Psiq Biol. 2021;(S1):78-86

Psiquiatría Biológica

www.elsevier.es/psiquiatriabiologica

XII ENCUENTROS NACIONALES EN PSIQUIATRÍA: CONDUCTA SUICIDA

Virtual, 9-10 de abril de 2021

REVISIONES

EL CONFINAMIENTO CONTINUADO: HIKIKOMORI

David Mancho Gragera, Rodrigo Muñoz Domínguez

MIR Psiquiatría. Madrid.

Hikikomori (literalmente significa apartarse, estar recluido) es un término introducido por primera vez en 1998 por el psiquiatra japonés Tamaki Saito en su libro "Sakateki hikikomori, una adolescencia sin fin". Se trata de un trastorno complejo que se caracteriza por un aislamiento social severo de al menos 6 meses de duración, que va a conllevar un gran perjuicio tanto físico como psicológico para la persona que lo padece, la cual también recibirá el nombre de Hikikomori. Durante años, se ha considerado un síndrome cultural limitado a Japón. Sin embargo, cada vez se están describiendo más casos (sobre todo en varones jóvenes) en otros países del mundo, por lo que esta teoría está quedando obsoleta. Actualmente las causas de este trastorno no se conocen con certeza. Si bien es cierto, se han llevado a cabo diferentes estudios en los que se han evidenciado algunos patrones comunes en las personas que padecen este trastorno, entre los cuales destacan: ciertos rasgos de personalidad como la introversión, una dinámica familiar disfuncional en la que predomina el rechazo o la sobreprotección de los padres, y la adicción a las nuevas tecnologías. Dado que el aislamiento social aparece en muchos trastornos psiquiátricos, para hablar de Hikikomori habrá que hacer un buen diagnóstico diferencial con otras enfermedades como: trastornos psicóticos, trastornos afectivos (especialmente el trastorno depresivo mayor), trastornos de ansiedad (especialmente la fobia social y la agorafobia), trastornos de personalidad esquizoide y evitativo, trastornos del espectro autista, síndrome amotivacional y otros síndromes dependientes de la cultura. A nivel psicosocial será muy importante la detección temprana de los jóvenes que padecen este trastorno, para lo cual, las redes sociales y las nuevas tecnologías podrían ser de mucha ayuda. El objetivo final de esto, será la reintegración de estas personas en la sociedad y, para conseguirlo, el abordaje terapéutico deberá ser multidisciplinar, con una buena coordinación entre los diferentes profesionales que componen el sistema sanitario.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ACUERDO CON LA NORMATIVA VIGENTE EN EL PACIENTE CON CONDUCTAS SUICIDAS

Luz Mª González-Gualda, Patricia Fernández-Sotos, María Dolores Sánchez-García, José Campos-Moreno, Nora I Muros-Cobos, Juan del Águila-Águila, Marta Monferrer-Balaguer

MIR Psiquiatría. Albacete.

Introducción: El conflicto que se expone emana del paciente que manifiesta conductas suicidas ante un médico o personal sanitario, teniendo este la obligación legal de tratarle y actuar conforme la *lex artis*, "criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico"[1]. El principal interés en desarrollar este tipo de conflicto es la relevancia que tiene tanto a nivel sanitario como en la población. Existiendo en el marco legislativo posibles responsabilidades administrativas, penales y civiles a los centros sanitarios y facultativos según las conductas adoptadas y desenlace de los pacientes que manifiesten conductas suicidas[2]. Existen documentos oficiales que orientan en la conducta a seguir por parte del facultativo en la prevención y tratamiento de la actitud suicida de los pacientes[3] y de los derechos menoscabados de los pacientes en estos casos, por ejemplo, los internamientos involuntarios[4]. Teniendo presente que a nivel normativo no existe ley que trate directamente el conflicto planteado, en su defecto para la resolución jurídica del conflicto se ha de acudir a la norma general o supletoria[5].

Objetivos: Analizar el marco normativo, penal y de actuación de los profesionales sanitarios ante pacientes con conductas suicidas.

Material y métodos: Se realiza una revisión de la normativa que regula los derechos y responsabilidades de pacientes, organizaciones y sanitarios este tipo de conflicto en nuestro ordenamiento jurídico español.

Resultados: El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos presentó un Estudio de Mortalidad en la Profesión Médica (2005-2014) señaló al suicidio como la principal causa externa de "muerte violenta"[1]. Según datos analizados del Instituto Nacional de Estadística del año 2017 y expuestos por el Consejo General de la Psicología en España (2019), el suicidio es la principal causa externa de muerte no

1134-5934 © 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Todos los derechos reservados.

natural en la población general[2,3] (el Código Penal español no reconoce la acción de suicidarse como delito, pero en su artículo 143 hace alusión a lo referente a los castigos que pueden devengar de inducir, cooperar o ejecutar el suicidio de una persona.

Conclusiones: Hemos encontrado que la legislación actual no se adapta a los cambios sociales actuales. No existiendo un marco normativo concreto que detalle los cauces de resolución en relación con el conflicto planteado, sobre el que se puedan apoyar los juristas y los afectados. Las conductas suicidas, tal como se ha visto, no afectan solo a la persona que se quita la vida, también a sus familiares y al personal sanitario, el que puede estar sujeto a responsabilidades penales, civiles o administrativas en el caso de los Centros Sanitarios. Consideramos con perspectivas de futuro se pueda desarrollar un marco normativo específico al conflicto planteado.

Bibliografía

1. España. Tribunal Supremo (Sala primera, de lo Civil). Sentencia núm. 1342/2006 de 18 de diciembre de 2006. Disponible en: https://supremo.vlex.es/vid/responsabilidad-uci-51940689
2. España. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, de 24 de noviembre de 1995, núm. 281, pp. 33987 a 34058. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id = BOE-A-1995-25444
3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. SERGAS. pp. 279 a 285. NIPO MSPSI: 860-11-161-2. Disponible en: https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia-t2010-02GPC-conductasuicida.pdf
4. España. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, de 8 de enero de 2000, núm. 7, pp. 575 a 728. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id = BOE-A-2000-323
5. España. Tribunal Constitucional. Sentencia núm. 118/1996 de 27 de junio. Disponible en: http://hj.tribunalconstitucional.es/de/Resolucion/Show/3170
6. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. (2019). Estudio de Mortalidad de la profesión médica. Organización Médica Colegial de España. Recuperado: https://www.cgcom.es/noticias/2019/10/19_10_31_mortalidad_medicos.
7. Instituto Nacional de Estadística. (2017). Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2017. Notas de prensa Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://www.infocoponline.es/pdf/defuncionesINE2017.pdf
8. Consejo General de la Psicología de España. (2019). El suicidio se mantiene como la primera causa de muerte externa en España, según el INE. INFOCOP ONLINE. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id = 7863
9. Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud. pp. 8 a 18. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence = 1

ETIMOLOGÍA DEL SUICIDIO

Marina Esteve Cerdà

MIR Psiquiatría. Barcelona.

Introducción: Una parte muy importante del léxico de la Medicina empleado en la actualidad procede del griego y el latín debido a la notable aportación de la civilización Grecolatina en esta ciencia. Tiempo, durante los siglos XIX al XX cabría destacar la labor de los científicos alemanes al enriquecer este vocabulario con la creación de numerosos neologismos con raíces grecolatinas, gracias a su sólida formación en dialectos de la Antigüedad. En este sentido, dentro de la Medicina, los campos de la Psiquiatría y de la Psicología no son una excepción y gran parte del léxico empleado tiene su origen en estas lenguas.

Objetivos: Realizar un análisis etimológico del término «suicido» y de otros términos afines; se analizan por tanto las palabras: suicido, parasuicidio, autólisis y autolítico, letalidad, resiliencia, ambivalencia, tentativa, tanático, violencia, víctima, grave, funesto, nefasto, peligro y expiación. Para ello se consultan diferentes diccionarios en línea y webs especializadas.

Material y métodos: Durante la realización de este trabajo se ponen de manifiesto controversias y errores de análisis muy extendidos en la red, como es el caso de la propia palabra «suicido», que a día de hoy autores como Hinojo Andrés (2010) discuten la extendida creencia de que se trata de un término derivado del latín moderno *suicidĭum*. Otro ejemplo de confusión generalizada sería en el caso del término «letal», en el cual a menudo se entremezclan en su análisis dos conceptos totalmente distintos, del latín *letum* (muerte) y del griego *lethe* (olvido). Al estudio de estos términos se añaden pequeños apuntes históricos, para enriquecer el análisis.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA A ALCOHOL

Rodrigo Muñoz Domínguez, David Mancho Gragera

MIR Psiquiatría. Madrid.

El síndrome de abstinencia a alcohol se define como el conjunto de síntomas causados por la interrupción brusca o disminución de la ingesta de alcohol en un paciente con un trastorno por consumo de alcohol. En su fisiopatología juega un papel importante el receptor A del GABA, los receptores NMDA y, en menor medida, los canales iónicos de calcio dependientes de voltaje. El 50% de los enfermos con una historia prolongada de consumo presentará síndrome de abstinencia a lo largo de su vida, aunque la mayoría con síntomas leves, son un 5% de los pacientes quienes presentarán síntomas graves como convulsiones o *delirium tremens*. Suele aparecer entre las 6 y las 24 horas después de la abstinencia o de la disminución del consumo del mismo. Entre los síntomas más destacables están el temblor; las alucinaciones, siendo más frecuentes las visuales; las crisis comiciales y el delirium tremens (caracterizado por la desorientación y confusión graves, la inatención, las alucinaciones visuales y auditivas vívidas, la agitación psicomotriz y la hiperactividad autonómica). Para el diagnóstico de síndrome de abstinencia es importante tener en cuenta la sintomatología previamente referida; la afectación funcional del sujeto, así como la exclusión de otras enfermedades médicas u otros trastornos mentales. El instrumento más usado para valorar la gravedad del síndrome de abstinencia es la escala de CIWA-Ar aunque también existe la escala PAWSS que valora específicamente el riesgo de síndrome de abstinencia complicado, entendiéndose como tal, principalmente, al delirium tremens. Este último se asocia a un incremento en la incidencia de complicaciones clínicas y es la causa más frecuente de mortalidad dentro del síndrome abstinencia complicado. En cuanto al tratamiento, el principal objetivo consiste en disminuir y controlar síntomas, prevenir crisis epilépticas y evitar progresión a delirium tremens, eludiendo en la medida de lo posible las medidas de contención física. Se recomienda de rutina la administración de tiamina para evitar la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff. En el tratamiento juegan un papel importante las benzodiacepinas; cuya pauta se establecerá fundamentalmente en función del centro donde se vaya a realizar la terapia, del personal disponible, de la sintomatología asociada, de la edad del paciente y de la presencia o no de insuficiencia hepática; los neurolépticos que no se recomiendan en las primeras 48 horas del cuadro; los anticomiciales; el clometiazol y los alfa 2-agonistas; entre otros. Dado todo lo anteriormente comentado es importante detectar a los enfermos con trastorno por consumo de alcohol para evitar, en la medida de lo posible, llegar a esta situación mediante medidas preventivas. No obstante, es dificultoso el cribado de esta

patología dado que, entre otras cosas, esta condición no se registra adecuadamente en las historias clínicas.

ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA EN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO: UN METANÁLISIS

Sheila Cruz Bailén, Sara Jiménez Fernández, Luis Gutiérrez Rojas

MIR Psiquiatría. Jaén.

Objetivos: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) ha sido reconocido por la OMS como una de las diez mayores causas de pérdida de salud global. Nuestro objetivo fue realizar un metanálisis para investigar la efectividad de la estimulación cerebral profunda (ECP) en pacientes con TOC grave y resistente a fármacos. La mayoría de los estudios hasta la fecha centran su atención en los síntomas obsesivo-compulsivos, habiendo escasos datos de los cambios en la sintomatología afectiva. Por este motivo, nosotros no solo nos enfocamos en cambios en síntomas obsesivo- compulsivos, sino también en cambios en síntomas depresivos y ansiosos, así como en la funcionalidad global de los pacientes tras el tratamiento con el neuromodulador.

Material y métodos: Realizamos una revisión literaria, sin restricciones de lenguaje, hasta el 31 de diciembre de 2020, con un total de 25 estudios elegidos y 303 pacientes totales. Todos los estudios debían incluir pacientes con TOC grave (puntuaciones de entre 24 y 31 en la escala de Yale Brown para síntomas obsesivo compulsivos; YBOCS) y ser resistentes a tratamiento farmacológico (al menos doce semanas tomando Inhibidores de la recaptación de la serotonina a dosis altas y estrategias de potenciación).

Resultados: Después de la ECP los pacientes con TOC resistente a tratamiento farmacológico mostraron una mejoría significativa en síntomas obsesivo-compulsivos, depresión, ansiedad y funcionalidad, medidos mediante escalas estandarizadas. Encontramos cambios estadísticamente significativos en la escala Hamilton de depresión y ansiedad, así como en la escala de evaluación de funcionalidad global. No se encontraron diferencias entre estimulación de área estriatal y área talámica.

Conclusiones: Encontramos una efectividad estadísticamente significativa en TOC grave y resistente a fármacos, remarcando su papel en la sintomatología afectiva así como en el funcionamiento global. También nuestro metanálisis usa como datos la media y desviación estándar en lugar del porcentaje de respondedores, considerando de este modo de una forma objetiva la disminución de puntuación en la escala de YBOCS lograda con ECP. Además, la mejoría en las áreas afectiva y funcional, incluso en los casos en lo que no encontramos mejoría en los síntomas obsesivos con la escala YBOCS, puede constituir una posible nueva indicación de la ECP, disminuyendo la necesidad de tratamiento farmacológico y aliviando parte del sufrimiento que presentan los pacientes.

EL SUICIDIO EN LOS ADOLESCENTES

Lana Madsen

Psicólogo/a. Suiza.

A nivel neuropsicológico, la tendencia al suicidio puede estar provocada por alteraciones en el desarrollo del lóbulo prefrontal del cerebro así como los niveles bajos de serotonina, que se encarga de controlar las acciones impulsivas. Las sustancias psicoactivas, el cannabis, son facilitadores en estos casos por su poder desinhibidor. (Girard, 2017). Se definen dos tipos de adolescentes con el riesgo de suicidio elevado: aquellos con un trastorno mental y un entorno familiar problemático, así como aquellos en los que el estado mental y el medio ambiente no tienen un efecto tan negativo, pero la impulsividad los mata (Zappino, 2014). Trastornos mentales, entre los que más a menudo son depresivos (relacionados con pensamientos oscuros y desesperanza). Son más frecuentes entre las niñas de 12 años que entre los niños (5,2 frente a 2%), y esta brecha aumenta con la edad (Breslau, Gilman, 2017). Trastornos afectivos y de ansiedad, así como intentos suicidas en la familia, abuso de alcohol y drogas de los padres pueden ser requisitos previos para autolesiones, especialmente en niños. La historia de autolesiones más a menudo conduce a intentos de suicidio (Stanley, Brown *et al.,* 2009). Cambios de humor, estrés diario, estados depresivos, intentos suicidas previos. Problemas en las relaciones y en la fuerza de la relación con la familia. Una crisis en la relación con la pareja. Problemas en la escuela como una disminución del éxito, violencia entre compañeros de clase (Rivers, Noret, 2013), malentendido por parte del maestro (Kidger, Heron *et al.,* 2014) y otros. Observación de actos violentos y asesinatos durante la guerra (Bhardwaj, Bourey *et al.,* 2017). Suicidio de personas significativas en la vida del adolescente (amigo, pariente, cercano), especialmente si él mismo tiene eventos negativos de la vida. (Gould, Lake *et al.,* 2018). El abuso emocional, físico, mental y/o sexual a un niño o adolescente y su victimización son factores de alto riesgo (Baldwin, Arseneault *et al.,* 2019). La negligencia emocional es otro extremo del continuo, pero también podría conducir a pensamientos e intentos suicidas. El estilo de apego, y en particular el inseguro (Boroujerdy, Kimiaee *et al.,* 2019). Baja autoestima del adolescente, p.ej. la imagen negativa de su propio cuerpo (Abbas, Albuhairan, 2017). Adicción a Internet y a las redes sociales, así como la ciberviolencia y el acceso a largo plazo a imágenes disturbantes y violentes (Jacob, Evans *et al.*, 2017). La dependencia del adolescente del alcohol o las drogas, y a veces una sobredosis (Wang, Yen, 2017). Diferente orientación sexual del adolescente (transgénero, homosexualidad), razón por la cual se siente no aceptado y hasta cierto punto marginado (Meyer, Luo, 2019). Los adolescentes de 15 a 19 años que cometieron crímenes violentos tenían casi 11 veces más probabilidades de morir por muertes no naturales (incluidos suicidas) que otros niños (Lindberg, Miettunen, 2017). Embarazo y aborto de adolescentes (Jalanko, Gissler *et al.,* 2017).

INTERÉS DE LA REPERCUSIÓN DE LA COVID-19 EN EL SUICIDO: ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO

María Guillot-Valdés, María Valdés-Díaz

Psicóloga. Granada.

Introducción: La pandemia de la COVID-19 ha supuesto una crisis sanitaria mundial. Dicha situación ha obligado a la población a introducir cambios importantes en sus comportamientos que de no gestionarse adecuadamente pueden producir alteraciones en la salud mental, llegando a veces a situaciones extremas como el suicidio.

Objetivos: Analizar las investigaciones realizadas en este ámbito y evaluar en qué áreas y en qué países ha habido mayor producción científica.

Material y métodos: Para ello se ha realizado una búsqueda en Scopus con los términos (suicide) AND (covid) sin límite de años.

Resultados: Se obtuvo un total de 405 documentos. Una vez obtenidos los datos se contabilizó la frecuencia de las palabras claves para elaborar una red de coaparición de términos. En los resultados se presenta tanto la frecuencia de palabras clave como la red de coaparición. Las palabras clave con una mayor frecuencia de aparición que no estaban incluidas en la búsqueda fueron depresión, pandemia, confinamiento, psiquiatría y salud pública. En la red se observan tres grupos: uno relacionando la covid-19 con el suicidio y las consecuencias derivadas del confinamiento, otro más enfocado a la idea de suicidio relacionada con la depresión provocada por la pandemia y un pequeño grupo sobre salud mental y enfermedades infecciosas. Se hizo un análisis de publicación por países donde destaca notablemente EE. UU. como el mayor publicador, con un total de 249 documentos, seguido de Francia con 153.

Conclusiones: Es muy importante identificar factores psicológicos relacionados con la COVID-19 que aporten información valiosa para manejar la pandemia y sus impactos, sobre todo para abordarlos de cara a la prevención del suicidio.

INCIDENCIA DE SUICIDIO EN TRASTORNOS DEPRESIVOS: ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO

María Guillot-Valdés, María Valdés-Díaz

Psicóloga. Granada.

Introducción: La depresión es uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en la actualidad, causando graves problemas sociales y familiares. En los casos más graves, esta enfermedad puede llevar incluso al suicidio.

Objetivos: Analizar las investigaciones realizadas en este ámbito y evaluar en qué áreas y en qué países ha habido mayor producción científica.

Material y métodos: Para ello se ha realizado una búsqueda en Scopus con los términos (*depression*) AND (*suicide*), acotando los últimos 5 años.

Resultados: Se obtuvo un total de 9.399 documentos y al refinar solo por artículos, 6.755. Una vez obtenidos los datos se contabilizó la frecuencia de las palabras claves para elaborar una red de coaparición de términos. En los resultados se presenta tanto la frecuencia de palabras clave como la red de coaparición. Las palabras clave con una mayor frecuencia de aparición que no estaban incluidas en la búsqueda fueron salud mental, adolescentes, ansiedad, bibliotecas académicas e intento de suicidio. En la red se observan tres grupos: uno relacionado con suicidio y salud mental, otro más enfocado a la idea de suicidio relacionada con diversos trastornos y un grupo sobre estudios teóricos sobre el tema. Se hizo un análisis de publicación por países donde destaca notablemente EE. UU. como el mayor publicador, con un total de 12.381 documentos, seguido de China con 2.092.

Conclusiones: Es muy relevante atender a los factores relacionados con el suicidio y la depresión, y abordarlos de cara a la prevención. Asimismo, es fundamental un abordaje integral que permita cubrir la atención del suicidio en otros trastornos como la ansiedad o el bipolar y en población vulnerable como son los adolescentes.

PERFILES CLÍNICOS DE RIESGO SUICIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Álvaro Moleón Ruiz, Rocío Tenorio Villegas

Psiquiatra. Huelva.

La conjunción de los múltiples factores de riesgo en un niño o adolescente determinado da lugar a unas características especiales de su conducta suicida que se manifiesta con unas características clínicas determinadas que pueden ayudar al clínico a descubrir indicios de patología mental y posible riesgo en una población que generalmente es poco explícita en sus manifestaciones clínicas. El "niño triste", el "niño con problemas escolares", el "joven conflictivo", el "joven con alteraciones alimentarias" y el "joven sedentario" son algunos de los distintos perfiles clínicos frecuentes en el joven con riesgo suicida.

FARMACOTERAPIA Y AUMENTO DEL RIESGO SUICIDA

Álvaro Moleón Ruiz, Rocío Tenorio Villegas

Psiquiatra. Huelva.

En gran parte de las publicaciones relacionadas con la conducta suicida se trata sobre intervenciones terapéuticas farmacológicas y psicoterapéuticas para el tratamiento de la conducta suicida. Sin embargo, un tema no muy extendido en referencias bibliográficas y de gran interés en la práctica clínica es la farmacoterapia vinculada a un incremento del riesgo suicida. En este sentido, existen diversos psicofármacos como otros tipos de medicamentos de uso común que aumentan el riesgo suicida del paciente. Su uso debe ser evitado en la medida de lo posible en el abordaje de la conducta suicida.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTENSIVA DE SUICIDIO EN LA RIOJA

Batirtze Goitia Aritxa, Diana Crespo Amaro, Violeta Pibernat Serrano, Pablo Vázquez Herrera, Tania Escrich Ochoa, Ignacio Álvarez Marrodán

Psiquiatra. Logroño.

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública que puede prevenirse. El diagnóstico temprano, que depende de una correcta evaluación, tal vez sea la mejor medida de prevención. Evaluar al paciente suicida en urgencias, es una de las intervenciones más importantes a las que debe enfrentarse un profesional. Una adecuada evaluación puede ser vital para llevar a cabo un Programa de Intervención Intensiva (PII).

Objetivos: Prevenir intentos de suicidio en pacientes con ideas o intentos de suicidio recientes. Incrementar la detección de pacientes de riesgo subsidiarios de recibir asistencia específica. Mejorar la asistencia ofreciendo el mejor tratamiento disponible, garantizando que sean atendidos en el menor tiempo posible.

Material y métodos: En el servicio de urgencias del Hospital tras la valoración psiquiátrica se determina si se activa o no el PII. Tras la entrevista psiquiátrica, el psiquiatra de urgencias, emite un informe clínico en el que se deja constancia al profesional al que se deriva (DUE, psiquiatra, psicólogo, trabajadora social) y el plazo en el que tiene que ser valorado el paciente. Para poder activar el seguimiento telefónico, el paciente debe facilitar el consentimiento verbal y un número de contacto, este seguimiento puede ser activado por el psiquiatra de urgencias, o el psiquiatra y/o psicólogo de la Unidad de Salud Mental. Una vez activado, se enviará una notificación electrónica a un buzón al que tienen acceso todas las enfermeras de salud mental. En el caso de que esta persona no solicite una cita en el plazo de 24 h se contactará con ella a fin de facilitarle la cita en el plazo que se había pactado al alta de urgencias. La duración del PII se estima que es de entre 6-12 meses, en función de las necesidades del paciente. Hay 2 tipos de consultas, las presenciales con enfermería, psiquiatría, psicología y trabajadora social y las consultas telefónicas realizadas por enfermería entre las sesiones presenciales.

Resultados: Tras la valoración psiquiátrica se determina si se activa o no el PI. El objetivo es que se lleve a cabo la evaluación de riesgo suicida, asegurando la valoración, tratamiento y seguimiento de pacientes con riesgo autolítico.

Conclusiones: El suicidio es un grave problema de salud pública de ahí la importancia de identificar los grupos vulnerables, detectar precozmente el riesgo de suicidio, mejorar el acceso a los servicios, prestar una atención protocolizada, entre otros, son metas del PII.

Bibliografía

1. S. Al-Halabí, *et al.* Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). Revista de Psiquiatría y Salud Mental., 9 (2006), pp. 134-142.
2. Gobierno de la Rioja. Consejería de Sanidad. III Plan de Salud Mental 2016-2020.
3. J.J. Mann, A. Apter, J. Bertolote, A. Beautrais, D. Currier, A. Haas, *et al.* Suicide prevention strategies: A systematic review. JAMA. 2005.

SUICIDIO, AUSENCIA DE DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y SU TRATAMIENTO, UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Belén Sánchez Martín-Moreno, Iria López Rodríguez

Psiquiatra. Guadalajara.

Introducción: El comportamiento suicida es la causa más frecuente de muertes violentas en todo el mundo y la segunda causa de muerte global en los jóvenes. La efectividad de la medicación antidepresiva para la prevención del suicidio en pacientes diagnosticados con depresión ha sido cuestionada repetidamente en las últimas cuatro décadas.

Objetivos: Documentar el uso reportado y la prescripción de medicación antidepresiva en pacientes que intentaron o completaron el suicidio. En concreto, nos interesaba saber si los individuos fueron diagnosticados de trastorno depresivo y se les prescribieron antidepresivos antes de la conducta suicida.

Material y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica electrónica de los artículos publicados en MEDLINE y ScienceDirect entre 1975 y agosto de 2017 sobre el uso de medicamentos antidepresivos por parte de los intentos de suicidio o víctimas de suicidio. Los términos de búsqueda incluyeron: suicidio, depresión mayor, depresión y antidepresivo.

Resultados: Indicaron que la mayoría de las víctimas de suicidio no tenían un diagnóstico psiquiátrico en el momento de la muerte y menos del 50% recibió un diagnóstico de trastorno depresivo. Tras la autopsia psicológica, entre el 45% y el 75% de las víctimas de suicidio fueron diagnosticadas retrospectivamente de depresión. Cuando se revisaron las tasas de prescripción, entre el 10% y el 42% de las víctimas de suicidio habían recibido prescripciones de antidepresivos; y en aquellos con un diagnóstico previo de depresión, las tasas de prescripción variaban entre el 25% y el 65%. En resumen, solo el 6-28% de todas las víctimas de suicidio fueron diagnosticadas de depresión y se les prescribió un antidepresivo antes de la muerte.

Conclusiones: Un diagnóstico y tratamiento adecuados podrían haber disminuido las muertes por suicidio, los estudios futuros deberían centrarse en cómo mejorar la evaluación y personalizar el tratamiento para asegurar la adherencia y evaluar si esto reduce la conducta suicida.

EFICACIA DEL ARIPIPRAZOL EN PATOLOGÍAS COMÓRBIDAS: TAB Y TOC

Cristina Romero Pérez, Marta Fernández Monge, Jesús Arroyo Bravo

Psiquiatra. Cádiz.

Se realizó una búsqueda en PubMed utilizando los siguientes descriptores: “obsessive compulsive disorder” AND “bipolar disorder” AND “aripiprazole”. Se filtraron los resultados para revisiones sistemáticas, metaánalisis, y ensayos clínicos con un límite temporal de los últimos 10 años. En dicha búsqueda se obtuvieron 4 resultados, de los cuales se seleccionaron 2 revisiones sistemáticas por su calidad científica, y adecuación a la pregunta PICO. Posteriormente, con los mimos descriptores y filtro temporal se repitió la búsqueda en Tripdatabase, y se seleccionó un ensayo clínico aleatorizado. El primero de los artículos seleccionados, se trata de una revisión sistemática, en la que se concluye que la asociación de aripiprazol a los estabilizadores del ánimo (carbonato de litio y ácido valproico), incluso a dosis bajas-media (10-15 mg/día) puede lograr una remisión significativa de síntomas afectivos y obsesivo-compulsivos. La segunda de las revisiones sistemáticas, se basó en un total de 15 estudios, cuyo objetivo era el manejo de pacientes con TAB y TOC comórbido. Se observó que en todos los casos, los pacientes recibieron estabilizadores del ánimo solos o en combinación antipsicóticos de segunda generación. Se concluye que añadir aripiprazol al carbonato de litio puede ser una buena opción en pacientes con trastorno comórbido, y de menor riesgo que acompañarlo de un ISRS. El tercer artículo se trata de un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, en el que se estudió los efectos del aripiprazol como tratamiento adyuvante para paciente con TAB tipo I en fase maniaca, y síntomas obsesivo-compulsivos comórbidos. El grupo que recibió aripiprazol añadido al tratamiento que estaba recibiendo previamente (litio junto cloanazepam) obtuvo una reducción significativa de los síntomas obsesivo-compulsivos en la escala YBOCS, frente al grupo control. La evidencia encontrada sugiere que la adición del aripiprazol a los estabilizadores del ánimo (carbonato de litio y valproato) puede ser una opción recomendable en personas con TAB y síntomas obsesivo-compulsivos comórbidos con mejoría clínica en ambos trastornos, y evitando así el riesgo de otros fármacos, como los antidepresivos, que pueden tener mayor riesgo de viraje en este grupo poblacional. Sin embargo, serían necesarios más estudios de calidad para obtener resultados concluyentes al respecto.

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO; CENTRO DE MENORES LA RIOJA

Ignacio Álvarez Marrodán, Batirtze Goitia Aritxa, Diana Crespo Amaro, Violeta Pibernat Serrano, Pablo Álvarez Herrera, Carmen Gómez Eguilaz

Psiquiatra. Logroño.

Introducción: Los adolescentes internados en centros de menores tienen un riesgo de suicidio 4,6 veces mayor que la de sus pares en la población general. El Protocolo de Prevención de Suicidios (PPS) en el Centro de Menores en La Rioja, se establece para prevenir situaciones que impliquen riesgo autolítico.

Objetivos: El objetivo general del PPS es prevenir la aparición de conductas suicidas en los menores del Centro. Objetivos específicos: identificar conductas de riesgo. Realizar un seguimiento continuo de los menores en situación de riesgo. Programar medidas preventivas con cada menor. Favorecer la adquisición de habilidades y recursos que permitan al menor poner en práctica soluciones no autolíticas ni suicidas. Facilitar a través de la prevención, la integración del menor en la vida del Centro. Involucrar a la familia o apoyos sociales. La propuesta de aplicación del PPS puede surgir bien del equipo de Dirección, del equipo técnico o de cualquier persona que desarrolle su labor en el Centro.

Material y métodos: Una vez que la Dirección del Centro ha activado la aplicación del PPS, podrá adoptar medidas provisionales (designación de acompañante y comunicación al personal educativo de especial observación), comunicándolo igualmente al psicólogo. Es clave la entrevista clínica con el psicólogo del Centro para la valoración del riesgo. Es importante aportar una explicación clara de los objetivos de la entrevista y conseguir la implicación del menor en la toma de decisiones. Se tiene en cuenta la recogida de datos personales, factores de riesgo/protección, características de la ideación/del intento de suicidio, evaluación clínica y tipo de conducta suicida. Asimismo, para evaluar el riesgo nos valdremos de las escalas: la Escala de Ideación Suicida o la escala de Evaluación de Riesgo Suicida (SBQ-R), Massachusetts Youth Screening Instrument Version 2 (MAYSI-2), Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la Escala de Desesperanza de Beck (BHS). De acuerdo con la evaluación realizada, clasificaremos el nivel de riesgo de suicidio y llevaremos a cabo una serie de acciones que se incluyen en las medidas a seguir en el PPS.

Resultados: El seguimiento del PPS se hace diariamente. Para tal caso el coordinador reúne la información del personal educativo respecto al menor. Asimismo el personal educativo recogerá diariamen-

te en un Registro de Observación Diaria y Aplicación de Medidas Adoptadas, todas aquellas conductas del menor susceptibles de ser conocidas por el psicólogo del Centro, quien visitará al menor con la periodicidad establecida para observar su evolución.

Conclusiones: El protocolo tiene como finalidad la actuación coordinada del equipo, tanto en sus intervenciones como en la recogida de información. Estas actuaciones están dirigidas a proporcionar la vigilancia necesaria y disminuir el riesgo de consumación de una conducta suicida dentro de un marco ético del cuidado.

Bibliografía

1. C. McDaid, R. Trowman, S. Golder, K. Hawton, A. Sowden. Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. Br J Psychiatry., 2008.
2. E. Mittendorfer, D. Wasserman. The Who European monitoring surveys on national suicide preventive programmes and strategies. Suicidology., 2004.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO DE LA HIPERPROLACTINEMIA EN PSICOSIS

Irene Pans Molina, Ana Piña Baena, Celia Muñoz Cauqui

Psiquiatra. Sevilla.

La prolactina es una hormona que se secreta en la adenohipófisis por las células lactotropas. Su función principal es estimular la producción de la leche en las glándulas mamarias y la síntesis de progesterona. La hiperprolactinemia es una alteración en la producción de prolactina por encima de valores normales. Causas: estimulación por estrógenos, insuficiencia renal, tumores y lesiones hipofisarias, fármacos y menos frecuentemente estrés. Dentro de las causas farmacológicas cobran especial importancia los fármacos antipsicóticos, debido al antagonismo sobre receptores D2. Algunas de las consecuencias de la hiperprolactinemia patológica son: hipogonadismo, amenorrea, galactorrea, ginecomastia, disfunción eréctil, disminución de la libido. El primer paso para establecer el diagnóstico diferencial en un paciente con hiperprolactinemia es realizar una historia clínica minuciosa orientada especialmente a detectar posibles causas secundarias de hiperprolactinemia, incluido embarazo. La mayoría de las causas secundarias producen valores de PRL entre 25 y 100 ng/ml, mientras que valores de PRL superiores a 250 ng/ml generalmente indican la presencia de un prolactinoma. Hay que tener en cuenta que algunos fármacos, como la risperidona, sí que pueden llegar a producir valores de PRL superiores a 200 ng/ml. Ante cualquier hiperprolactinemia de causa no aclarada debe realizarse una resonancia magnética hipofisaria con gadolinio. Manejo de la hiperprolactinemia por fármacos. Según el consenso español se establece que: niveles superiores a 50 ng/mL o con repercusión clínica requieren una intervención en el tratamiento individualizada; en casos de hiperprolactinemia grave (> 100 ng/mL) debería intervenirse siempre, aunque no exista amenorrea-galactorrea, debido al riesgo de osteoporosis, enfermedad cardiovascular y posible incremento de factores de riesgo de cáncer de mama o endometrio. Posibles intervenciones en el tratamiento: disminución de dosis de APS; cambio de APS; adición de fármacos: 1. Aripiprazol. 2. Cabergolina. 3. Tratamiento del hipogonadismo (ACOs, testosterona). Aripiprazol en el manejo de la hiperprolactinemia. El aripiprazol tiene un efecto único como antipsicótico, siendo agonista parcial de receptores D2, por lo que actúa como antagonista en condiciones de hiperactividad dopaminérgica y como agonista en condiciones de escasa actividad dopaminérgica. Según un estudio realizado por Ranjbar et al, los niveles de prolactina tras añadir aripiprazol al tratamiento con risperidona suelen normalizarse en 50-110 días. En otro estudio, de Chen *et al.,* se observan descensos de prolactina a niveles < 24 ng/ml tras 8 semanas de tratamiento con aripiprazol. Con respecto a la dosis óptima de aripiprazol hay discrepancia entre estudios, pero parece que hay mayor reducción a dosis entre 10 y 20 mg/día. Se ha estudiado la eficacia del aripiprazol en la reducción de cifras de PRL altas a causa de risperidona y paliperidona, demostrándose eficaz. No se ha demostrado eficacia en el caso de hiperprolactinemias por amisulpiride.

Bibliografía

1. J.X. Chen, Y.A. Su, Q.T. Bian, L.H. Wei, R.Z. Zhang, Y.H. Liu, *et al.* Adjunctive aripiprazol in the treatment of risperidone-induced hyperprolactinemia: A randomized, double-blind, placebo-controlled, dose-response study. Psychoneuroendocrinology., 58 (2015), pp. 130-140.
2. F. Ranjbar, H. Sadeghi-Bazargani, P. Niari Khams, A. Arfaie, A. Salari, M. Farahbakhsh. Adjuntive treatment with aripiprazole for risperidone-induced hyperprolactinemia. Neuropsychiatr Dis Treat., 11 (2015), pp. 549-555.
3. Consenso español sobre los riesgos y detección de la hiperprolactinemia iatrogénica por antipsicóticos. Revista de psiquiatría y Salud Mental, 2016.

UN SUICIDA EN LA FAMILIA: SOBRE LAS OBRAS DE SERGIO GONZÁLEZ AUSINA Y ALINA MARAZZI

Juan José Martínez Jambrina, Aitana González Alvarez, Laura Pérez Gómez, Celia Rodríguez Turiel, Natalia Álvarez Alvargonzález, Elena Lanza Quintana, Maria Alejandra Reyes

Psiquiatra. Asturias.

La literatura y el periodismo cobijan con frecuencia relatos sobre el suicidio. Aunque resulta duro hablar sobre el tema no es raro encontrar autores que dan cuenta de los suicidios de sus familiares y de cómo fueron capaces o no de metabolizar ese grave trauma. Más difícil resulta dar cuenta de este tipo de sucesos cuando el autor se entera tardíamente de que su familia escondía un suicida en el armario. Presento los casos de dos escritores que se enteraron de forma tardía de estos sucesos: La cineasta italiana Alina Marazzi y el escritor español Sergio González Ausina. Ambos han dejado obras para el recuerdo y el aprendizaje. En ellas quedan, a modo de migajas para no perder el camino, una serie de reflexiones que nos ayudan a comprender como dieron respuesta a la conmoción que les causó la noticia. Sergio recorrió España hasta reconstruir la historia oculta de un tío suicida. Alina buscó por desvanes y rincones de su casa y de la de sus familiares y amigos para poder hacer una película sobre su madre con la que poder recordarla. Ambos comparten estrategias comunes: la necesidad de conocer toda la verdad de los hechos y las dudas sobre si la heredabilidad de la conducta afectará a su descendencia.

MEDICALIZACIÓN DEL SUICIDIO

Laura Rubio Rodríguez

Psiquiatra. Asturias.

El suicidio no está penalizado en la mayoría de países occidentales. En la práctica diaria, una persona que intenta suicidarse es normalmente llevada al servicio de Urgencias para su valoración psiquiátrica, con el fin de evitar una nueva tentativa. Se pone así en evidencia una tensión entre distintos principios de la bioética que defienden tanto la intervención como la no intervención médica. La jurisprudencia española no recoge de modo inequívoco cómo actuar ante una tentativa de suicidio. Tampoco está claro si el imperativo de actuar es mayor para un médico que para otros, incluyendo fuerzas de orden público, u otros servicios públicos. Puede establecerse una analogía entre un suicida y una persona que solicita eutanasia por causa de un sufrimiento insoportable.

PREVENCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Macarena Pacheco Holguín, Manuela de la Mata Hidalgo

Psiquiatra. Huelva.

En práctica clínica atendemos de forma diaria en una consulta de urgencias de psiquiatría ingestas medicamentosas, autolesiones, o ideas autolíticas entre otras manifestaciones. La mayoría de ocasiones tras ser valorado por nuestra parte realizamos como diagnóstico al alta gesto parasuicida, pero ¿Entendemos bien este concepto? ¿Nos valemos de todas las herramientas para evaluar el verdadero riesgo suicida? Mediante una revisión sobre la evaluación de la conducta suicida se pretende aclarar los conceptos y revisar la bibliografía mas actualizada sobre el tema.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA INFLUENCIA DE LA COVID EN LOS INTENTOS DE SUICIDIO

María S. Campos Burgui, Ignacio Álvarez Marrodán, Diana Crespo Amaro, Ana B. Díaz de Céreo Martínez de Bujanda, Rafael García Martínez, Rosa Mª García Martínez, Carmen Gómez Eguílaz, Batirtze Goitia Aritxa, Eva Mª Gracia Grandez, Guillermo Muñío Redondo, Juana Muñoz Novillo, Laura Olondriz Huarte, Violeta Pibernat Serrano, Víctor J. Romero Garcés, Álvaro J. Valle Escalante, Pablo Vázquez Herrera, Gala Velázquez Basterra

Psiquiatra. La Rioja.

La conducta suicida es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. En España, y desde hace una década, la muerte por suicidio sigue siendo la primera causa externa de defunción. Al binomio COVID-19–suicidio se le ha denominado como la "tormenta perfecta"[1] ya que hay variables que indican que a corto plazo podrían empeorar tanto la salud mental como las tasas de suicidio[2]. No existe un consenso sobre la repercusión que tiene la COVID en la salud mental, en concreto en la conducta suicida en las distintas poblaciones. Por un lado, en Japón se ha comunicado que, tras un descenso inicial en las muertes por suicidio, en los últimos meses de la pandemia, las cifran han vuelto a aumentar[3]. Por otro lado, existe el "efecto de unión" ante desastres naturales o situaciones de alto impacto que da lugar a que se apoyen los individuos que comparten experiencias similares lo que pudiera reducir el número de suicidios. En nuestra sociedad, la convivencia y el apoyo de la familia puede ser un factor protector frente al suicidio. Se realiza una revisión de la literatura sobre intentos autolíticos y la COVID concluyendo que: a) un importante número de estudios no evalúan el malestar emocional o del desarrollo de trastornos psiquiátricos como la conducta autolítica[2]; b) en los escasos estudios[4] que lo evalúan se ha estudiado en poblaciones concretas (ej. sanitaria), y durante un corto periodo de tiempo; c) son pocos los trabajos[5] que han incluido aspectos relacionados con la entrevista clínica en la fase aguda de la conducta suicida; y d) un buen número de estudios[6] se han llevado a cabo antes de la introducción de otras medidas de salud pública como la vacunación. Teniendo en cuenta esto se va a iniciar un proyecto de investigación en La Rioja.

Bibliografía

1. M.A. Reger, I.H. Stanley, T.E. Joiner. Suicide mortality and coronavirus disease 2019—a perfect storm? JAMA Psychiatry., 77 (2020), pp. 1093-1094.
2. J.M. Cénat, C. Blais-Rochette, C.K. Kokou-Kpolou, *et al.* Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res., 2021, p. 295113599.
3. T. Tanaka, S. Okamoto. Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. Nat Hum Behav. 2021, pp. 1-10.
4. P. Mortier, G. Vilagut, M. Ferrer, *et al.* Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. Depress Anxiety., 2021; doi.org/10.1002/da.23129.
5. J.J. López-Goñi, A. Goñi-Sarriés, L. Azcárate-Jiménez, *et al.* Repetición de conductas suicidas en urgencias psiquiátricas en pacientes sin intentos previos, index y repetidores: un estudio prospectivo. Rev Psiquiatr Salud Ment., 13 (2018), pp. 192-201.
6. E. Leaune, M. Samuel, H. Oh, *et al.* Suicidal behaviors and ideation during emerging viral disease outbreaks before the COVID-19 pandemic: A systematic rapid review. Prev Med., 2020, p. 106264.

ENFERMEDAD CELIACA Y TRASTORNO PSICÓTICO

Marta Fernández Monge, Rocío Torrecilla Olavarrieta, Elisa Magistrati Jiménez

Psiquiatra. Cádiz.

Objetivos: La siguiente revisión se realizó con el objetivo de determinar si existe un incremento del riesgo de padecer trastorno psicótico en pacientes diagnosticados de enfermedad celiaca.

Material y métodos: Se realizó la búsqueda en PubMed, Epistemonikos y en la Cochrane Library con los descriptores "celiac disease" AND "psychosis" y se filtraron los resultados con un límite temporal de los últimos diez años obteniendo cuatro artículos relevantes sobre el tema a determinar.

Resultados: Un metanálisis de 2018 sobre la relación entre enfermedades autoinmunes no neurológicas y psicosis examina treinta y un estudios que comprendían datos de más de 25 millones de personas. De los análisis estratificados se observa una asociación positiva significativa entre la enfermedad celiaca y la psicosis. En una revisión sistemática de 2018 se incluyeron un total de 47 artículos, de los cuales solo dos estudios de cohortes proporcionan evidencia en la relación entre psicosis y enfermedad celiaca (EC). No apoyan la presencia de una asociación entre estos trastornos, sin embargo los adultos jóvenes (> 16 años) con EC tienen 1,8 veces más probabilidad de experimentar psicosis no afectiva. Una segunda revisión sistemática de 2018 concluye que la evidencia actualmente disponible sugiere que las personas con enfermedad celíaca o alergia al gluten podrían tener un riesgo ligeramente mayor de esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo en comparación con la población general, la revisión de la literatura revela inexactitudes significativas en los datos como hemos mencionado anteriormente. Otra revisión sistemática de 2015 revela que los estudios epidemiológicos vinculan fuertemente la esquizofrenia con trastornos autoinmunes, incluida la enfermedad celíaca enteropática. Varios ensayos clínicos controlados incluidos en dicha revisión apoyan la hipótesis de que la enfermedad celiaca está relacionada con la esquizofrenia.

Conclusiones: La evidencia encontrada sugiere la existencia de asociación positiva significativa entre la enfermedad celiaca y trastornos psicóticos. Los adultos jóvenes con enfermedad celiaca tienen más probabilidad de padecer psicosis no afectiva, sin embargo los datos del metanálisis son contradictorios en adultos. La revisión de la literatura revela inexactitudes significativas en los datos por lo que sería necesario ampliar la evidencia actual con nuevos estudios para obtener conclusiones más sólidas.

SUICIDIO CONSUMADO Y CANNABIS

Miguel Zacarías Pérez Sosa, Reyes Gálvez Medina, Ana Maria Ruiz Moliner, Diego de la Vega Sánchez

Psiquiatra. Sevilla.

Introducción: En España el consumo de cannabis tiene una prevalencia del 9,1% en la población general, siendo la principal sustancia

ilícita consumida en nuestro país. Además, es la única sustancia cuyo consumo aumenta en todos los tipos de consumo (alguna vez en la vida, último año, último mes, a diario). En España se suicidan 10 personas al día, siendo la primera causa de muerte no natural. El consumo de sustancias es un factor de riesgo conocido y ampliamente descrito para tener ideas o presentar intentos autolíticos. Sin embargo, los estudios con fallecidos por suicidio consumado y su relación con el consumo de sustancias son más escasos.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica sobre los estudios publicados entre consumidores de cannabis y suicidio consumado.

Resultados: En un estudio realizado con una cohorte de veteranos de los Estados Unidos entre los años 2006-2011 demostró que padecer un trastorno por uso de sustancias incrementa en el riesgo de suicidio consumado (RR = 2,29), teniendo el cannabis un RR = 2,17. En otro trabajo se estudió el suicidio consumado en pacientes tratados por un trastorno por uso de sustancias entre los años 2000-2010 en Dinamarca, la muestra final fue de 27.942 personas que se compararon con un grupo control sin antecedentes de consumo (n = 138.136). En total hubo 163 suicidios consumados en el grupo de consumidores (0,6%) y el consumo de cannabis obtuvo una OR = 0,69, con un IC del 95% 0,50-0,96. En un metaanálisis de once estudios y un total de 6.375 sujetos, se observó, una asociación entre el consumo de cannabis y los intentos de suicidio (OR = 1,35; p = 0,01; I 2 = 41,7%). Los análisis de metarregresión posteriores mostraron que el tamaño del efecto no fue influenciado por ninguna característica del estudio. En un estudio longitudinal sobre un total de 50.087 hombres del servicio militar sueco, se quiso estudiar la relación entre el consumo de cannabis y suicidio consumado. Durante los 33 años de seguimiento se registraron que unas 600 personas habían fallecido por suicidio o causa indeterminada. En el análisis el consumo de cannabis inicialmente se asoció con un mayor riesgo (OR 1,62) pero finalmente se eliminó por posible factor de confusión (OR ajustado 0,88, IC95% 0,65-1,20). En otros estudios tampoco han encontrado una correlación positiva. En un estudio realizado en el estado de Colorado, que tiene una tasa de suicidios consumados por encima de la media de los EE. UU, estudiaron si existía una correlación entre los consumidores de cannabis medicinal y los suicidios consumados no encontrando una asociación consistente. Por último, en un estudio sueco sobre un total de 45.540 presos que consumían cannabis, el riesgo relativo de muerte entre los grandes consumidores fue de 2,8, sin embargo, en los análisis posteriores que incluían otras variables no se encontró un exceso de mortalidad. Entre las causas de muerte el suicidio o el suicidio incierto representó el 34,4% del total de muertes, siendo esta cifra más importante conforme aumentaba el consumo de cannabis.

Conclusiones: El consumo de cannabis se asocia con ideas e intentos autolíticos, sin embargo, los resultados obtenidos sobre suicidio consumado muestran resultados dispares. Son necesarios más estudios que analicen el impacto del cannabis sobre el suicidio consumado, dada la elevada prevalencia de su consumo en la sociedad.

PERSPECTIVA MÉDICO-LEGAL DE LA CONDUCTA SUICIDA

Noemi Molina Pérez, Jesica Pereira López,
María Isabel Santana Ortiz, Francisco Acoidan Rodríguez Batista,
Beatriz María Cabrera Suárez

Psiquiatra. Las Palmas.

Introducción: La muerte es un concepto que desde el inicio de los tiempos ha atraído las miradas de los seres humanos, ha estado presente en análisis filosóficos, en textos literarios, en el arte, en el ámbito sanitario, en la religión, en el ámbito jurídico... en definitiva, es un concepto sobre el que la humanidad se ha planteado múltiples preguntas. De igual forma e incluso en mayor medida, el suicidio entendido con el acto voluntario de quitarse la vida o lo que es lo mismo de proporcionarse la muerte a uno mismo, ha sido objeto de estudio por múltiples pensadores y, cómo no, tema central en infinidad de debates (políticos, religioso, sanitarios y jurídicos) a lo largo de la historia. El suicidio supone una de las principales causa de muerte en el mundo y la valoración de las tendencias o riesgo de suicidio es una tarea compleja a la que todo profesional de la Salud Mental se verá abocado en algún momento. La gravedad radica en el resultado de la insuficiencia, del error o fallo diagnóstico que no permite rectificaciones a posteriori. En ocasiones será difícilmente evitable, a pesar de conocer el riesgo y de haber tomado las medidas adecuadas y seguras para evitarlo; por tanto, la conducta suicida en un enfermo psíquico no debe significar necesariamente que haya ocurrido una falta médica por incumplimiento de la *Lex artis*. Teniendo en cuenta que, el suicidio de un paciente constituye, la primera causa de reclamación por responsabilidad profesional en el ejercicio de la Psiquiatría, es relevante revisar el concepto de suicidio desde una perspectiva médico-legal.

Objetivos: Revisar el concepto de suicidio desde una perspectiva médico-legal.

Material y métodos: Revisión de la literatura científica internacional publicada en los 10 últimos años, acerca del tema propuesto.

Conclusiones: El psiquiatra deberá examinar la información pertinente, evaluar el riesgo suicida, utilizar el juicio clínico basado en el conocimiento profesional y, elegir la intervención más apropiada y adecuada para las necesidades específicas del paciente en ese momento; así como llevar un adecuado registro en la historia clínica. En los suicidios, el profesional sanitario solo tendrá responsabilidad penal cuando la conducta sea claramente previsible y humanamente evitable y la actitud del profesional haya sido manifiestamente descuidada u osada. El profesional deberá probar que tomó las medidas adecuadas.

REVISIÓN DEL CONCEPTO DE SUICIDIO EN LA CULTURA JAPONESA A PROPÓSITO DE UN CASO

Noemi Molina Pérez, María Isabel Santana Ortiz,
Jesica Pereira López, Francisco Acoidan Rodríguez Batista,
Beatriz María Cabrera Suárez

Psiquiatra. Las Palmas.

Introducción: "El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas y en todas las culturas". El suicidio supone una de las principales causa de muerte en el mundo; sin embargo, a día de hoy y, a pesar de ser un fenómeno universal, el número de suicidios es a menudo subestimado, ya sea por cuestiones religiosas, culturales, por estigma, por cuestiones económicas o políticas... Es un tema que según la sociedad a la que se pertenezca se afronta de una forma u otra, pero que, independientemente de la cultura a la que pertenezca el suicida, constituye un concepto, que, de una forma u otra, genera una herida no solo en la familia y amigos de la persona que fallece por suicidio, en aquel que intenta el acto suicida, en el terapeuta que trata a esa persona, sino en la sociedad en su conjunto. Los puntos de vista y las consideraciones hacia el suicidio, la aceptación de éste e incluso la forma de ser llevado a cabo, varía enormemente en función de la influencia de los factores culturales de cada sociedad. Por todo ello, es necesario revisar el concepto de suicidio desde una perspectiva transcultural, para la elaboración de planes de tratamiento y prevención específico, que aumenten el éxito de la intervención ante pacientes culturalmente diferentes.

Objetivos: Revisar el concepto de suicidio desde una perspectiva transcultural, tomando como referente la cultura japonesa en contraposición con la cultura occidental.

Material y métodos: Revisión de la literatura científica internacional, acerca del tema propuesto. Y, presentación del caso clínico de una paciente de origen japonés atendida en una consulta ambulatoria, con

diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, que ha presentado a lo largo de su seguimiento, dos intentos de suicidio.

Conclusiones: La aceptación del suicidio, los métodos empleados y los datos epidemiológicos, están sujetos a la diferencias culturales; por lo que, tener un adecuado conocimiento de las características culturales de la conducta suicida, es imperativo para poder abordar elaborar un plan de tratamiento y prevención del suicidio a nuestros pacientes; ya que, en la actualidad, la globalización ha condicionado que en nuestras consultas tengamos el privilegio de tratar pacientes de gran diversidad cultural.

UTILIZACIÓN DE ESKETAMINA EN EL PACIENTE SUICIDA

Gala Velázquez Basterra, Diana Crespo Amaro,
Carmen Gómez Eguilaz, Violeta Pibernat Serrano,
Batirtze Goitia Aritxa

Psiquiatra. La Rioja.

Los trastornos depresivos representan la principal causa de discapacidad en el mundo, siendo una de las enfermedades que generan un mayor número de bajas laborales, así como grandes costes asociados. Los antidepresivos pueden tardar incluso meses en conseguir una respuesta y remisión sintomatológica. Se estima que el 30% de pacientes con trastorno depresivo mayor son resistentes al tratamiento, incluso desde su primer episodio. Además la ideación autolítica está presente en más de dos tercios de la población que sufre depresión. Por tanto, existe la necesidad de buscar una estrategia terapéutica que sea capaz de remitir o mejorar el curso de esta enfermedad, superando las limitaciones que presentan las estrategias antidepresivas actuales. La esketamina ha sido aprobada recientemente como tratamiento de este tipo de pacientes, mediante la aplicación intranasal. Para el desarrollo de este medicamento, han sido precisos numerosos estudios que apoyan su seguridad a corto y largo plazo en pacientes con depresión resistente al tratamiento. Se aborda, entonces, el interés creciente por este antagonista del receptor NMDA, que parece conseguir un efecto antidepresivo rápido y eficaz; un enantiómero de la ketamina; en concreto la aplicación intranasal en combinación con otro antidepresivo oral. En el presente estudio se lleva a cabo una revisión bibliográfica que analiza y resume, de forma sistemática, la evidencia científica sobre la eficacia y seguridad del uso de esketamina como tratamiento para la depresión mayor y, su efecto sobre la ideación suicida. Analizamos la eficacia sobre los síntomas depresivos y sobre la cognición suicida, así como la duración del efecto antidepresivo y reductor de la ideación suicida, y los posibles efectos adversos derivados del tratamiento. Encontramos que este fármaco es eficaz en pacientes con depresión mayor y depresión mayor resistente, reduciendo significativamente tanto la sintomatología depresiva como la ideación suicida con más de un 50% de tasa de respuesta y presentando efectos adversos leves y transitorios.