



XIV Congreso Nacional de Psiquiatría

Barcelona, 18-22 de octubre de 2010

Martes, 19 de octubre

Aspectos diagnósticos

PO-114-AD

NOCIÓN DE QUE LOS ADULTOS PUEDEN SEGUIR SUFRIENDO SÍNTOMAS DE SU TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD

P. Marqués Cabezas, C. Domínguez Martín, J. Coullaut García,
L. García García y E. Gómez Aribayos
Hospital Comarcal de Medina del Campo.

Introducción: La noción de que los adultos pueden seguir sufriendo síntomas de su trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) infantil ha surgido tiempo después de que este trastorno se reconociera y tipificara en niños. Teniendo en cuenta que el TDAH aparece durante la infancia, resulta lógico pensar que, al menos en algunos casos, continúe causando problemas durante la vida adulta. A partir de entonces, han ido apareciendo diversos estudios prospectivos que han confirmado la persistencia del trastorno en la edad adulta: el 50 al 70% de los niños que sufren este problema van a continuar presentando síntomas durante la vida adulta. Aunque en los adultos hay menos investigaciones epidemiológicas, la mayor parte de los trabajos realizados coinciden en encontrar una prevalencia de entre el 3 y el 4%.

Objetivos: Afianzar el reconocimiento del diagnóstico de TDAH en el adulto. Validar un cuestionario para facilitar el diagnóstico de TDAH del adulto joven, ante la sospecha por sintomatología comórbida.

Metodología: La muestra estuvo constituida por los 41 adultos de 17 a 34 años de edad, que ante un cierto grado de sospecha, o bien pertenecientes a familias con afectados de TDAH; respondieron mediante autoinforme un cuestionario retrospectivo con la lista de síntomas de TDAH; además, contestaron en la entrevista del cuestionario del número de síntomas de TDAH presentados en el pasado y los síntomas actuales. Para valorar la evolución y la respuesta al tratamiento incluimos el screening de síntomas comórbidos que incluye problemas de aprendizaje, trastornos por ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de personalidad antisocial y trastornos por uso de sustancias.

Resultados: Se observaron correlaciones significativas y mayores de 0,6 entre los cuestionarios que exploraron síntomas de TDAH del pasado. De los pacientes incluidos sólo 4 habían completado estudios primarios. Los resultados apoyan la inclusión de características de agresión impulsiva, tales como un alto temperamento, irritabili-

dad, problemas con el cumplimiento de normas (multas de tráfico, problemas legales) y abuso de sustancias en el pasado y actualidad.

Conclusiones: Estas investigaciones apuntan a que el TDAH no es sólo un problema de distraibilidad o inquietud, sino una alteración más profunda y extensa causada por el deterioro de un conjunto de actividades cerebrales denominado *funciones ejecutivas*. Los problemas que sufrirá el adulto con TDAH comienzan a fraguarse desde la afectación que experimenta su desempeño académico y relacional durante la infancia. Además, los adultos con TDAH experimentan un deterioro genuino en diversas áreas de su desenvolvimiento como el trabajo y la conducción de vehículos. El síndrome de hiperactividad puede asociar además síntomas de impulsividad y abuso de sustancias.

PO-121-AD

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA/PSICOLÓGICA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

F.J. Pino, S. Álvarez, S. Pelaz, F.L. González y M.A. Peña
Equipo de Salud Mental.

Introducción: La obesidad se ha considerado una enfermedad crónica con una prevalencia que ha aumentado en las últimas décadas. Conlleva complicaciones físicas y psicológicas con una importante repercusión en la calidad de vida. La cirugía bariátrica se considera en la actualidad la alternativa más eficaz a corto y largo plazo cumpliendo los objetivos de una pérdida del 50% o más del exceso de peso sin desarrollar carencias nutricionales; mantener el peso reducido a largo plazo, mejorar las enfermedades asociadas a la obesidad y mejorar la calidad de vida. Dentro de las valoraciones previas a la cirugía bariátrica se encuentra la evaluación psiquiátrica y psicológica, por la alta comorbilidad psiquiátrica encontrada en obesos mórbidos y para determinar si existe algún problema que pueda interferir con el proceso de la cirugía.

Objetivos: Los objetivos de la evaluación psiquiátrica/ psicológica serían medir los hábitos alimenticios y la posible existencia de trastornos de la conducta alimentaria; la capacidad del enfermo para entender en qué consiste la cirugía, riesgos y cuidados médicos y la existencia de trastornos mentales y rasgos patológicos de personalidad de los pacientes.

Metodología: La valoración se inicia con la realización de la historia psiquiátrica personal y familiar, incluyendo historia de la obesidad y hábitos alimentarios. Se realiza la exploración mental, así como una entrevista familiar y una evaluación psicodiagnóstica. Para valorar los hábitos de alimentación se pedirán registros alimentarios. Se realizará una historia clínica de su obesidad. También es importante valorar si presentan atracones o vómitos; así como el consumo de laxantes o diuréticos. Se valorará la posible existencia de bulimia nerviosa, trastornos de la conducta alimentaria no especificados o trastornos por atracción. Debemos valorar la capacidad del paciente para entender en qué consiste la cirugía, y su capacidad

intelectual. Por último, se deben realizar entrevistas clínicas para valorar la presencia de trastornos mentales. Se deben evaluar también la motivación, estrategias de afrontamiento, soporte social y valoración de su calidad de vida.

Resultados: Los criterios de exclusión psiquiátricos/psicológicos para la cirugía bariátrica en relación a los hábitos alimentarios han sido un cuadro de bulimia nerviosa con conductas purgativas frecuentes. Otro problema es el hábito de picar continuamente que puede interferir en el resultado tras la cirugía. En cuanto a las contraindicaciones referidas al funcionamiento cognitivo un retraso mental grave o moderado, valorando el soporte familiar si es un retraso mental de tipo leve o una capacidad intelectual límite. En cuanto a la presencia de un trastorno mental deben descartarse la presencia de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de personalidad graves o inestables, Abuso/dependencia de alcohol u otras sustancias y trastorno depresivo mayor con clínica activa.

Conclusiones: La cirugía bariátrica requiere una cuidadosa evaluación psicológica y psiquiátrica para maximizar las posibilidades de éxito de la cirugía. La evaluación detallada de los hábitos alimentarios es primordial a la hora de elegir una técnica quirúrgica u otra. El detectar una contraindicación no debe servir para que ese paciente no pueda nunca ser candidato a la cirugía, sino que más bien debemos tratar estas contraindicaciones bien con tratamiento psicofarmacológico o psicoterapéutico (como la modificación de los hábitos alimentarios mediante la terapia cognitivo conductual).

PO-123-AD

PERFILES PSICOPATOLÓGICOS Y DE DESEMPEÑO PSICOSOCIAL EN UNIDADES DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS

J.M. Manzano, J.J. Muñoz y E. Navas
Hospital San Juan de Dios.

Introducción: La asunción de principios rehabilitadores en Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados deriva en una serie de transformaciones estructurales y funcionales de cara a facilitar que las personas con problemas psiquiátricos puedan reintegrarse en la comunidad a través de la mejora en su funcionamiento psicosocial para así poder vivir en su entorno en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible. En el caso del Centro San Juan de Dios, pretendemos dotar a nuestros usuarios de un entorno lo más normalizado posible y centrar la atención socio-sanitaria en devolver las capacidades perdidas, mantener y/o potenciar las capacidades conservadas y atenuar el riesgo de deterioro.

Objetivos: 1. Diseñar y aplicar un criterio cualitativo de clasificación en una muestra de usuarios ingresados en una Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados de cara a lograr una distribución homogénea de los mismos que facilite implementar un proceso rehabilitador. 2. Valorar la idoneidad del citado criterio cualitativo de clasificación a través de un análisis cuantitativo mediante la Escala de Evaluación de la Actividad Global (Eje V del DSM-IV-TR; APA, 2002) 3. Definir perfiles de usuarios en los diferentes hogares de la unidad estudiada de cara a establecer unos objetivos adecuados y unos recursos óptimos para la consecución de los mismos. 4. Establecer un continuum asistencial jerárquico hasta llegar a un dispositivo que facilite y/o posibilite la reinserción en el medio natural.

Metodología: Se partió de una muestra de 92 pacientes ingresados en Larga Estancia con una edad media de 46,56 años (DT = 9,49) y un periodo medio de ingreso de 9,62 años (DT = 8,13). Fueron clasificados por niveles de desempeño psicosocial y afectación clínica a partir de un criterio cualitativo y otro cuantitativo (EEAG). Con estos dos procedimientos se consiguió. Una vez aplicadas las puntuaciones en la EEAG se procedió a describir los perfiles psicopatológicos y de desempeño presentes en los diferentes hogares de la Unidad de San Rafael. Con todo, se fomentó la creación de un modelo jerárquico que podría dinamizar las intervenciones rehabilitadoras. Todos

Los análisis de datos fueron realizados con el programa SPSS 15.0 -Statistical Package for the Social Sciences- (2006).

Resultados: El diagnóstico más frecuente es el de esquizofrenia paranoide seguido de esquizofrenia residual. La clasificación cualitativa, al ser contrastada con los datos cuantitativos se torna como óptima dado que al correlacionar el número de hogar (ordenados jerárquicamente) con la puntuación EEAG se obtiene una $r_{xy} = 0,696$ ($p \leq 0,001$). Prácticamente en todos los hogares habría representación de diferentes niveles. El promedio de funcionamiento global de los hogares obedece a un sistema ordenado jerárquicamente, siendo los hogares donde hay mayor autonomía donde se registran menos diferencias entre los pacientes.

Conclusiones: La clasificación en niveles de desempeño psicosocial supone una oportunidad de estandarización de las intervenciones a realizar con los pacientes y una contextualización de la intervención. La creación de hogares/estructuras con diferentes niveles de desempeño permite una optimización de los recursos humanos y estructurales facilitando intervenciones individualizadoras. La creación de una estructura jerárquica supone una motivación añadida para los usuarios en su proceso rehabilitador facilitando la comprensión de los posibles déficits en autonomía y autocuidado y facilitando la asunción de objetivos específicos. Esta motivación es extensible a los profesionales en contacto con los usuarios. La compartimentación en hogares de un número reducido de camas favorece la aplicación de estrategias rehabilitadoras y/o de reinserción en pacientes aquejados de enfermedades mentales crónicas y duraderas.

PO-133-AD

ASPECTOS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES EN LA IDENTIFICACIÓN DE PATOLOGÍA ORGÁNICA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

M. Leira
Centro de Salud Mental. Arganda del Rey.

Introducción: La presencia de alteraciones neuropsiquiátricas constituye con frecuencia un motivo de derivación a los Centros de Salud Mental (CSM) de pacientes que evolutivamente son diagnosticados de patologías orgánicas subyacentes como diagnóstico principal. Se presenta una serie de casos atendidos por un psiquiatra en un dispositivo comunitario (CSM Arganda del Rey, Madrid) a lo largo de un año, en los cuales se acabó identificando una patología orgánica como factor etiológico principal.

Objetivos: Identificar las características clínicas y los hallazgos de la exploración que desde las consultas ambulatorias de Salud Mental orientan a sospechar la existencia de un trastorno orgánico de base.

Metodología: Se realiza un resumen descriptivo de los cuadros clínicos de origen orgánico (excluyendo los asociados a consumo de sustancias y las alteraciones psiquiátricas en las demencias) atendidos a lo largo de un año por la autora en su consulta del CSM.

Resultados: Se identificaron un total de 5 pacientes cuyo diagnóstico clínico final fue de tipo somático: 2 pacientes con diagnóstico de alucinosis orgánica secundaria a déficit sensorial severo. 1 paciente con trastorno ansioso-depresivo secundario a meningioma gigante temporoparietal derecho. 1 paciente con trastorno afectivo orgánico secundario a enfermedad de Huntington. 1 paciente con crisis epilépticas inicialmente diagnosticadas como crisis de pánico.

Conclusiones: En todos los casos descritos el psiquiatra fue el primer especialista consultado por el médico de atención primaria para filiar el diagnóstico, siempre con cita preferente. En tres de los cinco casos la sospecha diagnóstica de etiología orgánica pudo establecerse de forma clara desde la primera consulta, a través de la anamnesis y la exploración clínica. Los factores que facilitaron la sospecha y el diagnóstico diferencial (previos a la confirmación por pruebas complementarias en los casos en que fue preciso) fueron:

presencia de sintomatología alucinósica (y diferenciación frente a alucinaciones); edad de presentación; ausencia de antecedentes psiquiátricos y presencia de antecedentes somáticos o neurológicos relacionados con los síntomas, y atipicidad de las alteraciones psicopatológicas.

PO-135-AD LA OBESIDAD EN LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

C. de las Cuevas
Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna.

Introducción: La obesidad es una epidemia global y una prioridad sanitaria ya que el exceso de peso se asocia con graves consecuencias para la salud.

Objetivos: Valorar la prevalencia y el tipo de obesidad, así como sus determinantes, en los diferentes trastornos psiquiátricos.

Metodología: La totalidad de los pacientes psiquiátricos ambulatorios (201) en seguimiento en el área de salud de La Gomera (20.622 habitantes) fueron entrevistados y valorados. La obesidad fue evaluada a través del cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) y de la medida del Perímetro Abdominal (PA) y del índice Cintura-Cadera (ICC). Los datos obtenidos fueron comparados con los correspondientes a la población general de Canarias.

Resultados: El 59,7% de los pacientes superó el valor máximo saludable de PA de acuerdo a la OMS (varón = 39,5%; mujer = 74,8%). El 71,1% de los pacientes presentaba obesidad abdomino-visceral con alto riesgo cardiovascular alto según el ICC (varón = 37,2% mujer = 96,5%). De acuerdo al IMC, los pacientes psiquiátricos registraron una prevalencia de obesidad significativamente superior a la correspondiente a la población general (42,9% vs. 16,6%, $t = 6,79$).

Conclusiones: Los trastornos psiquiátricos están asociados con un riesgo elevado de obesidad comórbida. Los profesionales de la salud mental deben estar familiarizados con el adecuado screening y las estrategias de tratamiento para la obesidad.

PO-147-AD DEMENCIA Y PSEUDODEMENCIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

P. Blanco
Hospital de Día. Villaverde. Madrid.

Introducción: Las relaciones entre demencia, depresión y envejecimiento son muy estrechas. Se sabe desde hace tiempo que la depresión se acompaña de alteraciones cognoscitivas. En la melancolía clásica se aprecia que estos fallos cognoscitivos aparecían en primer plano y se pensaba que eran de una calidad distinta, de difícil precisión a las observadas en la demencia. En todo caso, la situación de envejecimiento del sistema nervioso central proporciona una plastia especial a las depresiones en los ancianos.

Objetivos: Describir criterios clínicos que sirvan como referencia a la hora de establecer el diagnóstico diferencial entre dos patologías frecuentes en el anciano y que pueden interferir de forma significativa en las actividades de la vida cotidiana suponiendo una carencia con respecto al nivel previo del sujeto. En ambas existe una afectación cognoscitiva, funcional y conductual.

Metodología: Revisión bibliográfica y consulta de literatura de psicogeriatría.

Resultados: La demencia es un trastorno cognoscitivo adquirido, debido a un proceso orgánico que afecta al cerebro por enfermedad médica directa, por efectos persistentes de una sustancia o por múltiples etiologías. Se trata de una alteración global que incluye pérdida de memoria y de otras funciones superiores, en comparación con su nivel previo, sin alterar la conciencia. Provoca una incapacidad funcional laboral que interfiere con las actividades sociales cotidianas. Por su parte, la pseudodemencia consiste en un cuadro clínico en el que se muestra un trastorno cognoscitivo que parece

una demencia, pero provocado por un trastorno psiquiátrico funcional y no por una causa neurológica. Resulta reversible y sin un trastorno neuropatológico primario. Se trata de un síndrome, no de una enfermedad. Tanto la sintomatología como los resultados de las exploraciones neuropsicológicas son similares a los obtenidos en la demencia, pero la causa no es orgánica, pues no existe lesión neurológica que justifique el deterioro, que no es progresivo sino reversible e inespecífico desde el punto de vista etiológico. El término pseudodemencia es puramente descriptivo.

Conclusiones: Existen ciertos criterios clínicos que pueden orientarnos a la hora de establecer un diagnóstico diferencial. En la pseudodemencia podemos observar: humor depresivo, atención/concentración conservadas y respuesta a antidepresivos y/o TEC. En la demencia el humor es indiferente o irritable, hay empeoramiento nocturno, atención/concentración suelen estar alteradas, las alteraciones de la conducta son compatibles con la gravedad de la disfunción cognoscitiva y el tratamiento es paliativo, con neuroprotectores. Debido a la importancia de la demencia, tanto desde el punto de vista médico como socioeconómico por los cuidados médicos que precisa, el papel del psiquiatra resulta definitivo tanto al inicio, cuando puede plantear dificultades son sintomatología afectiva como a lo largo de la enfermedad, cuando existan manifestaciones psicopatológicas.

PO-154-AD NEUROPSICOLOGÍA DE LA ANOREXIA NERVIOSA

L. Rojo
Hospital Universitario La Fe. Research group CIBER CB06/02/0045 CIBER actions-Epidemiology and Public Health.

Introducción: Una de las características esenciales de la anorexia nerviosa (AN) es una reducción de la ingesta de alimentos que provoca cambios morfológicos en el parénquima cerebral, de los cuales se deriva toda una serie de alteraciones neuropsicológicas de distinta naturaleza. Aunque no existe un perfil específico de estas alteraciones, las investigaciones muestran determinadas capacidades neuropsicológicas más susceptibles de aparecer dañadas en este trastorno.

Objetivos: Identificar las alteraciones neuropsicológicas en una muestra de pacientes española (Grupo Experimental (G.E.)) compuesto de chicas jóvenes con anorexia nerviosa en fase aguda, (IMC17) con el fin de replicar hallazgos descritos en la literatura acerca de las alteraciones frontales, parietales y de velocidad de procesamiento (VPI), independientes de la ganancia de peso, que sugieren la existencia de éstas previa a la aparición del trastorno y no una mera consecuencia de éste. Se espera encontrar alteraciones en tareas de VPI, memoria visual, impulsividad, flexibilidad mental, resolución de problemas y estilos de procesamiento de la información visual (EPI) centrados en el detalle, pero no en memoria verbal. Asimismo se espera que estas alteraciones no reviertan tras la ganancia de peso.

Metodología: Se aplicó un amplio protocolo neuropsicológico que abarcaba todas las áreas cognitivas de interés, con el que se evaluó a las participantes en el estudio repartidas en tres grupos diferentes que formaban la investigación. Una vez obtenidos los datos se aplicó una prueba de normalidad de la distribución de los datos con el objeto de utilizar las pruebas estadísticas más apropiadas. Se realizó un ANOVA y las consiguientes pruebas "ex post facto" para comprobar las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Resultados: Se observan en los datos diferencias estadísticamente significativas en las pruebas de memoria visual entre el GE y el G.C. y entre el G.E. y el G.ANRec, pero no entre el G.ANRec y el G.C. No se observan diferencias en cuanto a las pruebas de Resolución de problemas entre el G.E. y el G.C. ($t = 0,359$; $sig. = 0,723$) así como en las pruebas de VPI, salvo en la prueba de Stroop C ($t = -2,493$; $sig. = 0,021$). Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en tareas de flexibilidad cognitiva (Stroop PxC: $t =$

-2,114; $\text{sig.} = 0,047$), y en impulsividad (TPD errores: $t = -2,212$; $\text{sig.} = 0,041$), siendo esta última mayor en el GC. No hay diferencias en las variables de memoria verbal ni en las pruebas de Estilos de Procesamiento de la Información.

Conclusiones: Los hallazgos muestran alteraciones en las funciones parietales (FCR, Stroop C) de los pacientes con AN en fase aguda que no revierten tras la ganancia de peso, lo que podría indicar un daño en la percepción visuoespacial previa a la manifestación del trastorno. Estas alteraciones aparecen en un contexto de VPI y de EPI dentro de los rangos normales, así como de capacidades de resolución de problemas intactas, en contra de lo esperado. Junto a las alteraciones parietales aparecen alteraciones frontales en las capacidades de inhibición y flexibilidad mental. Estos resultados apoyan las hipótesis de un patrón de alteraciones similar al TOC (Halmi et al. 2003).

PO-156-AD

REVISIÓN HISTÓRICA DE LA ESQUIZOFRENIA SIMPLE

J. Fernández Aurrecoechea, K. Tajima Pozo, L. Reyes Molón, M. Machín Vázquez-Illa, C. Ortiz Sánchez-Expósito y R. Molina Ruiz
Hospital Clínico Universitario San Carlos.

Introducción: La esquizofrenia simple es una entidad clínica magistralmente descrita por varios autores clásicos desde que Otto Diem en 1903 la incluyera como un subgrupo de las "Dementia Praecox" de Emil Kraepelin. La descripción más precisa y que perdurará como legado imperecedero es la que realiza Eugen Bleuler en 1911 en su "Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenen". Esta definición inicial se vio continuada con otras descripciones clínicas no menos valiosas de otros tantos estudiosos clásicos. Hoy día, con las clasificaciones actuales, el concepto de esquizofrenia simple se halla difuminado en gran parte por una incapacidad para su correcta descripción clínica, escapándose por ello el diagnóstico de esta entidad.

Objetivos: Se propone recoger sucecintamente las descripciones acerca de la esquizofrenia simple que llevan más de un siglo pudiendo iluminar un cuadro clínico que se va apagando con los criterios de las nuevas clasificaciones. De este modo, se podrá comprobar la validez y la importancia diagnósticas que tienen las lecturas clásicas para las enfermedades psiquiátricas actuales.

Metodología: Basado en el estudio de diversos tratados clásicos se intentará aportar un breve resumen para reavivar el concepto clínico de una entidad que corre el riesgo de extinguirse.

Resultados: Las fantásticas descripciones clásicas aportan mucha luz más allá de las meras clasificaciones operativas para el diagnóstico de esquizofrenia simple.

Conclusiones: En muchas ocasiones, y con la esquizofrenia simple se cumple esa condición, la vuelta a las descripciones clásicas, quizá olvidadas, quizá ninguneadas, aporta gran valía a cuadros clínicos que corren el riesgo del desconocimiento.

PO-160-AD

PRUEBAS DE IMAGEN PARA CASOS ATÍPICOS

M. García, D. Carlos de la Vega, P. Sánchez y A. Regidor
Hospital Ramón y Cajal.

Introducción: La solicitud de pruebas de neuroimagen (TAC craneal) está indicado en determinadas circunstancias en las guardias de psiquiatría. Indicaciones comunes de la misma son alteración del nivel de conciencia, comienzo brusco de la clínica sin antecedentes psiquiátricos previos o estresantes previos o clínica atípica como alucinaciones visuales. Sin embargo la rentabilidad de dicha pruebas diagnósticas, con importante coste económico y no inocuas para el paciente, en ocasiones es puesta en entredicho. A continuación presentamos un estudio en el que revisamos la solicitud de TAC craneal en el servicio de urgencias del H. Ramón y Cajal para pacientes con clínica psiquiátrica.

Objetivos: Estudiar la rentabilidad diagnóstica de la petición de pruebas de neuroimagen en el servicio de urgencias para pacientes con clínica psiquiátrica.

Metodología: Revisión retrospectiva de los TAC craneales solicitados durante un periodo de nueve meses a pacientes con clínica psiquiátrica mediante el programa de historia clínica electrónica "Cajal". Procesamiento de los datos mediante el programa estadístico SPSS.

Resultados: Demográficos: por sexos no hubo diferencias reseñables; por edad el porcentaje de pacientes más destacado sería aquellos cuya edad está comprendida entre los 40 y los 50 años. Motivo de consulta: la indicación más frecuente fue la de "alteración del comportamiento" con 35,1% y psicoticismo un 14,9%, sumando ambas casi la mitad de las peticiones. Hallazgos radiológicos: destaca que hasta en un 63,8% de los pacientes no se encontraron datos significativos. Como hallazgo más frecuente encontramos el de atrofia cortico-subcortical, presente en un 26,6%, seguido del de datos de enfermedad vascular cerebral con un 9,6%. Diagnóstico: a destacar que un 20,2% de los pacientes recibieron el diagnóstico de clínica psicótica de novo, siendo el siguiente grupo diagnósticos más frecuente el de cuadro neurológico con un 11,7%. El grupo de deterioro cognitivo (considerado como grupo independiente) estuvo presente en un 10,6%.

Conclusiones: Tras comparar las variables clínica, diagnóstico y hallazgos radiológicos, elaboramos una nueva variable denominada "relevancia", en la que reflejábamos si la petición de TAC craneal propició información significativa. Solamente en un 6,4% de los casos, el informe radiológico resultó indispensable para elaborar un diagnóstico adecuado, habiéndose podido posponer o suprimir la petición de TAC craneal en el resto de los casos. Sin embargo, estos datos no indican necesariamente que se haya de ser más restrictivos con las peticiones de neuroimagen en los servicios de urgencia. El hecho de que no aporten nueva información es en muchos casos, bastante relevante en sí mismo, ya que nos confirma el diagnóstico previo o el supuesto gracias a los síntomas. Sería interesante estudiar las peticiones urgentes de TAC craneal por otros servicios para así poder comparar la rentabilidad diagnóstica.

PO-168-AD

DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

G. Cózar, A. Cano Prous, J.A. Gómez Sánchez, S. Yurrita Montesinos y G.A. Baquero Mahecha
Clínica Universidad de Navarra.

Introducción: Estudios recientes de la Organización Mundial de la Salud indican que la enfermedad mental afecta a casi la mitad de la población de todo el mundo. De acuerdo con la población general el número de estudiantes universitarios con una enfermedad mental grave ha aumentado situándose en cifras cercanas al 47%. Los problemas que padecen los estudiantes universitarios incluyen fundamentalmente ansiedad (83%), depresión y psicosis. Además estudios recientes demuestran que en estos últimos veinte años la prevalencia de depresión en esta muestra se ha duplicado y el suicidio se ha multiplicado por tres. Por contra, la frecuencia en el abuso de tóxicos, trastornos de la conducta alimentaria, y problemas legales no ha variado.

Objetivos: Analizar si existen diferencias en la presentación de un trastorno mental en función de la Universidad en la que se estudie. Estudiar si existen diferencias en el diagnóstico de trastorno mental entre estudiantes de carreras de "letras" o de "ciencias".

Metodología: Analizamos una muestra de estudiantes universitarios de 18 a 23 años de edad que acudieron al Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universidad de Navarra entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009. Se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, carrera y centro universitario, antecedentes psiquiátricos personales y/o familiares, y hábitos tóxicos), además del diagnóstico emitido durante la consulta. El estudio estadístico se realizó mediante el programa informático SPSS 15.0.

Resultados: Analizamos 57 pacientes con una media de edad de 20,72 años (DE: +1,6), de los que el 77,2% (N: 44) eran estudiantes de la Universidad de Navarra. Aproximadamente la mitad de la muestra eran estudiantes del área de “Letras” (N: 31; 54,4%). La mitad de los estudiantes (N: 29) fueron diagnosticados de un cuadro psicopatológico relacionado con la ansiedad. A pesar de que los estudiantes de “Ciencias” presentaban una mayor frecuencia de diagnósticos relacionados con cuadros ansiosos, no encontramos diferencias estadísticamente significativas con los de “Letras” ($p > 0,05$). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los diagnósticos emitidos según la universidad de referencia ($p > 0,05$).

Conclusiones: Los trastornos mentales que con mayor frecuencia se diagnostican en universitarios están relacionados con cuadros de ansiedad. Los trastornos mentales diagnosticados en población universitaria no dependen de la carrera ni de la universidad en que se estudie.

PO-193-AD

ESCALA DEL FUNCIONAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL (PSP) PARA LA ESQUIZOFRENIA: VALIDEZ CONVERGENTE CON LAS ESCALAS ICG-G Y SOFAS

J. Bobes García, M.P. García-Portilla, M. Ruiz Veguilla y C. Ismael Guzmán
Área de psiquiatría. Universidad de Oviedo.

Introducción: La funcionalidad es un elemento nuclear de la esquizofrenia, constituyendo el criterio B para su diagnóstico en el DSM-V y un objetivo primordial del tratamiento en el siglo XXI. Los instrumentos de evaluación disponibles tienen limitaciones importantes. La Escala de Evaluación del Funcionamiento Social y Ocupacional (SOFAS) es el más apropiado aunque las áreas funcionales no están claramente definidas y su fiabilidad interexaminador es pobre. Para mejorar la SOFAS, Morosini y cols desarrollaron la Escala del Funcionamiento Personal y Social (PSP) que, además de ser lingüísticamente más precisa, supera sus limitaciones.

Objetivos: Determinar la validez convergente de la PSP con la SOFAS e ICG-G (Impresión Clínica Global de Gravedad).

Metodología: Diseño: observacional, prospectivo, multicéntrico, de adaptación y validación de un instrumento de medida. Sujetos: 319 participantes; 244 pacientes con esquizofrenia y 75 controles sanos. Evaluación: ICG-G, SOFAS y PSP. Análisis estadístico: estadísticos descriptivos, coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: Edad media 35 años (rango: 18-77), 65,2% varones, 88,1% raza caucásica, 48,7% sin o con estudios primarios, 23,2% trabajadores en activo. Coeficiente de correlación de Pearson con la ICG-G: $r = -0,87$ ($R^2 = 75,69\%$) ($p < 0,001$), con la SOFAS $r = 0,95$ ($R^2 = 90,25\%$) ($p < 0,001$).

Conclusiones: La escala PSP posee una validez convergente excelente con la escala SOFAS, midiendo ambas escalas constructos prácticamente idénticos. La validez convergente con la ICG-G es menor, lo que indica que ambas escalas miden constructos parcialmente distintos. Conclusión clínica: por lo que a la validez convergente se refiere se puede utilizar la PSP en lugar de la SOFAS.

PO-194-AD

ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA PSP: FUNCIONALIDAD

J.J. de la Gándara, J.M. Olivares, R. Pérez y A. de Prado
Complejo Asistencial Universitario de Burgos.

Introducción: El deterioro funcional en la esquizofrenia es un hecho incuestionable que, pese a haber sido muy reconocido hasta constituirse en criterio diagnóstico desde 1994 (DSM IV), no siempre ha sido correctamente evaluado en cuanto a su intensidad y cambio a lo largo del tiempo. La Escala de Funcionamiento Social y Personal

(PSP) se propone como un instrumento fiable, válido y aplicable en la práctica clínica para estos fines, ya que evalúa el nivel de funcionamiento (0 a 100) en 4 dominios: Actividades sociales productivas, relaciones personales y sociales, autocuidado y comportamientos disruptivos y agresivos.

Objetivos: Describir las puntuaciones en dos grupos de pacientes con esquizofrenia (estables, inestables) y un grupo control.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, de adaptación y validación de un instrumento de medida, comparativo entre un grupo de pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico y un grupo control. Se evaluó cada grupo (inestables, estables, sujetos control) de forma independiente en los 4 dominios.

Resultados: Hubo diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales entre los tres grupos, así como en las puntuaciones agrupadas (proporción de pacientes: < 30 puntos: inestables 26%, estables 2%; 30-70 puntos: inestables 63%, estables 68%; > 70 puntos: inestables 11%, estables 30%, controles 100%).

Conclusiones: La escala PSP demuestra ser un instrumento sensible de medida capaz de diferenciar los diversos niveles de funcionalidad del paciente esquizofrénico en distintas fases de la enfermedad frente a un grupo control.

PO-209-AD

“EL NERVIO DE LA ESPALDA, ESE GRAN DESCONOCIDO”

G. Belda Moreno, C. Rodríguez Gómez-Carreño, E. Segur Escobar, A. Ramírez García, A. Pérez Nevot y E. Sánchez Rodríguez
Hospital General de Ciudad Real.

Introducción: Muchos trastornos mentales, sobre todo del espectro psicótico y afectivo, presentan síntomas somáticos e interpretaciones delirantes de la sintomatología somática junto con ideas delirantes más o menos estructuradas. Estos factores dependientes del paciente junto con factores dependientes del sistema como el tiempo dedicado a la consulta y los prejuicios sociales hacia el enfermo psiquiátrico, producen retrasos diagnósticos de gran importancia para la vida del paciente y la evolución del trastorno.

Objetivos: Destacar la importancia de la entrevista clínica y la interpretación de los síntomas del paciente con enfermedad mental del espectro psicótico o afectivo para intervenir eficazmente en su diagnóstico y evolución.

Metodología: Se analiza un caso clínico utilizando como material la historia clínica de una paciente que consulta por dolor de espalda y problemas de “indecisión”. Se analiza el itinerario realizado por la paciente dentro del Sistema Sanitario hasta llegar a Salud Mental y sus consecuencias.

Resultados: Descubrimos un cuadro delirante somatomorfo con sintomatología afectiva concomitante por medio de una amplia entrevista clínica, primero en urgencias y después en UHB, donde la paciente describe gráficamente el contenido de sus ideas delirantes tras un largo deambular por distintas especialidades incluida Salud Mental.

Conclusiones: Una adecuada entrevista clínica considerando el carácter evolutivo de la enfermedad mental, la interpretación de los síntomas del paciente delirante y los prejuicios sociales y médicos hacia el enfermo psiquiátrico, puede mejorar el diagnóstico y tratamiento de determinados trastornos mentales, disminuyendo el gasto sanitario y la confusión del paciente, aumentando la eficacia y la eficiencia de nuestra intervención.

PO-239-AD

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS Y AMINOÁCIDOS

J.F. Marcos, R. Bravo de Medina, B. Ereño y J. Aizpiri
Medicina Psico-Orgánica S.L.

Introducción: Los aminoácidos son compuestos orgánicos que componen las proteínas y son esenciales para el correcto funciona-

miento del organismo y del cerebro. Su alteración y desequilibrio se han relacionado con la aparición, mantenimiento y agravamiento de trastornos psiquiátricos y psicológicos. Su variación sobre los valores normales da lugar a cambios psicopatológicos como el incremento de la ansiedad, alteraciones del estado de ánimo, aumento de la impulsividad/agresividad, disminución de la memoria, elevación del craving y mayor número de recaídas entre otros aspectos.

Objetivos: Determinar los valores normales de referencia (pmol/ul) de aminoácidos.

Metodología: Se selecciona un grupo de control de sujetos sanos sin antecedentes psiquiátricos (N = 37) Técnica: Cromatografía líquida de alta resolución (HPLC) Requiere de unas condiciones previas de preparación que consiste en un ayuno 8-9 horas y abstinencia de consumo de alcohol u otros tóxicos. La muestra de análisis. Primero se extraen 2-3 ml de sangre venosa y se añade a un tubo que contenga como anticoagulante EDTA. En segundo lugar se centrifuga a 3.000 rpm durante 5 minutos y se separa 1 ml de la capa superior, que es el plasma. Finalmente se coloca en un tubo y cerrado con un tapón, si no se va a procesar en el momento, se guarda en nevera (4º C) hasta 10 días. Los datos han sido analizados mediante el SPSS v. 13.0.

Resultados: Se obtienen los siguientes valores normales de referencia (pmol/ul): Fosfoserina 5,6-7. Aspártico 3,3-4,2. Glutámico 26,5-50,3. Hidroxiprolina 8,1-16,4. Fosfoetanolamina 2,3-3,6. Serina 107,5-139,8. Asparragina 58,2-68,5. Glicina 180,8-247,5. Glutamina 529,8-635,9. Beta alanina 6,1-7,5. Taurina 36,7-48. Histidina 50,5-58,7. Citrulina 29-37,3. Gamma aminobutírico 3,4-5,7. Treonina 72,5-116,7. Alanina 303,6-381,3. Arginina 38,9-71,7. Prolina 132,2-188,8. Alfa aminobutírico 14,1-17,8. Tirosina 48,25-60,9. Valina 195,8-252,7. Metionina 21,2-30. Cisteína 9,7-14,9. Isoleucina 37,2-56,3. Leucina 93,4-132,4. Fenilalanina 46,3-55,4. Triptófano 40,9-49,1. Ornitina 64,35-90,8. Lisina 142,7-190,9.

Conclusiones: Estos datos permiten diferenciar entre las depresiones que pueden tener un origen en la depleción del triptófano (deplecciones triptofánicas) de las depresiones clásicas, con valores de triptófano dentro del rango de normalidad. Asimismo pueden revelar cuadros clínicos que presentan una fatiga o agotamiento psíquico que están en relación con la depleción a aminoácidos excitatorios como el aspártico o el glutámico. La correcta regulación de aminoácidos según valores normales de referencia se considera como una vía de intervención efectiva en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos/psicológicos que: mejora la eficacia y efectividad de los tratamientos, disminuye y previene las recaídas, y favorece un mejor pronóstico.

PO-244-AD

EPISODIO DE MANÍA EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE PRADER-WILLI

R. Gallardo, J.M. Valles, J.D. Martín Manjarres, C. Botillo

y E. González de Pablos

Complejo Hospitalario San Luis.

Introducción: Entre un 28% y un 65% de los pacientes afectos del síndrome de Prader-Willi presentan una enfermedad mental. Presentamos el caso clínico de un varón de 29 años diagnosticado de retraso mental moderado y síndrome de Prader-Willi, que inicia un cuadro caracterizado por la sintomatología maniforme, la ideación delirante paranoide mal estructurada, la agitación psicomotriz y la desorganización del pensamiento.

Objetivos: Poner de relieve la alta incidencia de patología psiquiátrica entre los enfermos con retraso mental.

Metodología: Presentación de caso clínico.

Resultados: El tratamiento del paciente con quetiapina prolongada 400 mg 0-0-2 po, ha estabilizado al paciente, con remisión completa de la sintomatología maniforme psicótica.

Conclusiones: La incidencia de patología psiquiátrica grave es frecuente en este tipo de enfermos. La falta de Servicios Psiquiátricos superespecializados en el área de la discapacidad psíquica.

PO-288-AD

ANOREXIA NERVIOSA Y TOC: A PROPÓSITO DE UN CASO

G. María Galindo, M. Mamajón, R. Marina Fernández y C. Matos
Hospital Clínico Universitario.

Introducción: La anorexia nerviosa (AN) implica un rechazo a mantener un peso normal con pérdida deliberada, inducida o mantenida de al menos 20-25% del peso original. Ha aumentado en grupos como raza negra y oriental, India, Egipto y Este de Europa y en inmigrantes que asimilan la cultura occidental introyectando delgadez como modelo deseable. La interiorización de lo que se cree que es un cuerpo ideal se observa con 9-12 años.

Objetivos: Rasgos obsesivo-compulsivos como pensamientos relativos a la imagen corporal, a la comida o al peso, reiterativos y que se viven con gran ansiedad están presentes en la AN. La comorbilidad de rasgos obsesivos con síntomas propios de TOC hace pensar en la existencia de una vía de expresión común entre AN y TOC.

Metodología: Presentamos el caso de una mujer de 29 años licenciada en derecho, soltera. Su deseo de adelgazar comenzó a los 10 años y 6 años después inició restricción alimentaria con importante práctica deportiva. Por ello acude a consulta de Psiquiatría Infanto-Juvenil. WAIS: nivel intelectual normal-alto. MMPI: actitud defensiva ante la prueba con intento de presentar buena imagen y negar problemas (puntuación baja escalas). Cuestionario de Depresión de Beck: PT 11. Persiste clínica con ejercicio físico excesivo, sentimientos de culpa tras la menor ingesta, importante distorsión de la imagen corporal, repercusión emocional con tristeza e irritabilidad, ideas obsesivas y conductas ritualizadas y compulsivas. Niega restricción alimentaria y conductas purgativas. Intensa preocupación en torno a la cantidad de comida del resto familia. Múltiples ingresos en unidades específicas para trastornos de la conducta alimentaria y varios intentos de autolisis.

Resultados: La paciente centra el discurso en la AN, ideas de muerte como parte de un sentimiento de desesperanza y agotamiento de trayecto vital. Necesita controlar la alimentación y las actividades de los demás. Tras varias sesiones de terapia electroconvulsiva y tratamiento farmacológico antidepresivo refiere mejoría del estado de ánimo con respecto a épocas anteriores.

Conclusiones: En ambos cuadros existen alteraciones en la cognición y en la neurobiología con implicación de la función serotonínérgica. TOC: alteraciones de los mecanismos de aprendizaje (ganglios basales). AN: alteraciones cognitivas con pensamientos y creencias erróneas, rigidez, perfeccionismo y rituales relacionados con la comida que persisten tras recuperar peso, generalizaciones excesivas, magnificación de las consecuencias negativas, pensamiento dicotómico, ideas de autorreferencia y pensamientos supersticiosos.

PO-292-AD

TRASTORNO FACTICIO CON SÍNTOMAS FÍSICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.T. Nascimento, P. Álvaro, M.J. Blasco, S. Castillo, S. Gasque, A. Martínez, C. Masip y A. Bulbena

Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD). Parc de Salut Mar.

Introducción: Los trastornos facticios se caracterizan por la producción intencionada de signos y/o síntomas físicos y/o psicológicos con el objetivo de asumir el rol de enfermo. Estos pacientes son tratados generalmente por médicos generales, y pocos de ellos son derivados a Psiquiatría.

Objetivos: Analizar la importancia del despistaje de comorbilidad psiquiátrica en cuadros somáticos de tórpida evolución, así como reflexionar sobre diagnósticos psiquiátricos comórbidos.

Metodología: Presentamos el caso de una mujer de 42 años con múltiples ingresos en Medicina Interna por complicaciones sépticas. Tras múltiples pruebas se descartan inmunodeficiencias que pudiesen explicar el cuadro clínico y es derivada al servicio de Psiquiatría. Destaca un

contacto frío e indiferente respecto a la situación actual. Actitud negadora y minimizadora. Discurso centrado en quejas depresivas inespecíficas, con ideas pasivas de muerte. Tras reconstrucción de los hechos, la paciente reconoce autoprovocación de los abscesos así como ingestión de dicumarínicos sin dejar claro la finalidad de la misma.

Resultados: La valoración psiquiátrica orienta un diagnóstico de trastorno facticio con predominio de signos y síntomas físicos y Trastorno depresivo no especificado.

Conclusiones: Los pacientes con trastorno facticio tienden a la cronicidad. Se asocia con una elevada morbilidad y en ocasiones con una nada despreciable mortalidad, inherente a los múltiples procedimientos que logran se les practiquen, o el suicidio. Sin embargo, la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos es muy frecuente, por lo que insistimos en la importancia de esclarecer todos los diagnósticos subyacentes para realizar un tratamiento específico de los mismos.

PO-300-AD

FACTORES RELACIONADOS CON EL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

A. Ugarte, P. Vega, M. Fernández, M. Gutiérrez, I. Zorrilla, J. Larrañaga y A. González-Pinto
Hospital Santiago Apóstol.

Introducción: El diagnóstico en trastorno bipolar (TB) es difícil, ya que no se ha encontrado hasta el momento síntomas patognomónicos y diferenciadores entre este grupo de trastornos.

Objetivos: Estudiar las características diferenciales durante 3 años de seguimiento entre pacientes diagnosticados de TB (forma estable: DE) y aquellos que se diagnostican posteriormente (forma inestable: DI), es decir, aquellas que llegan al diagnóstico TB tras varios diagnósticos.

Metodología: Se realizó un estudio longitudinal de 112 pacientes con un primer episodio psicótico ingresados consecutivamente en el Hospital Santiago Apóstol (Vitoria). Se les evaluó una vez al año durante tres años. Se utilizó un extenso protocolo: variables clínicas, demográficas, escalas PANSS, Phillips, EEAG, CGI y Strauss-Carpenter.

Resultados: Durante 3 años de seguimiento 79 fueron evaluados. 31 recibieron el diagnóstico de TB. Encontramos que el 52% de ellos tenían un diagnóstico de TB, el 48% (15) habían sido diagnosticado de TB tras varios diagnósticos anteriores. Comparamos las características clínicas y demográficas de ambos. Los DI no mostraban diferencias significativas en el ajuste social premórbido, funcionalidad durante el año precedente, ni en sintomatología psicótica positiva y general, si mostraban mayores puntuaciones en la PANSS N ($p < 0,001$) y en el número de síntomas de Schneider ($p < 0,001$). Los LDI presentó un menor número de recaídas.

Conclusiones: El hallazgo más importante de este estudio es la existencia desde el comienzo de la enfermedad de patrones diferenciales entre los pacientes que claramente son diagnosticados de trastorno bipolar desde el comienzo de la enfermedad y aquellos que se tarda en diagnosticar definitivamente.

PO-338-AD

INSOMNIO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EVALUADO MEDIANTE EL CUESTIONARIO OVIEDO DE SUEÑO

E.M. Díaz Mesa, P. García-Portilla, P.A. Sáiz, E. Fonseca, M. Arrojo, P. Sierra, F. Sarramea, E. Sánchez, J.M. Goikolea y V. Balanzá
Universidad de Oviedo. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. CIBERSAM.

Introducción: El insomnio secundario a las patologías psiquiátricas es el que más ha aumentado en los últimos años y repercute en la expectativa y calidad de vida de las personas que los padecen.

Objetivos: Determinar las características del insomnio en pacientes con trastorno mental grave (TMG).

Metodología: Diseño: estudio observacional, prospectivo (3 meses) y multicéntrico. Pacientes: 184 pacientes con TMG (esquizofrenia-ESQ 87; trastorno bipolar-TBP 97) en tratamiento de mantenimiento. Evaluación: Cuestionario Oviedo de Sueño y Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG). Análisis: análisis descriptivos, de frecuencias y de medias.

Resultados: Edad media (DT) de 43,3 años [ESQ 39,8 (11,4); TBP 46,4 (10,62); $p < 0,001$]. El 56% eran hombres (ESQ 74,7%; TBP 39,2%; $p < 0,001$). De acuerdo a los criterios diagnósticos CIE-10, el 19,7% tenía insomnio (ESQ 20,7%; TBP 18,8%; $p = 0,742$). Mayor puntuación en la subescala de gravedad del insomnio en pacientes con insomnio [ESQ: 27,6 vs 16,4 ($p < 0,001$); TBP: 29,6 vs 15,7; ($p < 0,001$)]. Perfil del sueño de los pacientes con insomnio (ESQ y TBP): latencia > 60 minutos, eficiencia < 61%, interferencia 6-7 días/semana, sueño diurno 3-5 días/semana, medicación 3-5 días/semana. Además, los pacientes con TBP y con insomnio despiertan < 2 horas antes; también tienen una puntuación menor en EEAG que aquellos sin insomnio (55,4 vs 62,5; $p < 0,001$).

Conclusiones: 1) A pesar del tratamiento de mantenimiento uno de cada cinco pacientes con TMG presenta insomnio según criterios CIE-10. 2) En los pacientes con TBP la presencia de insomnio se asocia a un peor nivel de funcionalidad.

PO-342-AD

VARIABILIDAD DIAGNÓSTICA EN LA PRÁCTICA PSIQUEÁTRICA EN PACIENTES REINGRESADORES EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

M. del Cerro Oñate, M. Herrera Jiménez, S. Martínez Benítez, J.M. López Navarro, B. Pérez Molina y F. Rosagro Escámez
Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Introducción: La variabilidad diagnóstica en la práctica psiquiátrica ha sido objeto de diferentes estudios, lo cual puede depender de diferentes factores como estilos en la práctica clínica, evolución a lo largo del tiempo, gravedad de la psicopatología, procedimiento clínico diagnóstico de cada profesional, asociación o confluencia con otro tipo de patologías.

Objetivos: Estudiar la variabilidad diagnóstica en la práctica médica psiquiátrica mediante el estudio del número de ingresos en una unidad de hospitalización psiquiátrica de enfermos agudos.

Metodología: Realizamos un estudio descriptivo mediante la selección de 80 pacientes dados de alta en una unidad de agudos cuantificando los ingresos a lo largo de su psicobiografía y los distintos diagnósticos recibidos en cada una de las altas.

Resultados: Un porcentaje significativo de los pacientes estudiados han recibido dos o más diagnósticos principales diferentes al alta de sus ingresos hospitalarios.

Conclusiones: La patoplastia de la enfermedad mental hace que sea necesario tener en cuenta la evolución longitudinal de la psicopatología manifestada para poder emitir un diagnóstico concluyente.

PO-343-AD

ESTUDIO DE ESPECTROSCOPIA MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA DE PROTONES EN LA CORTEZA PREFRONTAL DORSOLATERAL EN PACIENTES CON PRIMER BROTE PSICÓTICO, FAMILIARES Y CONTROLES SANOS

J.J. Marín Méndez, F. Ortúñoz Sánchez-Pedreño y J.L. Zubieto
Clínica Universidad de Navarra.

Introducción: Se han detectado cambios de diversos metabolitos cerebrales en este trastorno que pueden detectarse mediante espectroscopia por resonancia magnética (ERM). Tiene interés estudiar si dichos representan fenotipos intermedios de la enfermedad.

Objetivos: Determinar diferencias en los niveles de N-acetilaspartato, colina y creatina, entre grupos de enfermos, familiares y controles en las principales regiones afectadas.

Metodología: Selección de los participantes mediante entrevista estructurada (protocolo SCID adaptado al castellano). Administración de escalas de síndrome Positivo y Negativo de la esquizofrenia PANSS. Las medidas de imagen fueron realizadas en un equipo Siemens de resonancia magnética de 1,5-Teslas. El volumen de interés se obtuvo mediante imágenes potenciales en T2 en el plano axial, coronal y sagital, este se empleó para la H-ERM en las regiones afectadas. Para los espectros, se empleó un TR = 1.500/ TE = 135, con 192 adquisiciones de señal. Se integraron los picos de creatina (CR = 3,0 ppm), colina (CHO = 3,2 ppm) y N-acetilaspartato (NAA = 2,0 ppm).

Resultados: Se reclutaron 40 participantes (19 enfermos, 11 controles y 10 familiares), con edades entre 20-68 años. El volumen de interés obtenido fue de 20 × 20 × 20 mm. No encontramos diferencias significativas en los niveles de los metabolitos medidos.

Conclusiones: No se han visto variaciones en las señales espectroscópicas de NAA, CHO y CR en la esquizofrenia de inicio reciente, o con un tiempo de evolución corto. No se han encontrado evidencias de un fenotipo intermedio entre el grupo de pacientes y el grupo control (como cabría esperar del grupo de familiares).

PO-346-AD

DIAGNÓSTICO: HEBEFRENIA

M. Ribeiro, V. Basterra, R. Hidalgo, O. Mentxaka y F. Morras
Hospital Virgen del Camino.

Introducción: Cada vez es menos frecuente el diagnóstico de hebefrenia, dado que la mayoría de estos cuadros se incluyen en el diagnóstico de esquizofrenia. Hecker, en 1871, fue el primero en describirla y así se puede observar en nuestros días.

Objetivos: Mostrar, a partir de un caso, la importancia de una buena historia clínica y la adecuada descripción de los síntomas, dada su relevancia para realizar el adecuado diagnóstico, muchas veces longitudinal.

Metodología: Paciente de 13 años, con antecedentes psiquiátricos filiados desde los tres años. Diagnóstico inicial: TDA-H con sintomatología obsesiva. Con 12 años aparecen alteraciones anímicas que señalan hacia un trastorno bipolar. Ingreso en 2010 con conducta alucinatoria, perplejidad. Ansiedad. Heteroagresividad. Estereotipias y manierismos del habla y la marcha. TAC y EEG: Normales. Importante deterioro funcional a lo largo de estos años. Tratamiento: clozapina 250 mg. Con remisión de la clínica psicótica, sin fluctuaciones anímicas significativas. Diagnóstico: hebefrenia.

Resultados: La heterogeneidad de la clínica en menores supone un reto para los clínicos, como se demuestra en este caso. La importancia de una completa exploración y anamnesis se confirman una vez más como esenciales para la buena práctica de nuestra profesión.

Conclusiones: Una completa anamnesis y exploración psicopatológica son esenciales para un adecuado diagnóstico. En este caso Hecker es un gran ejemplo, al ser el primero en describir el caso presentado. No se puede obviar esta realidad por el beneficio de nuestros pacientes.

PO-351-AD

EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA DE UN PACIENTE DIAGNOSTICADO DE SÍNDROME DE BANNAYAN-RILEY-RUVALCABA

M.J. Louzao y S. Maceda
CHUVI.

Introducción: El síndrome de Bannayan-Riley-Ruvalcaba es un trastorno raro que se caracteriza por la presencia de múltiples lipomas y hamartomas en distintas localizaciones además de escafocefalia y estrabismo. A nivel psiquiátrico puede cursar con retraso psicomotor, trastorno del lenguaje y retraso madurativo global.

Objetivos: Valoración psicopatológica y de recursos cognitivos en un varón que padece este síndrome e implicaciones para el tratamiento: importancia de la psicoeducación en el ámbito familiar.

Metodología: Presentación del caso clínico de un varón de 17 años afecto de esta patología, con grandes repercusiones en su capacidad de adaptación y conflictos a nivel familiar. Acude a su Unidad de Salud Mental traído por su padre que refiere aislamiento y clonofilia desde hace algunos meses y solicita ayuda para mejorar su calidad de vida. Se realiza exploración psicopatológica mediante entrevista clínica, tests proyectivos y evaluación de la capacidad cognitiva a través del WAIS-III.

Resultados: A nivel psicopatológico no aparece sintomatología franca en el momento actual. En cuanto a la exploración de las funciones cognitivas se observa un importante deterioro global que va más allá de las dificultades para expresar y comprender el lenguaje. Se aprecian también dificultades en el ámbito relacional.

Conclusiones: La exploración refleja una gran carencia de recursos cognitivos que dificultan su adaptación al entorno y también la intervención desde una aproximación psicoterapéutica y/o farmacológica. Informamos a la familia de la transcendencia e irreversibilidad del diagnóstico con el objetivo de que reduzcan sus exigencias y se garanticen la estabilidad y armonía familiares.

PO-357-AD

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN EN UNA SERIE DE CASOS

I. Espiño

Complejo Hospitalario Xeral Calde. Lugo.

Introducción: El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es una enfermedad somatopsíquica desencadenada por los cambios en las concentraciones de esteroides sexuales que acompañan al ciclo menstrual. De presentación durante la fase luteína -que va desde la ovulación hasta la menstruación-, se caracteriza por la presencia de síntomas psíquicos además de síntomas somáticos y alteraciones conductuales que mejoran días después del inicio de la fase folicular, todo ello de presentación durante dos o más ciclos menstruales provocando dificultades y limitaciones sociolaborales e interpersonales. Debido a la ausencia de criterios diagnósticos aceptados no se conocen datos epidemiológicos del trastorno pero se estima una prevalencia del 5% en mujeres de edad fértil. Es importante diferenciar este trastorno del síndrome premenstrual, cuya sintomatología leve no produce deterioro funcional significativo.

Objetivos: Determinar grupo de pacientes que cumpliesen criterios DSM-IV y observar evolución y respuesta al tratamiento farmacológico propuesto. Revisar causas etiológicas y patofisiología del trastorno. Elaborar un esquema orientativo de abordaje del TDPM.

Metodología: Análisis de 6 casos clínicos recogiendo datos mediante entrevista clínica. Evolución a los 6 meses tras instauración de tratamiento.

Resultados: En la primera valoración nuestras 6 pacientes cumplen criterios clínicos DSM-IV de diagnóstico de TDPM. Edad media 27,33 años (22-35 años), un 16,7% con toma de anticonceptivos orales. Una de las pacientes presentaba antecedentes psiquiátricos previos de trastorno de ansiedad. La irritabilidad, letargia o fatigabilidad y los síntomas físicos premenstruales fueron los síntomas más prevalentes apareciendo en todas nuestras pacientes en un inicio. Todas ellas refirieron mejoría de los síntomas ante el tratamiento farmacológico con ISRS a dosis bajas tras 6 meses de observación.

Conclusiones: El TDPM es una entidad clínica independiente, de perfiles clínicos y biológicos diferentes a los trastornos depresivos que se presenta en el 3% al 5% de las mujeres en edad reproductiva. El TDPM es una forma severa del SPM que produce limitaciones funcionales en quien lo padece. Los ISRS, en especial la fluoxetina, es el fármaco de elección en este trastorno aunque son necesarios ensayos controlados que demuestren su eficacia. La evolución y pronóstico del TDPM no se ha estudiado lo suficiente como para extraer

conclusiones razonables aunque parece que los síntomas tienden a la cronificación a menos que se instaure un tratamiento adecuado. Son aconsejadas medidas no farmacológicas para mitigar sintomatología como hábitos dietéticos adecuados, ejercicio físico, evitar tóxicos y psicoterapia.

PO-396-AD

MODELOS DIMENSIONALES DE PERSONALIDAD EN PSICOPATOLOGÍA

J.M. López y F. Molins
CSMA Martí i Julià.

Introducción: En los últimos años la comorbilidad psiquiátrica ha aumentado notablemente con la actualización sucesiva de los manuales diagnósticos al uso. Desde distintas vertientes se ha reclamado un acercamiento a la comprensión de este fenómeno. Los modelos dimensionales de personalidad se han desarrollado en los últimos años como modelos integradores y jerárquicos que podrían ser de utilidad en la comprensión de fenómenos como la comorbilidad o la variabilidad diagnóstica. Sin embargo, tienen algunas limitaciones propias del modelo del que parten.

Objetivos: Nos proponemos revisar los modelos dimensionales estructurales de personalidad y señalar alguna de sus limitaciones.

Metodología: Para nuestro objetivo revisaremos la literatura referente a los modelos dimensionales de personalidad y la aplicaremos a un caso de un paciente con diagnósticos estables de trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de personalidad esquizotípico, y diagnósticos transitorios de abuso de alcohol, trastorno del control de los impulsos no especificado y juego patológico.

Resultados: Los modelos dimensionales que utilizan análisis factoriales para extraer una estructura con más consenso han sido los que extrajeron 4 factores (antagonismo, compulsividad, extraversión, neuroticismo). En los últimos años se ha cuestionado su dificultad para integrar los trastornos de personalidad del cluster A en su seno. Así, se han propuesto otras dimensiones como Extrañeza, Apertura o Peculiaridad con este objetivo. Algunos estudios recientes han destacado la heterogeneidad de la categoría de TP esquizotípico y han señalado la concurrencia de síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes esquizotípicos. Desde otros modelos dimensionales que parten de rasgos normales de personalidad (FFM, Cloninger) los datos acerca del TP esquizotípico han sido poco consistentes, por lo que se ha apostado por su inclusión en el eje I.

Conclusiones: Los modelos dimensionales de personalidad permiten una mayor comprensión de fenómenos como la comorbilidad al extraer una estructura que permite integrar la información que aporta el paciente a partir de las relaciones generadas entre los factores en juego. Sin embargo, parten de un concepto de personalidad estático, pues se forma a través de descriptores sedimentados a lo largo del siglo pasado de los cuales se extraen dimensiones desde las que comprender genéricamente la experiencia de cada paciente. No obstante, la experiencia es siempre abierta, histórica, y en cada caso el peso y valor de cada factor (síntoma) corresponderá a su relación con el resto de la estructura, tomando la reconstrucción de este proceso la forma de un círculo hermenéutico. Asimismo, los elementos contextuales adquieren la importancia debida, abandonada en los modelos derivados de la psicología de rasgos, poniendo de manifiesto la relación inquebrantable entre el sujeto y el mundo que habita.

PO-407-AD

TOS PSICÓGENA FRENTE A TOS DE CAUSA ORGÁNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Díaz, V. Saiz, M.J. Fernández y N. Alberola
Hospital Universitario La Fe.

Introducción: La tos psicógena es un diagnóstico de exclusión. Hay que ser muy cauteloso antes de asumir que una disfunción psicosocial es el origen de los síntomas.

Objetivos: Mostrar los riesgos de catalogar de psicógeno un cuadro clínico antes de descartar proceso orgánico que pudiera explicar los síntomas.

Metodología: Varón de 13 años con tos persistente de meses de evolución. Adenoidectomía a los 7 y a los 9 años. Pediatría, otorrinolaringología y neumología no encuentran causa que justifique la tos. El curso escolar previo a la aparición de la tos, sufre burlas, insultos y agresiones por parte de compañeros de clase. Se sospecha tos psicógena y se pauta fluoxetina, que se retira tras efectos secundarios. Se añade clorimipramina y risperidona. Aparecen episodios confusionales durante el sueño. Tras un ingreso para estudio, se diagnostica de T. de conversión. Pruebas complementarias sin hallazgos patológicos.

Resultados: Tras el alta hospitalaria acude a CSMI de zona, donde se mitigan parcialmente los episodios confusionales nocturnos con dosis bajas de quetiapina. La tos disminuye en frecuencia e intensidad. Retoma las clases. Los compañeros dejan de acosarle tras la mediación de la directora. Posteriormente es diagnosticado de hiperfrofia de cornetes y adenoides, que intervienen quirúrgicamente. Ha cedido la tos y las alteraciones del sueño y ha mejorado el estado anímico.

Conclusiones: El término “psicógeno” puede traer consigo consecuencias estigmatizantes. Se puede cometer el error de interrumpir de forma prematura la búsqueda de una etiología que justifique el cuadro clínico.

PO-414-AD

ESQUIZOFRENIA SIMPLE: ¿UN DIAGNÓSTICO OLVIDADO?

J. Martínez, M.L. Medina, J.M. González y J.L. López-Mesas
Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Introducción: Desde las primeras descripciones de casos de formas simples de “dementia praecox” (Diem, 1903), el diagnóstico de esquizofrenia simple no ha dejado de verse envuelto en controversias. El cuestionamiento sobre su validez descriptiva y fiabilidad, así como su uso infrecuente, llevó a su eliminación como subtipo de esquizofrenia en el DSM-III. Mientras tanto, siguió siendo utilizado en otros sistemas diagnósticos como la CIE-6 y sus versiones posteriores. En la actualidad se incluyen en el DSM-IV-TR criterios para el diagnóstico del “trastorno deteriorante simple”, como trastorno que requiere de más estudios para su posible inclusión.

Objetivos: Se pretende, a partir de un caso clínico ilustrativo, realizar un repaso histórico del concepto de esquizofrenia simple, a la vez que motivar la reflexión sobre los posibles motivos de controversia en torno al mismo y potenciales caminos para su resolución.

Metodología: Partiendo de un caso clínico controvertido, el cual cumple los criterios diagnósticos CIE-10 para esquizofrenia simple (y los del DSM-IV-TR para el trastorno deteriorante simple), se realiza una revisión bibliográfica de artículos publicados sobre el tema y reflexionamos sobre la sintomatología y las dificultades diagnósticas.

Resultados: Mediante la descripción del caso clínico de una mujer de 36 años, mostramos como la ausencia de los más llamativos síntomas psicóticos positivos, y la tendencia a identificar el trastorno esquizofrénico con la presencia de los mismos al menos en algún momento de la evolución, mantiene a la esquizofrenia simple como un diagnóstico relegado. El retraso en su reconocimiento tiene importantes consecuencias en cuanto a la provisión de las adecuadas intervenciones médicas, psiquiátricas y sociales, con el consiguiente efecto pronóstico. Tratándose de un trastorno que, psicopatológicamente hablando, puede presentarse con un bajo perfil sintomático (en el caso que describimos, los resultados de test de personalidad oscilan desde lo muy patológico en el año 2005, y la normalidad en el 2010) la utilización de pruebas de deterioro neuropsicológico y funcional, así como pruebas de neuroimagen funcional, pueden ser de gran utilidad para diagnosticarlo.

Conclusiones: La consideración de la esquizofrenia simple en el diagnóstico diferencial de otros trastornos deteriorantes crónicos podría incrementar su reconocimiento en las fases iniciales. La utilización de pruebas funcionales neuropsicológicas, buscando patrones de deterioro típicos del espectro esquizofrénico, podría ayudar a aumentar la fiabilidad del diagnóstico. Serían convenientes estudios epidemiológicos, tanto entre población general como en poblaciones clínicas, que permitan estimar la prevalencia real de esta patología.

PO-434-AD

DISMORFOFOBIA, ENTRE EL TOC Y EL DELIRIO SOMÁTICO

M.J. Ávila, E. Fontela, C. Vázquez, D. Miguel, M. González, L. Pérez y S. Gómez

Centro Hospitalario Universitario La Coruña.

Introducción: El trastorno dismórfico corporal o dismorfofobia se define como la preocupación por un defecto imaginado o leve en el aspecto corporal, que provoca un sufrimiento clínicamente significativo o un deterioro del funcionamiento. No debe estar justificado por otro trastorno psiquiátrico, como la anorexia nerviosa. La variante delirante del TDC se clasifica como un tipo somático de trastorno delirante. Según algunos autores, las variantes delirante y no delirante del TDC pueden ser un único trastorno que se extiende a lo largo de un espectro. El límite entre la sobrevaloración del defecto estético y la certeza delirante puede ser difuso. Prevalencias del 12% y del 7-15% en consultas de dermatología y de cirugía estética respectivamente y del 13-16% en pacientes ingresados en una unidad de psiquiatría (Conroy M., Menard - 2008).

Objetivos: Se trata de analizar algunas características de la sintomatología dismorfofóbica, en cuanto a comorbilidad, así como dificultad diagnóstica en el momento que al rango de las creencias dismorfofóbicas son de características delirantes y se acompañan de otros síntomas de tipo psicótico.

Metodología: Búsqueda bibliográfica a través de medline, de datos de comorbilidad de dismorfofobia y otras patologías psiquiátricas.

Resultados: El TDC presenta comorbilidad con depresión mayor (60-80%), estando más asociado con depresión comienzo a temprana edad y larga duración de los episodios, así como con la depresión de características atípicas. (Nieremberg y Phillips, 2002). Comorbilidad de TDC con depresión mayor, TOC y abuso de sustancias. La fobia social normalmente empezaba antes de los síntomas dismorfofóbicos y la depresión y abuso de sustancias, después. (Gundstad y Phillips, 2003). El TDC se vio asociado con más frecuencia a trastornos de personalidad de tipo esquizotípico y paranoide, en una muestra de pacientes candidatos a cirugía cosmética (Bellino, S., 2006). Comorbilidad de anorexia con trastorno dismórfico corporal en una serie de 41 casos, se vio en un 39%, coincidiendo con mayor visión delirante sobre apariencia mayor numero de hospitalizaciones y tentativas de suicidio (Grant, 2002). Algunos autores han sugerido la dimorfofobia como una variante grave de TOC (Phillips, Mc Kay).

Conclusiones: Existen pocos estudios epidemiológicos, se han referido cifras del 0,7% en población general femenina. No estudios similares en población general masculina. La impresión actual es que el TDC se infradiagnostica. La dimorfofobia psicótica y no psicótica a pesar de estar en diferentes clasificaciones cuentan con muchas características comunes y la variable radica en el espectro de Insight. La visión dimensional de la psicosis, en particular de los delirios, que en el psicótico son más acusados, podría ser más precisa que la visión categorial que el DSM (Jpres 2004, Phillips). Por muchos autores se considera una variante de TOC .Es frecuente la comorbilidad con otras patologías psiquiátricas, como depresión, abuso de sustancias, tr. conducta alimentaria, tr de ansiedad. En ocasiones puede tratarse de un síntoma en el contexto de una psicosis de tipo esquizofrenia.

PO-448-AD

FORMULACIÓN CULTURAL ABREVIADA DE UN CASO CLÍNICO

I. García y L. Caballero

Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Introducción: La formulación cultural (FC) de la DSM-IV es el instrumento de evaluación cultural promovido por la APA, pero no está completamente desarrollado. La FC propuesta por la DSM-IV presenta limitaciones en la práctica clínica habitual que han sido señaladas por diversos autores. Una FC abreviada, integrada en la formulación clínica general del caso (y no aislada de él) podría resultar más operativa que la propuesta en el DSM-IV.

Objetivos: Elaborar la formulación cultural abreviada de un caso clínico, centrándose únicamente en aquellos elementos culturales que resulten relevantes para la correcta comprensión del caso su diagnóstico y abordaje terapéutico.

Metodología: Una mujer de 43 años procedente del Caribe hispano fue ingresada en una Unidad de Psiquiatría y fue diagnosticada de psicosis cicloide. Había sido ingresada previamente en dos ocasiones, con diagnóstico de episodio psicótico agudo polimorfo. Los tres episodios parecían reactivos a situaciones de estrés - soledad, aislamiento y falta de protección - todo ello sobre un desarrollo anómalo de personalidad con un claro sobredesarrollo del self profesional frente a otros aspectos del self mucho menos desarrollados que el anterior. El conocimiento de los condicionantes sociopolíticos de su país, aportado por un informante clave que lo conocía bien, resultó imprescindible para profundizar en el sentido narrativo que la paciente daba a su enfermedad.

Resultados: La formulación diagnóstica con una FC abreviada incluida, elaborada introduciendo elementos culturales, parte de ellos aportados por un informante clave conocedor del país, permitió una mejor comprensión de la psicopatología subyacente y del sentido de la conducta anómala, así como elaborar una explicación de la enfermedad aceptable para la paciente. La FC permitió recuperar la narración de la enfermedad la paciente, mejorar la alianza terapéutica, asegurar la adhesión al tratamiento y la satisfacción por el mismo.

Conclusiones: La FC tiene todavía un largo camino por recorrer para devenir en un instrumento útil clínica y científicamente. La neurociencia cognitiva y las teorías antropológicas han de mezclar sus métodos para ofrecer un instrumento abreviado, más válido y fiable que el actualmente disponible. Los instrumentos del futuro habrán de resultar compatibles con el trabajo del psiquiatra clínico y demostrar el coste-efectividad de su utilización.

PO-455-AD

SÍNDROME DE ASPERGER: COMPLICACIONES PERINATALES Y RETRASO EN LA ADQUISICIÓN DE HITOS DEL DESARROLLO

C. Tapia Casellas, M. Rapado Castro, A. Calvo Calvo,

J. Merchán Naranjo, L. Boada Muñoz y M. Parellada Redondo

Unidad de Adolescentes. Departamento de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. CIBERSAM. Madrid.

Introducción: Se ha asociado el Síndrome de Asperger (SA) con complicaciones perinatales.

Objetivos: Identificar variables perinatales y de desarrollo en niños diagnosticados de SA y niños sanos: Analizar complicaciones obstétricas. Determinar diferencias en test de Apgar y peso al nacimiento. Analizar el desarrollo evolutivo (psicomotor, lenguaje, lectoescritura y social). Revisar enfermedades concomitantes en el momento de la visita. Registrar edad de primer contacto psiquiátrico/psicológico.

Metodología: Diseño caso-control de 73 niños (37 SA/36 controles), edad media 15 años, raza caucásica (91%) y varones (91%). En la visita se llenó la escala de Complicaciones Obstétricas de Lewis-

Murray, puntuación en el test de Apgar, análisis del desarrollo evolutivo, la presencia de enfermedades concomitantes y la edad del primer contacto psicológico.

Resultados: La duración del parto ($p = 0,039$) y la presentación de nalgas o anormal ($p = 0,046$) fueron las variables que presentaron diferencias significativas entre los dos grupos. El desarrollo evolutivo fue significativamente peor ($p = 0,001$) en niños con SA. No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al peso al nacimiento y la presencia de enfermedades concomitantes. En el test de Apgar existe una tendencia a no ser normal en niños con SA. En el grupo control el 13% tuvo contacto con el psicólogo/psiquiatra antes de la evaluación comparado con el 91% en niños con SA, siendo esta diferencia significativa ($p = 0,001$). La edad media del primer contacto son 10,8 años (DE = 3) y 4,9 años (DE = 2,8) respectivamente.

Conclusiones: No existe evidencia suficiente que relacione las complicaciones perinatales con la presencia del SA en nuestra muestra.

PO-460-AD

VALIDACIÓN DE 2 ESCALAS BREVES DE DEPRESIÓN EN MANÍA MIXTA

M. Fernández, S. Ruiz de Azúa, I. González, I. de la Rosa, A. Besga, D. Rodríguez y A.M. González-Pinto
Hospital Santiago Apóstol.

Introducción: En la manía mixta existen cuadros maníacos con síntomas depresivos que no alcanzan el umbral para el diagnóstico de episodio mixto. La manía e hipomanía son evaluadas con escalas que no detectan los síntomas depresivos de pacientes en fase maníaca.

Objetivos: Determinar la utilidad de las escalas breves de depresión MES y HAMD-5 en pacientes con trastorno bipolar tipo I y II que presenten un episodio de manía o hipomanía con síntomas depresivos, comparándolas con la MADRS y la HAMD-21.

Metodología: Se incluyeron 100 pacientes de entre 18 y 65 años con diagnóstico de trastorno bipolar según el DSM-IV-TR que presentaron simultáneamente síntomas de manía o hipomanía y depresión mayor. Se realizó un seguimiento de 4 semanas (basal, 3^a y 4^a semana) pasando un protocolo que incluía las 4 escalas anteriores.

Resultados: A nivel basal la HAMD-5 (0,88) y la MES (0,74) presentan una buena fiabilidad. Muestran buena concordancia entre la 3^a y 4^a semana en fiabilidad test-retest (HAMD-5: $r = 0,89$; $p < 0,001$; MES: $r = 0,77$; $p < 0,001$). En validez convergente muestran un nivel aceptable (HAMD-21/HAMD-5 = 0,73; (IC95% 0,599-0,873) y MADRS/MES = 0,79; (IC95% 0,766-0,894) siendo superior en la escala MES. La validez discriminante fue alta (HAM-5: AUC = 0,92, IC95%: 0,892-0,980; MES: AUC = 0,86, IC95%: 0,786-0,934), con valores superiores a los de HAMD-21 y MADRS.

Conclusiones: Ambas escalas correlacionan satisfactoriamente con la HAMD-21 y MADRS. Presentan alta capacidad de detección de sintomatología mixta, pura y otro tipo de sintomatología así como una correcta capacidad de detección de la remisión de la misma.

PO-484-AD

PERFIL DE PERSONALIDAD EN ADULTOS CON TDAH: EL MODELO ALTERNATIVO DE LOS 5 GRANDES

M. Nogueira, S. Valero, M. Gomà, R. Bosch, N. Gómez, M. Corrales, J.A. Ramos y M. Casas
Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Introducción: La mayoría de los estudios relativos al trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH) y personalidad se han realizado utilizando el Modelo de los "Big Five Factor" (FFM) o el Inventory de Temperamento y Carácter (TCI). Atendiendo a los planteamientos de estos dos modelos, se propone la utilización del Modelo Alternativo de los Cinco Grandes (AFFM) de la personalidad.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es doble: evaluar el perfil de personalidad de adultos con TDAH bajo la perspectiva del

AFFM y testar la validez discriminante del ZKPQ para diferenciar sujetos con TDAH vs sujetos controles normales.

Metodología: Una muestra de 217 adultos (64% hombres) con diagnóstico de TDAH (criterios diagnósticos DSM-IV) fue emparejada por edad y sexo con 434 sujetos control. A todos los sujetos se administró el ZKPQ y, posteriormente el análisis estadístico, fueron identificadas las dimensiones sensitivas y específicas del modelo AFFM que podrían ayudar al diagnóstico del TDAH.

Resultados: Los resultados muestran que altas puntuaciones en Anxiety, Impulsivity, y General Activity y bajas puntuaciones en Work Activity son potentes predictores de la clasificación como TDAH. Asimismo, este modelo clasificó correctamente 79% de los sujetos.

Conclusiones: Los resultados sugieren un refinamiento en la evaluación del TDAH. Existen determinadas medidas del modelo AFFM -Impulsivity y Sensation Seeking, y General Activity y Work Activity- que, de forma independiente, aportan un aumento en la precisión del poder predictivo, permitiendo mejor conceptualización de los casos, planes de tratamiento diferenciados y mejor predicción de la respuesta al tratamiento.

PO-495-AD

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN UNA PACIENTE DE 62 AÑOS CON IDEACIÓN DELIRANTE Y POSIBLE DETERIORO COGNITIVO

E. Sacristán, S. Kassem, J.M. González, P. Sánchez y E. Reguera
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Descripción del caso de una paciente con delirios de perjuicio y sospecha de posible demencia con respuesta demorada a neurolépticos a dosis elevadas.

Objetivos: Analizar los datos clínicos y las pruebas complementarias que orienten en el diagnóstico diferencial y sus implicaciones en el tratamiento.

Metodología: Se realizó análisis descriptivo de la historia clínica de una paciente ingresada en una Unidad de agudos psiquiátrica. Se hizo una búsqueda de la evidencia existente de la eficacia en el diagnóstico de síndromes demenciales que pudieran producir el cuadro clínico.

Resultados: Se realizó RMN cerebral, EEG y analíticas de sangre con el fin de descartar, por un lado, causas reversibles de demencia y, por otros, datos que sugirieran dicha demencia; siendo negativos los resultados. Así mismo, se realizó estudio neuropsicológico que informó de dificultades en memoria inmediata y demorada a nivel visual y verbal y en el funcionamiento ejecutivo para planificar solución de tareas. Se pautó tratamiento neuroléptico a dosis altas, con distanciamiento de las ideas de perjuicio que tenía a su ingreso, y mejora del funcionamiento cotidiano, con lo que se le da de alta con diagnóstico de trastorno psicótico agudo.

Conclusiones: Teniendo en cuenta la respuesta al tratamiento y la evolución clínica, no podemos descartar que exista una demencia subyacente. La bibliografía consultada indica que la sensibilidad y especificidad de los datos clínicos para determinar el subtipo de demencia son muy bajas, más aún en los estadios iniciales en los que el deterioro cognitivo es moderado, como en este caso.

PO-521-AD

ESTILOS COGNITIVOS EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: UN ESTUDIO DE CASOS-CONTROLES

L. Carral, M. Martín, J. González, E. Bustamante y A. Gómez
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Introducción: Actualmente no existen tratamientos de elección para los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) sustentados en estudios con máximos niveles de evidencia (nivel A) salvo la terapia psicológica cognitivo-conductual para la bulimia nerviosa y el tras-

toro por atracción. Por ello la investigación actual se centra en factores etiológicos que puedan influir en la respuesta a los tratamientos. Recientes estudios sobre el funcionamiento neuropsicológico han encontrado en la anorexia y bulimia nerviosas un estilo cognitivo tendente a la rigidez y centrado en los detalles con dificultades para el procesamiento holístico. Se podría relacionar este patrón cognitivo con algunas de las manifestaciones clínicas de la anorexia y la bulimia como la tendencia al perfeccionismo y el comportamiento obsesivo. Estos hallazgos se han integrados en los más recientes modelos explicativos de los TCA, como el modelo Maudsley.

Objetivos: Trataremos de comprobar la existencia de estilos cognitivos sesgados (tendencia a la rigidez o pobre set shifting y al procesamiento centrado en los detalles o débil coherencia central) en una muestra de pacientes atendidas en la Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria (UTCA) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

Metodología: Para establecer la existencia de sesgos se comparó el rendimiento cognitivo entre un grupo de 25 pacientes con diagnóstico de TCA atendidas en la UTCA del HUMV y un grupo de 25 controles sanos en una batería neuropsicológica compuesta por los siguientes dominios y pruebas: 1) Set Shifting: Wisconsin Card Sorting Test (versión computarizada); test de Brixton y Parte B del Trail Making Test ; y 2) Coherencia Central: Copia de la figura compleja de Rey (índice de coherencia Central) y Test de las figuras enmascaradas de Witkin. Se analizaron las diferencias entre grupos mediante pruebas paramétricas de comparación de medias.

Resultados: En la comparación de medias entre los dos grupos se encuentran diferencias significativas ($p < 0,05$) en todas las pruebas cognitivas de los dos dominios evaluados, salvo en el test de las figuras enmascaradas de Witkin.

Conclusiones: Las personas con TCA comparadas con controles sanos muestran sesgos cognitivos relacionados con la flexibilidad cognitiva y con el procesamiento holístico. Estos hallazgos refuerzan la idea de implementar como parte de los tratamientos las terapias orientadas a la rehabilitación cognitiva. La inclusión en los tratamientos de estas variables, y poner como objetivo su posible modulación, y no sólo incidir en las manifestaciones sintomáticas alimentarias podría incrementar la eficacia de los tratamientos disponibles.

PO-537-AD

LA PSICOSIS AFECTIVA ENMASCARADA

H. Tobella, M.J. Lara, C. Iranzo e I. Martín
Hospital Universitario La Fe.

Introducción: La psicosis afectiva, como el trastorno bipolar, es un trastorno caracterizado por cambios en el estado de ánimo que van desde la manía (un sentimiento de bienestar, estimulación y grandiosidad exagerado en el cual la persona pierde contacto con la realidad) hasta la depresión (un sentimiento abrumador de tristeza, ansiedad, baja autoestima, que puede incluir pensamientos e intentos suicidas).

Objetivos: Ilustrar las características clínicas comunes entre la psicosis afectiva y el trastorno tipo límite de la personalidad.

Metodología: Mujer de 36 años que ingresa de forma involuntaria en la Unidad de Agudos de Psiquiatría tras realizar conductas agraviantes. Psicobiografía traumática, con ruptura de identidad, cambiándose el nombre a los 18 años. Primer contacto con salud mental (25 años); pautan Fluoxetina, Eskazine y Akineton. Dos ingestas medicamentosas, la primera con 27 años, ingresando en psiquiatría con el diagnóstico de "tr. reactivo al estrés". En 2001 se diagnostica de Tr. esquizotípico; se trata con Olanzapina, Fluoxetina y Akineton. En abril'02, diagnóstico de Tr. esquizoafectivo. En agosto se precipita a las vías del tren, con amputación de miembros inferiores. En 2003, diagnóstico de Tr. de ideas delirantes y personalidad límite. En 2009, dos ingresos en la sala de agudos, en agosto (suspicacia, actitud paranoide e insomnio y diagnóstico de episodio psicótico) y en octubre, clínica similar, ideas de muerte, pérdida de 9 kg, hipertensión, desinhibición e ideas delirantes erotomaníacas.

Resultados: Durante el último ingreso se introduce tratamiento estabilizador del estado de ánimo (carbamacepina a dosis de 500 mg/día), además de risperidona solución 12 ml/día, risperidona de liberación prolongada 50 mg/14 días, y 2 mg de lorazepam si insomnio. Refirió con la introducción de carbamacepina efectos adversos visuales ("visión borrosa y desenfocada") que desaparecieron en 7 días. Desde el alta, la paciente se mantiene estabilizada clínicamente estable, cumplimentando correctamente el tratamiento pautado, a pesar de una nula conciencia de enfermedad.

Conclusiones: Se propone realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial entre la psicosis afectiva y los trastornos de la personalidad, especialmente el tipo límite, para asegurar un correcto tratamiento del paciente. Asimismo, destacamos la utilidad de los estabilizadores del estado de ánimo como tratamiento coadyuvante en algunos casos de trastornos de la personalidad cluster B en los que predominan los actos impulsivos y la inestabilidad emocional.

PO-539-AD

PRIMER EPISODIO MANÍACO EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES PREVIOS EN RELACIÓN CON ACONTECIMIENTOS VITALES

J.M. González González, P. Sánchez Castro, M. Rodríguez Campos, E. Sacristán Alonso y J. Marín Lozano
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Se describe el caso de una paciente sin antecedentes y perfecta adaptación previa que en un periodo muy breve de tiempo sufre una quiebra económica, desahucio y el diagnóstico de neoplasia cerebral en su hija de 9 años; inmediatamente después desarrolla clínica maníaca.

Objetivos: Evaluar la sintomatología clínica y tratamiento de un episodio maníaco. Valorar diagnóstico diferencial entre las patologías que cursan con clínica similar.

Metodología: Se realiza un análisis descriptivo de la historia clínica de una paciente ingresada en una Unidad de agudos psiquiátrica. Se analizan las variables: examen clínico psiquiátrico, tomografía computarizada, análisis bioquímico, tóxicos en orina, clasificación diagnóstica según DSM IV, CIE 10 y tratamiento.

Resultados: Se observó ánimo expansivo, discurso acelerado y circunstancial, ideación delirante megalomaníaca e insomnio. Las pruebas complementarias resultaron sin alteraciones. Tóxicos en orina positivos para cannabis. Según DSM IV se diagnosticó de trastorno bipolar I, episodio maníaco único, grave con síntomas psicóticos y CIE 10 manía con síntomas psicóticos. El tratamiento fue olanzapina con titulación progresiva hasta 30 mg al día, haloperidol 22,5 mg al día y clorazepato dipotásico 30 mg al día. A los 22 días de tratamiento se objetiva una clara mejoría clínica por lo que se procede al alta.

Conclusiones: Ante un primer episodio maníaco es necesario descartar origen médico o de consumo de tóxicos. Con frecuencia es necesaria la polifarmacia para controlar clínicamente estos episodios. Los acontecimientos vitales pueden desencadenar primeros episodios haciéndose estos autónomos posteriormente siendo necesario un seguimiento de la recuperación funcional y la valoración de tratamientos estabilizadores.

PO-553-AD

EFICACIA DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA DE MANTENIMIENTO (TEC-M) EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO POR LA UNIDAD DE TEC REGIONAL (MURCIA)

M.L. Medina, M. López, L. Martínez, M. del Cerro, R. Consuegra y J. Martínez
Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Introducción: La TEC-m se define como un régimen de tratamiento ambulatorio a largo plazo en el cual los pacientes reciben TEC en

intervalos a lo largo de un periodo variable que según los casos debe ser un periodo mínimo de 6 meses (APA 2001). Se trata de una técnica orientada mayoritariamente a la prevención de recaídas de pacientes resistentes a otras terapias.

Objetivos: El estudio de 23 pacientes en TEC-M en el 2009 como tratamiento indicado para trastornos afectivos y trastornos psicóticos de larga evolución, crónicos, recurrentes, fármaco resistentes, intolerantes a la medicación, no cumplidores o con alto riesgo de suicidio. Se selecciona su aplicación a pacientes con historial de episodio previo con completa o marcada mejoría en respuesta a TEC y determinar las recaídas en el tiempo que dura el seguimiento.

Metodología: Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de 23 pacientes que siguen en el programa de TEC-M en la Unidad Regional de TEC de la Región de Murcia. Recogemos una encuesta con datos sociodemográficos: sexo, edad, área de referencia, procedencia, diagnóstico, comorbilidad, tentativas e ideas de autolisis, indicación, número de sesiones de TEC-M, reagudizaciones, número de sesiones aplicadas a la reagudización, y las impresiones clínicas de mejoría global y eficacia tanto por el equipo de la unidad como de los psiquiatras de referencia. Para el estudio estadístico descriptivo, índices de correlaciones y pruebas de significación ?? se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17.

Resultados: El número total de pacientes que cumplían criterios para TEC-M es de 23. La más frecuente el área 1 (Murcia) con un 34,8%. El 69,6% son mujeres y la proporción mujer/hombre es de 2,28 a favor del sexo mujer. La mediana de Edad es de 57,18 con una desviación típica de $\pm 14,22$ de 2,52. El diagnóstico principal fueron los Trastornos Depresivos en un 60,9% seguido por los cuadros psicóticos con un 39,1%, distribuidos: 17,4% para pacientes que cumplían criterios de Esquizofrenia, 17,4% Esquizoafectivos y 4,3% para Trastornos Delirantes. Las indicaciones para ser remitidos por sus psiquiatras eran de primera elección en un 43,5% de los casos, el resto se distribuyen por fallo de tratamiento (34,8%) y último recurso (21,7%). El número de sesiones de TEC de mantenimiento presenta de media 11 sesiones $\pm 4,032$. El 73,9% no presentaron recaídas en todo el tiempo de seguimiento.

Conclusiones: Se destaca que un 73,9% de la muestra no presentaron recaídas en todo el tiempo de seguimiento. De los 26,1% que presentaron una reagudización, necesitaron menor número de sesiones para su estabilización con respecto a recaídas anteriores y fueron controlados de manera ambulatoria sin necesidad de ingreso en una unidad de corta estancia. Resaltamos la idea de la infroutilización de este recurso donde según estudios a nivel nacional es utilizado en menos de un 2% (2002) y comparado con EEUU alcanza sólo un 3%.

PO-570-AD

ANORMALIDADES EN FUNCIONES EJECUTIVAS “FRÍAS” (INHIBICIÓN DE RESPUESTA) Y “CALIENTES” (ANTICIPACIÓN DE RECOMPENSA) EN PACIENTES ADULTOS CON TDAH NAÏVE

V. Richarte, S. Carmona, J.A. Ramos-Quiroga, R. Bosch, E. Hoekzema, O. Vilarroya y M. Casas
Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Introducción: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad, de inicio en la infancia, con persistencia en la edad adulta en más del 50% de los casos. Los estudios actuales sobre el TDAH, postulan la existencia de al menos dos endofenotipos diferentes pero no mutuamente excluyentes: aquellos que se caracterizan por anormalidades en las funciones ejecutivas cognitivas (FE “Frías”), producidas por alteraciones en las ramas dopaminérgicas meso-

corticales; y aquellos que se caracterizan por anormalidades en los procesos de manejo de recompensa (también conocidos como FE “calientes”), que resultan de alteraciones en los circuitos mesolímbicos dopaminérgicos.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es evaluar la actividad cerebral durante las funciones ejecutivas “frías” y “calientes” en adultos con TDAH e identificar la correlación a nivel neurobiológico y conductual en cada uno de los procesos.

Metodología: La muestra consta de 19 sujetos varones diagnosticados de TDAH subtipo combinado, “naïve” (sin medicación) en el momento del estudio y 19 sujetos sanos. Las imágenes fueron adquiridas por un escáner 1,5T. Con el objetivo de analizar las funciones ejecutivas “frías” se empleó un paradigma que evalúa la inhibición de respuesta por parte del sujeto, conocido como tarea “Go-no-Go”. Para evaluar las funciones ejecutivas motivacionales o “calientes”, se emplea una tarea de incentivo moderado, que evalúa los sistemas de motivación y recompensa.

Resultados: Se observa una disminución de la activación ventroestriatal durante la anticipación de recompensa en sujetos TDAH junto a una disminución de actividad en el córtex frontal derecho inferior, región clave en los mecanismos de inhibición.

Conclusiones: Los resultados indican la existencia de alteraciones tanto a nivel de las FE “frías” como “calientes”, secundario a una actividad anormal en los circuitos dopaminérgicos mesocorticales y mesolímbicos. Estos resultados subrayan la importancia de tener en cuenta las “FE frías” y las “FE calientes” para poder entender la neurobiología y sintomatología del TDAH.

PO-577-AD

PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN ADULTOS QUE ACUDEN A PRIMERA VISITA A UN CENTRO DE SALUD MENTAL

N. Castillo, F. Romero, T. Blanch, K. Knecht, V. Ferreres, R. de Álvaro, S. Pérez, A.I. García, A. Garcés y V. Balanzá
Hospital de La Plana de Villarreal.

Introducción: La prevalencia en población general adulta del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) se ha establecido entorno al 4%. En nuestro medio son pocos los estudios realizados con muestras de pacientes que acuden a Centros de Salud Mental (CSM).

Objetivos: Principal: cuantificar la prevalencia del TDAH en adultos que acuden a primera visita a un CSM. Secundarios: analizar características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con TDAH y estimar el fenómeno de infradiagnóstico previo del trastorno en estos pacientes.

Metodología: Muestra constituida por pacientes entre 18 y 55 años que acudieron en primera visita al CSM de Villarreal entre el 1 de junio de 2009 y el 31 de mayo de 2010. Para el screening se empleó la escala ASRS V1.1. Posteriormente se entrevistó para confirmación diagnóstica a pacientes con resultado positivo para el screening y otros con resultado negativo. Se emplearon las escalas WURS y ADHD-RS IV y se evaluó de manera específica el listado de criterios DSM-IV-TR para TDAH.

Resultados: 504 pacientes completaron el screening, 348 con resultado negativo y 156 resultado positivo. 119 pacientes (78 con screening positivo) fueron evaluados en entrevista. El diagnóstico de TDAH se confirmó en 49 pacientes (9,7% del total de la muestra). Ningún paciente fue remitido con sospecha de TDAH y pocos presentaban un diagnóstico previo del mismo.

Conclusiones: El TDAH presenta una elevada prevalencia en pacientes que acuden en primera visita a CSM, aunque algo inferior a la descrita en estudios previos y en un estudio piloto realizado en el mismo centro.

PO-581-AD**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN ADULTOS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD MENTAL. COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA, PRESENTACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONALIDAD**

R. de Álvaro, V. Ferreres, K. Knecht, T. Blanch, F. Romero, N. Castillo, A. Garcés, S. Pérez, A.I. García y V. Balanzá
Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón.

Introducción: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) presenta en la edad adulta frecuente comorbilidad con otras patologías psiquiátricas. La presencia de un TDAH puede suponer una peor evolución del trastorno psiquiátrico comórbido y un mayor grado de disfunción.

Objetivos: Principal: cuantificar la comorbilidad psiquiátrica de los pacientes con TDAH que acuden a primera visita a un CSM. Secundarios: comparar la comorbilidad psiquiátrica, la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes con y sin TDAH.

Metodología: Muestra: pacientes entre 18 y 55 años que acudieron en primera visita al CSM de Villarreal entre el 1 de junio de 2009 y el 31 de mayo de 2010. Se evaluó en entrevista a pacientes con y sin TDAH, empleándose como instrumentos para determinar comorbilidad la MINI 5.0.0 para el eje I, y la SCID-II para el eje II. Para la evaluación de funcionalidad y de calidad de vida se emplearon la FAST y la WHOQOL-BREF.

Resultados: Se evaluó a 49 pacientes con TDAH. La comorbilidad más frecuente fue con el episodio depresivo mayor (83,6%), el trastorno de angustia (61,2%) y el trastorno de ansiedad generalizada (57,1%). Un 65% cumplía además criterios para algún trastorno de la personalidad. Se encontraron diferencias significativas en la comorbilidad en ejes I y II entre los pacientes con y sin un TDAH.

Conclusiones: La comorbilidad más frecuente en pacientes con TDAH son los trastornos afectivos y ansiosos. Los pacientes con TDAH presentan más frecuentemente un trastorno de la personalidad comórbido y una peor funcionalidad que aquellos sin TDAH.

PO-590-AD**ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL 'CHANGES IN SEXUAL FUNCTIONING QUESTIONNAIRE SHORT-FORM, CSFQ-14': PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

M.P. García-Portilla, S. Al-Halabí, P.A. Sáiz, E. Fonseca, M.T. Bobes, M. Arrojo, A. Benabarre, J.M. Goikolea, E. Sánchez, F. Sarramea y J. Bobes
Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM.

Introducción: La disfunción sexual asociada a los trastornos mentales graves (TMG) suele subestimarse en la práctica clínica cotidiana. Es necesario disponer de instrumentos válidos para evaluar la función sexual de los pacientes con TMG.

Objetivos: Analizar las propiedades psicométricas de la adaptación española del 'Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form' (CSFQ-14) en pacientes con TMG.

Metodología: Estudio naturalista, transversal, multicéntrico, de validación. Muestra: 89 pacientes con esquizofrenia y 82 con trastorno bipolar. Evaluación: adaptación española del CSFQ-14; Escala Analógica Visual para la Satisfacción de la Función Sexual (EVA-SFS); Impresión Clínica Global - escalas de Gravedad (ICG-G) y de Disfunción Sexual (CGI-DS).

Resultados: Edad media = 42,8 años (11,6), 56,5% varones. Puntuación media en CSFQ-14 = 40,8 (10,4). Alfa de Cronbach = 0,90. Análisis de componentes principales: 3 factores (excitación-orgasmo, deseo y dolor-falta de interés), explicando el primero un 46,4% de la varianza. Correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0,01$) entre las puntuaciones del CSFQ-14 y la EVA-SFS ($r = 0,33$) y la

ICG-DS ($r = -0,71$). El CSFQ-14 discriminó entre pacientes con disfunción sexual leve, moderada, grave o ausente en función de la ICG-DS en varones y en mujeres ($p < 0,001$). El área bajo la curva fue de 0,83, con un punto de corte de 49 (sensibilidad del 92,9% y especificidad del 59,5%) para los varones, y de 43 (sensibilidad del 91,9% y especificidad del 62,5%) para las mujeres.

Conclusiones: La versión española del CSFQ-14 es un instrumento breve, auto-aplicado, fiable y válido para evaluar la función sexual en pacientes con trastorno mental grave.

PO-592-AD**ESCALA DE PESO E IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA, E-PICA: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

S. Al-Halabí, M.P. García-Portilla, P.A. Sáiz, E. Fonseca, M.T. Bobes, M. Arrojo, A. Benabarre, J.M. Goikolea, E. Sánchez, F. Sarramea y J. Bobes
Centro de Investigación Biosanitaria en Red de Salud Mental, CIBERSAM. Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo.

Introducción: Los pacientes con trastorno mental grave (TMG) tienen obesidad en mayor porcentaje que la población general. Es necesario disponer de instrumentos de evaluación para determinar el impacto psicosocial de la ganancia de peso en población con TMG.

Objetivos: Analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Peso e Imagen Corporal y Autoestima, E-PICA (adaptación española del B-WISE®) en pacientes con TMG.

Metodología: Estudio naturalista, transversal, multicéntrico, de validación. Muestra: 118 pacientes con esquizofrenia y 93 con trastorno bipolar. Evaluación: E-PICA; Escala Analógica Visual para el Peso y la Imagen Corporal (EVA-PIC); Impresión Clínica Global - Gravedad (ICG-G); Índice de Masa Corporal (IMC).

Resultados: Edad media = 43,7 (11,8), 56,5% varones; IMC medio = 28,21 (5,48). Puntuación media en E-PICA = 27,31 (3,61). Análisis de componentes principales: 3 factores (malestar con la imagen corporal, bienestar y actividad, y control de peso) explicaron un 50,93% de la varianza. Las subescalas obtuvieron un α de Cronbach entre 0,55 y 0,73. Se registraron correlaciones estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre la puntuación total del E-PICA y las puntuaciones en la ICG-G ($r = -0,25$), la EVA-PIC ($r = 0,47$) y el IMC ($r = -0,2420$). Los pacientes con mayores puntuaciones en el E-PICA (mejor ajuste psicosocial) tuvieron más probabilidad de tener un IMC normal ($F = 3,586$, $p = 0,15$). La puntuación correspondiente al percentil 10 (peor ajuste psicosocial) fue 22.

Conclusiones: El E-PICA es un instrumento breve, auto-aplicado y psicométricamente adecuado para evaluar el impacto psicosocial de la ganancia de peso en pacientes con TMG.

PO-637-AD**VARIABLES CLÍNICAS EN PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**

A. Ramos, F.J. Vicente, S.M. Gómez, D. Miguel, I. Dopico, B. Menéndez y L. Pérez
Centro Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción: Los pacientes con primeros episodios psicóticos (PEP) poseen unas variables que impiden tratarlos como un grupo homogéneo. El diagnóstico y tratamiento precoz es de vital importancia. Buscamos estudiar un conjunto de variables que permitan identificar con mayor exactitud a estos pacientes.

Objetivos: Estudiar las variables clínicas de interés en pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica con PEP.

Metodología: Se estudian pacientes ingresados en UHP en los últimos 6 meses con un PEP de menos de un año de evolución ($n = 17$). La información se recoge mediante cuestionario con variables socio-

demográficas, clínicas y terapéuticas. Los datos se analizan con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Síntomas prodrómicos: 70,6%. De ellos, 52,9% ansiedad; 47,1% conductas extrañas; 47,1% irritabilidad; 41,2% insomnio. El DUP tenía una media de 6,64 semanas. El 94,1% sufría delirios; 88,2% ansiedad; 82,4% alteraciones del sueño; 58,8% conductas desorganizadas; 52,9% alucinaciones; 41,2% pensamiento desorganizado. El 29,4% precisó administración parenteral del tratamiento. El antipsicótico principal fue risperidona. 58,8%; 17,6% olanzapina; 11,8% amisulpride. Se usaron BZD en 76,5%. La estancia media fue 16,12 días. Diagnóstico Eje I: 11,4% Esquizofrenia; 6,2% Esquizofreniforme 17,6% T. esquizoafectivo; 17,6% T. psicótico inducido; 11,8% no especificado; 5,9% T. psicótico breve.

Conclusiones: Los delirios, ansiedad y alteraciones del sueño son los síntomas más habituales. También destacan conductas desorganizadas y alucinaciones. Estos pacientes presentan DUP (duración de psicosis sin tratar) superior al mes y medio. Los resultados coinciden con estudios previos consultados.

PO-645-AD

ALTERACIONES DE MEMORIA Y DETERIORO COGNITIVO EN UN PACIENTE DE 40 AÑOS CON ANTECEDENTES DE CONSUMO DE ALCOHOL

M.P. Sánchez Castro, E. Sacristán, E. Reguera, J.M. González y V. Bonan
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Descripción del caso de un paciente con fallos mnésicos y agresividad, con antecedentes de traumatismo craneoencefálico y consumo de alcohol.

Objetivos: Analizar los datos clínicos y las pruebas complementarias que orienten al diagnóstico diferencial. Análisis de la evolución clínica del paciente.

Metodología: Se realizó análisis descriptivo de la historia clínica de un paciente que realizó un ingreso breve en el servicio de urgencias de un hospital general. Se analizaron las siguientes variables: examen clínico psiquiátrico, análisis bioquímico, tóxicos en orina, tomografía computarizada, test de memoria Weschler (WSM III) y tratamiento.

Resultados: Al inicio del cuadro se observó desorientación, fallos en memoria a corto y largo plazo y confabulación de relleno, que se evidenciaron en el Weschler. Las pruebas complementarias resultaron normales. Así mismo presentaba síntomas compatibles con reexperimentaciones de un accidente de tráfico vivido hace 4 años, en forma de flashbacks y pesadillas, y alucinaciones auditivas. Durante el ingreso, a medida que se mantuvo abstinentemente de alcohol, las alteraciones mnésicas fueron remitiendo. Se prescribió vitaminoterapia, clorazepato dipotásico hasta 15 mg cada día, tiaprida hasta 200 mg cada día, y quetiapina hasta 100 mg cada día. La clínica persistente resultó compatible con un trastorno por estrés postraumático.

Conclusiones: La observación durante el ingreso permitió el estudio de patología psiquiátrica concomitante. La bibliografía consultada destaca la importancia de realizar desintoxicación en régimen de ingreso en pacientes con posible deterioro cognitivo y consumo de alcohol. El medio hospitalario permite realizar las exploraciones necesarias para descartar otros procesos que cursen con deterioro.

PO-648-AD

DE LA MANÍA A LA DEMENCIA FRONTOTEMPORAL: ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

A. Lobo, R. Pérez, L. Fernández-Clemente, M. Pérez, C. González, B. Manzano, J. León, C. Lezcano, A. Hidalgo y F.J. González
Hospital Provincial de Toledo.

Introducción: La demencia frontotemporal (DFT) es la segunda más frecuente en menores de 65 años, con una edad media al diag-

nóstico de unos 58 años. Clásicamente se distinguen tres formas de presentación, siendo la más prevalente la conductual o frontal. Suele tener un inicio insidioso, caracterizado por cambios de carácter y desinhibición conductual. A pesar de los avances en los últimos años, y de una mayor conciencia de los psiquiatras y neurólogos de su existencia, su diagnóstico sigue siendo complejo.

Objetivos: A partir de un caso atendido en nuestro centro nos planteamos una revisión de las posibilidades diagnósticas más eficaces para ayudar a estos pacientes.

Metodología: Presentamos el caso de un paciente varón que a los 46 años comienza con clínica de tipo maniforme muy bizarra y alteraciones conductuales graves, tras tres años con múltiples tratamientos, a los que respondió parcialmente, fue diagnosticado de demencia frontotemporal. A propósito de este paciente realizamos una revisión sistemática de la literatura en PubMed y Tripdatabase con las palabras clave "Frontotemporal Dementia" y "Diagnosis".

Resultados: Al inicio sólo la mitad cumplió los criterios de Neary (1998), por lo que se recomienda un uso menos restrictivo y se tengan en cuenta otras características, como el inicio insidioso, la progresión gradual, y la disminución de las actividades cotidianas y la vida social. La neuroimagen es necesaria para descartar otros diagnósticos y puede aportar hallazgos sugerentes de DFT. El SPECT y el PET tienen mayor sensibilidad que la RMN en etapas tempranas, pero son poco específicos, pudiendo alterarse también en patologías psiquiátricas. La Neuropsicología es útil para la identificación del déficit y la progresión, pero tampoco da un diagnóstico. Se pueden usar escalas de empatía, mentalización y reactividad emocional, si hay sospecha, pero todavía sin resultados concluyentes. Los exámenes de laboratorio ayudan a identificar las causas reversibles (5-10%). Estudios de biología molecular han propuesto nuevas clasificaciones (taupatías, ubiquitinopatías...) con escasa aplicación práctica.

Conclusiones: El diagnóstico en las fases iniciales sigue siendo complejo, y la aplicación de los criterios parece ser poco sensible. Aunque la inclusión de pruebas de imagen y neuropsicológicas puede ayudar, todavía son necesarios instrumentos de evaluación más precisos adaptados a este tipo de pacientes.

PO-667-AD

TRASTORNOS ADAPTATIVOS. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

S.M. Gómez Pardiñas, E. Fontela Vivanco, S. Bermúdez Miguez, F.J. Vicente Alba, C. Vázquez Ventoso y M.J. Ávila González
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción: Los trastornos adaptativos son reacciones desadaptativas ante estresores psicosociales identificables que ocurren en un corto período de tiempo desde el inicio del factor de estrés. Se manifiestan en forma de síntomas como depresión o ansiedad o de cuadros de deterioro funcional (laboral o social) que resultan reacciones excesivas para lo esperado como normal ante dicho estresante. A pesar de la frecuencia con la que se realiza el diagnóstico de trastorno adaptativo, hay muy escasa literatura acerca de su epidemiología, etiología y tratamientos. Es un diagnóstico al que históricamente se ha prestado poca atención desde el punto de vista científico. Una de las principales dificultades a la hora de abordar los trastornos adaptativos es su pobre definición en los sistemas diagnósticos habituales, lo impreciso de sus criterios y la superposición frecuente con otros diagnósticos. Esto incluye entre otros factores, la falta de una adecuada definición sobre estresor y sobre lo que constituye una respuesta normal o no ante ellos.

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica sobre la literatura actual y las últimas revisiones acerca del Trastorno adaptativo y consultar si existe alguna Guía de Práctica Clínica.

Metodología: Se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed, para ello se introdujo el término Adjustment Disorder como término Medical Subject Headings (MeSH). Con dicha búsqueda se recuperaron 3618 resultados. Limitamos la búsqueda a los siguientes campos: publicaciones en los últimos cinco años (2005-2010), es-

tudios clínicos, meta-análisis, guías de práctica clínica, estudios clínicos controlados aleatorizados, revisiones e idiomas inglés o español. Además se realiza una búsqueda del término en los principales directrices de guías clínicas (Guíasalud, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Guidelines Group y NeLH Guidelines).

Resultados: Como resultado en Pubmed obtuvimos un total de 46 artículos, de los cuales 22 eran revisiones. No se encontró ninguna guía de práctica clínica para trastornos adaptativos.

Conclusiones: A pesar de que el trastorno adaptativo por definición se resuelve una vez que desaparece el factor estresante, en la práctica clínica diaria no se suele esperar hasta que esto suceda, debido al cortejo sintomático que implica el trastorno, al aumento de riesgo de suicidio en estos pacientes y a la habitual tendencia a la cronicidad. Todo ello hace que sea una de las patologías más frecuentemente tratadas en las consultas tanto de Atención Primaria como de Psiquiatría. Debido a ello sería importante realizar nuevas investigaciones al respecto para homogeneizar los criterios diagnósticos y el manejo de esta patología, para lo cual sería de utilidad la elaboración de guías de práctica clínica.

PO-701-AD

DIFERENCIAS EN LA PREVALENCIA DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDA-H) SEGÚN EL SISTEMA CLASIFICATORIO UTILIZADO (DSM IV/CIE 10)

S. Villero Luque, C. Abellán Maeso, M.C. Parra Martín, A.B. Martínez Sánchez, C. Rodríguez Pereira y M.D. Ortega García
Complejo Hospitalario La Mancha Centro.

Introducción: La CIE 10 define el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDA-H) como "un grupo de trastornos caracterizados por un comienzo precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo y pobremente modulado con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas". Actualmente asistimos a un aumento de la demanda de evaluación por sospecha de TDA-H en las unidades de salud mental infanto juvenil (USMIJ), según algunos estudios en torno a un 13%. Las cifras de prevalencia que oscilan entre el 1-2% y el 8-16%, más alta en medios norteamericanos que en europeos, lo que en parte puede ser debido al sistema clasificadorio utilizado (DSM IV o CIE 10).

Objetivos: Evaluar prevalencia del diagnóstico de TDA-H en niños y adolescentes de 0 a 18 años según CIE 10 y DSM IV.

Metodología: Se realiza un estudio descriptivo con los 73 niños y adolescentes (hasta 18 años) que consultan en nuestra USMIJ por sospecha de TDA-H entre septiembre de 2009 y marzo de 2010. Se recogen variables epidemiológicas y clínicas, entre estas el diagnóstico multiaxial según CIE 10 y DSM IV.

Resultados: De los pacientes con sospecha, el 47% cumple criterios diagnósticos para TDA-H según DSM IV frente al 15,9% según CIE 10.

Conclusiones: Se analizan diversos factores que pueden estar en relación con las diferencias en la prevalencia de TDA-H halladas en nuestro estudio, entre ellos las diferencias cualitativas entre ambos sistemas clasificatorios, como los criterios de exclusión considerados por cada uno de ellos, lo que se pone en relación con los resultados encontrados en los el diagnóstico multiaxial de los niños y adolescentes evaluados.

PO-714-AD

ANÁLISIS FACTORIAL DE LA PANSS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA: VALIDEZ DEL FACTOR COGNITIVO

A. Bagney, R. Rodríguez-Jiménez, I. Martínez-Gras, P. Portillo, M. Aragüés, M. Moreno, G. Rubio, J.L. Santos y T. Palomo
Psychosis and Addictions Research Group (PARG). Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto de Investigación. Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid.

Introducción: La Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) es una escala de evaluación clínica ampliamente utilizada en pacientes

esquizofrénicos. Diferentes análisis factoriales han señalado la existencia de 5 factores habitualmente descritos como "positivo", "negativo", "cognitivo", "depresión" y "excitación". El "factor cognitivo" (también llamado desorganización) está compuesto por diferentes ítems de la PANSS, y hace referencia al funcionamiento cognitivo del paciente. Para que dicho "factor cognitivo" tenga una aceptable validez concurrente, debería correlacionar con medidas neuropsicológicas validadas de función cognitiva en esquizofrenia.

Objetivos: El objetivo de nuestro trabajo fue realizar un análisis factorial de la PANSS en una muestra amplia de pacientes esquizofrénicos, y estudiar la correlación entre el "factor cognitivo" obtenido en dicho análisis y una batería de tareas neuropsicológicas que evalúen funciones ejecutivas.

Metodología: Se trata de un estudio transversal realizado con 201 pacientes diagnosticados de esquizofrenia (138 varones y 63 mujeres). Se realizó una evaluación clínica con la PANSS; y para la evaluación de las funciones ejecutivas se utilizó una batería con 4 pruebas de amplia utilización para evaluar dicha función cognitiva: Wisconsin Card Sorting Test, Trail Making Test, Stroop Colour and Word Test, subtest dígitos inversos del WAIS-III. Con los resultados de dichas pruebas se construyó un índice cognitivo global de función ejecutiva.

Resultados: El análisis factorial realizado incluyó los ítems P2, N5, N7, PG5, PG10, PG11 en el "factor cognitivo". La correlación de Spearman entre dicho factor y el índice cognitivo global de función ejecutiva fue de -0,367 ($p < 0,001$).

Conclusiones: El rango de correlaciones obtenidas no permite utilizar el "factor cognitivo" de la PANSS como sustituto de una evaluación neuropsicológica, aunque su consideración puede ser de cierta utilidad en contextos clínicos en los que no se puede realizar una evaluación cognitiva formal.

PO-726-AD

TRASTORNO HIPERSEXUAL Y COMORBILIDAD ASOCIADA EN EL EJE I

C. Chiclana, I. García, G. Chiclana y S. Mestre
Consulta Doctor Carlos Chiclana.

Introducción: La DSM-V propone el trastorno hipersexual como un nuevo diagnóstico, caracterizado por el aumento en la frecuencia e intensidad de fantasías, excitación, impulsos y conductas sexuales no parafílicas, asociadas a un componente de impulsividad, que provocan un malestar significativo o un deterioro social u ocupacional. El TH presenta una elevada comorbilidad en el Eje I. Con mayor frecuencia con los Trastornos del Humor (TH), los Trastornos de Ansiedad (TA), los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). "The Hypersexual Disorder Screening Inventory" (HDSI) es un cuestionario de screening que mide si, durante los seis meses previos se han producido las siguientes situaciones.

Objetivos: Evaluar la presencia del TH mediante los criterios diagnósticos propuestos por la DSM-V. Evaluar la comorbilidad del TH en el Eje I. Evaluar la respuesta clínica al tratar el trastorno comórbido.

Metodología: Revisión de la historia clínica y aplicación retrospectiva de los criterios diagnósticos de TH en los últimos 200 pacientes ambulatorios, mediante "The Hypersexual Disorder Screening Inventory" (HDSI).

Resultados: De estos 200 pacientes, 31 (15,5%) demandaron atención por una excesiva conducta sexual y 26 (13%) cumplían los criterios para TH. La puntuación media de los pacientes con Trastorno Hipersexual en el HDSI fue de 21,6 (rango 17-27). Las conductas presentadas fueron uso de pornografía y masturbación (53,8%), masturbación (15,4%), relaciones heterosexuales consentidas (15,4%) o todas las conductas (15,4%). El 69,2% presentaba comorbilidad en el Eje I: TDAH (38,5%), TEA (11,5%), TA (11,5%), TOC (7,7%). La respuesta clínica a los tratamientos empleados (farmacológico, psico-

terapéutico o combinado) evaluada de modo subjetivo respecto a la frecuencia de las conductas y el malestar del paciente, al tratar el trastorno comórbido fue muy favorable (42,3%), moderada (38,5%) o mala (19,2%).

Conclusiones: Se observa comorbilidad asociada al TH, en mayor medida con el TDAH, en la muestra evaluada. Los criterios propuestos en la DSM-V pueden resultar operativos para evaluar la conducta sexual excesiva como sintomatología comórbida que nos guíe hacia el diagnóstico de una patología del Eje I. El tratamiento de los trastornos comórbidos puede mejorar la clínica del TH.