posteriormente por cateterismo arterial. Secuelas a nivel foniátrico y motor que recupera tras un año de rehabilitación.

La RM cerebral objetiva una lesión que persiste en la de control: lesión residual en sustancia blanca frontal izquierda.

Un ingreso en psiquiatría a los 28 años, diagnóstico de TLP. Posteriormente múltiples visitas a urgencias. Mantiene seguimiento en el centro de salud mental y acude durante un año al hospital de día para pacientes con trastornos de la personalidad.

Cuadro psicopatológico:

Presenta problemas para interpretar la mente en situaciones sociales, actitudes y sentimientos ajenos. Inadecuación social con dificultades en el contacto y la intensidad de las interacciones. Se considera una persona más capaz e inteligente, externaliza los fracasos. Presenta ánimo bajo crónico, sentimientos de vacío, desesperanza e insatisfacción vital. Baja tolerancia a la frustración e impulsividad. Autogestiones en forma de cortes e ideas pasivas de muerte de larga evolución, se agudizan en momentos de mayor angustia.

Estudio neuropsicológico:

No tiene sensación subjetiva de déficit cognitivo, manifiesta que lo puede hacer muy bien y le molesta cometer errores. Presenta problemas en atención alterna y dividida. Curva de aprendizaje creciente pero limitada, no utiliza estrategias, no se beneficia de claves y pierde información a corto y largo plazo. Dificultades en memoria y funciones ejecutivas. Problemas en la organización de la información a la hora de codificarla. Dificultades en la planificación, organización y toma de decisiones por no tener en cuenta las consecuencias de su conducta. Problemas de auto supervisión. Problemas para interpretar las señales sociales.

Juicio diagnóstico:

Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

Factores somáticos (secuelas de ictus) asociados a los trastornos del comportamiento.

Correlación entre clínica y RMN:

Las lesiones en la corteza prefrontal pueden provocar:

- Impulsividad.
- Falta de anticipación ante las consecuencias de sus actos.
- Alteraciones en la planificación, juicio y toma de decisiones.
- Tendencia a tener una visión optimista de si mismos.
- Afectación del comportamiento social y emocional.
- Reacciones emocionales inapropiadas.
- Falta de empatía.
- Problemas en la selección de respuestas al comparar con experiencias previas.
- Alteración de la capacidad de autoevaluación.
- Dificultad en la atención dividida.

[PO-1079] Eficacia y tolerabilidad de guanfacina de liberación prolongada en el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): A propósito de un caso

María García Moreno, Ana de Cós Milas, Miguel Vizcaíno da Silva, Laura Beatobe Carreño, M^a Belén Poza Cano

Mostrar Póster**Introducción**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una afección del neurodesarrollo que se inicia durante la infancia pero que con frecuencia persiste en la edad adulta asociado a una merma en la funcionalidad del individuo afecto de este cuadro clínico. En la actualidad existen varios tratamientos farmacológicos disponibles para tratar este trastorno. La guanfacina, agonista adrenérgico alfa_{2A} selectivo, está indicada en el tratamiento del TDAH en pacientes entre 6 y 17 años cuando los psicoestimulantes o atomoxetina no son adecuados, no se toleran o son ineficaces. Ha demostrado mejorar la atención e impulsividad en el TDAH en un grado similar a los otros medicamentos aprobados para esta patología por lo que puede considerarse una alternativa adecuada a los mismos, siempre en el contexto de un abordaje integral que incluya medidas psicológicas, educativas y sociales.

Objetivos

Actualizar nuestro conocimiento sobre el tratamiento farmacológico del TDAH y presentar nuestra experiencia clínica con la administración de guanfacina de liberación prolongada en el tratamiento de un paciente adulto con TDAH con antecedentes de mala respuesta y tolerabilidad previas a otros medicamentos como derivados anfetamínicos en sus diferentes modalidades, atomoxetina y neurolépticos.

Métodos

Realizamos una revisión sistemática de la literatura sobre el tratamiento farmacológico del TDAH, especialmente con respecto a la guanfacina de liberación prolongada. Seleccionamos a un paciente diagnosticado de TDAH y episodio depresivo en seguimiento ambulatorio en nuestro Servicio de Salud Mental.

Resultados

Se trata de un varón de 20 años con diagnóstico de TDAH desde la adolescencia y episodio depresivo comórbido de 8 meses de evolución. Recibió durante casi 5 años diferentes medicamentos para tratar los síntomas resultantes del TDAH (déficit de atención, impulsividad y comportamiento disruptivo entre otros) como metilfenidato, atomoxetina, lisdexanfetamina, risperidona y paliperidona con escasa respuesta y efectos adversos (irritabilidad, insomnio y pérdida de peso). Los síntomas depresivos se trataron con citalopram y mirtazapina, con respuesta inicial parcial. Se introdujo un cambio en el tratamiento añadiendo guanfacina de liberación prolongada en pauta ascendente hasta 3 mg DMD, con mejoría significativa de los síntomas del TDAH (fundamentalmente en impulsividad) y sin efectos secundarios relevantes asociados; la clínica depresiva también mejoró.

Conclusiones

Nuestra experiencia clínica confirma la evidencia que arroja la literatura en cuanto a la eficacia y tolerabilidad de la guanfacina de liberación prolongada en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de TDAH, extrapolando la misma a un paciente en edad adulta. Serían necesarios más estudios en población adulta que confirmen la pertinencia del uso de guanfacina en individuos mayores de 17 años, de cara a que individuos en ese rango de edad puedan beneficiarse del uso de este fármaco en base a una adecuada respuesta y perfil favorable de efectos adversos.

[PO-1080] Conducta suicida en ancianos

Ana Isabel García Peña, Herena Díaz Díaz, M^a Ángeles Chacón Gamero, Pilar Ortega Orihuela, Ana Luisa Pérez Morenilla, Clara Caballero de las Olivas Díaz

Mostrar Póster

Mujer de 80 años, ingresa en Unidad Salud Mental tras realizar ingesta voluntaria de cáusticos. Entre sus antecedentes somáticos: es hipertensa, sufre de estenosis aórtica, hernia de hiato y dolor crónico por acuñaamiento vertebral. Antecedentes psiquiátricos: seguimiento por su médico por síntomas afectivos, en tratamiento con varios antidepresivos y respuesta parcial a todos ellos. Refiere ánimo depresivo de meses de evolución, aludiendo, como precipitantes, a una serie de pérdidas progresivas: autonomía, capacidades, relaciones familiares; así como a la posibilidad real de incorporación inminente en un centro residencial. En este contexto, comienza con verbalizaciones de muerte dirigidas a la familia, realizando finalmente ingesta de sosa cáustica que precisó ingreso prolongado en el Servicio de Digestivo.

Exploración psicopatológica: consciente y orientada en las tres esferas. Alteración discreta de la memoria a corto plazo e hipoprosexia. Hipotimia, disforia y sentimientos de frustración. Ideación de muerte recurrente y estructurada, realizando el gesto autolítico con finalidad suicida, habiendo también elementos movilizados del entorno, moderada previsión de rescate y cierta planificación. Insomnio de conciliación.

Evolución y tratamiento: se realiza reajuste de tratamiento antidepresivo, con adición de pregabalina y quetiapina. La evolución es favorable tanto a nivel anímico, como en la elaboración del gesto, empezando a verbalizar los sentimientos de incapacidad y frustración derivados de su situación actual, marcada por la etapa vital en la que se encuentra y la imposibilidad de recibir los cuidados que precisa por parte de su familia, lo cual determina sentimientos ambivalentes hacia la misma.

Así mismo, se infiere cierta desinhibición y autorreferencialidad, no estructurada, por lo que al alta se remite para estudio por parte de Neurología (descartar inicio de deterioro cognitivo).

Discusión

El suicidio entre los ancianos constituye una significativa causa de muerte, siendo la parcela social en la cual alcanza con más frecuencia la consumación. En ello intervienen factores psicológicos, físicos y sociales, si bien la evidencia sugiere que sus efectos suelen estar mediados por factores mentales, principalmente por la depresión (diagnóstico más común). Los factores médicos adquieren especial relevancia dada la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, dolorosas, hospitalizaciones periódicas y enfermedades prodepresivas (demencia, enfermedad de parkinson). Es difícil detectar depresión mayor en pacientes con demencia, esto puede deberse a la pérdida de facultades para la expresión de la afectividad del paciente, la confusión por similitud de síntomas afectivos con cognitivos, o a la propia presentación, con frecuencia larvada, de la depresión en estos enfermos. En el ámbito familiar, destacan las mayores tasas de pérdidas del cónyuge (mayor vulnerabilidad del sexo masculino), la soledad y el sentimiento de ser una carga para su familia. Se pronostica que para 2030 se duplicarán, en números absolutos, las muertes por suicidio en la vejez, por lo que se hace necesario profundizar en el conocimiento de estos factores de riesgo, para mejorar la prevención, y en las especiales características de presentación de la conducta en este grupo; igualmente importante desterrar el mito de asumir el suicidio en el anciano como algo existencialmente justificado y atribuirlo a consecuencias lógicas.

[PO-1081] Riesgo suicida en contexto psicótico

Clara Caballero de las Olivas Díaz, Ana Luisa Pérez Morenilla, Pilar Ortega Orihuela, Herena Díaz Díaz, María Ángeles Chacón Gamero, Ana Isabel García Peña.

Mostrar Póster

Paciente de 42 años que es traído al servicio de urgencias por intento autolítico con arma blanca, necesitando en primera instancia valoración e intervención exploratoria y reparación de la pared abdominal por parte del Servicio de Cirugía. Procediéndose posteriormente al traslado del paciente, una vez estabilizado, a nuestra Unidad Hospitalaria de Salud Mental.

Se trata de un varón, sin antecedentes somáticos a destacar, ni consumo de tóxicos o alcohol, en seguimiento por Salud Mental desde los 18 años de forma intermitente. En primera instancia diagnosticado de Trastorno por Ansiedad Fóbico y Trastorno de Personalidad Mixto, contando con rasgos obsesivos y evitativos. Psicobiográficamente soltero, hijo de padres separados. Con antecedentes familiares de Trastorno Mental Grave en tío paterno y Consumo perjudicial de tóxicos en su padre, falleciendo este dos años atrás por sobredosis. Mayor de dos hermanos, manteniendo escasa relación con su hermana que vive independizada y con familia propia. Convive con su madre que es su principal apoyo. Estudios secundarios finalizados, iniciando estudios Universitarios en Ingeniería Informática, que no finaliza, abandonando en el último año de la licenciatura por agudización de sus síntomas ansiosos con aparición de ideación delirante de características autorreferenciales, disminuyendo notablemente sus relaciones sociales aunque con escasa repercusión conductual inicialmente. Mantiene buen desempeño laboral, trabajando en diferentes empleos, viajando hasta Alemania para trabajar como parte Logística de una empresa. Es allí donde sufre un empeoramiento de su cuadro con aparición de nuevas ideas delirantes de perjuicios y persecución, teniendo la firme convicción de que es controlado por lo que describe como “unos satélites” que controlan su cuerpo causando diversas enfermedades físicas en él, interpretando que todo lo padecido hasta entonces está motivado por esto, apareciendo además alteraciones sensorio-perceptivas auditivas. Es trasladado desde Alemania, siendo ingresado por primera vez en la Unidad de Hospitalaria de Salud Mental de nuestro hospital, tras cuadro de agitación en su domicilio. Durante la hospitalización se inicia tratamiento antipsicótico, siendo dado de alta una vez estabilizado, con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide y control especializado ambulatorio.

Tras este episodio, permanece estable durante un corto periodo de tiempo, puesto que abandona el tratamiento antipsicótico al no creer necesitarlo, volviendo a ser ingresado, en esta ocasión, por el intento autolítico citado. Al entrevistarnos con el paciente, tras la cirugía, explica haber intentado acabar con su vida porque “sentía que estaba siendo controlado y que querían hacerme daño”, prefiriendo ser el mismo el que “acabara con todo” profiriéndose una puñalada en el abdomen.

A la exploración psicopatológica; consciente, orientado en las tres esferas y medianamente colaborador, con contacto ocular esquivo, manteniéndose suspicaz. Se observa un aplanamiento afectivo importante además de angustia psicótica. Su discurso es lineal y coherente, discretamente enlentecido. A nivel del contenido del pensamiento ideas delirantes de perjuicio y vivencias de control. Marcada autorreferencialidad. Se infieren alucinaciones auditivas que niega. Juicio de la realidad distorsionado con capacidades volitivas mermadas.

Juicio clínico: Intento autolítico de alta letalidad en paciente diagnosticado de Esquizofrenia paranoide.

[PO-1084] “Si los diálogos no son como ellos quieren...me meten sonidos, me gritan, me insultan”

Marina Sevilla Fernandez, Ana M^o Jiménez Bidón

Mostrar Póster

Varón de 46 años en seguimiento por Salud Mental desde 2006 con orientación diagnóstica de Trastorno de Ideas Delirantes.

No antecedentes somáticos de interés. No alergias medicamentosas conocidas.

Antecedentes en Salud Mental:

- Ingreso hospitalario en UHSM en 2006
- Seguimiento en ámbito privado hasta el año 2014
- En Mayo de 2014 comienza seguimiento y tratamiento en USMC

Antecedentes de consumo de THC, actualmente abstinente.

En abril de 2014 acude a USMC familiar del paciente refiriendo que éste se encuentra en situación de abandono de tratamiento desde hace años, con consumo continuado de THC, abandono de autocuidados, conductas bizarras que estaban generando alerta en el entorno vecinal, marcada irritabilidad, conductas inadecuadas y discurso autorreferencial y de perjuicio en relación a sus hermanas a las que el paciente acusa y culpa de su situación actual.

Ante esta situación se le facilita una cita al paciente para que sea valorado en USMC, pero no acude y es necesario proceder a ingreso involuntario, ante la situación psicopatológica del paciente.

Permanece ingresado dos semanas en UHSM, con buen contacto desde el inicio de la hospitalización y cumpliendo de forma correcta las normas de la unidad. No se aprecian alteraciones de conducta, aunque si existen ideas delirantes de contenido paranoide. Se le concedieron permisos terapéuticos acompañado de familiares que transcurrieron sin incidencias y se objetivó mejoría de nivel anímico, disminución de la angustia y autocrítica de comportamientos previos.

Tras el alta de la UHSM, acude a USMC detectándose ideas autorreferenciales y de perjuicio, fenómenos de control del pensamiento, pseudoalucinaciones auditivas imperativas y amenazantes con importante repercusión a nivel conductual y afectivo “Si los diálogos no son como ellos quieren,...me meten sonidos, me gritan,me insultan”, alteraciones de conducta y ocasionales episodios de agresividad verbal motivados por la angustia vivenciada ante los fenómenos alucinatorios, disforia y minimización de sintomatología con nula conciencia de enfermedad.

Tras varias consultas de revisión en USMC y distintos reajustes farmacológicos, se consigue estabilización psicopatológica del paciente, desapareciendo la sintomatología delirante-alucinatoria con tratamiento antipsicótico típico IM quincenal. Se objetiva predominio de sintomatología negativa con cierto embotamiento afectivo, aumento de la latencia de respuesta, bloqueos del pensamiento, enlentecimiento psicomotor y escasez de actividades lúdicas y sociales.

Ante esta sintomatología de predominio negativo, se propone cambio de tratamiento a Aripiprazol mensual 400mg IM.

Actualmente, tras más de un año con dicho tratamiento, se mantiene estabilidad clínica con importante mejoría a nivel cognitivo, con mayor resonancia afectiva y menor enlentecimiento psicomotor.

[PO-1085] Ingesta oral de Paliperidona intramuscular con fines autolíticos

Elena Maria Leonés Gil, Elena Delgado Rastrollo, Gwendolina Andrés Pereira, Paloma Juncosa Montes, María García Navarro, Borja Vázquez Antolínez, Charlotte Lecharlier, Juana Portillo Abellán, Aurora Valero Martínez

Mostrar Póster

Paciente de 41 años, soltera. En seguimiento regular en Equipo de Salud Mental desde el año 2006. Dos ingresos en Unidad de Hospitalización Breve, diagnosticada al alta de episodio psicótico (posible esquizofrenia paranoide). Acude acompañada de su hermana para valoración psiquiátrica tras ingesta medicamentosa voluntaria.

La paciente refiere que en el día de ayer ingirió 1 ampolla de 150mg de palmitato de paliperidona (solución im depot) con fines autolíticos, tras episodio de rumiaciones en relación a su situación vital. Refiere que desde hace dos o tres semanas se encuentra peor de estado de ánimo, con más pensamientos negativos aunque niega factor desencadenante claro. Su hermana comenta que estaba muy ilusionada con un proyecto que no ha salido como esperaba. Niega planificación previa, niega persistencia de ideación autolítica en el momento de la entrevista y realiza crítica del episodio manteniendo planes de futuro adecuados.

Dado que no contamos con casos de ingestas medicamentosas con dicho fármaco, se decide avisar a toxicología y pasar a la paciente a la zona de observación para monitorización cardiaca, iniciar sueroterapia y realizar las pruebas complementarias adecuadas. Pasa la noche sin incidencias.

Exploración psicopatológica: consciente y orientada a lo y autopsíquicamente. Actitud colaboradora. Aspecto cuidado. Lenguaje con monótono y con tasa disminuida. Pensamiento empobrecido. No ideas autolíticas ni pensamiento de muerte en el momento de la entrevista. No ideas delirantes estructuradas. Niega alteraciones sensorio-perceptivas. Hipotimia, apatía, anhedonia, abulia. Ansiedad moderada de predominio psíquico. Conciencia de enfermedad presente. Juicio de realidad globalmente conservado.

Pruebas complementarias:

1) Analítica:

-Hemograma: Leucocitos:6 (N:86.1,L:10.3,M:3.2) Ery:5.12, Hbg:13.8 ,Ht^o:42.5, Plaquetas:283

-Bioquímica: Glucosa:118, Urea:22, Creatinina:0.7, Na:135, K:3.83

-Coagulación: Act P:84%, TP:12.7, Fibrinogeno:659

2) Gasometría venosa: ph 7.39, Hco3:23

3) ECG: Ritmo sinusal a 100 lpm.Eje a +45°. No alteraciones de la conducción ni de la repolarización

Los suicidios son un grave problema de salud pública a nivel mundial. La relación que existe entre la autoagresión y el suicidio determina que la consulta en el servicio de urgencia de un paciente con ingesta medicamentosa voluntaria se transforme en una oportunidad de intervención en dos planos: toxicológico y psiquiátrico. Pretendemos fomentar la adecuada valoración del riesgo suicida empleando criterios objetivos así como destacar además la actitud del personal de la unidad de emergencia en relación con el intento suicida ya que son factores determinantes en el manejo y seguimiento de los pacientes.

[PO-1086] ¿urgencia psiquiátrica?

Elena María Leonés Gil, Elena Delgado Rastrollo, Gwendolina Andrés Pereira, Paloma Juncosa Montes, María García Navarro, Aurora Valero Martínez, Juana Portillo Abellán, Charlotte Lecharlier, Borja Vázquez Antolínez

Mostrar Póster

A continuación, presentamos el caso de un paciente de 50 años diagnosticado de T. Personalidad Límite y T. consumo de sustancias. Conocido por múltiples atenciones en el servicio de Urgencias y hospitalizaciones en la unidad de agudos de psiquiatría de Cáceres, solicitando en numerosos ingresos el Alta Voluntaria. Antecedentes de consumo de heroína y cocaína, abstinente según refiere en la actualidad. Consumo activo de alcohol, en patrón de abuso (hasta 6 litros de cervezas/día). Niega otros tóxicos. Como antecedentes médicos destacan VIH en tratamiento antiretroviral de forma irregular y VHC (no realiza tratamiento). Acude hasta en tres ocasiones en el último mes al servicio de urgencia por ingesta de cuerpo extraño (cuchilla), no envueltas. No dolor a la palpación. No náuseas ni vómitos. Refiere que no “puede más” y “quiere que se le cure su depresión” por lo que solicita ingreso en la Unidad de Hospitalización Breve. Ante el riesgo elevado de perforación, se explica al paciente el procedimiento a seguir y se avisa al cirujano de guardia para valoración del mismo. En un primer lugar el paciente asegura entenderlo y acepta permanecer en observación hasta nueva valoración pero posteriormente comienza a quitarse las vías y se marcha del servicio de forma voluntaria.

Exploración física: Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Hemodinámicamente estable. Afebril. TA 130/60. No se visualizan heridas inciso-cortantes ni signos de sangrado activo en cavidad oral. Abdomen blando y depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación sin signos de irritación peritoneal.

Pruebas complementarias:

1) Analítica URGENCIAS:

-Hemograma: Hb 14; Hto 41.7%; No leucocitosis ni neutrofilia.

-Coagulación sin alteraciones

-Bioquímica sin alteraciones.

2) Rx Tórax: No imagen de neumoperitoneo.

3) Rx Abdomen: Se visualiza cuerpo extraño radiolúcido a nivel de L2-L3, compatible con cuchilla.

Destacar el riesgo elevado de autolisis en pacientes diagnosticados de T. Límite de personalidad. Dado los rasgos de personalidad principales de estos pacientes (impulsividad e intolerancia a la frustración) se hace complicado el manejo de los mismos en situaciones de riesgo. En numerosas ocasiones, a pesar de entender el procedimiento a seguir los pacientes deciden marcharse del servicio de urgencia poniendo así en riesgo su propia vida. Todo ello se complica aún más si se le suma el consumo de tóxicos como en el caso presentado anteriormente (patología dual). Proponemos un seguimiento más estrecho e intensivo en los casos donde se presente comorbilidades entre distintos diagnósticos psiquiátricos.

[PO-1087] Personalidad y conducta suicida

Ana Isabel García Peña, Herena Díaz Díaz, M^a Ángeles Chacón Gamero, Pilar Ortega Orihuela, Ana Luisa Pérez Morenilla, Clara Caballero de las Olivas Díaz

Mostrar Póster

Se trata de una mujer de 46 años, casada y sin hijos, la mayor de 4 hermanos, abogada en activo. Acude a consulta derivada con carácter urgente por cuadro depresivo. Refiere que, desde hace varios meses, y sin identificar precipitante, comienza con sensación de lentitud en sus pensamientos, dificultad para la concentración y olvidos, más evidentes en el trabajo. Tras rechazar activamente la exploración de los posibles acontecimientos estresores, finalmente refiere con reticencia cierta relación temporal con el fallecimiento de su padre y su sobreimplicación en este. Demanda conocer su diagnóstico y ayuda para retomar sus funciones laborales con normalidad.

Exploración psicopatológica y pruebas complementarias: facies hipomímica. Discurso racionalizador, centrado en los síntomas cognitivos (falta de concentración y fallos mnésicos), minimizando los afectivos. Hipotimia, apatía y anhedonia parcial. Ansiedad contenida. No clínica psicótica ni ideación autolítica. Hiporexia con pérdida ponderal e insomnio de conciliación.

Se realiza minimal test (puntuación 30/30) y exploración neurológica, ambos normales.

Evolución y tratamiento: se pauta tratamiento antidepresivo y ansiolítico y se cita para seguimiento semanal. En sucesivas consultas, aparecen rasgos de personalidad anancásticos, marcada autoexigencia y tendencia al perfeccionismo, sentimientos de culpa y autorreproches sobre la base de unas ideas sobrevaloradas de moralidad y cumplimiento de la norma. Se observa escaso efecto farmacológico, a la vez que empieza a aparecer progresivamente un contacto embotado, bradipsiquia e inhibición del pensamiento.

Acude una mañana de urgencias, tras haber realizado un intento de precipitación (9º piso), encontrándose sola y sin previsión de rescate (fue auxiliada por la policía, a quien advierte el vecindario). Motivada, según cuenta, por una serie de experiencias auditivas (Alucinaciones Vs Ilusiones) despreciativas e interpretaciones delirantes de perjuicio en el contexto laboral: pensaba que sus compañeros la grababan a través del móvil para denunciar su injustificada baja laboral y conseguir su despido. Incapaz de soportar lo que describe como una falta grave hacia su trabajo, convencida de ser merecedora de castigo, y alentada por las voces que confirman su incapacidad, decide pasar al acto. Ahora siente frustración por no haberlo conseguido, puesto que no encuentra otra solución posible.

Discusión

Al evaluar la conducta suicida, analizamos los factores de riesgo y protectores de la misma. Algunos de ellos son objetivables (edad, sexo, intentos previos); otros, más complejos: los pacientes con trastornos mentales y conducta suicida presentan temperamentos y personalidades específicas, distintas de los que no la presentan. Las variables psicológicas que pueden asociarse a estas conductas son: la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas y el perfeccionismo. Varían en función de la edad y hay dos de especial importancia: la desesperanza y la rigidez cognitiva. Existen estudios que muestran que las preocupaciones de perfeccionismo, socialmente visto como autocrítica, la preocupación por los errores y las dudas acerca de las acciones, se correlacionan con la tendencia al suicidio; tal como se refleja en nuestro caso donde rasgos similares a los descritos conforman la base del desarrollo de la psicopatología predominante y el alto riesgo autolítico asociado.

[PO-1088] Psicosis tóxica

Graciano Fernández García, Covadonga Huergo Lora, Sergio Ocio León, Cristina Emeterio Delgado, Manuel Gómez Simón, Mario Javier Hernández González, Omar Muquebil Rodríguez, Aida González Suárez, Jaime López Fernández, Laura Lago Gómez.

Mostrar Póster

Paciente de 18 años, natural de Brasil, lleva aproximadamente 16 años en España. Vive con padres y es el segundo de los cuatro hijos de la pareja. No antecedentes somáticos reseñables. Fumador, consumo frecuente de cannabis, niega otros hábitos tóxicos. No antecedentes de enfermedad mental previa. Abuelo y 2 hermanos maternos padecen esquizofrenia paranoide.

Primer ingreso en unidad de hospitalización en noviembre de 2016 por sintomatología psicótica místico religiosa. Posteriormente, seguimiento irregular en CSM con abandono del tratamiento recomendado. Nueva hospitalización en mayo de 2017 preso de nuevo por sintomatología psicótica místico religiosa cargado de ideación delirante de persecución por el demonio acompañado de alteraciones sensoperceptivas principalmente alucinaciones auditivas. En ambos episodios van ligados al consumo frecuente de cannabis. En cuanto al tratamiento psicofarmacológico, se inició tratamiento inyectable de larga duración con palmitato de paliperidona padeciendo sintomatología extrapiramidal (principalmente temblor y disartria) no siendo tolerado por el paciente por lo que se cambia a tratamiento con aripiprazol inyectable de liberación retardada con buena evolución permitiendo al paciente mantener estabilidad psicopatológica, poder acudir a un centro educativo. Tras la última alta, refiere que sólo fuma tabaco, negando otros hábitos tóxicos

[PO-1089] Intento suicida reactivo

Graciano Fernández García, Covadonga Huergo Lora, Sergio Ocio León, Cristina Emeterio Delgado, Manuel Gómez Simón, Mario Javier Hernández González, Omar Muquebil Rodríguez, Aida González Suárez, Jaime López Fernández, Laura Lago Gómez.

Mostrar Póster

Paciente de 45 años, casada, 2 hijos, vive con su madre viuda, marido e hijos en región urbana. Ama de casa. No hábitos tóxicos. No alergias farmacológicas, intolerancia AAS. No HTA, ni metabolopatías. Taquicardia paroxística supraventricular (Nodal).Hernia de hiato. Síndrome ovario poliquístico. Hernia discal L5-S1 con radiculopatía S1 izda secundaria. Trocanteritis bilateral. IQ: Glaucoma congénito, con enucleación ojo izdo en la última intervención. Cesáreas No antecedentes de enfermedad mental reconocida previamente. La familia refiere intentos suicidas previos (autointoxicación medicamentosa, cortes en muñeca) pero no acudieron a los servicios sanitarios previamente. En el día del ingreso, acudió en la primera ocasión al Servicio de Urgencias por molestias en ojo con visión borrosa. Según el protocolo de guardias del hospital, fue valorado el caso por facultativo de Urgencias y fue citada para valoración al día siguiente por el Servicio de Oftalmología. Al regresar al domicilio y frustrada por no ser vista por el especialista y dentro de un acto impulsivo, intenta precipitarse por la ventana del domicilio (quinto piso) siendo encontrada por su familia en ese momento. Con dificultad la cogen y regresan de nuevamente al Servicio de Urgencias precisando ingreso en nuestra Unidad de hospitalización.

En la exploración psicopatológica, abordable, conciente, orientada en las 3 esferas, discurso coherente, centrado, angustiada, incontinencia afectiva, problemas de sueño, sentimientos de minusvalía de cara al entorno familiar por el problema ocular, tensa, impulsiva, rasgos del grupo b de la personalidad en primer plano, ambivalente con respecto a lo sucedido, apetito conservado, sentimientos de vacío crónico, no se evidencia sintomatología psicótica, persisten ideas de desesperanza.

Al día siguiente, es valorada por el Servicio de Oftalmología no evidenciándose patología reseñable. Durante su estancia, se inicia tratamiento psicofarmacológico basado de 5 mg de olanzapina y 3 mg alprazolam y paulatinamente, tranquila, sin problemas en la esfera anímica, sueño y apetito conservado, rasgos caracteriales del grupo b en primer plano, no se evidencia sintomatología psicótica, no intencionalidad suicida. Al alta, es diagnosticada como trastorno límite de la personalidad a tratamiento psicofarmacológico con 10 mg de olanzapina y 1 mg de alprazolam y es derivada para seguimiento en CSM de referencia.

[PO-1090] Caso Clínico de Patología Dual: TLP, TDAH y Politoxicomanía

Juan Gibert Rahola, María Sancho García-Serrano

Mostrar Póster

Hombre de 41 años, soltero y sin hijos. Cumple los criterios de Trastorno límite de personalidad según el DSM-V: presenta notable reactividad del estado de ánimo, dificultad para controlar episodios de ira intensos, comportamientos suicidas y autolesivos, patrón de relaciones interpersonales inestables, abuso de sustancias, y alteración de la identidad. Tras 2 años de abstinencia, en el mes de Junio inicia de nuevo el consumo de cannabis (6-7 porros al día), y ocasionalmente cocaína, metanfetamina y rebujitos (cocaína y heroína fumada). Es consciente de su problema y en septiembre acude a Salud Mental y al CPD. Le prescriben venlafaxina retard 150m/2 días y pregabalina, 150mg por la mañana y 300mg por la noche. Al no presentar mejoría, acude a nuestro centro donde se inicia tratamiento psicológico con terapia dialéctico-conductual (TDC), en la que se prioriza la eliminación de las conductas autolesivas y suicidas en primer lugar y se destaca el aprendizaje de nuevas habilidades de regulación emocional, autocontrol, y manejo adaptativo de la ansiedad y se complementa con psicoeducación familiar. Se retira la venlafaxina y se añade topiramato para controlar los impulsos iniciando con 25mg 0-0-1.

Se observan rasgos propios de TDAH y reporta que la metanfetamina y la cocaína lo tranquilizan. Se prescribe metilfenidato de liberación prolongada (54mg/día) topiramato 50mg 0-0-1, observándose una mejora de su sintomatología. Al continuar la agresividad/hostilidad, se prescribe quetiapina de acción prolongada siendo la dosis actual de 50mg por la mañana y 100mg por la noche. Se incide en el tratamiento del afrontamiento del estrés, autocontrol, y regulación emocional, así como estrategias de organización, planificación y gestión del tiempo.

Actualmente presenta una marcada disminución de la agresividad, autolesiones, y reducción del consumo de droga (1-2 porros al día y muy ocasionalmente psicoestimulantes).

