



SOCIETAT CATALANA
DE PSIQUIATRIA
I SALUT MENTAL

SITGES, Barcelona
30 i 31 de maig de 2019
Hotel Calipolis

Jornada de Cloenda
Curs 2018-2019



L'Acadèmia
FUNDACIÓ ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS



RECUILL DE COMUNICACIONS



COMUNICACIONS LLIURES

INDEX NEUTRÒFIL/LIMFÒCIT COM A MARCADOR DE RESPOSTA A TEC

INTRODUCCIÓ

Durant els últims anys, l'associació de processos inflamatoris amb trastorns afectius ha despertat un gran interès. Existeixen nombrosos estudis que suggereixen que la inflamació està implicada en la fisiopatologia del trastorn depressiu major (TDM).

L'índex neutròfil/limfocit (INL) és una mesura econòmica i fàcil d'obtenir que té una importància rellevant com a marcador de resposta inflamatòria. S'ha observat que els pacients amb TDM tenen un INL més elevat que els controls sans i que es podria relacionar amb una major gravetat del TDM. Tot i això, no s'ha descrit el paper de INL com a predictor de resposta antidepressiva.

És coneguda l'efectivitat de la terapia electroconvulsiva (TEC) en els episodis depressius, essent el tractament d'elecció en cas de resistència a tractament farmacològic. No obstant un 10-33% dels pacients no responen a la terapia. Els predictors de resposta clínica a TEC han estat poc estudiats i amb resultats contradictoris.

L'objectiu principal d'aquest estudi és avaluar l'existència o no de la relació entre l'INL basal, la gravetat de la depressió i el grau de resposta a TEC en pacients amb episodi molt greu. Un INL elevat prediria una millor resposta a TEC.

Material i Mètode

La mostra es compon de pacients amb un episodi depressiu (ja siguin pacients amb TDM o trastorn bipolar) que han realitzat TEC ingressats a sala d'aguts als anys 2017 i 2018.

Es recullen variables sociodemogràfiques, els dies d'ingrés i la càrrega de medicació.

L'INL es va calcular a partir de l'hemograma basal. L'eficàcia de la TEC es va avaluar mitjançant l'escala de depressió de Hamilton (HDRS) prèvia a l'inici de la terapia i a l'alta (percentatge de canvi de l'HDRS i percentatge de pacients en remissió) i el nombre total de sessions de TEC.

Estadística:

Correlació de Pearson entre INL i HDRS a l'ingrés, i entre INL i les variables d'eficàcia de TEC, amb models de regressió lineal per confirmar la robustesa de les troballes.

T-student per comparar diferència d'INL entre pacients en remissió i no remissió a l'alta.

RESULTATS

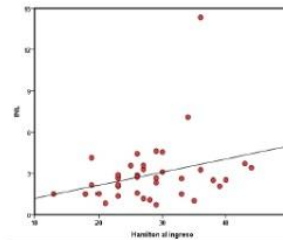
Descripció de la mostra (N=41)

| | |
|-----------------------------|--------------|
| Edat (anys) | 68,15 ± 14,3 |
| Sexe (% dones) | 61 |
| Estat civil (% casats) | 63 |
| Ocupació (% pensionistes) | 71 |
| Dies d'ingrés | 44,7 ± 27,7 |
| HDRS a l'ingrés | 28,11 ± 1,73 |
| HDRS a l'alta | 6,47 ± 3,9 |
| Remissió post-tanda TEC (%) | 58 |

Hemograma

| | |
|--------------------------------|-------------|
| Neutròfils (nombre absolut) | 4,42 ± 1,93 |
| Limfocits (nombre absolut) | 1,77 ± 0,57 |
| Índex neutròfil/limfocit (INL) | 2,89 ± 2,21 |

RESULTATS



Es va observar una correlació marginalment significativa entre l'INL i la gravetat a l'ingrés ($r=0.30, p=0.06$).

El model de regressió, incloent l'edat, el sexe i la càrrega de medicació com a variables independents, mostrava que l'INL era un predictor independent ($\beta=0.34, p=0.02$) de la gravetat a l'ingrés ($R=0.36, F=4.7, p=0.002$).

L'associació es mantenia significativa tot i excloure els outliers de la mostra.

L'INL no correlacionava amb el grau de resposta a TEC ($t=0.22; p=0.82$) ni amb el nombre de sessions TEC rebudes ($R=0.77; p=0.64$).

L'INL no era significativament diferent entre els pacients que van remetre i els que no ($t=1.37; p=0.18$).

CONCLUSIONS

- Els nostres resultats confirmen que els pacients amb depressió simptomàticament més greus presenten una alteració més marcada de l'INL.
- Per contra, l'alteració basal d'aquest índex no va resultar d'utilitat com a predictor de la resposta a la TEC.
- L'INL és un marcador indirecte i inespecífic d'inflamació crònica subclínica que podria jugar un paper en el desenvolupament i expressió de la clínica depressiva, però que no sembla predir la resposta antidepressiva, al menys a la TEC. Tot i això, seria interessant esbrinar si aquest marcador es modifica com a conseqüència del tractament i en proporció al grau de resposta.

Limitacions

El tamany de la mostra és relativament petit. La resposta simptomàtica s'avaluava a l'ingrés i a l'alta, no en el mateix moment temporal per a tots els pacients, tot i que l'INL tampoc es relacionava amb el nombre de sessions TEC rebudes.

Bibliografia

- Järventausta K, Kampann et al. "Changes in interleukin-6 levels during ECT may reflect the therapeutic response in major depression." *Acta Psychiatr Scand*, 2016
- Kruse J et al. "Inflammation and Improvement of Depression following ECT in TRD." *J Clin Psychiatry* 2018; 79(2).
- Krishnadas R, Cavanagh J. "Depression as an inflammatory illness?" *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2012; 83:495-502.
- Black C, Miller BJ. "Meta-Analysis of Cytokines and Chemokines in Suicidality: Distinguishing Suicidal Versus Non-suicidal Patients." *Biological Psychiatry* July 1, 2015; 78:28-37.
- Sunbulat A et al. "Psychiatry Investig. Increased Neutrophil/Lymphocyte Ratio in patients with depression is correlated with the Severity of Depression and Cardiovascular Risk Factors" *Jan 2016; 19(1): 121-126*.
- Gennaro M, Rossetti A. A Review of Neutrophil-Lymphocyte, Monocyte/Lymphocyte, and Platelet-Lymphocyte Ratios Use in Psychiatric Disorders. *World J Depress Anxiety* 2018; 1(1): 1002
- Bernardo M, Gonzalez-Rinto A, Urretavizcaya M. Consenso español sobre la TEC. 2018.
- Lisansky SH. "ECT for depression." *The New England journal of medicine*. 2007; 357(19):1939-1945.
- Sackeim H. The Definition and Meaning of TRD. *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (suppl 16)

DIME TUS ESQUEMAS Y TE DIRÉ TU ESPECIALIDAD

Sara González Simarro, Leonor Patricia Gawron, Elisabet Casellas Pujol, Beatriz Raventós Sapiña, Salomé Miquel Cebolla, Ana Martín Blanco, & Esther Pousa Tomás | Hospital de la Santa Creu i Sant Pau |



INTRODUCCIÓN

- En la literatura científica encontramos diversos estudios que tratan de analizar el **perfil** de personalidad característico de diferentes ámbitos profesionales. El mundo **sanitario** ha despertado gran interés a este respecto contando así con un mayor número de investigaciones [1, 2]. Sin embargo, los resultados obtenidos han sido inconsistentes y no permiten extraer conclusiones firmes.
- En este contexto, adquiere especial relevancia el constructo de **esquemas cognitivos** nucleares pues son aquellos supuestos que subyacen a la identidad y hacen referencia a uno mismo y a las relaciones con los otros [3, 4].
- Más concretamente, los llamados **esquemas tempranos** que propone **Young** resultan particularmente interesantes a este respecto pues sirven como directrices para el procesamiento de experiencias posteriores y determinan en gran medida la personalidad y cómo nos relacionamos con el entorno inmediato [5, 6, 7].

OBJETIVO DEL ESTUDIO

- Definir el **perfil de esquemas prototípico** de los profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito público en Cataluña.
- Explorar la existencia de diferencias en **esquemas** entre diferentes **especialidades médicas**.
- Profundizar en el ámbito de **salud mental**, conocer la distribución de esquemas y si hay diferencias entre **psiquiatría** y **psicología clínica**.

MÉTODO

Diseño

Estudio transversal.

Población de estudio

La muestra se compone de **229** profesionales de **diferentes especialidades sanitarias** que trabajan en el **ámbito público en Cataluña**.

Instrumentos de medida

El instrumento de medida utilizado es el **Cuestionario de Esquemas de Young (YSQ-3)** que consta de 90 ítems puntuados en escala tipo Likert de 6 puntos que miden los **18 esquemas** y los **5 dominios** de esquema.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron con el **programa SPSS**, y se analizaron las **diferencias entre grupos de especialidades sanitarias** (familia, médicas, quirúrgicas y salud mental) mediante la **prueba no paramétrica para muestras independientes Kruskal-Wallis** –así como dentro del grupo de salud mental con la **U de Mann-Whitney**.

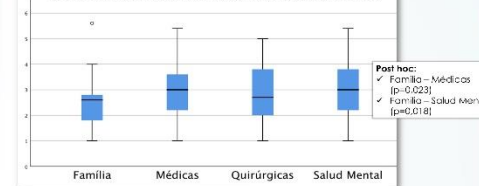
RESULTADOS



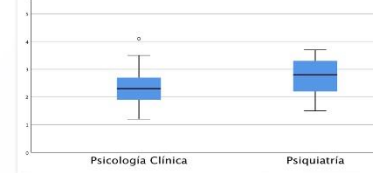
Puntuaciones más elevadas en los profesionales sanitarios:

- Esquema "**Metas inalcanzables**" ($x=3.7$)
- Esquema "**Autosacrificio**" ($x=3.1$)
- Dominio "**Dirigido por las necesidades de los demás**" ($x=2.7$)

Esquema "Admiración/búsqueda de reconocimiento"



Dominio "Límites deficitarios"



CONCLUSIONES

- Se observa un **perfil similar** entre los grupos de **especialidades médicas**, caracterizado principalmente por los esquemas de **metas inalcanzables**, **autosacrificio** y el dominio **dirigido por las necesidades de los demás**.
- No se encuentran diferencias significativas entre especialidades en los dominios pero sí a nivel de **esquemas**, dónde se observan diferencias entre grupos en **admiración/búsqueda de reconocimiento** e **inhibición emocional**.
- En **salud mental** el perfil de esquemas es predominantemente **homogéneo** entre profesionales, a excepción del dominio de **límites deficitarios**.
- Futuras** líneas de investigación podrían incluir el análisis comparativo con otras **profesiones no sanitarias**.

REFERENCIAS

- Ruiz Zavala, J.H., Enríquez Sandoval, M.L., Gómez Sánchez, E.A., & León Hernández, S.R. (2016). Relación entre rasgos y tipos de personalidad con la especialidad médica elegida por un grupo de médicos residentes. *Investigación en Educación Médica*, 5(20), 238-243.
- Aniores, E., Esqueda, M., Agustín, A.M., Kiskerni, A., Prat, J., Viñas, & J., Pifarré, J. (2019). ¿Han llegado los *millennials* a la Facultad de Medicina? Perfil de personalidad de estudiantes de Medicina 1999-2014. *Educación Médica*. [In press].
- Rodríguez Vilchez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Avances en Psicología Iberoamericana*, 17(1), 59-74.
- Young, J.E., Skosko, J.S., & Welshaar, M.E. (2013). *Terapia de esquemas: Guía práctica*. Desclee Brouwer: España.
- Saritas, D. & Gençöz, T. (2009). Psychometric properties of Young Schema Questionnaire - Short form 3. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(2), 135-147.
- Calveto E., Orue I., & González-Díaz Z. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 283-290.
- Cart, S. N., & Francis A. J. (2010). Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 333-349.

Estudi de prevalença del T. per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat en població psiquiàtrica adulta.

Laura Andrés i Martín¹ | Benjamín Piñeiro Diéguez^{1,2} | Martí Santacana Juncosa^{1,2}

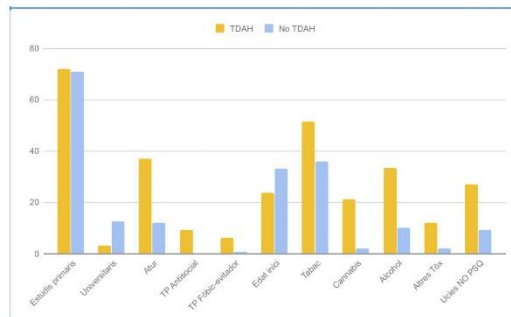
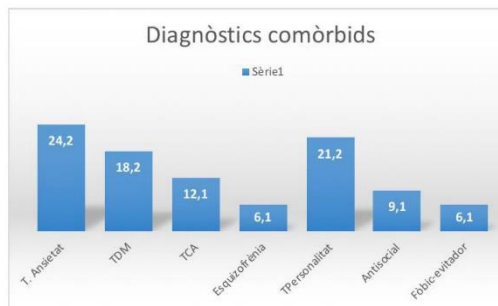
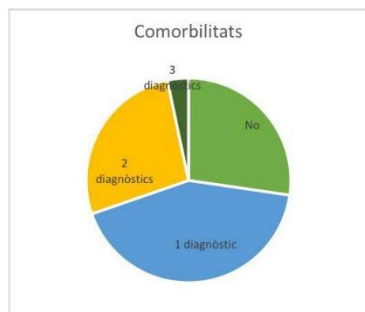
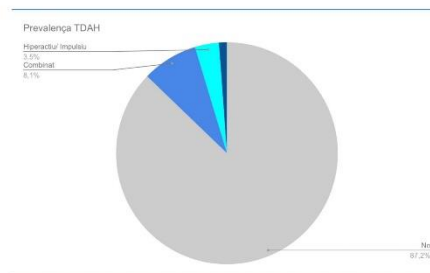
¹ Hospital de Terrassa, CST | ² Centre de Salut Mental de Terrassa, CST

Prevalença del TDAH al CSMA de Terrassa

El trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat (TDAH) està escassament estudiat en adults, amb una prevalença estimada del 4%. Segons estudis previs, el TDAH presenta alta comorbiditat psiquiàtrica (70%) i dificulta el diagnòstic i pronòstic d'aquesta comorbiditat. Fins ara, tan sols Almeida ha analitzat la prevalença de TDAH en població psiquiàtrica, i l'ha estimada en un 17%.

METODE: Es va realitzar, sobre una mostra de 257 subjectes del CSMA de Terrassa, un cribatge amb l'Escala de Autorepte de Síntomas de TDAH en Adults (ASRS-V1.1), amb confirmació posterior mitjançant l'entrevista clínica individual i familiar i les escales Wender Utah Rating Scale (WURS) i ADHD Rating Scale. Posteriorment, es va aparellar cada subjecte TDAH per edat, sexe i diagnòstic principal, en relació 1:3, amb pacients no-TDAH, registrant-se dades personals i respecte a la patologia psiquiàtrica.

RESULTATS: La prevalença fou del 12,8% (n=33) amb diferències significatives per sexe (39,7% en homes). Dels pacients amb TDAH, el 63,6% presentava el subtipus combinat, el 27,3% suocipus hiperactiu-impulsiu i el restant 9,1%, subtipus inatent.



RESULTATS: En la comparativa entre pacients afectes i no afectes de TDAH, es van obtenir diferències significatives en certes dades demogràfiques (estudis universitaris en un 3% vs 12,5%, atur amb 37% vs 12%), dades de comorbiditat respecte a l'eix II (I. Antisocial, amb 9,1% vs 0% | I. Fòbic evitador, amb 6,1% vs 0,3%), edat d'inici de la patologia psiquiàtrica comorbida (23,8 anys vs 33,1 anys), Trastorn per consum d'alcohol (33,3% vs 10%) i de Cannabis (21,2% vs 2%), així com en la mitjana de visites anuals a Urgències no psiquiàtriques (2,7 vs 0,93 visites anuals).

PRESCRIBUS ALLO QUE T'AGRADARIA PRENDRE ?

J. Baccarin; J. Marcet; M. Sans; S. Miquel; A. Àvila; D. Almenta; J. Pérez-Blanco; D. Puigdemont; J. de Diego-Adeliño.

HOSPITAL DE SANT PAU

INTRODUCCIO

Com en altres malalties cròniques, la taxa d'incompliment del tractament en esquizofrènia és molt elevada. En l'estudi CATIE, fins a un 74% dels pacients abandonava l'antipsicòtic durant els primers 18 mesos de seguiment.

Alguns estudis mostren que els antipsicòtics injectables d'alliberació prolongada (LAI) o antipsicòtics depot són més efectius que la medicació oral en la reducció del nombre de recurrències.

La percepció dels LAI ha canviat al llarg dels últims anys amb la introducció de noves molècules, tot i així, possiblement hi ha prejudicis en torn a aquest tipus de tractaments per part dels professionals que els prescriuen en salut mental. L'exercici d'imaginar amb quina molècula i formulació triaria cadascú per tractar-se a si mateix o a un familiar en cas de ser diagnosticat d'esquizofrènia pot ajudar a emergir les veritables preferències de prescripció.

L'objectiu d'aquest treball és conèixer les preferències de prescripció en esquizofrènia en una mostra de psiquiatres, comparant les decisions en pràctica clínica habitual, enfront l'escenari hipotètic de l'autoprescripció.

MATERIAL I MÈTODES

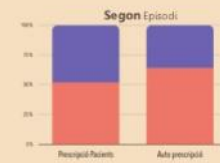
S'ha realitzat una enquesta on-line a una mostra de psiquiatres de l'estat Espanyol. S'han recollit variables sociodemogràfiques i de pràctica clínica habitual:

- edat i anys d'experiència
- àmbit de treball
- volum de treball
- grau de capacitat de decisió en la prescripció

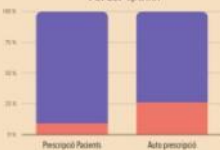
Es realitza un anàlisi descriptiu de les dades, utilitzant el test de chi-quadrat, *T-student* o regressió logística segons s'escaigui per a les comparacions entre grups.

RESULTATS

N = 69 psiquiatres (60% dones),
Principalment d'àmbit intrahospitalari
Experiència professional mitja de 16 anys

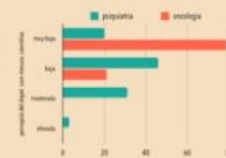


• Selecció d'antipsicòtic depot és menys freqüent en l'escenari d'autoprescripció, resultat que es manté tant per a la segona com per a la tercera hipotètica recurrència.



• Tant en l'escenari d'autoprescripció com en la pràctica clínica habitual el depot preferit pels enquestats va ser el d'aripirazol, essent gairebé del 90% en l'autoprescripció.

• El 70% dels psiquiatres que trien un depot diferent a aripirazol per als seus pacients, canvien a aquest en l'escenari d'autoprescripció.



La percepció del grau de coherència associat als depot en l'àmbit de la oncologia és significativament menor que els de psiquiatria ($\chi^2=54.4$, $p<0.001$).

• La regressió logística ($R^2=0.25$, $\chi^2(6)=13.5$, $p=0.035$) incloent també les variables anys d'experiència, nombre de pacients/setmana, importància atribuïda a les qüestions terapèutiques i àmbit laboral va demostrar que la única variable associada al canvi de decisió va ser el grau de percepció del depot com a mesura coercitiva ($\beta=-1.39$, $p=0.002$).

CONCLUSIONS

- L'Aripirazol d'alliberació prolongada és la molècula preferida pels psiquiatres.
- L'escenari d'autoprescripció mostra la tendència a escollir un fàrmac en igualtat d'eficàcia i amb menys efectes secundaris.
- La prescripció de tractaments depot és percebuda com a mesura més coercitiva respecte al depot utilitzats en altres especialitats.

ENQUESTA

Es proposen dos escenaris clínics:

Escenari clínic 1:

"Estàs atenent un pacient amb diagnòstic d'esquizofrènia que, després d'un temps d'estabilitat i deixar el tractament farmacològic, està patint un SEGON EPISODI psicòtic. Ja s'ha sabed que a vegades incomplia el Tt. Pensa que és una persona de la mateixa edat, sexe i complexió que tu, amb un bon funcionament interepisòdic.

Es pregunta sobre pautes de Tt i efectes secundaris "I si fos un TERCER EPISODI?"

Es pregunta sobre pautes de Tt i efectes secundaris

Escenari clínic 2:

"Imagina que ets tu que pateix una esquizofrènia i vas a un psiquiatra per un SEGON EPISODI psicòtic, després d'un temps d'estabilitat i haver deixat el Tt. Que preferiries que et pautessin?"

Es pregunta sobre pautes de Tt i efectes secundaris

"I si fos un TERCER EPISODI?"

Es pregunta sobre pautes de Tt i efectes secundaris

Opinió sobre Tt d'alliberació prolongada

"Segons la seva opinió, en quin grau considera que el Tt depot és una mesura coercitiva o estigmatitzant?"

"A oncologia, també es prescriuen Tt depots, en quin grau creu que és una mesura coercitiva o estigmatitzant?"



Síntomes Negatius en pacients amb un Primer Episodi Psicòtic

del Hoyo B ¹, Cuñat O ¹, Rodríguez A ¹, Butjosa A ^{1,2,3,4}, Vila - Badia R ^{1,2}, Del Cacho N ^{1,2}, grup PROFEP¹, Usall J¹

1. Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona. 2. Fundació Sant Joan de Déu, Institut de Recerca Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona. 3. Hospital Materno – Infantil de Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona. 4. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid.

Introducció

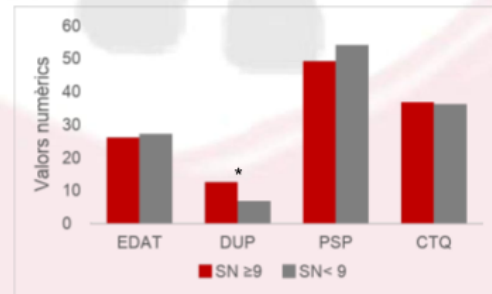
Els símptomes negatius (SN) representen una de les característiques nuclears de l'Esquizofrènia (EZ) des de les primeres descripcions. Poden aparèixer abans del primer episodi psicòtic (PEP) i s'associen a un pitjor resultat funcional¹. Encara que alguns resultats són controvertits, semblen associar-se a factors com gènere masculí, major temps de psicosis sense tractar (DUP), edat primerenca del PEP, alteracions neurocognitives característiques de l'EZ i la presència d'esdeveniments vitals traumàtics¹. Actualment es proposa la definició de síndrome negatiu de l'EZ com la presència de: aplanament afectiu, abúlia, anhedònia, evitació social activa i al·lògia.^{2,3} D'altra banda, hi ha treballs en què s'han desenvolupat equacions de conversió entre les escales més utilitzades per a l'avaluació tant de símptomes positius com símptomes negatius de l'EZ, mostrant elevada correlació⁴. En un estudi recent sobre PEP s'ha considerat presència de SN amb un puntuació de la "Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) ≥ 3 ".¹

Objectius

Estudiar la prevalença de SN en pacients amb PEP. Descriure si hi ha diferències entre el grup que presenta símptomes negatius i el que no pel que fa a diferents variables tal com el gènere, l'edat del PEP, DUP, el nivell funcional premòrbid i les experiències traumàtiques infantils.

Mètodes

Es van incloure pacients amb PEP provinents del Parc Sanitari Sant Joan de Déu (per a adults) i l'Hospital Sant Joan de Déu (per a nens i adolescents) de Barcelona. En el moment de l'admissió (estudi PROFEP), els pacients van ser avaluats amb l'escala "Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)", l'escala de funcionament personal i social (PSP) i la "Childhood Trauma Questionnaire" (CTQ). Seguint el model Marder per a símptomes negatius, que recull els ítems N1, N2, N3, N4 i N6 de la PANSS i utilitzant la següent equació: Marder Negative = $5.8548 + (1.0209 * \text{SANS [global] Summary score})$ es va establir una puntuació ≥ 9 per a considerar presència de SN. Es va utilitzar la t-Student per estudiar les diferències entre les variables d'interès contínues paramètriques, la prova de Mann-Whitney per a les no paramètriques (DUP) i la prova chi-quadrat per la variable categòrica (gènere).



Gràfic 1. Dades descriptives de les diferents variables sotmeses a estudi segons la presència o no de SN. Resultats significatius marcats amb (*).

Resultats

Es van incloure un total de 112 pacients (32,1% dones i 67,9% homes) amb PEP. Es va obtenir una prevalença de 25,9% de pacients sense SN i un 74,1% de pacients amb SN. Comparant els pacients amb PEP amb SN i sense SN no s'han objectivat diferències significatives entre els dos grups pel que fa a l'edat ($p=0,619$), puntuació PSP ($p=0,170$), puntuació CTQ ($p=0,675$) ni gènere ($p=0,438$). Si que s'objectiven diferències significatives pel que fa a la DUP ($p=0,02$). (Gràfic 1).

Conclusions

Aquest estudi suggereix en la línia d'altres estudis publicats que els SN estan presents ja a l'inici de la malaltia psicòtica. En comparació amb altres estudis realitzats, els alts nivells de prevalença obtinguda poden ser deguts a la poca especificitat per a SN de les escales utilitzades i a un punt de tall massa baix per a la definició de SN. Pel que fa a la relació entre les variables estudiades només s'han observat diferències estadísticament significatives per a la DUP. L'associació de SN a altres variables com el gènere, l'edat primerenca del PEP, un pitjor nivell funcional i la presència d'experiències traumàtiques infantils encara són controvertides. Calen més estudis per millorar la conceptualització, l'avaluació i el tractament dels SN.

Bibliografia

- Yung, A. R., Nelson, B., McGorry, P. D., Wood, S. J., & Lin, A. (2018). Persistent negative symptoms in individuals at Ultra High Risk for psychosis. *Schizophrenia research*.
- Galderisi, S., Mucci, A., Buchanan, R. W., & Arango, C. (2018). Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *The Lancet Psychiatry*, 5(8), 664-677.
- García-Portilla, M. P., García-Alvarez, L., Saiz, P. A., Al-Halabi, S., Bobes-Bascaran, M. T., Bascaran, M. T., ... & Bobes, J. (2015). Psychometric evaluation of the negative syndrome of schizophrenia. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 265(7), 559-566.
- Van Erp, T. G., Preda, A., Nguyen, D., Faziola, L., Turner, J., Bustillo, J., ... & Mathalon, D. H. (2014). Converting positive and negative symptom scores between PANSS and SAPS/SANS. *Schizophrenia research*, 152(1), 289-294.



REPTES CLÍNICS

18 anys i 1 dia

Dani Bergé *, Teresa Legido, Imma Cuixart, Xavier Aliart

Introducció: Pacients, famílies i sectors de la societat en general, demanen entorns hospitalaris més oberts i propers a les necessitats de cada persona, especialment en pacients vulnerables.

El cas:

L'Estrella, 18 anys recent complerts, després de passar per Urgències de psiquiatria infantil, ingressa a la sala d'aguts de psiquiatria d'adults per un primer episodi psicòtic acompanyat d'intensa angoixa i amb l'antecedent d'un esdeveniment traumàtic recent.

La transició abrupta del circuit d'infantil al d'adults, junt amb el patiment que experimenta ella i la seva família durant l'ingrés, i la intensa angoixa que acompanya a l'episodi psicòtic agut, colisionen amb les limitacions de les visites a la sala d'adults de psiquiatria.

La família demana romandre amb l'Estrella les 24h al dia durant la hospitalització, a l'hora que la clínica psicòtica evoluciona de forma atípica i tòrpida.

Les mares de l'Estrella, separades desde la infància, demanen també mediació per arribar a una entesa entre elles.

Evolució:

- Una tensa coordinació amb els torns d'infermeria permet ampliar horaris de visita fins a arribar a les 24 hores al dia durant un període de l'ingrés, desapareixent la necessitat de contenció mecànica i facilitant la presa oral del tractament. Les demandes de la família arriben a direcció, i s'inicia el disseny d'un nou protocol d'**acompanyament familiar** per a pacients vulnerables ingressats.

- L'evolució tòrpida i atípica del quadre clínic obliga al **diagnòstic diferencial** amb un origen orgànic, principalment encefalitis autoimmune. No sense dificultat, es realitza RMN cranial i punció lumbar, que descarten patologia orgànica aguda.

- L'**absència de resposta** a dues estratègies farmacològiques de primera línia, precipita l'inici de **clozapina**, aconseguint remissió completa.

- S'ofereix **mediació** entre les mares a través de psicologia, amb una milloria inicial de l'entesa, però un posterior distanciament quan l'Estrella millora i s'ha de planificar el retorn a domicili.

Conclusió: Afavorir un major acompanyament familiar en pacients fràgils pot disminuir la necessitat de mesures restrictives com la contenció mecànica o l'administració intramuscular del tractament, fins i tot en un cas clínic d'evolució tòrpida com aquest.

Sin litio no hay paraíso

E.Martínez, O.Simón, F.Pérez, D. Gornés



Introducción

Se presenta el caso de una mujer de 75 años diagnosticada de trastorno bipolar tipo I que en el último año ha precisado hasta cinco ingresos, debido a efectos secundarios de los tratamientos iniciados.

Descripción del caso

Se trata de una mujer viuda, vive sola y percibe buen soporte familiar por parte de los hijos. Ha sido autónoma hasta hace unos meses en que inicia el proceso actual.

Como antecedentes destaca: hipertensión arterial, hipotiroidismo, miocardiopatía hipertrófica apical y enfermedad renal crónica estadio IV secundario a nefroangioesclerosis y tratamiento crónico con litio.

La paciente presenta un diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I desde los 30 años que debutó con un episodio depresivo. Posteriormente requirió varios ingresos hospitalarios por descompensaciones afectivas, tanto maníacas como depresivas. Se ha mantenido estable durante los últimos 20 años en tratamiento con litio.

El proceso actual se inicia en marzo de 2018 cuando se cambia de estabilizador, sustituyendo el litio por el valproato debido a insuficiencia renal avanzada presentando la paciente una descompensación maniaca con síntomas psicóticos que requieren ingreso en la Unidad de Agudos en septiembre de 2018.

En diciembre de 2018, la paciente acude a urgencias en diversas ocasiones por dolor torácico y astenia objetivándose una fibrilación auricular no conocida y un derrame pleuro-pericárdico de características inflamatorias.

Se realiza ingreso en Medicina Interna para resolución del cuadro y para completar el estudio etiológico descartándose un proceso paraneoplásico o autoinmune y planteándose como etiología más probable la iatrogénica en relación al tratamiento con valproato. En coordinación con nefrología se acuerda la reintroducción del litio mediante controles estrechos de la función renal y se optimiza el tratamiento con haloperidol por oscilaciones efectivas y síntomas psicóticas con buena respuesta.

Al mes del alta ingresa nuevamente por intoxicación por litio en contexto de empeoramiento de la función renal. Tanto la familia, como la propia paciente insisten en volver a introducir el litio considerándolo como el fármaco con el que había logrado mayor estabilidad psicopatológica pese a los riesgos en contexto de insuficiencia renal avanzada, por lo que se reintroduce el litio alcanzando estabilidad psicopatológica.

Discusión

La insuficiencia renal crónica asociada a litio es bien conocida, lentamente progresiva y generalmente de buen pronóstico.^{1,2} La decisión de la suspensión de litio radica en un deterioro renal avanzado y factores de riesgo de la paciente asumiendo los posibles riesgos como la aparición de una nueva recaída y la incertidumbre en torno a la respuesta a los tratamientos alternativos

El derrame pleural asociado a valproato es una entidad infrecuente, descrita en la literatura médica en pocos casos.^{3,4,5} Su diagnóstico se realiza por exclusión. Suele ser un exudado eosinofílico y se acompaña de eosinofilia periférica, que no ocurre en este caso. Esta entidad debe ser considerada en aquellos pacientes que están en tratamiento con ácido valproico y cursan con derrames pleurales sin etiología clara.

Bibliografía:

1. Ernst Nielsen, Lars Vedel Kessing, Willem A. Nolen, Rasmus W. Licht; *Lithium and Renal Impairment: A Review on a Still Hot Topic*; *Pharmacopsychiatry* 2018; 51(05): 200-205
2. Goodwin GM. *The Safety of Lithium*. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(12):1167-1169
3. Bullington W, Sahn SA, Judson MA; *Valproic acid-induced eosinophilic pleural effusion: a case report and review of the literature*; *Am J Med Sci*. 2007 May;333(5):290-2
4. Nesibe Taser, Murat Sarıkaya; *An unusual case of pleuropericardial neutrophilic effusion associated with valproate*; *Journal of the Formosan Medical Association* (2015) 114, 375-376
5. Aral A, Usta MB, Karabeliroglu K. VPA. *Valproic acid-induced eosinophilic pleural effusion in patient with pediatric bipolar disorder*. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2017;9: e12276

QUAN FER UN PETÓ A UN GRIPAU NO ET PORTA UN Príncep

Rosa Blanca Sauras Quetcuti¹, Adriana Farré¹, Josep Martí¹, Marina Angelats¹, Blanca del Hoyo², Francina Fonseca¹

1. INAD Institut de Neuropsiquiatria i addiccions Parc de Salut Mar

2. Parc Sanitari Sant Joan de Déu

El consum de secrecions del gripau Bufo Alvarius i d'ayahuasca s'està popularitzant en retirs espirituals on aquestes substàncies psicodèliques s'utilitzen com a medi per aconseguir efectes "d'autoconeixement". L'ayahuasca es prepara mitjançant la cocció de la planta Banisteriopsis caapi que conté alcaloides β -carbòlics, junt amb les fulles de l'arbust Psychotria viridis que conté N,N-dimetiltryptamine. Les secrecions del Bufo alvarius contenen 5-methoxy-N,N-dimetiltryptamine i 5-hydroxy-N,N-dimetiltryptamine, coneguda com bufotenina. La combinació d'aquestes substàncies pot tenir conseqüències potencialment greus. Presentem el cas d'un pacient que va ingressar al nostre hospital per clínica psicòtica persistent després d'haver realitzat un ritual amb consum de secrecions de Bufo Alvarius i ayahuasca.

Es tracta d'un noi de 22 anys, natural de Moçambic, que es va traslladar a viure a Barcelona al desembre de 2018 per completar els seus estudis en administració d'empreses. No presentava antecedents psiquiàtrics previs. Durant el primer mes a Barcelona va participar en un ritual d'ayahuasca, descrivint l'experiència com un "viatge interior profund i significatiu". Quatre mesos després, va decidir abandonar els estudis i trencar amb la seva parella, referint sentiments contradictoris. Donat que l'anterior experiència amb ayahuasca li havia estat beneficiosa, va concloure en participar en un nou ritual. Aquesta vegada el ritual consistia en un retir de 3 dies durant els quals es consumia ayahuasca diàriament i 12 hores després del primer consum d'ayahuasca es consumien secrecions de Bufo Alvarius via intrapulmonar. Just després d'haver fumat el verí del bufo va començar a patir un quadre caracteritzat per pors inespecífiques, al·lucinacions auditives, cenestèsiques i visuals, ansietat i suspicàcia. Passades 72 hores després del darrer consum, i davant la persistència de la simptomatologia va decidir consultar a urgències. Després de romandre en observació es va decidir ingressar a la Unitat de Patologia Dual on es va orientar com a Trastorn psicòtic induït per substàncies i es va iniciar tractament amb 10 mg d'Olanzapina i 10 mg de Diazepam. Completats 6 dies d'ingrés, va ser donat d'alta en remissió de la simptomatologia.

Aquest cas representa un repte clínic per diferents factors. En primer lloc es tracta d'un quadre de psicosis induïda poc habitual. En segon lloc, cal afegir a la complexitat del cas el component transcultural. En tercer lloc, el cas planteja un dilema a nivell terapèutic, iniciar psicofàrmacs o esperar a l'autoresolució. Per últim representa també un dilema sobre l'ús terapèutic d'aquestes substàncies. Caldrà observar si la popularització d'aquests rituals suposa un augment de casos de psicosis tòxiques induïdes.

Autor principal: Rosa M. Gabernet Florensa. **Col·laboradors:** Sandra Mulero, Eduard Izquierdo, Vicente de la Cruz, Isabel Agasi, Ana Martínez, Judith Balaguer, Isabel Parra i Juan David Barbero.

VALORACIÓ A URGÈNCIES

Home de 39 anys, amb antecedents psiquiàtrics de dependència a cocaïna i alcohol, que acut a urgències, per quadre de més de 2 anys d'aïllament en domicili i tendència a la irritabilitat que va en augment.

No alteracions de conducta ni consum de tòxics. Té suport familiar i accepten ingrés a domicili. Des d'urgències es pauta risperidona 0.5mg/nit amb orientació diagnòstica inicial de psicosi a estudi i es deriva a hospitalització a domicili per estudi diagnòstic i estabilització.

Antecedents psiquiàtrics:

Primera anotació en ABS (2012), per ansietat, poques ganes de sortir, dormir moltes hores, estar desanimat i tenir molts problemes familiars/laborals. Quadre adaptatiu lleu. Sense medicació (no es coneix consum de tòxics). Millora amb canvi de feina. 2013 consulta a ABS per consum de cocaïna. Derivació a CAS, no es vincula. Al 2015, consulta per dependència a cocaïna i inicia visites a CAS. En seguiment psiquiàtric destaquen component ansiós i pèrdua de control d'impulsos. Pren tractament amb topiramà 25mg/8h i citalopram 10mg/dia. Durant el seguiment alterna èpoques amb elevat consum amb altres on s'ha mantingut amb algun consum puntual (mai abstinència total). Desvinculat des del 2016 (aïllament).

VALORACIÓ A DOMICILI

Avaluació psiquiàtrica:

- Aïllament de més de 2 anys d'evolució (inici coincidint amb estressor): ansietat, temors, frustració...→ Mai més recupera funcionalitat. Aïllat a l'habitació jugant a videojocs
- Abandonament +++: autocura, desvincula de ABS/CAS, abandona relacions social/feina, abandona tràmits administratius ...
- EPP: Aspecte poc cuidat. Col·laborador, parcialment abordable amb un discurs amb tendència a la minimització de conductes. Contacte poc sintònic. No es mostra desconfiat ni suspicax. Sudoració important. Reconeix paroxismes ansiosos en context de frustracions. Tendència a la irritabilitat. No s'objectiva bloqueig del pensament. Lenguatge coherent i organitzat, amb un discurs breu però sense alteracions formals, centrat en situació actual d'aïllament a domicili. Hipotímia. Humor poc reactiu. Apatia i desesperança. Pèrdua de capacitats hedòniques. Aïllament en domicili i dins la seva habitació, amb baixa funcionalitat de temps d'evolució. No cognicions depressives endogenomorfes. No ritme circadiani de l'estat d'ànim. Idees passives de mort no estructurades ni planificades. No pla suïcida. Nega clínica delirant, fenòmens de lectura/inscripció del pensament o altra clínica psicòtica. Nega fenòmens sensoceptius, no s'objectiva actituds d'escolta. Judici de realitat conservat. Cicle son-vigília alterat. Orèxia conservada.

Exploració de salut física: Abandonament de tractaments farmacològics i de seguiment sanitari (ABS i CAS). Dèficit higiènic important.

Avaluació ambiental: Domicili amb acumulació d'estris i objectes (sobretot d'informàtica), en la seva habitació i en espais comuns.

Avaluació de suport familiar: Mala relació amb la mare. No altres relacions socials ni suport familiar.

INTERVENCIÓ A DOMICILI

A NIVELL CLÍNIC:

- Abandonament, alteració son-vigília i aïllament → mantenir risperidona (0.5mg/dia).
- Irritabilitat, ansietat important, tristesa, apatia i sentiment de culpa → sertralina (fins 150mg/dia) → recupera progressivament autocura, regular ritme son-vigília, reprenent contacte amb la família i alguna amistat.
- Clínica agorafòbia → exposicions graduals fora domicili (primer acompanyat prop>més lluny > sol fora de la seva ciutat i en transport públic).
- No sospita de clínica psicòtica → retirar risperidona (no empitjorament).
- OÙ: trastorn depressiu i agorafòbia amb atacs de pànic.
- Trets caracterials anancàstica, amb component rumiatiu i anticipatori així com rigidesa cognitiva (no clínica obsessiva ni rituals).

A NIVELL FÍSIC:

- Reiniciar medicació orgànica habitual.
- Detectar hipertensió arterial, vinculant a metge d'atenció primària per control. Inicialment controls en domicili, al final el pacient acudia a ABS.

A NIVELL AMBIENTAL:

- Conducta acumuladora → neteja per part del pacient però amb elevades dificultats i ansietat per desfer-se dels objectes (per la seva utilitat).
- Expectar el diagnòstic de conducta acumuladora per valorar segons evolució.

A NIVELL FAMILIAR:

- Psicoeducació familiar i detecció de signes d'alarma.

PLA A L'ALTA: Vinculació amb Hospital de dia: mantenir funcionament, fomentar activació i vincular amb treball social donat situació del pacient.

A L'ALTA DE HOSPITAL DE DIA

- Acudia sense dificultats (no reaparèixer clínica agorafòbia ni atacs de pànic).
- Igual tractament sense reaparició de clínica depressiva.
- S'objectiva dificultats d'interacció i socialització: diagnòstic trastorn de l'espectre autista i descartant trastorn de personalitat.
- Derivació a Centre de Dia.

Diagnòstics: Agorafòbia amb atacs de pànic, Trastorn depressiu, Trastorn de l'aspecte autista i Trastorn per acumulació.

Tractament a l'alta: Sertralina 150mg/dia, Simvastatina 20mg/dia, Omeprazol 20mg/dia, Enalapril 10mg/dia.

REpte CLÍNIC?

- 1) **Diagnòstic:** símptoma primordial era l'aïllament i l'abandonament generalitzat.
- 2) **Dificultats al domicili:** parcial participació de la mare, males condicions del domicili i la precarietat de situació social/econòmica.
- 3) **Abordatge des del domicili** de la clínica d'aïllament (no arriben a consultes). La intervenció terapèutica domiciliària intensiva, ens va permetre una milloria clínica i ràpida de la clínica agorafòbia, però no va ser suficient per poder aprofundir en diagnòstic diferencial del trastorn de l'espectre autista.

REPTE CLINIC: EL HOMBRE DE LAS RATAS.



Susana Gomes (gomes@clinic.cat), Gerard Anmella, Cristian Llach, Maria Sague, Maite Pons, Anna Giménez, Andrea Murru.
Hospital Clinic de Barcelona, Servicio de Psiquiatría y Psicología.



PROCESO ACTUAL:

Paciente de 38 años derivado de su médico de atención primaria para valoración psicopatológica, por cuadro de larga duración y evolución tórpida caracterizado por aislamiento social progresivo, descuido de higiene personal y del entorno, sintomatología ansiosa, depresiva e ideas de muerte.

ANTECEDENTES:

Como antecedentes relevantes consta un cuadro de hipoacusia profunda desde la edad infantil, obesidad y abuso de bebidas estimulantes, a nivel psiquiátrico constan en el pasado visitas puntuales por psiquiatría y psicología sin llegar a realizar un tratamiento o seguimiento reglado. En el contexto socio-familiar destaca una distocia familiar, escaso funcionamiento laboral con nulo círculo social.

EXPLORACIÓN:

A la exploración destacaba descuido de la higiene con actitud colaboradora aunque la comunicación dificultada por hipoacusia. A nivel del discurso predominaban cogniciones negativas de inutilidad, sentimiento de vacío existencial y desesperanza. No se apreciaba sintomatología de la esfera psicótica salvo una sensación inespecífica de autoreferencialidad artefactada por hipoacusia y la referencia a conversaciones con "espíritus". A nivel anímico presentaba hipotimia con labilidad emocional y ansiedad basal elevada con apato-abulia. Ideas de muerte poco estructuradas. Escaso funcionamiento socio-laboral y desestructuración de hábitos fisiológicos con parcial conciencia de enfermedad.

EVOLUCIÓN:

Se ha realizado un abordaje multidisciplinar, por una parte ampliando el estudio con la realización de varias pruebas neuropsicológicas, psicométricas y de imagen, algunas con resultados claramente positivos como la psicometría y otras con resultados que se orientaron como posibles falsos positivos. Se orientó el diagnóstico como trastorno de personalidad mixto del clúster A y episodio depresivo mayor y se inició tratamiento farmacológico con antidepresivo y posteriormente antipsicótico con ajustes de acuerdo a evolución, alcanzando mejoría franca de la sintomatología afectiva pese a persistencia de déficits funcionales. Se realizó derivación a enfermería donde se trabajaron hábitos dietéticos, de ejercicio y de higiene. Por otra parte se derivó a trabajo social para búsqueda de recursos adecuados al paciente por problema comorbido con hipoacusia que dificultaba la derivación del paciente a recursos habituales como hospital de día y centros de día convencionales.

DISCUSIÓN:

Este caso ha puesto de manifiesto las dificultades diagnósticas y de manejo de pacientes que presentan hipoacusia como comorbilidad. En este paciente, la hipoacusia ha condicionado un aislamiento social importante con problemas de relación interpersonal desde su etapa infantil, lo que se puede confundir con rasgos del espectro autista. La disfunción familiar presente en el entorno del caso descrito también habría podido influir en el desarrollo de los síntomas descritos. Así mismo, se tiene que considerar la distorsión que las dificultades senso-perceptivas de este paciente pueden generar en la patoplastia de la enfermedad, por ejemplo en la interpretación de los síntomas psicóticos atenuados. Otro de los desafíos de este caso ha sido la interferencia que el problema de la hipoacusia y aislamiento social pueden tener en diversos tests diagnósticos, por lo que algunos de ellos se han orientado como falsos positivos. Por último enfatizar las dificultades de manejo y derivación de pacientes con hipoacusia, ya que la mayoría de recursos de los que se dispone, como hospitales y centros de día, no se adaptan correctamente a pacientes con estas características. Por todo lo referido, consideramos que este caso ha supuesto un verdadero reto clínico multidisciplinar.



SOCIETAT CATALANA
DE PSIQUIATRIA
I SALUT MENTAL

Jornada de Cloenda
Curs 2018-2019

SITGES, Barcelona
30 i 31 de maig de 2019
Hotel Calipolis



COMUNICACIONS ORALS

Conducta suïcida en població estrangera, quelcom més que una dificultat d'aculturació?": 5 anys d'observació

M. Agraz¹, G. Torterolo¹, M. Sánchez-Cazalilla¹, D. Fuentes¹, M. Mendo¹, R. Palacios¹, S. Pampols¹, A. Gisbert¹, L. Arenas¹, M. Puigdevall¹, M. Irigoyen^{1,2}

Servei de Psiquiatria. ¹Hospital Universitari de Santa Maria de Lleida. ²IRB Lleida.
Correus electrònics: magraz@gss.scs.es, mirigoyen@gss.scs.es

INTRODUCCIÓ

- El suïcidi és una de les principals causes de mort i, la ideació i l'intent de suïcidi un gran problema de Salut Pública. En concret, poc se sap sobre la conducta suïcida en la població immigrant i la seva correlació segons la corresponent aculturació ètnica.
- L'aculturació és el procés pel qual els immigrants adquireixen la cultura de la societat dominant. Existeix poca investigació sobre la relació entre l'aculturació i la ideació i/o els intents suïcides¹.

OBJECTIUS:

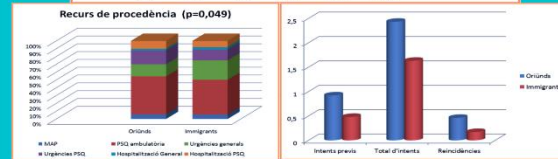
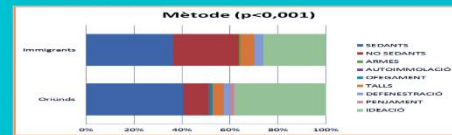
- El nostre objectiu va ser analitzar l'impacte de diverses mesures d'aculturació³ en la ideació/intent suïcida, en una mostra recollida a partir d'una consulta específica de conducta suïcida de la província de Lleida durant cinc anys.

MATERIAL I MÈTODES:

- Es tracta d'un estudi exploratori on es varen analitzar diverses variables d'aculturació i d'altres relacionades amb la severitat del mètode, nous intents, evolució i seguiment prospectiu... Els participants del estudi van ser pacients (oriünds i estrangers) que varen contactar en la consulta de "Conducta de Risc Suïcida" de la província de Lleida (N=606). El Comitè d'Ètica va aprovar l'estudi. Es va utilitzar un protocol que incloïa la recollida de dades sociodemogràfiques i clíniques a partir de la Història Clínica. Es varen realitzar proves Chi2 per a comparació de variables qualitatives i t-Student per a comparació de variables qualitatives amb quantitatives amb el paquet estadístic SPSS (IBM 20.0).

RESULTATS I CONCLUSIONS:

- El perfil sociodemogràfic de la nostra mostra d'immigrants es tracta d'un subgrup més jove (37,53 anys), amb predomini de dones (74%) i menor prestacions econòmiques disposades (18,20%).
- Els recursos de procedència majoritaris són urgències generals (41,50% vs. 27,40%) i psiquiatria ambulatòria.
- El mètode més freqüent es centra en la sobredosatge farmacològic (63,7%), tan sedants com no sedants, i menor tendència a la ideació respecte els oriünds (26,10% vs. 38,20%).
- Presenten un percentatge de reincidència registrada menor que els oriünds (12,10% vs. 22,20%).
- Presenten un menor percentatge d'adherència en el seguiment de risc suïcida (15,30% vs. 21,90%) i major percentatge d'abandonament (44,20% vs. 23,10%).
- Presenten predomini de clínica afectiva menor i Trastorns Adaptatius (26,5%).



| Variables sociodemogràfiques | | |
|------------------------------------|---------|------------|
| | Oriünds | Immigrants |
| Mitjana d'edat (p < 0,001) | 46,86 | 37,53 |
| % Dones (p = 0,015) | 63,00% | 74,00% |
| % Actius laboralmente (p < 0,001) | 35,00% | 46,80% |
| % Prestació econòmica (p = 0,014) | 30,70% | 18,20% |
| Variables de conducta suïcida | | |
| | Oriünds | Immigrants |
| Intents previs (p < 0,001) | 0,92 | 0,48 |
| Total d'intents (p < 0,001) | 2,43 | 1,63 |
| Reincidències (p < 0,001) | 0,46 | 0,17 |
| % Pacients reincidents (p = 0,011) | 22,20% | 12,10% |
| Variables de tractament | | |
| | Oriünds | Immigrants |
| nº visites consulta CRS (p<0,001) | 6,78 | 4,02 |
| nº visites consulta MAP (p=0,009) | 2,82 | 2,12 |
| nº Ingressos post. Aguts (p=0,003) | 0,37 | 0,20 |
| % Adherència CRS (p<0,001) | 21,90% | 15,30% |
| % Abandonament (p<0,001) | 23,10% | 44,20% |
| % Suïcidi consumat (p<0,001) | 0,90% | 0,70% |

Els nostres resultats mostren que la població immigrant és un subgrup amb menor reincidència i documentada, però major intencionalitat i amb mètodes més letals⁴. Presenten menor adherència als serveis especialitzats i un índex d'abandonament major que els oriünds⁵.

Aquest estudi preliminar suggereix la importància d'identificar aquest perfil per a establir mesures preventives més específiques per al seu abordatge, implicant una correcta sensibilitat i adaptabilitat transcultural, apropant l'accessibilitat a la xarxa de salut mental i evitant discriminació i estigma iatrogènic.

BIBLIOGRAFIA

- Kposowa, A., McElvain, J., & Breault, K. (2008). Immigration and suicide: The role of marital status, duration of residence, and social integration. Archives of Suicide Research, 12, 82-92.
- Peña, J. B., Wynnman, P. A., Brown, C.H., Matthieu, M. M., Olivares, T. E., Hartel, D., & Zayas, L. H. (2008). Immigration generation status and its association with suicide attempts, substance use, and depressive symptoms among Latino adolescents in the USA. Prevention science, 9(4), 299-310.
- Perez-Rodriguez, M.M., Baca-García, E., Oquendo, M.A., Wang, S., Wall, M.M., Liu, S., & Blanco, C. (2014). Relationship between acculturation, discrimination, and suicide ideation and attempts among U.S. Hispanics in the national epidemiological survey of alcohol and related conditions. Journal of Clinical Psychiatry, 75(4), 399-407.
- Rodriguez, M., Baca-García, E., Oquendo, M.A., & Blanco, C. (2008). Ethnic differences in suicidal ideation and attempts. Primary Psychiatry, 13 (2), 44-53
- Voracek, M., & Lobil, L. M. (2008). Consistency of immigrant and country-of-birth suicide rates: A meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 118(4), 259-271.

Persones víctimes d'una agressió sexual a la ciutat de Barcelona: Característiques i atenció psiquiàtrica

Maria Sagué-Vilavella¹, Gerard Anmella¹, Néstor Arbelo¹, Patricia Gavín¹, Anna Giménez¹, Susana Gomes¹, Lidia Ilzarbe¹, Cristian Llach¹, Santiago Madero¹, Inés Martín¹, Justo Emilio Pinzón¹, Maria Teresa Pons¹, Mireia Primé¹, Ferran Céspedes², Eva Solé^{3,4}, Ester Valls⁴, Lluïsa Garcia-Esteve^{3,4}



1. Servei de Psiquiatria i Psicologia. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. Catalunya. Espanya.

2. Treball Social. Servei d'Urgències. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. Catalunya. Espanya.

3. Programa d'atenció i prevenció de les seqüeles psíquiques en dones víctimes d'una agressió sexual. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. Catalunya. Espanya.

4. Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere. Hospital Clínic de Barcelona. Barcelona. Catalunya. Espanya.

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

Les persones víctimes d'una **agressió sexual** presenten freqüentment **seqüeles psíquiques**; la intervenció precoç pot disminuir-ne el risc.^{1,2,3}

El servei d'urgències del nostre centre les atén mitjançant un **protocol multidisciplinari** que inclou **psiquiatria**, que realitza una avaluació psiquiàtrica inicial i la derivació al programa ambulatori especialitzat.

Els objectius d'aquest estudi són descriure les **persones ateses per agressió sexual al nostre centre l'any 2017**, determinar la proporció que fa **seguiment** al programa ambulatori i explorar les variables que es relacionen amb la realització d'aquest seguiment.

MÈTODES

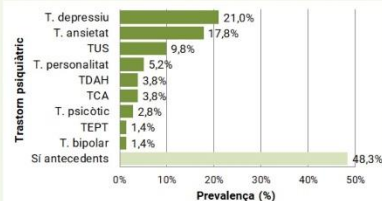
Mostra: Persones ateses per **agressió sexual a urgències** del nostre centre **l'any 2017**. Criteris d'exclusió: Impossibilitat d'accés a la història clínica i/o a la valoració psiquiàtrica a urgències.

Dades: Recol·lecció **retrospectiva** de dades sociodemogràfiques, clíniques i relacionades amb l'episodi per **revisió d'història clínica**.

Anàlisi: Estadística **descriptiva** (números absoluts, %, mediana i rang interquartilic) i estadística **inferencial univariant exploratòria** restringida a la mostra empadronada a Barcelona (khi quadrat, t de Student).

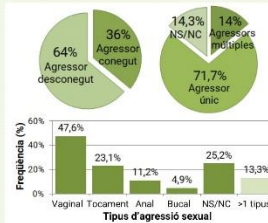
RESULTATS

L'any 2017 es van atendre **302 persones** per agressió sexual al nostre centre, de les quals van incloure's **286** en aquest estudi [taula 1, gràfics 1, 2, 3, 4]. L'única variable que va assolir la significació estadística pel que fa a la realització de seguiment ambulatori van ser les **cognicions de culpa** ($p=0.042$), associant una major vinculació al dispositiu.



T=trastorn; TUS=trastorn per ús de substàncies; TDAAH=trastorn per déficit d'atenció i hiperactivitat; TCA=trastorn conducta alimentària; TEPT=trastorn d'estress post-traumàtic.

Gràfic 1. Antecedents psiquiàtics de les persones ateses per agressió sexual a urgències de l'hospital Clínic l'any 2017.



Gràfics 2, 3 i 4. Característiques de les agressions sexuals ateses a urgències de l'hospital Clínic l'any 2017: coneixença de l'agressor, número d'agressors i tipus d'agressió sexual.

Taula 1. Dades de les persones ateses per agressió sexual a urgències de l'hospital Clínic l'any 2017.

| Grup | Variable | Valor |
|----------------------------|---|---------------|
| Socio-demografia | Edat (anys) [m (RIQ)] | 26.6 (20-30) |
| | Sexe (dona) | 92% |
| | Nacionalitat (espanyola) | 47.9% |
| | Padró (Barcelona ciutat) | 56.6% |
| Relacionats amb l'agressió | Estudis (universitaris) | 51.6% |
| | Dies fins a consulta [m (RIQ)] | 0 (0-1) |
| | Amnèsia d'episodi | 37.5% |
| | Lesions no sexuals | 27.7% |
| Salut mental | Drogues pre-episodi (alcohol) | 66.2% (60.6%) |
| | Denúncia | 68.2% |
| | Agressió sexual prèvia | 12.6% |
| | Síntomes dissociatius a urgències | 8.5% |
| Salut mental | Cognicions de culpa a urgències | 8.8% |
| | Psicofàrmacs (benzodiazepines) ¹ | 31.7% (29.9%) |
| | Acut a dispositiu ambulatori ² | 21% |

m=mediana; RIQ=rang interquartilic

¹Lliurament en mà a urgències per als primers dies post-episodi.

²Mostra restringida a les persones empadronades a Barcelona.

DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

Les agressions sexuals són una **realitat diària** a Barcelona. Les víctimes són **dones joves**, la meitat de **nacionalitat estrangera** i amb un perfil d'**antecedents psiquiàtics similar a la població general**. Més de la meitat de les agressions tenen lloc sota els efectes d'alguna droga -sobretot **alcohol**- i són perpetrades per **desconeguts**. Es proporcionen **benzodiazepines a demanda** a urgències per als primers dies post-agressió en un terç dels casos. **Una cinquena part fa seguiment** al dispositiu ambulatori, en major proporció entre qui presenta **cognicions de culpa**.

El perfil sociodemogràfic plasma la clara situació de **desigualtat entre homes i dones** pel que fa a la violència sexual a la nostra societat, alhora que indica altres factors de **vulnerabilitat social**. El consum de drogues pre-episodi ens parla del freqüent context d'**oci nocturn**. Es proporcionen sovint benzodiazepines, essent el tractament farmacològic recomanat en fase aguda, si bé el primari és el **psicoterapèutic**.⁴ Hipotetitzem que la vinculació ambulatoria d'un 20% es relaciona amb una **millora simptomàtica espontània inicial**, la pròpia **clínica evitativa** del trastorn per estrès agut/post-traumàtic (TEA/TEPT) i/o una baixa **necessitat percebuda** de tractament. El major seguiment quan hi ha cognicions de culpa pot anar en la línia de més **gravetat** del propi TEA/TEPT¹ i del desenvolupament comòrbid -àmpliament descrit^{3,5}, d'un trastorn depressiu major.

Aquest estudi té diverses limitacions, entre les que destaquen el **biaix d'inclusió** -només s'estudien les víctimes que reben atenció sanitària-, l'ús de variables **proxy** i l'elevada proporció de **valors perduts** en algunes variables (estimacions esbiaixades, limitació de potència estadística).

En definitiva, les agressions sexuals són un **problema de salut pública** amb importants repercussions personals, socials i legals. La intervenció en salut mental a Barcelona es vehicula a través d'una **avaluació integral inicial a urgències** i la derivació posterior al **programa ambulatori multidisciplinari especialitzat**. Les especificitats que presenten les persones ateses -tant en la simptomatologia fluctuant del propi TEA/TEPT com en la freqüent situació de vulnerabilitat social- dificulten en moltes ocasions un seguiment estret.

REFERÈNCIES BÀSIQUES

1. Scott MS, Koenen KC, King A, Petukhova MV, Alonso J, Bromet EJ et al, on behalf of the WHO World Mental Health Survey Collaborators. Post-traumatic stress disorder associated with sexual assault among women in the WHO World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2018; 48(1): 155-167.
2. Linden J. Care of the Adult Patient after Sexual Assault. *N Engl J Med* 2011; 365:834-841.
3. Chen PC, Murad MH, Paras ML, Colbenson KM, Sattler AL, Gormson EN et al. Sexual Abuse and Lifetime Diagnosis of Psychiatric Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc*. 2010; 85(7): 618-629.
4. Bryant R. Treatment of acute stress disorder in adults. *Waltham (MA): UpToDate*; 2018.
5. Dir AL, Hahn, Jaffe AE, Stanton K, Gilmore AK. Depressive Symptoms Following Recent Sexual Assault: The Role of Drug and Alcohol Use, Acute Stress, and Assault Characteristics. *J Interpers Violence*. 2018; 24:886260518803605.

Interconsulta a Psiquiatría en pacientes ingresados en UCI

Cuñat O¹, del Hoyo B¹, Rodríguez A¹, Trujillo A¹, López C¹, Parrilla P².

¹ Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona. ² Parc Salut Mar, Barcelona.

Introducción

Existen muy pocos estudios sobre los TM en los pacientes ingresados en UCI a pesar de que la presencia de esta comorbilidad dificulta la evaluación diagnóstica, su manejo y empeora el pronóstico⁽¹⁾. No existen unos criterios claros sobre los cuidados específicos de estos pacientes en la UCI o para realizar una interconsulta a psiquiatría. Solo se encuentran unos pocos estudios publicados en relación a interconsultas solicitadas por síndrome confusional, para evaluación de las intoxicaciones agudas secundarias a drogas o tentativas autolíticas⁽²⁾. La única recomendación específica que se da desde la Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) es la de realizar una interconsulta antes del alta de UCI de todos los pacientes con intento de autolisis⁽³⁾.

Objetivos

Describir los motivos más frecuentes de interconsulta a Psiquiatría en pacientes ingresados en UCI con y sin antecedentes psiquiátricos. Evaluar la pertinencia de la interconsulta realizada. Describir las patologías a nivel psiquiátrico más frecuentes en pacientes con intento autolítico. Estudiar si hay asociación entre la presencia de diagnóstico psiquiátrico y haber precisado contención mecánica por agitación durante el ingreso.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo en la UCI polivalente de 6 camas del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes ingresados en la UCI entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de junio de 2018 siendo registradas las variables clínico-demográficas. Se realizó una primera revisión por parte de UCI y posteriormente una segunda por parte de Psiquiatría seleccionando los pacientes en los que se consideró la presencia de antecedente psiquiátrico. Por último, se identificó aquellos pacientes a los que se realizó interconsulta a Psiquiatría y se revisó la pertinencia de la misma, utilizando un consenso establecido para su indicación que definió el mismo equipo de Psiquiatría. Se calculó el porcentaje de todas las variables cualitativas y se utilizó la prueba de chi-cuadrado para estudiar la relación entre presencia de antecedente psiquiátrico y necesidad de contención mecánica por agitación.

Resultados

Durante el periodo analizado hubo un total de 1250 ingresos. De estos pacientes, se consideró presencia de antecedentes psiquiátricos en un total de 194 (15,6%). Se realizó interconsulta en un 4,7% de los pacientes, de los cuales un 89,7% presentaban algún antecedente psiquiátrico. Los motivos más frecuentes de interconsulta se muestran en el gráfico 1.

De los pacientes con intento autolítico (N = 15), el 93,3% tenían antecedente psiquiátrico. En el gráfico 2 se pueden observar las patologías psiquiátricas más frecuentes en pacientes a los que se realizó interconsulta por dicho motivo, siendo los trastornos afectivos los más frecuentes.

De los pacientes que requirieron contención mecánica por agitación, el 26,3% tenían antecedente psiquiátrico y el 73,7% no. En la tabla 1 se muestra la asociación entre la presencia de antecedente psiquiátrico y la necesidad de contención en UCI, siendo ésta estadísticamente significativa (p = 0,001).

En cuanto a la pertinencia de la interconsulta se observó que en un 93% de las ocasiones en las que se realizó estaba indicada, y no procedían el 89,9% de las que no se hicieron.

Conclusiones

El motivo de interconsulta más frecuente sería el reajuste farmacológico en pacientes con antecedentes. No se realizaron interconsultas por síndrome confusional en pacientes sin patología psiquiátrica, como sucede en otros artículos publicados. En cuanto a la necesidad de contención mecánica, existe una asociación significativa con la presencia previa de patología psiquiátrica. Por último, la patología más frecuente en los pacientes con intento autolítico ingresados en UCI son los trastornos afectivos. Los resultados de este trabajo podrían ampliar las recomendaciones de trabajos previos (SEMICYUC) sobre cuándo realizar una interconsulta a psiquiatría en pacientes de UCI.

Bibliografía

1. Gascón A, Pérez-Martínez E. et al. Interconsulta de psiquiatría en un hospital general: resultados de la comparación entre menores y mayores de 65 años. *Psicosom. psiquiatr.* 2018;6:32-41.
2. Arabi M, Shahhatami F et al. Adaptation of the pharmacological management of delirium in ICU patients in Iran: Introduction and definition. *Iran J Psychiatry.* 2018;13(1):65-79.
3. Hernández-Tejedor A, Peñuelas O. et al. Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva.* 2017;41(5):285-305.

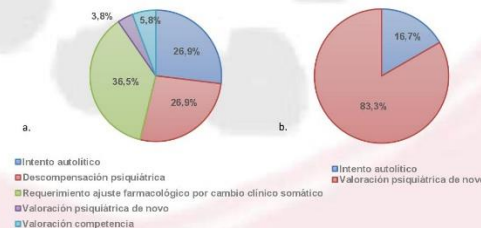


Gráfico 1. Motivos de interconsulta más frecuentes en pacientes: a. con antecedentes psiquiátricos y b. sin antecedentes psiquiátricos.



Gráfico 2. Patologías psiquiátricas más frecuentes de los pacientes que ingresaron en la UCI por intento autolítico y se realizó interconsulta a Psiquiatría.

| Antecedente psiquiátrico | Si | No | Total |
|--------------------------|-----|-----|-------|
| No contención mecánica | 131 | 877 | 1008 |
| Contención por Agitación | 20 | 56 | 76 |
| Total | 151 | 933 | 1084 |

Chi cuadrado = 10,46 g.l. = 1 p = 0,001

Tabla 1. Tabla de contingencia: Contención mecánica según presencia de antecedentes psiquiátricos.

¿ESTABA JUSTIFICADO?

ANÁLISIS DEL PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE QUE INGRESA INVOLUNTARIO

Roberto Palacios Garrán; Amau Gisbert Solà; Cristina Díaz Téllez; Samuel Pàmpols Pérez; Enrique del Agua Martínez; Ester Castán Campanera
Hospital Universitario de Santa María

Introducción

El internamiento psiquiátrico involuntario se considera una medida terapéutica excepcional que se realiza por indicación médica.

Requiere una autorización judicial y supone una medida controvertida, ya que en ocasiones puede ser percibido por parte del paciente como un proceso muy traumático que aumenta su malestar en lugar de aliviarlo.

Los principios generales de la política sanitaria establecen que las administraciones intentaran reducir al mínimo posible la necesidad de hospitalización mediante la atención comunitaria.

Objetivos

Los objetivos de este estudio son:

- Identificar el perfil clínico de los ingresos involuntarios
- Conocer la opinión de los pacientes que han sido sometidos a este tipo de intervención
- Proponer nuevas estrategias que disminuyan el impacto emocional y reduzcan su necesidad.

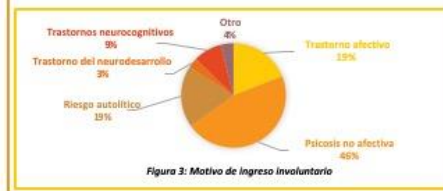
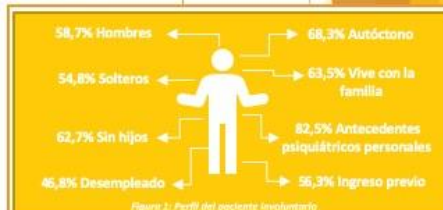
Materiales y métodos

Estudio transversal en el que se incluyen todos los pacientes mayores de 18 años que ingresan de forma involuntaria en la unidad de hospitalización de psiquiatría en primer trimestre del año 2019 (n=126).

Se recogen variables sociodemográficas, diagnósticas y otras relacionadas con el propio ingreso. Posteriormente, se realiza estudio piloto para conocer la opinión de los pacientes sobre la necesidad del ingreso, realizando un muestreo aleatorio estratificado (n=12). Tras el alta a domicilio se contacta telefónicamente con los pacientes y se les pregunta si conocían su condición de ingresos involuntarios y si creían que estaba justificado.

Discusión - Conclusiones

- El perfil clínico del paciente que ingresa involuntariamente es similar al encontrado en estudios previos.
- Destaca que, aunque la mayoría de los pacientes habían tenido un contacto previo con la red de Salud Mental solo un pequeño grupo estaba vinculado a recursos orientados a la rehabilitación comunitaria o psicosocial.
- Aunque se comunicara la condición de ingreso involuntario al inicio del ingreso, es posible que la psicopatología del paciente en dicho momento le impidiera comprenderla adecuadamente, por lo que un aspecto a mejorar sería el modo en el que la información se les transmite.
- La mayoría opinan que a pesar de que al momento del ingreso lo rechazaran, estaba justificado.





PÒSTERS



ESTUDI DE RESSONÀNCIA MAGNÈTICA FUNCIONAL EN PACIENTS MANÍACS VS CONTROLS SANS UTILITZANT LA TASCA CMET



Alomar A¹, Madre M^{1,3}, Sáez-Francàs N⁴, Palau P⁵, Moro N³, Sarró S^{1,2}, Salvador R^{1,2}, J. McKenna P^{1,2}, Fuentes-Claramonte P^{1,2}, Pomarol-Clotet E^{1,2}

(1) FIDMAG Hermanas Hospitalarias Research Foundation; (2) Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM); (3) Benito Menni Complex Assistencial en Salut Mental, Barcelona; (4) Hospital Sant Rafael, Barcelona; (5) Hospital General de Granollers

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

En els darrers anys el coneixement sobre les alteracions cerebrals funcionals en el trastorn bipolar ha anat en augment. Tot i així, els canvis que ocorren durant els episodis maníacs encara són poc coneguts.

L'objectiu d'aquest treball és avaluar les alteracions cerebrals que es produeixen durant les descompensacions maníacques en un grup de pacients amb un Trastorn Bipolar o Esquizoafectiu tipus bipolar, comparats amb subjectes sants.

Aquest estudi utilitza el Test Computeritzat de Múltiples Elements (CMET (1), veure Figura 1) durant la realització d'una ressonància magnètica funcional (fMRI).

MATERIALS I MÈTODES

Participen 16 pacients amb un episodi maníac (Young > 18), diagnosticats de Trastorn Bipolar I o Trastorn Esquizoafectiu bipolar, segons criteris del DSM-V, i 16 controls sans aparellats per sexe, edat i pel CI premòrbid (veure taula 1). Tots els subjectes es van fer una fMRI en un escàner 3T Phillips Ingenia, mentre realitzaven la tasca del CMET.

Es van utilitzar models lineals per obtenir mapes d'activació cerebral intragrup i diferències d'activació entre els grups per la comparació entre la condició experimental i la condició control. L'execució conductual de la tasca (mesurada com la 'desviació del temps òptim de joc'), va ser significativament pitjor en els pacients maníacs que en els controls.



Figura 1: Tasca CMET: els subjectes juguen a quatre videojocs simples en ordre aleatori, que canvien de forma automàtica (condició control) i voluntària (condició experimental).

| | Controles (n=16) | Pacients Maníacs (n=16) |
|---------------------------------------|------------------|--|
| Edat (mitjana) | 30.5 | 31.2 |
| Sexe (masculí/femení) | 8/8 | 9/7 |
| IQ (mitjana) | 105 | 102 |
| Edat d'inici de la malaltia (mitjana) | - | 25.5 |
| Tipus de malaltia | - | 10 Bipolar I, 6 Bipolar II, 4 Esquizoafectiu |
| Estadament actual | - | 12 Maníac, 4 Depressió |
| Tratament amb medicació | - | 14 Sí, 2 No |
| Tipus de medicació | - | 10 Estabilitzadors d'humors, 4 Antipsicòtics, 2 Antidepressius |

Taula 1: Dades demogràfiques i psicopatològiques per pacients maníacs i controls sans.

RESULTATS

Activacions intragrup

Els controls sans van mostrar activacions en regions fronto-parietals, còrtex cingulat anterior (CCA) i part anterior de l'ínsula, de manera bilateral (veure Fig. 2a). Els pacients maníacs mostraven activacions en regions similars però en menor intensitat (veure Fig. 2b).

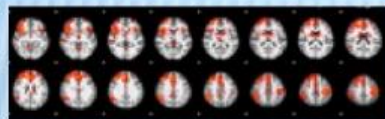


Figura 2a: activacions en controls.

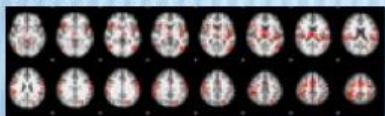


Figura 2b: activacions en pacients maníacs.

En les figures, la imatge de la part dreta correspon a la part cerebral esquerra.

Pacients maníacs vs controls sans

En comparar els dos grups, els pacients maníacs van mostrar menor activació en tres regions: en el CCA dorsal dret, arribant fins el còrtex prefrontal dorsolateral (DLPFC) i el pol frontal, en el còrtex parietal inferior dret i en el còrtex postocentral esquerre (veure Fig. 3). No es va trobar cap regió amb un augment d'activitat en els pacients maníacs respecte als controls.

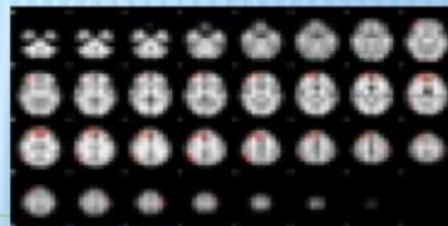


Figura 3: Comparació entre pacients maníacs vs controls sans. Regions cerebrals que mostren més activació en els canvis voluntaris respecte els canvis automàtics.

CONCLUSIONS

- En comparació amb els controls sans, els pacients maníacs mostren una disminució en l'activació cerebral en àrees prefrontals (DLPFC), així com en el còrtex parietal dret, utilitzant una nova tasca de funció executiva (CMET).
- Hipoactivacions en aquestes regions prefrontals han estat prèviament descrites en pacients maníacs utilitzant una tasca de memòria de treball (tasca n-back) (2).
- Aquestes troballes s'afegeixen a l'escassa literatura que existeix en ressonància magnètica funcional durant episodis maníacs, utilitzant una nova tasca executiva (CMET).

REFERÈNCIES

1. Cullen, B., Brennan, D., Manly, T., & Evans, J. J. (2016). Towards validation of a new computerised test of goal neglect: Preliminary evidence from clinical and neuroimaging pilot studies. *PLoS ONE*, 11(1), 1-12.
2. Pomarol-Clotet E, Moro N, Sarró S, Góicoechea JM, Vieta E, Amann B, et al. Failure of de-activation in the medial frontal cortex in mania: evidence for default mode network dysfunction in the disorder. *World J Biol Psychiatry* 2012; 13:

RESPUESTA DEL CORTISOL AL DESPERTAR EN TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR. META-ANÁLISIS

Bote V¹, Soria V², Gine E¹, Cañete J¹, Daví E¹, Boix E¹, Niubo M¹, Moreno L¹, Rodríguez R¹, Labad J³

Servicio de psiquiatra. Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme¹. Hospital de Bellvitge². Hospital Parc Taulí³

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

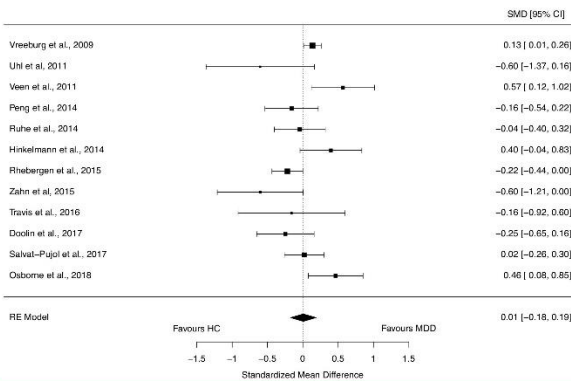
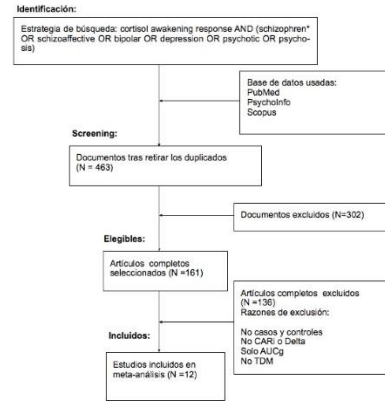
La alteración del eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal se ha visto involucrada en la etiología, fenotipo y pronóstico de los Trastornos Mentales Severos (TMS): Trastorno Depresivo Mayor (TDM), Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Primeros Episodios Psicóticos. La función de dicho eje se puede estudiar a través de diversos métodos, entre ellos, la respuesta del cortisol al despertar (CAR), el cual representa el aumento de los niveles de cortisol entre los 30-45 minutos tras el despertar. Realizamos una revisión sistemática y meta-análisis del CAR en TMS. Presentamos los datos del meta-análisis, referente a artículos que han estudiado el CAR en TDM como primera parte del proyecto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una búsqueda sistemática de artículos escritos en español e inglés con la siguiente estrategia: cortisol awakening response AND (schizophren* OR schizoaffective OR bipolar OR depression OR psychotic OR psychosis). Hemos usado tres bases de datos: PubMed, PsychoInfo y Scopus. Se utilizó la guía PRISMA para realizar la revisión sistemática. Solo incluimos aquellos que hayan calculado el CAR como AUC_i o Rise (diferencia entre los niveles de cortisol al despertar y treinta minutos tras el despertar). Se utilizó el software R para realizar el meta-análisis.

RESULTADOS

Doce estudios cumplieron los criterios de inclusión. El CAR no resultó estadísticamente significativo en los individuos con TDM en comparación con los controles con un tamaño de efecto pequeño (diferencia de medias estandarizada [SMD] = 0,01, IC del 95%: -0,18 a 0,10, p <0,05). Además existe una elevada heterogeneidad entre los resultados de los diferentes estudios.



CONCLUSIONES

Encontramos una ausencia de diferencia entre la respuesta del cortisol al despertar de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor y los grupos de controles sanos. Posiblemente, la ausencia de diferencias sea debida a la heterogeneidad de la metodología usada y a la falta de protocolos rigurosos para estudios longitudinales de CAR. Un apuesta por la homogeneización de la metodología en los próximos estudios como nos indica Stalder en su consenso de 2015, nos ayudaría a conocer mejor el CAR en TDM.

BIBLIOGRAFÍA

- Stalder T, Kirschbaum C, Kudielka BM, Adam EK, Pruessner JC, Wüst S, Dockray S, Smyth N, Evans P, Hellhammer DH, Miller R, Wetherell MA, Lupien SJ, Clow A. Assessment of the cortisol awakening response: Expert consensus guidelines. *Psychoneuroendocrinology*. 2016 Jan;63:414-32. doi: 10.1016/j.psyneuen.2015.10.010. Epub 2015 Oct 20. Review.
- Pruessner JC, Kirschbaum C, Meinlschmid G, Hellhammer DH. Two formulas for computation of the area under the curve represent measures of total hormone concentration versus time-dependent change. *Psychoneuroendocrinology*. 2003 Oct;28(7):916-31.
- Harrat M, Cuijpers P, Ebert D, D. (2019). Doing Meta-Analysis in R: A Hand-on Guide.

Ús de clozapina en una cohort de pacients amb Primer Episodi Psicòtic



Moreno-Sancho L¹, Juncal-Ruiz M², Ortiz-García de la Foz V², Perez-Herrera M², Suárez-Pinilla P², Ayesa-Arriola R², Crespo-Facorro B².

¹Servei de Psiquiatria, Consorci Sanitari del Maresme, Hospital de Mataró, Barcelona

²Departament de Psiquiatria, Hospital Universitari Marqués de Valdecilla, Santander

Introducció

La resposta al tractament en l'esquizofrènia és heterogènia, ja que durant el primer episodi de la malaltia, fins a una quarta part dels pacients continuen tenint símptomes persistents tot i el tractament adequat. La clozapina, és l'únic medicament amb aprovació per l'esquizofrènia resistent al tractament, encara que segueix sent infrautilitzada en la pràctica clínica general.

Objectius

Aquest estudi pretén examinar de forma longitudinal les característiques de prescripció de clozapina entre els clínics, establint la prevalença d'ús de clozapina, identificant factors clínics i demogràfics basals associats a la resistència a les primeres línies de tractament i al canvi a la clozapina i examinant els efectes adversos en usuaris de clozapina versus en usuaris que prenen altres antipsicòtics en una cohort de pacients amb un primer episodi psicòtic (PEP) des del començament del tractament antipsicòtic.

Material i mètodes

Es van recollir de forma retrospectiva les dades clíniques de 662 pacients inclosos al Programa d'Atenció de Fases Inicials de Psicosis (PAFIP), de l'Hospital Universitari Marqués de Valdecilla de Santander, des de gener de 2008 fins al desembre de 2018. Els usuaris que prenen clozapina van ser identificats i es van obtenir històries de tractaments addicionals a partir de registres mèdics. A més de les estadístiques descriptives, es va realitzar un anàlisi multivariante per identificar els predictors clínics associats amb l'inici de clozapina. S'ha utilitzat STATA 15.0 per a l'anàlisi estadística.

Resultats

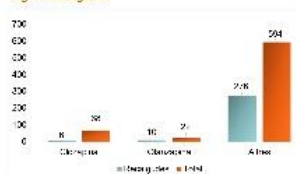
Tabla 1. Predictors d'ús de clozapina vs altres antipsicòtics

| Característiques | Estratègia de clozapina | | P-valor | OR |
|------------------------------------|-------------------------|--------------|-------------|-------|
| | n (%) | n (%) | | |
| Diagnòstic (Eix diagnòstic) | 48 (66,80) | 236 (48,00) | 207 (2,17) | 0,001 |
| Sexe (Gènere) | 25 (35,41) | 110 (22,50) | 3,04 (1,75) | 0,100 |
| Edat (Edat) | 63 (89,26) | 340 (62,42) | 25,3 (2,68) | 0,004 |
| Nivell de funció (psiquiàtric) | 45 (64,10) | 226 (43,10) | 37,0 (3,29) | 0,000 |
| Suïcidis | 61 (87,24) | 410 (73,00) | 20 (1,16) | 0,002 |
| | media (SD) | media (SD) | Estadístics | P |
| Edat al començament (E1) | 26 (29,60) | 21 (20,40) | 103,04 | 0,000 |
| Edat al final de seguiment | 20,50 (0,64) | 20,00 (0,71) | 1 (0,00) | 0,201 |
| Funció al final de seguiment (E2) | 8 (10,60) | 8 (7,70) | 2,07 (0,40) | 0,000 |
| Puntuació total de la CDS al final | 2,04 (0,24) | 2,02 (0,00) | 2 (2,00) | 0,210 |
| Temps de prescripció (mesos) | 8,36 (2,11) | 7,54 (2,14) | 2,03 (0,40) | 0,000 |
| Temps de seguiment (mesos) | 3,36 (2,07) | 2 (1,00) | 4,92 (0,87) | 0,004 |
| Tipus de psicosis (E3) | 3 (4,13) | 2 (1,90) | 4,92 (0,87) | 0,004 |
| Tipus de psicosis (E4) | 3 (4,13) | 2 (1,90) | 4,92 (0,87) | 0,004 |
| Adrenergia (E5) | 3 (4,13) | 2 (1,90) | 4,92 (0,87) | 0,004 |
| Control | 4 (5,33) | 2 (1,90) | 4,92 (0,87) | 0,004 |

Abreviatures: D1, data de començament de l'ús de clozapina; D2, data de la prescripció d'altres antipsicòtics; E1, E2, E3, E4, E5, característiques basals; OR, odds ratio; P, probabilitat; SD, desviament estàndard; n, nombre de pacients; %, percentatge.

z = estadístic de prova de Wilcoxon

Fig. 1. Recollides



- De les 662 pacients estudiats, 66 (10,3%) havien rebut clozapina.
- Es va observar un retard en l'inici de clozapina de fins a 36 mesos.
- En el seguiment a 10 anys, no es va donar cap cas d'agranulocitosis (0%) en ambdós grups (clozapina vs altres APs).
- De les 60 usuaris que feien ús de clozapina, només un 11,5% (n=6) van rebre una vegada.

Fig. 2. Efectes adversos significatius de l'ús de clozapina a 3 anys de seguiment



Conclusions

- Es va considerar que gairebé 1 de cada 10 de la cohort original tenia una resposta subòptima als assajos de medicaments antipsicòtics.
- Les variables clíniques poden ser útils per intentar predir la resistència a les primeres línies de tractament i el pas a la clozapina.
- En comparació amb altres antipsicòtics, s'observa major guany de pes, somnolència i sialorrea en usuaris que fan ús de clozapina, però no s'observen complicacions greus o potencialment mortals (agranulocitosis) en ambdós grups.
- L'ús de clozapina per a l'esquizofrènia resistent s'utilitza poc, per la qual cosa seria convenient investigar les variables clíniques i genètiques en estudis futurs.

Bibliografia

1. Asero L, Lobo C, Komassa K, Rummel-Kluge C, Hunger H, Schmid F, Schwarz S, et al. Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *Cochrane database Syst Rev*. 2010; CD008633
2. Hines OJ, Vergunst F, Gee S, McGuire P, Kapur S, Taylor D. Adherence to treatment guidelines in clinical practice: Study of antipsychotic treatment prior to clozapine initiation. *Br J Psychiatry*. 2012;201:481-5

Efectivitat de la teràpia electroconvulsiva de manteniment en la prevenció de recaigudes en pacients amb trastorn bipolar

Madero S¹, Anmella G¹, Sagué-Vilavella M¹, Pons MT¹, Giménez A¹, Pinzón J¹, Gomes S¹, Solerdelcoll M¹, Llach C¹, Arbelo N¹, Ilzarbe L¹, Benabarre A¹, Bioque M¹, Murru A¹.

¹Departament de Psiquiatria i Psicologia. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic de Barcelona. Universitat de Barcelona. c/Villarroel 170, 12-0, 08036, Barcelona, Catalunya, Espanya.

Contacte: madero@clinic.cat



INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS:

La teràpia electroconvulsiva (TEC) s'ha establert com una eina efectiva i segura per al tractament de diferents trastorns psiquiàtrics. En la majoria dels casos, es manté la remissió clínica amb la discontinuació gradual de la TEC si es continua el tractament farmacològic establert (Odeberg, 2008). No obstant, aproximadament el 40% dels pacients presenten una recaiguda al cap de 6 mesos i el 50% al cap d'un any (Jelovac, 2013). Si la TEC es manté durant un període de 6 mesos, s'anomena TEC de continuació i, si es manté més d'un any, TEC de manteniment (MANTEC) (Kolar, 2017).

OBJECTIU:

Estudiar i determinar l'efectivitat de la MANTEC en el curs del trastorn bipolar (TB).

SUBJECTES I MÈTODES:



- Es tracta d'un estudi observacional prospectiu en pacients que han iniciat MANTEC al nostre centre entre els anys 2000-2016.
- Es va revisar la història clínica de 108 pacients amb el diagnòstic DSM-IV-TR de TB tipus I o II; es van incloure un total de 43 que complien els criteris d'inclusió.
- Es va realitzar una anàlisi descriptiva de les variables sociodemogràfiques i es van comparar les medianes de les variables de resposta clínica mitjançant el test de Wilcoxon utilitzant el programa SPSS Statistics 23 (IBM). Es va considerar el valor de $p < 0,05$ per la significació estadística.

DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

De manera similar a un estudi recent (Santos-Pina, 2016), aquest estudi mostra una **reducció en el número de dies d'hospitalització** en pacients amb trastorn bipolar i TEC de manteniment en comparació amb el tractament farmacològic aïllat. L'ús d'aquesta modalitat de tractament pot reduir l'impacte socioeconòmic i les repercussions psíquiques i somàtiques que pot suposar un ingrés a una unitat d'aguts en pacients amb trastorn bipolar, de manera que cal considerar la TEC com a teràpia de manteniment en determinats casos.

BIBLIOGRAFIA

- Jelovac A, Kolshus E, McLoughlin DM. Relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacology*. 2013 Nov;38(12):2467-74.
- Kolar D. Current status of electroconvulsive therapy for mood disorders: a clinical review. *Evid Based Ment Health*. 2017 Feb;20(1):12-14.
- Odeberg H, et al. Individualized continuation electroconvulsive therapy and medication as a bridge to relapse prevention after an index course of electroconvulsive therapy in severe mood disorders: a naturalistic 3-year cohort study. *J ECT*. 2008 Sep;24(3):183-90.
- Santos-Pina L, et al. Maintenance electroconvulsive therapy in severe bipolar disorder: A retrospective chart review. *J ECT*. 2016 Mar;32(1): 23-8

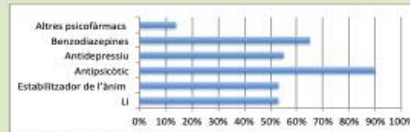
RESULTATS:

| Demogràfiques: | | Paràmetres TEC: | |
|------------------------------|-----------------|------------------------------------|---------------|
| Edat d'inclusió(DS) | Pacients (n=43) | Tipus d'estimulació (bilateral, %) | MANTEC (n=43) |
| Edat debut malaltia | 52.05 (±17.56) | | 93.0% |
| Comorbiditats psiquiàtriques | 32.43(±16.02) | Temps de convulsió EEG (segons) | 36.61(±9.14) |
| | 16.3% | Energia TEC (Joules) | 59.65±40.37 |
| Comorbiditats somàtiques | 72.1% | Anys debut-inici MANTEC | 19.09(±14.51) |
| | | Total sessions | 43(±25.30) |

Taula 1. Variables demogràfiques



Gràfic 1. Relació Homes a Dones



Gràfic 2. Tractament farmacològic durant MANTEC

Variables de resposta clínica:

| | Abans MANTEC | MANTEC |
|---------------------------------------|-----------------|----------------|
| Número d'hospitalitzacions [m± DS(R)] | 2±2.53(0-11) | 0±1.48(0-6) |
| Dies d'hospitalització [m± DS(R)] | 35±56.68(0-210) | 0±28.5 (0-168) |

Taula 3. Comparació del número i dies de hospitalització abans i durant MANTEC. Resultats estadísticament significatius amb $p < 0,0001$

Distribució de variables i valors extrems:

- Per estudiar la distribució de les variables "resposta", "dies d'hospitalització abans/durant MANTEC" i "número d'hospitalitzacions abans/durant MANTEC" es van realitzar tests de normalitat Kolmogorov-Smirnov que indicaven una distribució no gaussiana ($p < 0,0001$).

Comparacions emparellades:

- Test de Wilcoxon comparant variables "resposta" per mostres emparellades: Número d'hospitalitzacions "abans" versus "durant" MANTEC ($Z = -3.739$; $p < 0,0001$); i dies d'hospitalització "abans" versus "durant" MANTEC ($Z = -4.648$; $p < 0,0001$).



FENOMEN DE BURNOUT EN RESIDENTS DEL CONSORCI SANITARI DEL MARESME (CSdM)

García-Fuentes, D, Anton-Soler, M, Torres-Faba, J, Vilella, V, Niubó-Gurgui, M i Giné-Servén, E.
Servei de Salut Mental del CSdM



Introducció



Freudenberg



C. Maslach

La relació de les persones amb la seva activitat laboral presenta una sèrie de dificultats que poden arribar a deteriorar-la. Aquest fenomen es coneix des de fa relativament poc temps, i fou descrit per primer cop al 1974 pel psiquiatre nord-americà Freudenberg [1], qui el va anomenar fenomen de *burnout* o síndrome de desgast professional (SDP). Al 1976, Maslach va popularitzar el concepte per a referir-se a persones que després d'un llarg temps de treball presenten sobrecàrrega emocional o es senten "cremats" [2]. Des de llavors el concepte ha anat prenent cada cop més pes, tant és així que, per exemple a nivell europeu, al 2015, la *Fundació Europea per a la Millora de les Condicions de Vida i de Treball* referia que el 12% dels treballadors europeus no estan satisfets amb la seva feina i el 33% presenta un índex elevat d'intensitat de treball [3]. A Espanya el fenomen de *burnout* està inclòs a la *Ley de Prevenció de Riesgos laborales* com a necessitat d'identificar-ho i prevenir els riscos derivats [4]. Al 2015, la *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo* fa constar que un 30% dels enquestats afirmava sofrir estrès "sempre" o "quasi sempre", essent els valors superiors entre els professionals de la salut (37%) i amb un increment respecte de l'enquesta prèvia al 2010 (23%).

L'instrument més comunament utilitzat per a la seva detecció és el *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, estructurat en tres dimensions o subescales: esgotament personal (EP), despersonalització (D) i realització personal (RP) [8].



Maslach Burnout Inventory

MBI



En l'àmbit sanitari existeixen diverses publicacions en aquest sentit, a nivell internacional i nacional, sobretot centrades en personal d'urgències. No existeix cap estudi similar a la nostra àrea d'actuació, el Maresme. Per aquest motiu, la investigació que proposem resulta convenient per estudiar un problema habitual entre els professionals de l'àmbit de l'atenció sanitària.



Estudis preliminars



En l'àmbit sanitari, i particularment entre el col·lectiu de residents, diverses publicacions analitzen aquest fenomen i en reporten dades, per exemple, en dels estudis (2007): un 93% de *burnout*: 50% moderat, 43% alt, associant-se, sobretot, a no lliurar les guardies [5].

Un estudi de l'Hospital Clínic Provincial de Barcelona (2009) [7] que examina el fenomen de *burnout* en residents que realitzen guardies al servei d'urgències: 40,2% alt esgotament emocional i 64,4% alta despersonalització, amb un total de 69,7% dels residents en rang de *burnout* associant aquest fenomen a realitzar 5 o més guardies al mes (76,6%, p<0,05) així com en residents de Medicina interna respecte la resta (75,6% p = 0,05).



Resultats

Per exigències del Comitè d'Ètica del nostre centre, l'estudi no ha estat aprovat fins recentment, pel que encara estem en fase de recollida de dades.



Discussió

Segons els estudis previs, es pot preveure que hi trobarem una proporció elevada de *burnout*, aproximadament d'entre el 40 i el 60% dels residents, amb un predomini de les especialitats que realitzen tasques habituals als serveis d'urgències mèdiques o quirúrgiques, en relació als que no en realitzen. Pel perfil de la nostra enquesta, esperem trobar més indicadors epidemiològics que puguin ser factors protectors o precipitants de patir *burnout*, com per exemple seria el fet de tenir parella, tenir fills, tenir un bon suport social o activitats lúdiques, etc. Aquest tipus de dades no han sigut recollides en estudis previs, pel que creiem que poden ser de molta utilitat per a la millor caracterització d'un fenomen com el que estudiem.



Objectius, materials i mètode

Objectiu primari:

Realitzar una descripció bàsica de les dades epidemiològiques dels residents de qualsevol especialitat de CSdM així com l'autoresposta al qüestionari de Maslach.

Objectius secundaris: identificar factors associats amb el desenvolupament o la protecció davant del *burnout* entre els residents; i objectivar punts millorables en el procés de residència.



METODOLOGIA:

Es tracta d'un estudi transversal en el que s'obtidran dades a partir d'una enquesta online anònima amb un apartat de dades epidemiològiques (edat, sexe, condició social, especialitat, guardies, etc.) i una segona part on hauran de respondre al qüestionari de Maslach. L'enquesta es realitza mitjançant la plataforma *Google Formularios*[®] i s'enviarà al correu hospitalari de cada resident on rebran un enllaç per respondre-la en línia, emmagatzemant-se les dades, anònimes i només disponible per als autors d'aquest estudi, sota contrasenya.



Enquesta amb *Google Formularios*[®] que hem dissenyat per al present estudi.



Conclusions

En espera dels nostres resultats per relacionar amb la dades prèvies en estudis similars. Resulta necessari identificar aquest fenomen en població de risc que inicia el desenvolupament de la seva carrera professional, per garantir que es mantingui l'excel·lència del nostre sistema sanitari a través del seu personal, així com del seu valor de futur: els residents.



Referències bibliogràfiques

- Freudenberg MJ. Staff-burnout syndrome in alternative institutions. *Psychiatry: Theo, Res, Prac*. 1974;12(73):52.
- Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. *Burnout: 35 years of research and practice*. Career Development International. 2006; 14 (3): 204-220.
- Escófard (2017). *South European Working Conditions Survey – Overview report* (2017 update), Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Ley 31/1995, de 3 de novembre, de Prevenció de Riesgos Laborales. BOE: a 10 de noviembre de 1995. p. 32390-32611 E.
- U. Jaramólez, Martínez. 48 h de Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2007;19:116-121.
- Schaufeli WB, Salas M, Maslach C. *Acta: Rev Psiquia*. 2001; 32:391-412.
- Pineda M. et al. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Chil Esp*. 2006; 210(2):209-210.

Factores de riesgo de suicidio en prisiones en España

Rodríguez A¹, Cuñat O¹, del Hoyo B¹, Haro JM¹, Vicens E¹

¹Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

Introducción

Hay más de 10 millones de presos en todo el mundo y la prevalencia de trastornos mentales es mayor que en la población general. Los presos también tienen un mayor riesgo de mortalidad por todas las causas (incluyendo suicidio) así como de autolesión, violencia y victimización. El suicidio y las autolesiones son más comunes en los presos que en las personas de la comunidad. El riesgo relativo de suicidio de los internos en el mundo es de 3-6 en comparación con la población general⁽¹⁾. En España, en el año 2016, la tasa de incidencia de muerte por suicidio en internos de centros penitenciarios fue de 0,44 por 1000 internos. El 96% eran hombres y la edad media de los fallecidos por esta causa (37,2 años) es inferior a la del total de los fallecidos en 2016 en Instituciones Penitenciarias (45,9 años). Ese mismo año, en la población general las tasas de suicidio fueron de 7,6 por cada 100.000 habitantes⁽²⁾. No se sabe en qué grado la prisión aumenta la incidencia de suicidio, pero se están realizando diversos estudios para determinar cuáles son los factores de riesgo asociados^{(3),(4),(5)}.

Objetivos

El objetivo de este estudio es determinar cuáles son las variables sociodemográficas y psicopatológicas asociadas al riesgo de suicidio en una muestra penitenciaria española representativa de 707 hombres internos de 5 centros penitenciarios distribuidos en 3 comunidades autónomas españolas.

Métodos

Se usa la base de datos del Estudio PRECA donde fueron evaluados 707 hombres internos de 5 prisiones (Quatre Camins (Barcelona), Ponent (Lleida), Zuera (Zaragoza), Alcalá-Meco (Madrid) y Navalcamero (Madrid)). Se aplicó una entrevista estructurada de recogida de datos sociodemográficos, la entrevista diagnóstica SCID-I (DSM-IV), el cuestionario de trastornos de la personalidad IPDE (DSM-IV), test de inteligencia para la evaluación de discapacidad intelectual (TONI-2), de evaluación de calidad de vida y clima social mediante EuroQol-5D (EQ-5D) y CIES, y el cuestionario de riesgo suicida de Plutchick con el objetivo de determinar la prevalencia de trastornos mentales en población penitenciaria. A partir de los resultados del cuestionario de riesgo suicida de Plutchick, donde se consideraba riesgo con puntuaciones mayores de 6, se estudian los factores sociodemográficos y psicopatológicos asociados. Los factores sociodemográficos que se analizan son la nacionalidad, la edad, el nivel de estudios, el estado civil, la situación laboral previa al ingreso en prisión, el tipo de delito cometido (clasificado en delito violento y delito no violento), el encarcelamiento previo, antecedentes familiares de trastorno mental y presencia de trastorno mental (trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, trastorno psicótico, trastorno de personalidad y trastorno por uso de sustancias) –prevalencia vida. Se realiza un primer análisis mediante pruebas cruzadas calculando los OR para cada una de las variables con el riesgo suicida y, posteriormente, también se realiza un segundo análisis estadístico mediante un modelo de regresión logística binaria para aquellas variables significativas en el primer análisis. Los datos han sido analizados mediante el programa SPSS Statistics versión 22.0.

Resultados

El 30,6% de la muestra se encuentra en riesgo de cometer suicidio. En el primer análisis, ser español duplica el riesgo de suicidio respecto a ser inmigrante (OR= 2,09). Haber cometido un delito violento y tener antecedentes familiares psiquiátricos también duplican el riesgo (OR=2,28 y OR=2,90 respectivamente). Respecto al nivel de estudios, encontramos más riesgo de suicidio en aquellos internos con nivel de estudios primarios respecto a otros grupos, aunque con fuerza débil (Gamma 0,22). Haber estado encarcelado previamente también mostró mayor riesgo (OR=1,9). Estar casado o tener pareja estable y tener empleo se comportan como factores protectores del riesgo de suicidio (OR=0,47 y OR=0,53 respectivamente). Respecto a los antecedentes psicopatológicos, los trastornos afectivos y del ánimo y el trastorno por uso de sustancias se comportan como factores de riesgo especialmente significativos (OR=6), seguido de los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad (OR 4-6). Por último, el trastorno psicótico tiene un OR de 3,6. El modelo de regresión logística que incluyó todos estos factores (tabla 1), encontró que los factores psicopatológicos más fuertemente asociados al riesgo de suicidio fueron la presencia de un trastorno afectivo (OR=4,53) y de un trastorno de personalidad (OR=4,05) seguidos del trastorno por uso de sustancias (OR=2,63), trastornos psicóticos (OR= 1,89) y trastornos de ansiedad (OR=1,75). Ninguna variable sociodemográfica se mostró estadísticamente significativa en el segundo análisis.

| | Wald | Significación (p) | Odds Ratio | IC (95%) |
|--|--------|-------------------|------------|-------------|
| Nacionalidad | 0,001 | No significativo | | |
| Nivel de estudios | 0,033 | No significativo | | |
| Estado civil | 3,298 | No significativo | | |
| Situación laboral | 3,724 | No significativo | | |
| Tipo de delito | 1,777 | No significativo | | |
| Encarcel. previo | 0,016 | No significativo | | |
| Antecedentes familiares | 1,318 | No significativo | | |
| Trastorno de ansiedad | 7,227 | 0,007 | 1,750 | 1,164-2,631 |
| Trastorno por uso de sustancias | 8,717 | 0,003 | 2,633 | 1,365-5,007 |
| Trastorno de personalidad | 16,067 | <0,0001 | 4,048 | 2,044-8,014 |
| Trastornos afectivos o del estado de ánimo | 53,820 | <0,0001 | 4,528 | 3,025-6,779 |
| Trastorno psicótico | 4,897 | 0,027 | 1,890 | 1,075-2,029 |

Tabla 1. Resultados análisis de regresión logística

Conclusiones

El riesgo de suicidio en la población penitenciaria es alto. Padecer un trastorno mental es el factor de riesgo más importante, por lo que detectar la presencia de enfermedad mental y, en consecuencia, aplicar un tratamiento y asegurar que tengan una atención adecuada son las medidas preventivas más eficientes para disminuir el riesgo y prevenir el suicidio en esta población. Las intervenciones preventivas deben abordar aspectos clínicos, relacionados con la prisión y ser sensibles a las vulnerabilidades de los diferentes grupos de presos.

Bibliografía

1. Fazel S, Grain M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: An ecological study of 861 suicides during 2008-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(8):191-5.
2. IRE. Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2016. Notas de Prensa IRE. 2017;2016: 8-10.
3. Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Smith EN, Piper M, Fazel S. Prevention of suicidal behavior in prisons: An overview of initiatives based on a systematic review of research on near-lethal suicide attempts. *Crisis.* 2016;37(5):323-34.
4. Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Fazel S. Psychosocial influences on prisoner suicide: A case-control study of near-lethal self-harm in women prisoners. *Soc Sci Med.* 2011;72(6):874-83.
5. Saavedra J, López M. Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Internet).* 2015;9(4):274-31.