



# Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



## 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 retrospectivos 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 atracón. Debemos valorar la capacidad del paciente para entender en qué consiste la cirugía, y su capacidad

intelectual. Por último, de 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 cognitivas. En la melancolía clásica se aprecia que estos fallos cognoscitivos aparecían en primer plano y se pensaba que eran de una cualidad distinta, de difícil precisión a las observadas en la demencia. En todo caso, la situación de envejecimiento del sistema nervioso central proporciona una plástia 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; sig. = 0,047), y en impulsividad (TPD errores:  $t = -2,212$ ; 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 las 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 (Halimi 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 Schizophrenien". 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 sucintamente 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 consciencia, 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 siguientes 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 Vegaulla 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 NERVI 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 (4° 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 (depleciones 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 psiquiátrico/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 prolong 400 mg 0-0-0-2 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 serotoninérgica. 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 dificultoso, 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 DI presentaron 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 PSIQUIÁTRICA 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. Ortuño Sánchez-Pedreño y J.L. Zubieta  
*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-acetilaspártato, 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-acetilaspártato (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. Bastera, 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 clinofilia 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 luteínica -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 cumplieren 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 psicococial 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 hipertrofia 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. (Gunsat 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 número 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 dismorfofobia 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 considero 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 rellenó 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 maniáticos 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 maniaca.

**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, 3ª y 4ª 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 3ª y 4ª 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 Inventario 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 neurolepticos 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 neuroleptico 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 leves, 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-

torno por atracón. 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 apragmáticas. 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 (suspiciencia, actitud paranoide e insomnio y diagnóstico de episodio psicótico) y en octubre, clínica similar, ideas de muerte, pérdida de 9 kg, hipertimia, desinhibición e ideas delirantes erotomaniacas.

**Resultados:** Durante el último ingreso se introduce tratamiento estabilizador del estado de ánimo (carbameceptina 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 lormetazepam si insomnio. Refirió con la introducción de carbameceptina 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 período 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 maniaca.

**Objetivos:** Evaluar la sintomatología clínica y tratamiento de un episodio maniaco. 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 megalomaniaca e insomnio. Las pruebas complementarias resultaron sin alteraciones. Tóxicos en orina positivos para cannabis. Según DSM IV se diagnosticó de trastorno bipolar I, episodio maniaco 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 maniaco 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  $\chi^2$  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 infrautilización 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 anomalías en las funciones ejecutivas cognitivas (FE “Frías”), producidas por alteraciones en las ramas dopaminérgicas meso-

corticales; y aquellos que se caracterizan por anomalías 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 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. Sarraamea 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. Sarraamea 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  $\alpha$  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 Wechsler (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 Wechsler. 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 abstinente 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 cumple los criterios de Neary (1998), por lo 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 precoces, 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 estresantes 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 directorios 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 éstos 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 clasificatorio 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. Aragües, 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 parafilicas, 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.

## Epidemiología

### PO-35-EP

#### ESTRÉS Y DESGASTE PROFESIONAL EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS POSGRADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

M. Dellanira Chacín y M. Corujo  
*Universidad de Carabobo.*

**Introducción:** Los médicos residentes constituyen uno de los trabajadores de la salud, que podrían ser más afectados por el estrés. Porque debe trabajar con los aspectos emocionales del paciente (sufrimiento, miedo, incertidumbre y muerte), así como tratar con pacientes graves afectando sus niveles de afrontamiento. Estas circunstancias los pueden afectar emocional y físicamente pudiéndolos conducir al síndrome de estrés profesional crónico (Cherniss, 1980). El deterioro de las condiciones materiales de trabajo se ha venido agudizando en los últimos años y han sido los trabajadores de la salud quienes principalmente se han resentido ante esta problemática, reportándose esto en diversos estudios (Gil Monte y Peiró, 1997; Flores, 2003; Guevara y Herrera, 2004). En relación al desgaste profesional crónico (burnout) se considerando como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro personal que ocurre entre individuos que realizan un trabajo cara a cara.

**Objetivos:** Identificar el nivel de reactividad al estrés y los niveles de desgaste profesional crónico según sexo y las especialidades: médicas y quirúrgicas de los Médicos Residentes de los Postgrados de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Establecer la relación entre los niveles de reactividad al estrés y el desgaste profesional crónico de los Médicos Residentes de los Postgrados de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo.

**Metodología:** El presente trabajo de investigación está enmarcado en un diseño transversal o transaccional, de tipo descriptivo, correlacional en un grupo de médicos residentes de los postgrados clínicos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, Venezuela, en los años 2006 al 2008. Se tomó una muestra representativa de 101 médicos residentes de los postgrados clínicos cursantes del primero, segundo y tercer año de los postgrados de Medicina, Cirugía, Obstetricia, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Traumatología y Cuidados Intensivos, a los cuales se aplicó el Test de reactividad al estrés (IRE) y la escala de Maslach Inventory (MBI). Una vez recopilados los datos, se codificaron para su posterior análisis estadístico a través del programa SPSS 15 para Windows.

**Resultados:** Los valores obtenidos del IRE global fueron de 9,01, con una DE de 5,38. Los valores más altos del IRE Global (13,07), Conductual (14,52) y el Vegetativo (11,78), fueron los de Cirugía. Los valores más altos de IRE cognitivo lo mostraron los de medicina interna. Los residentes que presentaron los niveles más bajos de reactividad al estrés fueron los de cuidados intensivos con 85,71% en el sexo masculino y 72,73% el femenino y obstetricia 100% sexo masculino y 72,73% el sexo femenino. El agotamiento emocional fue de

20,96, el distanciamiento emocional (DP) 5,94 y de 38,23 en la de realización personal (RP). Los residentes de cirugía en el nivel más alto. 83,33% (sexo femenino), seguidos de medicina, también el nivel medio cirugía mostró los valores más elevados con un 60% (sexo masculino), seguido de obstetricia y medicina interna con un 54,55 y 52,65% respectivamente (sexo femenino). Al relacionar el agotamiento emocional con el IRE, hay una relación significativa.

**Conclusiones:** Los residentes de los postgrados clínicos se ubican en un nivel de reactividad al estrés moderado. El desgaste profesional en los médicos residentes se sitúa en el nivel medio. Los residentes de cuidados intensivos mostraron los valores más bajos de agotamiento emocional. El mayor porcentaje en distanciamiento emocional estuvo presente en cirugía. Todos los residentes mostraron logros personales elevados.

### PO-152-EP

#### DETECCIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS DE ABUSO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. ¿ESTÁ AUMENTANDO EL CONSUMO DE BENZODIACEPINAS?

M. Mola Gibert, R. Pou Calvo, L. Montesinos Rueda,  
E. Gine Servén, A. Álvarez Gómez, E. Batlle de Santiago,  
P. Vinuesa Gómez y J. Cañete Crespillo  
*Hospital de Mataró.*

**Introducción:** El Hospital de Mataró es un hospital comarcal, cerca de Barcelona, con un área de influencia de 250.000 habitantes para la atención de patología médica y quirúrgica y de 400.000 habitantes para la atención psiquiátrica.

**Objetivos:** Observar el consumo de sustancias en los pacientes que han sido atendidos en el Servicio de Urgencias de este hospital durante los años 2007, 2008 y 2009.

**Metodología:** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Urgencias del Hospital de Mataró y en el que se sospechaba consumo o bien había signos de intoxicación, y en los que los controles de alcohol en sangre y / o de sustancias de abuso en la orina resultó positivo. Descripción de la muestra, de los datos epidemiológicos y de la evolución en los tres años.

**Resultados:** Los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias en 2007 fueron 112.353 y 828 de las muestras solicitadas resultaron positivas. Determinaciones de alcohol en sangre positivas en 408 casos, con un promedio de edad de 40 años y de este grupo 298 eran hombres (72%). Positivo para benzodiazepinas 404 con una edad media de 36 años y 243 hombres (59%). 167 resultados fueron positivos para cannabis con una edad media de 30 y de estos 138 eran hombres (81%). 158 resultados positivos para cocaína, con un promedio de edad de 31 años y 116 hombres (73%). Los opiáceos positivos en 39 muestras, con una edad media de 39 años, de los cuales 30 eran hombres (77%). Los pacientes tratados en Urgencias en 2008 fueron 111.082, con 981 muestras positivas. De ellas, 550 resultaron positivas para alcohol en sangre, la edad media fue de 38 y 370 de ellos eran hombres (67%). Para benzodiazepinas en orina dieron positivo 430 determinaciones con un promedio de 38 años y 240 hombres (56%). 227 resultados positivos para cannabis, una media de edad de 29 y de ellos 180 hombres (79%). 185 fueron positivas para cocaína con un promedio de 31 años de edad y 128 hombres (66%). Los opiáceos fueron positivos en 36 con una edad media de 35 años y 25 varones (69%). En 2009, 118.480 pacientes fueron atendidos en Urgencias y entre las determinaciones solicitadas 1037 muestras resultaron positivas. De las pruebas de alcoholemia 550 fueron positivas, con una edad media de 41 años y 370 eran hombres (67%). Respecto a las benzodiazepinas, 553 muestras de orina dieron resultado positivo, con una edad media de 38 años y de este grupo 305 eran hombres (55%). 188 resultados positivos para cannabis, con edad media de 29 años y de ellos 144 fueron hombres (67%). 181 cocaína positiva con una edad media de 33 años y 120 eran hombres (66%). Opiáceos positivos en 31 casos, 39 años como edad media y 22 de ellos eran hombres (71%).

**Conclusiones:** Hay una mayor frecuencia de uso de sustancias entre los hombres con un promedio de 70%. En el grupo de 30 años, vemos con más frecuencia consumo de cannabis y cocaína. En el grupo de edad de 40 años, las sustancias utilizadas con mayor frecuencia son el alcohol, las benzodiazepinas y opiáceos. No se ha observado un aumento en la detección de sustancias ilegales en los últimos tres años. Hacemos hincapié en este trabajo en el incremento de los resultados positivos para benzodiazepinas en el pasado año 2009. Se necesitan más estudios para confirmar dicho incremento. Y vemos la conveniencia de mejorar la comunicación y la coordinación entre la Atención Primaria, Urgencias y los Servicios de Salud Mental con el objetivo de promover la prescripción racional de las benzodiazepinas.

#### PO-176-EP

##### PATRÓN DE CONSUMO DE TABACO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

M. Ziadi Trives, M.P. Castillo Alarcón, J.M. Rico Gomis, J.V. Baeza Alemañ, M. Camarero Candela y A. Sánchez Hernández  
*Hospital General Universitario de Elche.*

**Introducción:** En la mayoría de las unidades de psiquiatría se permite el consumo de tabaco, omitiendo así la posibilidad de una intervención para controlar este factor de riesgo cardiovascular.

**Objetivos:** Describir el patrón de consumo de tabaco y los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes ingresados en una unidad de psiquiatría.

**Metodología:** Estudio prospectivo, observacional en el que se analizaron los datos de consumo de tabaco y los factores de riesgo cardiovasculares de 68 pacientes ingresados en una unidad psiquiátrica.

**Resultados:** De los 68 pacientes, el 56% eran fumadores, con una dependencia media a la nicotina (test de Fagerström 5,1), de ellos 55% expresaron su deseo para el abandono del consumo de tabaco, aunque con una baja motivación al cambio (test de Richmond 3,9). Los factores de riesgo cardiovascular entre los fumadores fueron: 29% con obesidad, 63% con obesidad abdominal, 68% con tensión arterial  $\geq 130/\geq 85$  mmHg, 30% con nivel de glucosa en ayunas  $\geq 100$  mg/dl, 57% con niveles bajos de HDLc, 33% con triglicéridos  $\geq 150$  mg/dl y, cumplían criterios para el síndrome metabólico un 36,8%.

**Conclusiones:** El presente trabajo muestra que una gran mayoría de los pacientes ingresados en nuestra unidad de psiquiatría son fumadores, que expresan el deseo de abandono del consumo de tabaco y, que cumplen otros muchos factores de riesgo cardiovasculares. Por lo que además de incidir en la prevención y tratamiento de estos factores de riesgo, será también primordial establecer durante la hospitalización medidas para facilitar el abandono del hábito tabáquico.

#### PO-187-EP

##### ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN AL ESPAÑOL DE LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y PERSONAL (PSP) EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA. DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA CLÍNICAMENTE ESTABLES E INESTABLES Y CONTROLES SANOS

V. Balanzá, J. Sanjuán, E. Rodríguez y B. Nebot  
*Unidad de Salud Mental de Catarroja. Valencia.*

**Introducción:** La funcionalidad predice los resultados a largo plazo y constituye un objetivo relevante de los programas de rehabilitación en esquizofrenia. Las variables sociodemográficas influyen tanto en la incidencia y evolución de la esquizofrenia como en el grado de funcionamiento social alcanzado por los pacientes.

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias sociodemográficas entre dos grupos de pacientes con esquizofrenia, clínicamente esta-

bles e inestables, y entre éstos y un tercer grupo control de sujetos sanos.

**Metodología:** Análisis parcial de los datos sociodemográficos de un estudio no-intervencionista, observacional, prospectivo, multicéntrico, de adaptación y validación de un instrumento de medida (Escala de Funcionamiento Social y Personal, PSP), comparativo entre los tres grupos.

**Resultados:** Se incluyó un total de 335 sujetos de estudio. Los grupos diferían significativamente ( $p < 0,0001$ ) en sexo, peso e Índice de Masa Corporal (IMC), pero no en edad. El 16% de los pacientes estables tenían estudios superiores frente al 8% de los inestables y el 51% de los controles. El 11% de los pacientes inestables contaban con un grado de apoyo familiar nulo. La tasa de desempleo en pacientes fue muy superior al de sujetos control (inestables: 28%, estables: 27% y controles: 1%). Además, el 50% de inestables y el 38% de estables tenían una incapacidad permanente. El 18% de los estables, pero sólo el 3% de los inestables, estaban activos laboralmente.

**Conclusiones:** Existen notables diferencias sociodemográficas, tanto entre pacientes esquizofrénicos clínicamente estables e inestables, como entre éstos y los controles, que podrían influir en el funcionamiento social.

#### PO-191-EP

##### PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL

B. Cortés, A. Ballesteros, J. Becker, A. Pérez y J.J. Ávila  
*Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción:** Los trastornos de personalidad (TP) y los relacionados con sustancias coexisten frecuentemente en la población general con una prevalencia del 11%. La prevalencia de un trastorno de personalidad en sujetos dependientes del alcohol oscila entre el 40% y 43%.

**Objetivos:** Identificar la prevalencia de TP en sujetos con Trastorno por dependencia del alcohol.

**Metodología:** 273 sujetos de la Unidad Ambulatoria de Tratamiento del Alcoholismo de Salamanca. Criterio de inclusión: criterios DSM-IV-TR para Dependencia del alcohol. Criterio de exclusión: comorbilidad con trastornos del eje I que pudiesen alterar la capacidad de comprensión (psicosis afectivas y no afectivas y demencias). Se incluyeron sujetos con trastornos depresivos o de ansiedad. Se aplicó el IPDE con 2 o más semanas de abstinencia. Se consideró como estadísticamente sig. una  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** La edad media fue de  $44,5 \pm 9,6$ . El 85,7% eran varones. El 24,2% eran solteros y el 58,2% eran casados. El 56,0% eran de procedencia urbana. El 65,9% (180) estaban empleados. El 80,6% presentaba al menos un trastorno de personalidad, sin diferencias por sexo (chi-cuadrado,  $p = 0,803$ ). Prevalencias para cada TP: paranoide 18,7%, esquizoide 23,8%, esquizotípico 15,4%, histriónico 16,8%, antisocial 14,7%, narcisista 11,7%, límite 30,0%, obsesivo-compulsivo 35,2%, dependencia 13,6%, evitativo 58,6%. No se encontraron diferencias significativas por sexo (chi-cuadrado).

**Conclusiones:** La prevalencia de TP en la muestra de pacientes fue 80,6%, mayor que en la población general. Los TP más frecuentes son el evitativo y el límite.

#### PO-200-EP

##### EPIDEMIOLOGÍA DE LOS PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS EN EL HCU DE ZARAGOZA

N. Casanova, C.H. Gómez, P. Sanz, B. Granados, N. Jordana, G. Riveros, M. Argemí, C. Banzo, A. García y D. Calvo  
*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.*

**Introducción:** Conocer el perfil de los pacientes que ingresan en una UCE desde Urgencias puede ayudar a la creación de nuevos programas de asistencia que mejoren la calidad de la misma.

**Objetivos:** Conseguir describir el prototipo de paciente que ingresa en una UCE de psiquiatría desde el servicio de Urgencias.

**Metodología:** Se recogen las siguientes variables: sexo, estado civil, domicilio (rural o urbano), nacionalidad, ocupación, seguimiento psiquiátrico, ingresos previos, diagnóstico previo y al alta. La muestra se toma desde julio de 2009 hasta julio de 2010 y los datos se han recogido en una base de datos tipo Access y analizados utilizando el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** Los resultados son preliminares. El perfil encontrado es el de varón (59%), soltero (51,2%), español (90,7%), que reside en la ciudad (53,26%), con una incapacidad laboral (23,71%), en seguimiento psiquiátrico (75,6%) y que ha tenido ingresos previos (64,26%). Del total de diagnósticos previos que presentaban los pacientes (y teniendo en cuenta que podían tener más de uno) destacan los siguientes: consumo perjudicial de tóxicos (13,56%) y/o esquizofrenia (10,64%) y/o distimia (10,64%) y/o bipolar (10,11%) y/o trastorno de personalidad (10,11%). Del total de diagnósticos al alta que presentaban los pacientes destacan: insomnio (14,96%), s. ansioso-depresivo (12,05%), episodio psicótico agudo (11,73%), s. confusional (11,14%), distimia (11,14%) y trastorno de personalidad (10,26%).

**Conclusiones:** Destacar la existencia de datos que coinciden con estudios internacionales y otros que difieren de los mismos.

## PO-219-EP

### EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN OBESIDAD MÓRBIDA ANTES DE LA CIRUGÍA

J.A. Guisado, L. Osona, F. Méndez, I. Baltasar, F. Zamora y J. Ingelmo  
*Hospital Infanta Cristina.*

**Introducción:** Los trastornos alimentarios como el trastorno por atracón y las alteraciones de la conducta alimentaria como la ingesta nocturna, el picoteo y los atracones, suelen ser muy comunes entre población obesa. Son varios los estudios que demuestran que la existencia de estos desórdenes alimentarios pueden comprometer los resultados de la cirugía, recomendándose la detección precoz y tratamiento de los mismos.

**Objetivos:** Estudiar la conducta alimentaria de pacientes que solicitan un tratamiento quirúrgico para perder peso.

**Metodología:** La muestra consta de 125 pacientes con obesidad mórbida (80% mujeres y 20% hombres) a los que se evalúa antes de la cirugía en la Unidad de Obesidad Mórbida del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, con un protocolo específico desarrollado para estos pacientes.

**Resultados:** Un 45% del total de la muestra presenta una conducta alimentaria desestructurada susceptible de recibir tratamiento psicofarmacológico antes de ser intervenidos. Los hallazgos clínicos encontrados han sido: trastorno por atracón (23%), ingesta nocturna (8%), atracones (39%), ingesta abundante de alimentos (54%) y picoteo (79%).

**Conclusiones:** La mitad de los pacientes con obesidad mórbida que solicitan tratamiento quirúrgico para perder peso presentan disfunciones alimentarias. Se recomienda la evaluación y tratamiento de estos pacientes antes de la cirugía desde que la existencia de estos hallazgos se asocia a menor pérdida de peso postquirúrgico.

## PO-230-EP

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE TRASTORNOS DE IDENTIDAD DE GÉNERO DEL HOSPITAL DE CRUCES (UTIG) EN SU PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO

S. Ponce de León, F. Vázquez, J. Gabilondo, J.I. Eguiluz y S. Gaztambide  
*Hospital de Cruces.*

**Introducción:** En el año 2009 se crea en el Hospital de Cruces la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de referencia para la comunidad autónoma del País Vasco.

**Objetivos:** Describir la población remitida para valoración de TIG en su primer año de funcionamiento. Definir las características de los pacientes valorados por Psiquiatría en su primera visita.

**Metodología:** Pacientes n = 50 remitidos para valoración en la UTIG entre enero 2009 y enero 2010.

**Resultados:** Las provincias de procedencia fueron Álava n = 5, Guipúzcoa n = 8 y Vizcaya n = 37. Por sexo consultaron 26 varones biológicos y 24 mujeres biológicas. Los servicios remitentes a la UTIG fueron Endocrinología 45%, Psiquiatría 25% y atención primaria 30%. Un 13,6% de los pacientes habían nacido en Sudamérica. El Servicio de psiquiatría ha atendido a 50 pacientes de los que 11 están en evaluación diagnóstica. En endocrinología se han atendido a 33 pacientes, 17 con diagnóstico de transexual masculino (de mujer a hombre) y 16 transexual femenino (de hombre a mujer), con una edad media de 33 ± 8 (49-20). Un 60% ya estaban en tratamiento hormonal en su primera visita. La edad media de inicio del tratamiento había sido 28 ± 9 años (13-47). El 84% de los tratamientos se controlaban por médicos Endocrinólogos de Osakidetza. Había antecedentes de autotratamiento no controlado en 5 casos de transexuales femeninos. Respecto a las fases del tratamiento un 12% estaban en evaluación diagnóstica, 6% en experiencia de vida real, 64% en tratamiento hormonal y 18% ya habían completado el tratamiento médico y quirúrgico.

**Conclusiones:** Las características de los casos atendidos no difieren de lo publicado en otras series nacionales. Sólo la ratio por sexos, casi al 50%, difiere de lo esperado. La unidad ha atendido a una población que, mayoritariamente, ya estaba en tratamiento médico por Endocrinólogos pero sin abordaje psicoterapéutico previo.

## PO-231-EP

### EPIDEMIOLOGÍA DE LOS PACIENTES INGRESADOS DESDE URGENCIAS EN EL HCU

N. Casanova, C.H. Gómez, P. Sanz, B. Granados, N. Jordana, G. Riveros, M. Argemí, C. Banzo, A. García y D. Calvo  
*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.*

**Introducción:** Conocer el perfil de los pacientes que ingresan en una UCE desde Urgencias puede ayudar a la creación de nuevos programas de asistencia que mejoren la calidad de la misma.

**Objetivos:** Conseguir describir el prototipo de paciente que ingresa en una UCE de psiquiatría desde el servicio de Urgencias.

**Metodología:** Se recogen las siguientes variables: sexo, estado civil, domicilio (rural o urbano), nacionalidad, ocupación, seguimiento psiquiátrico, ingresos previos, diagnóstico previo y al alta. La muestra se toma desde julio de 2009 hasta julio de 2010 y los datos se han recogido en una base de datos tipo Access y analizados utilizando el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** Los resultados son preliminares. El perfil encontrado es el de varón (59%), soltero (51,2%), español (90,7%), que reside en la ciudad (53,26%), con una incapacidad laboral (23,71%), en seguimiento psiquiátrico (75,6%) y que ha tenido ingresos previos (64,26%). Del total de diagnósticos previos que presentaban los pacientes (y teniendo en cuenta que podían tener más de uno) destacan los siguientes: consumo perjudicial de tóxicos (13,56%) y/o esquizofrenia (10,64%) y/o distimia (10,64%) y/o bipolar (10,11%) y/o trastorno de personalidad (10,11%). Del total de diagnósticos al alta que presentaban los pacientes destacan: insomnio (14,96%), s. ansioso-depresivo (12,05%), episodio psicótico agudo (11,73%), s. confusional (11,14%), distimia (11,14%) y trastorno de personalidad (10,26%).

**Conclusiones:** Destacar la existencia de datos que coinciden con estudios internacionales y otros que difieren de los mismos.

## PO-250-EP

**PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR CON UN EPISODIO DEPRESIVO EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL**

M. Ziadi, M.A. García, C. Jeremías Martínez, V. Real y J. Quiles  
Hospital General Universitario de Elche.

**Introducción:** Las fases depresivas del trastorno bipolar constituyen el periodo más relevante en la evolución de la enfermedad, el conocimiento de los rasgos demográficos y clínicos de estos pacientes son factores a tener en cuenta para su abordaje.

**Objetivos:** Describir el perfil demográfico y clínico de los pacientes bipolares que han presentado un episodio depresivo a nivel ambulatorio.

**Metodología:** Estudio observacional basado en la revisión retrospectiva sistemática de historias clínicas de pacientes con trastorno bipolar en seguimiento ambulatorio en el ámbito público. Se recogió la información referida al último episodio depresivo.

**Resultados:** De los 71 pacientes estudiados, el 60,6% de los pacientes estaba diagnosticado de trastorno bipolar tipo I y 39,4% con trastorno bipolar tipo II. Los episodios depresivos se fueron diagnosticados con un patrón estacional: primavera (40%) e invierno (22,9%). La duración media hasta apreciar una evolución clínica favorable fue de 7,7 semanas (DT: 7,8), con una media de 4,8 revisiones. La duración media hasta la eutimia fue 15 semanas (DT: 11,8). El 4,2% presentaron síntomas psicóticos en el curso de su depresión, y el 11,3% presentaron un viraje de fase. En el 9,9% los pacientes presentaron ideación autolítica, acompañado de intento o gesto autolítico en un 4,2%. El ingreso en una unidad de hospitalización de agudos fue necesario en un 8,4%. Un 28,2% de los episodios se acompañaron de baja laboral.

**Conclusiones:** Este trabajo aporta información epidemiológica y clínica sobre las fases depresivas de los trastornos bipolares atendidos en nuestra unidad, contribuyendo a un mejor conocimiento de las características de estos cuadros.

## PO-251-EP

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN EL ABUSO/DEPENDENCIA DE COCAÍNA**

J. Becker, A. Pérez, A. Ballesteros, B. Cortés y J.J. Ávila  
Hospital Universitario de Salamanca.

**Introducción:** Los trastornos de personalidad (TP) y los relacionados con sustancias coexisten en la población general con una prevalencia del 11%. La presencia de un TP en consumidores de cocaína oscila entre el 47% y el 97%, siendo los más prevalentes el límite, el antisocial y el histriónico.

**Objetivos:** Identificar la prevalencia de TP en sujetos con trastornos de abuso/dependencia de cocaína.

**Metodología:** 85 sujetos de la Unidad Ambulatoria de Tratamiento del Alcoholismo de Salamanca. Criterio de inclusión: criterios DSM-IV-TR para Abuso/dependencia de cocaína con o sin comorbilidad para Abuso/dependencia del alcohol. Criterio de exclusión: comorbilidad con trastornos del eje I que pudiesen alterar la capacidad de comprensión (T. psicóticos primarios, bipolares y demencias). Se aplicó el IPDE con 2 o más semanas de abstinencia. Se consideró como estadísticamente sig. una  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** 80% cumplían criterios para abuso/dependencia de cocaína y alcohol, y el 20% para cocaína. La edad media fue de  $33,3 \pm 7,4$ , el 87,1% varones. El 50,6% eran solteros y el 28,2% casados. El 57,6% eran de procedencia urbana y el 57,6% estaban empleados. El 76,5% presentaba al menos un trastorno de personalidad, sin diferencias por sexo (T. Fisher,  $p = 0,446$ ) Prevalencias para cada TP: paranoide 16,5%, esquizoide 22,4%, esquizotípico 7,1%, histriónico 10,6%, antisocial 18,8%, narcisista 8,2%, límite 23,5% (20), obsesivo-compulsivo 31,8%, dependencia 7,1%, evitativo 55,3%, este último es más frecuente en varones (T. Fisher  $p = 0,019$ ).

**Conclusiones:** La prevalencia de TP en la muestra de pacientes fue 80%, mayor que en la población general. Los TP más frecuentes fueron el obsesivo-compulsivo y el evitativo.

## PO-264-EP

**CONDUCTAS DE RIESGO Y TDAH: ESTUDIO EN POBLACIÓN PSIQUIÁTRICA PENITENCIARIA**

O. Sanz-García, M.N. Doménech, G. Escuder, A. Muro y F. Pérez-Arnau  
UHPP Centro Penitenciario Brians 1.

**Introducción:** El TDAH es el trastorno psiquiátrico más común en niños de 5 a 10 años. Su prevalencia varía según los diferentes estudios entre 4,8 a 12%. En los estudios descritos hasta ahora se ha visto que al menos el 50% de los casos detectados en la infancia siguen cumpliendo los criterios para el diagnóstico de TDAH en la edad adulta. Hasta el momento, los pocos estudios que evalúan el comportamiento sexual y los factores de riesgo para las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en esta población apuntan hacia un incremento en las conductas de riesgo así como hacia un inicio más temprano en las relaciones sexuales.

**Objetivos:** Valorar si existe un aumento en las conductas de riesgo dentro de los pacientes adultos con TDAH en el medio penitenciario, en comparación con otros pacientes psiquiátricos.

**Metodología:** Se incluyeron en el estudio 114 hombres internados en el Centro Penitenciario Brians2 (CPB2), que estaban siendo atendidos en la consulta de psiquiatría. De todos ellos se recogieron datos sociodemográficos y clínicos recopilados en su historia penitenciaria (historia médica y psiquiátrica así como comportamientos de riesgo para la transmisión del VIH y otras ETS). Todos los participantes completaron la escala de cribado para la detección del TDAH: Adult ADHD Self-report Symptom Checklist Scale (ASRS - V1.1). En aquellos pacientes en los que la puntuación de la ASRS - V1.1 sugirió la presencia de TDAH, se realizó un estudio clínico completo para confirmar el diagnóstico según los criterios DSM IV-TR.

**Resultados:** De todos los sujetos participantes, el 39% ( $n = 45$ ) fueron diagnosticados de TDAH. Los sujetos con TDAH tenían una media de 3,3 comportamientos de riesgo de entre los 6 comportamientos analizados frente a 1,9 ( $p < 0,001$ ) de los pacientes sin TDAH. Los comportamientos de riesgo que estuvieron incrementados en este grupo de pacientes fueron la venopunción, la promiscuidad sexual sin preservativo, el uso de la prostitución, la realización de tatuajes dentro de la prisión y los piercings. El porcentaje de pacientes con TDAH infectados por el VIH fue del 20% ( $n = 9$ ) frente a 14% ( $n = 10$ ) del grupo sin TDAH (ns), mientras que el porcentaje de pacientes con TDAH infectados con el VHC fue de 51% ( $n = 23$ ) vs 2% ( $n = 19$ ) ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** 1. La probabilidad de practicar conductas de riesgo en individuos con TDAH que alcanzan la edad adulta sin haber sido diagnosticados y tratados en la infancia fue mayor que en otros pacientes psiquiátricos. 2. El riesgo de estar infectados con el VHC fue significativamente mayor en los sujetos con TDAH en comparación con otros pacientes psiquiátricos. 3. Estos datos sugieren la necesidad de diagnóstico precoz del TDAH a fin de evitar las consecuencias médicas que provoca.

## PO-266-EP

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UH**

N. Morales, M.C. Díaz, S.J. Mancebo, S.N. Tárraga, J. Aviñó y P. Martínez  
Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro.

**Introducción:** La hospitalización representa una modalidad fundamental para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas gra-

ves, pues; además es un medio terapéutico estructurado que responde a las necesidades de cuidado, control y protección del paciente, manteniéndolo alejado de situaciones estresantes. La hospitalización durante la fase aguda busca manejar los síntomas y facilitar el reajuste del paciente a su ambiente y está indicada en pacientes con mala conciencia de enfermedad, mal cumplimiento del tratamiento, peligro para sí mismo o los demás o alteración de las actividades de la vida diaria, debida a síntomas psicóticos o conductas anormales o incontrolables. Es fundamental el conocimiento que los servicios de salud tengan de la población a la que atienden, para planear la atención, la docencia y la investigación. A pesar de ello, frecuentemente estos datos se desconocen y se utiliza la información de otros países, lo que puede generar errores en la atención de los pacientes.

**Objetivos:** Con este trabajo pretendemos obtener un perfil descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de 65 pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve del Servicio de Salud Mental del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA), con el fin de contribuir a conformar el panorama epidemiológico nacional, el cual es diferente, a su vez, si los datos son obtenidos por encuestas de población general, por servicios que atienden pacientes ambulatorios o por hospitalización.

**Metodología:** Realizamos un estudio observacional descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes ingresados en la UHB de nuestro servicio durante los meses de abril y mayo de 2009, en total 65 pacientes. Para ello diseñamos un cuestionario en el que se recogen todas las variables a estudio y utilizamos como fuente de información las historias clínicas de los pacientes. Quedan excluidos del estudio los pacientes menores de edad, que en caso de precisar hospitalización son ingresados en la unidad específica para tal fin del Hospital La Mancha Centro de Ciudad Real. Para el estudio estadístico utilizamos el programa SPSS y calculamos las medias y la frecuencias de cada variable según corresponda en cada caso, reflejando los resultados en gráficas que faciliten la visualización de los mismos.

**Resultados:** Perfil sociodemográfico: 54% hombres (48 años); 63% solteros; 63% sin hijos. 63% vive solo. Nivel socioeconómico subjetivo bajo (65%). Nivel académico 35% EGB/ESO. 54% pensionistas. 81% capaces, 19% incapaces. 57% minusvalía. Perfil clínico: AP: 59% patología somática. 71% no consumo de tóxicos. 91% antecedentes psiquiátricos. 65% no tratamiento psicológico. 27% no AF psiquiátricos. Comienzo enfermedad a los 29 años. Tiempo en tratamiento: 11 años. 58% dependen de USM. 8% acuden a AFAEPS. 39% ingresos múltiples. Ingreso actual: 32% traído/acompañado de familia, 37% no remitido por facultativo, 55% ingreso voluntario urgente, 44% ingresan por descompensación patología de base. EEC: analítica general al 100% (alteraciones metabólicas), 9% TAC cerebral y EEG (protocolo primeros episodios psicóticos y demencias). Diagnóstico: trastorno psicótico (37%). Tratamiento: benzodiacepinas ansiolíticas (81%), antipsicóticos (79%). Tipo de alta: médica (98%). Duración ingreso: 1-7 días (45%).

**Conclusiones:** Perfil sociodemográfico: varón, 48 años, soltero, sin hijos, vive solo, nivel socioeconómico y académico bajo, pensionista, no incapacitado, no minusvalía reconocida. Perfil clínico: no antecedentes somáticos ni de consumo de tóxicos, con antecedentes personales y familiares psiquiátricos, no tratamiento psicológico; dispositivo responsable: USM. Inicio de la enfermedad: 29 años; 11 años en tratamiento; no participa en AFAEPS; tiene múltiples ingresos previos en UHB. Características del ingreso: paciente traído o acompañado de su familia, no remitido por ningún facultativo. Ingreso urgente (no programado), voluntario, por descompensación de patología de base; no pasa a involuntario. Exploraciones complementarias: analítica con alteraciones metabólicas; en un 9% se solicita un EEG y un TAC cerebral. Diagnóstico: trastorno psicótico. Tratamiento: benzodiacepinas ansiolíticas y antipsicóticos. Duración: menor de siete días. A una minoría de los pacientes se les concede el alta voluntaria.

## PO-269-EP

### CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN ESTUDIANTES DE NIVEL MEDIO SUPERIOR

S. Pérez, T. de Jesús Campa, R. Araujo y M.G. Gallegos  
Unidad Académica de Enfermería UAZ.

**Introducción:** El consumo de drogas es un fenómeno social considerado un problema de salud pública que cambia continuamente y se manifiesta de manera distinta en los diferentes grupos de la población, con serias consecuencias personales, económicas y sociales en los individuos que las consumen así como en la población que los rodea. El consumo de estas sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente del grado de intoxicación del individuo. La adolescencia es un periodo vital de transición en el que se presentan cambios en el ámbito biológico, psicológico y social, procesos propios como la búsqueda de independencia, individualidad y pertenencia o la existencia de dificultades en la adaptación a los cambios, los que sumados a un entorno social propicio para el consumo de drogas y la facilidad de adquisición pueden motivar conductas de experimentación con estas sustancias.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de drogas lícitas (tabaco y alcohol) e ilícitas (inhalables, marihuana y cocaína) por sexo y semestre, además de conocer la edad de inicio de consumo para estas drogas, en estudiantes del nivel medio superior.

**Metodología:** El diseño del estudio fue descriptivo de corte transversal, el tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio, estratificado de acuerdo al tamaño de la muestra, se estimó en base a una prueba bilateral con enfoque conservador y un límite de error de estimación de 0,06, con un IC95%, se obtuvo una muestra de 183 estudiantes.

**Resultados:** Las prevalencias global, lápsica, actual e instantánea fueron para el tabaco (59,6%, 36,1%, 19,6% y 18,0%), alcohol (86,3%, 64,5%, 50,8% y 31,1%) marihuana (5,5%, 2,7%, 2,1% y 1,1%), cocaína (6,6%, 3,3%, 2,1% y 1,6%) e inhalables (2,7%, no se reportó consumo en los últimos 12 meses). El consumo por sexo fue mayor proporción el sexo masculino en tabaco, marihuana y cocaína, para alcohol las proporciones fueron similares en ambos sexos, inhalables predominó el sexo femenino. El consumo de drogas lícitas presentó mayor proporción en estudiantes de 5º semestre y para las drogas ilícitas el consumo fue mayor en el 1er y 3er semestre. La media para la edad de inicio de consumo de tabaco fue a los 13 años y para el consumo alcohol, marihuana e inhalables fue a los 14, mientras que para la cocaína fue a los 15. Como hallazgo adicional se encontró una relación positiva y significativa entre la edad de inicio de consumo de tabaco y la edad de inicio de consumo de alcohol ( $r_s = 0,536$ ,  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** El consumo de drogas lícitas está por encima de lo reportado en estudios realizados en el centro del país, puede ser por la etapa de la adolescencia y vulnerabilidad a adquirir hábitos nocivos para la salud, disponibilidad de venta, permisibilidad de la sociedad y/o familias que tienen consumo habitual y por ende se da el efecto del modelado. A medida que avanzan los semestres aumentan los estudiantes involucrados, puede estar relacionado a las influencias que ejercen los amigos y los medios de comunicación. Las drogas ilícitas se encontraron en menor proporción a lo reportado por otros autores, sin embargo los estudiantes se interesan por el descubrimiento con otras drogas que no sean tabaco y alcohol, ya que estas sustancias pudieron ser consumidas en etapas más tempranas y buscan experimentar con otras drogas. La edad de inicio de consumo de tabaco y alcohol están relacionadas, lo que indica que el estudiante que inicia a fumar tabaco al poco tiempo consuma bebidas alcohólicas.

## PO-278-EP

**COMORBILIDAD CON EJE II Y ABORDAJE TERAPÉUTICO EN EL TRASTORNO DISTÍMICO**

S. Gasque, S. Castillo, S. Sibina, M.T. Nascimento, L. González, B. Díaz, L.M. Martín y A. Bulbena  
*Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones. Parc de Salut Mar.*

**Introducción:** El trastorno distímico no se considera grave aunque tiene una evolución crónica y produce un importante deterioro del funcionamiento social. Destacamos la elevada prevalencia de trastornos de personalidad en dichos pacientes lo que dificulta el abordaje terapéutico. El tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico en monoterapia es eficaz, aunque el tratamiento combinado ha demostrado mejores resultados.

**Objetivos:** Describir la comorbilidad en el eje II de los pacientes con diagnóstico de trastorno distímico y el tipo de tratamiento realizado en los servicios de salud mental.

**Metodología:** Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes ambulatorios atendidos en el centro de salud mental entre el 1/1/2009 y el 31/12/2009 con diagnóstico de trastorno distímico. Se obtuvieron datos clínicos y sociodemográficos.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 195 pacientes (91,8% mujeres; edad media: 57 + 12 años). En el 31,2% con diagnóstico comórbido en eje II siendo el más frecuente el trastorno de personalidad por dependencia (11,3%), seguido del trastorno histriónico (9,2%) y del no especificado (5,6%). El 63,6% realizó seguimiento con psiquiatra, el 15,9% con psicólogo y el 20,5% con ambos. Se obtuvo una media de 3,88 + 2,4 visitas por paciente y año con psiquiatría, mientras que en el caso de psicología fue de 4,46 + 2,4.

**Conclusiones:** El perfil de pacientes con trastorno distímico fue de mujeres de 57 años de edad media con una comorbilidad con trastornos de personalidad que no difiere de anteriores estudios. El reto se encuentra en el abordaje terapéutico, ya que el tratamiento combinado, que ha demostrado mayor eficacia, lo reciben en una quinta parte.

## PO-313-EP

**ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS EN PACIENTES CON VIH Y HEPATOPATÍA CRÓNICA VHC**

I. González, L. Pérez, R. García, M.A. Ortega, J.A. Oteo y J.R. Blanco  
*Hospital San Pedro.*

**Introducción:** La hepatopatía crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) pueden ocasionar alteraciones psicopatológicas en forma de (depresión, ansiedad, fatiga, deterioro cognitivo) pudiéndose agravar en el paciente coinfectado por el VIH (VHC/VIH) por su carácter neurotrófico, encontrándose discrepancias en la literatura en este sentido. Una de las posibles causas podría ser el grado de fibrosis hepática que evoluciona de una forma más rápida en los pacientes VHC/VIH.

**Objetivos:** Conocer si los pacientes VHC/VIH presentan un mayor grado de depresión, ansiedad, fatiga y deterioro cognitivo que los VHC y, de ser así, se puede atribuir a su grado de fibrosis hepática.

**Metodología:** Pacientes con infección VHC y VHC/VIH > 18 años, raza blanca, sin antecedentes de patología psiquiátrica ni presencia de signos ni síntomas de encefalopatía hepática ni tratamiento para el VHC a los que se les realiza un Fibroscan (método no invasivo que mide el grado de fibrosis hepática y se correlaciona con la biopsia hepática). A todos los pacientes se les realiza cuestionario minimental test (MMS), y cuestionarios que evalúan el grado de depresión, ansiedad, fatiga y deterioro cognitivo: Inventario de Depresión de Beck (ausencia si < 9), la Escala de Ansiedad de Hamilton (ausencia

si < 14) y la Escala Modificada de Impacto de Fatiga (MFIS) (ausencia si < 8) e respectivamente. En los pacientes VIH se evalúa, además, el estadio de sida, la presencia de carga viral indetectable (CV < 20 cop/ml) y el grado de penetración de los fármacos antiretrovirales en líquido cefalorraquídeo (LCR) (escala de Letendre de 2010). Todos ellos se llevaron a cabo en un ambiente de privacidad en el Hospital.

**Resultados:** Se han evaluado un total de 34 pacientes con una mediana de edad de 45 años (34 a 57). El 73% hombres. El 80% presenta VHC/VIH. El 55% reconocían el antecedente de uso drogas vía paratral (UDVP) (mayor en VHC/VIH;  $p < 0,001$ ). La mediana del fibroscan fue 7,6 kpa; el 36% presentaba unan fibrosis avanzada (grado 3-4). El 50% de los pacientes cumplía criterios de depresión (28% VHC vs. 55% VHC/VIH) y el 32% de fatiga (14% VHC vs. 37% VHC/VIH). Ninguno de los pacientes del estudio cumplía criterios de ansiedad, ni se detectó deterioro cognitivo con el cuestionario MMS. Entre los pacientes con infección por el VIH el 27% presentaban una carga viral del VIH indetectable. No se observan diferencias entre los grados de depresión y fatiga con la edad, el sexo, el antecedente de UDVP, el grado de fibrosis o la penetración de los fármacos antiretrovirales en LCR. El grado de depresión se relacionó de forma significativa con la presencia de una CV del VIH > 20 cop/ml ( $p = 0,027$ ).

**Conclusiones:** A pesar de que el riesgo de depresión y fatiga se duplica en los pacientes VHC/VIH, no existen diferencias entre ambos grupos. El cuestionario de valoración cognitiva MMS no detectó deterioro cognitivo en ninguno de los pacientes de la muestra. Tampoco se encontraron diferencias significativas en alteraciones psicopatológicas en el factor considerado de riesgo de consumo de sustancias tóxicas. Esta sintomatología no guarda relación con su grado de fibrosis hepática. En los pacientes VIH, la presencia de una CV detectable (> 20 cop/ml) se asocia a un mayor riesgo de depresión.

## PO-324-EP

**COMORBILIDAD MÉDICA EN PACIENTES DEPRESIVOS RECURRENTES: COMPARACIÓN CON PRIMEROS EPISODIOS (ESTUDIO AFFECTIVE)**

M. Gili, S. Armengol, M. Vives, M.J. Serrano y M. Roca  
*Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS). Universitat de les Illes Balears.*

**Introducción:** La comorbilidad médica de los pacientes depresivos ha sido ampliamente estudiada. Sin embargo son escasos los estudios que analizan esta variable en relación al curso de la depresión y en concreto a las diferencias entre primeros episodios y recurrencias.

**Objetivos:** Analizar la comorbilidad médica en pacientes depresivos recurrentes en atención primaria (AP) comparándola con la que presentan los pacientes con primeros episodios.

**Metodología:** Se diseñó un estudio epidemiológico transversal que incluyó todas las CCAA de España. 10.257 pacientes con un diagnóstico DSM-IV de episodio depresivo mayor fueron incluidos en el estudio. Para evaluar la depresión se utilizó la escala MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale). El propio médico del paciente, a partir de las historias clínicas ofreció los diagnósticos médicos que fueron categorizados según códigos CIE-10.

**Resultados:** Un 88,6% de pacientes recurrentes y un 71,1% de pacientes con un primer episodio presentaron comorbilidad médica ( $aOR = 2,61$ ,  $IC = 2,31-2,93$ ). Todas las enfermedades médicas evaluadas fueron más prevalentes en el grupo de pacientes con recurrencias tras controlar los análisis en función de la edad, sexo, Índice de Masa Corporal (IMC) y nivel educativo.

**Conclusiones:** La depresión recurrente está asociada a un decremento en el nivel de salud general significativamente mayor que en pacientes con primeros episodios de depresión.

## PO-333-EP

**CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CON ESPECTRO PSICÓTICO DE LA USMC DE ARONA (TENERIFE)**

D. Hernández García, Y. Rodríguez Hernández,  
M.J. Hernández Alvarado, J. Sánchez Bravo, I. Fernández Márquez,  
J.L. Melián de León y J. de la Fuente Portero  
*USMC Arona-HUNSC.*

**Introducción:** La atención especializada a la población de la isla de Tenerife está sectorizada en dos áreas de salud a cargo de dos hospitales de tercer nivel. Al Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (área Sur) le corresponde una población de 445.992 personas por tarjeta sanitaria y 503.350 personas por habitantes (PGC 2010). Hay que destacar que esta población está a su vez sectorizada a efectos de Atención Especializada de Trastornos Mentales, en Unidades de Salud Mental Comunitarias. La USMC Arona cubre una población de 120.193 personas por tarjeta sanitaria de las que 94.872 son mayores de 18 años y 25.321 son menores de 18 años. Cuenta con tres psiquiatras de adultos, un psiquiatra infanto-juvenil tres días a la semana y dos psicólogos clínicos que atienden tanto a población adulta como infanto-juvenil.

**Objetivos:** Describir y analizar las características sociodemográficas y psicopatológicas de una muestra de pacientes mayores de 18 años con diagnósticos dentro del espectro del trastorno psicótico y analizar la relación del estado civil con la diferencia de género y con el diagnóstico.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Se analizaron un total de 119 pacientes mayores de 18 años de edad cuyos diagnósticos clínicos, según criterios genéricos de la CIE-10, correspondían a F20, F21, F22, F23, F24, F25, F26, F28 y F29, y que fueron atendidos en el Servicio de Psiquiatría en la USMC de Arona (Tenerife) durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de abril de 2010. Las variables analizadas son: sociodemográficas (sexo, edad, lugar de nacimiento, estado civil, convivencia, situación laboral) y clínicas (consumo de tóxicos, tipo de tóxicos, fumadores, diagnóstico clínico según criterios genéricos CIE-10, seguimiento, ingresos hospitalarios en último año y conducta suicida asociada en último año). Paquete estadístico utilizado: SPSS (versión 15.0).

**Resultados:** De los 119 pacientes que acudieron en el primer cuatrimestre del 2010 a USMC de Arona se observa un perfil de usuario varón, de 31-50 años de edad, nacido en España, soltero, convive con familia de origen, cobra PNC, con diagnóstico de F20, fumador, no consumidor de tóxicos, en tratamiento con neurolepticos atípicos, seguimiento regular, sin ingreso hospitalario en último año y sin conducta suicida asociada. El 15% de los pacientes son inmigrantes. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres para con el estado civil: mayor número de varones solteros, seguidos de casados/pareja y de divorciados/separados frente a mujeres solteras y casadas/pareja en igual proporción. También diferencias estadísticamente significativas entre diagnósticos clínicos y estado civil: F20, F21 y F25 mayoritariamente solteros, en un 76,9%, 75% y 55,6% respectivamente; F22 en un 77,8% casados/pareja y F23 en un 55% casados/pareja.

**Conclusiones:** Los resultados ratifican los diferentes estudios que han demostrado que los no casados tienen un riesgo incrementado de padecer un Trastorno del espectro esquizofrénico en comparación con los casados. Esto hace pensar que el matrimonio o vivir en pareja, podría considerarse como un factor protector de la enfermedad. Así mismo se ratifica que la dependencia de la nicotina (a pesar de no ser considerada una sustancia ilegal de abuso) es la más frecuente entre los pacientes del espectro psicótico, seguida del cannabis y el alcohol. Las guías clínicas de consenso de expertos siguen aconsejando los antipsicóticos de nueva generación como fármacos de primera elección sobre todo por el perfil de efectos secundarios con respecto a los típicos, lo que se objetiva en los resultados de este estudio.

## PO-380-EP

**PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN UNA UNIDAD DEL DOLOR**

A. Espinosa González, R. Cuadrado López, A. García Chala,  
A.I. Sánchez Albert, V. Monsalve y J. Bedate Villar  
*Hospital General Universitario de Valencia.*

**Introducción:** Muchos enfermos con dolor crónico sufren síntomas psicopatológicos. Dicha comorbilidad complica el tratamiento del dolor y de la enfermedad mental asociada.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de las enfermedades mentales en la Unidad del Dolor (U.D.) del Hospital General.

**Metodología:** La población a estudio es una muestra aleatoria de 80 pacientes tratados en la U.D. del HG, de una media de edad de 57,39 años, con un 68,8% de mujeres y un 31,3% de hombres. El 70% casados. A esta muestra se le administra una entrevista protocolizada de elaboración propia y la escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

**Resultados:** El 67,5% de la muestra presenta patología psiquiátrica (DC+PP). Dentro de este grupo el 70,4% son mujeres, de una media de edad de 55 años y el 63% casadas. Los hombres representan el 29,6% con una media de edad de 56,2 años, estando el 87,5% casados. Se observa que la distribución por sexo, edad y estado civil entre estos pacientes se corresponde con la distribución general de la muestra. Se detectó un 61,3% de pacientes con ansiedad y un 50% con depresión. El 56,7% no tenían diagnóstico psiquiátrico. El 51,3% no recibía tratamiento psiquiátrico. Aunque la mitad de la muestra recibiera tratamiento psiquiátrico, el 55,8% de estos reconoció no ser tratado por ninguna USM.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes con DC+PP son mujeres casadas con una media de edad de 55 años. Destaca la existencia de una alta prevalencia de pacientes con DC+PP que no están recibiendo tratamiento por parte de psiquiatra.

## PO-381-EP

**PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO**

A. Benabarre, M.P. García-Portilla, L. Livianos y F. Mesa  
*Hospital Clínic.*

**Introducción:** En los últimos años, diversos estudios han destacado el aumento en la prevalencia del riesgo cardiovascular y los desórdenes metabólicos en pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar. Sin embargo, son escasos los datos disponibles en el caso de los pacientes con trastorno esquizoafectivo.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) y del riesgo cardiovascular (RC) en pacientes con trastorno esquizoafectivo a partir de los datos basales de la población incluida en el estudio SAMET.

**Metodología:** El estudio SAMET es un estudio naturalístico, prospectivo de 12 meses y multicéntrico que estudia la evolución de los factores de riesgo metabólico y cardiovascular en pacientes ambulatorios con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo (DSM-IV TR). La prevalencia de SM se calculó utilizando los criterios del National Cholesterol Educational Program (NCEP-ATPIII). El RC se estimó utilizando el modelo SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) y la función Framingham.

**Resultados:** Se incluyeron 335 pacientes. La edad media fue 42,2 ± 10,9 años, 53,4% eran hombres. El 35,8% eran obesos (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) y el 50,4% fumadores. La prevalencia del SM fue de 39,3%. El riesgo de mortalidad cardiovascular a 10 años (SCORE) fue 0,8 ± 1,2 (hombres 0,9 ± 1,2 vs mujeres 0,6 ± 1,2; p = 0,0926). El riesgo de enfermedad coronaria a 10 años (Framingham) fue 7,6 ± 7,1 (hombres 8,7 ± 7,9 vs mujeres 6,3 ± 5,9; p = 0,0137). El 7,1% de los pacientes tenían un riesgo de mortalidad cardiovascular alto/muy alto (SCORE ≥ 3%). El 24,2% de los pacientes mostraron un riesgo alto/muy alto de enfermedad coronaria (Framingham ≥ 10).

**Conclusiones:** En nuestro estudio observamos una alta prevalencia de SM así como del RC en los pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. El riesgo de enfermedad coronaria fue significativamente mayor en hombres que en mujeres

#### PO-405-EP

##### ADVERSIDAD SOCIAL Y RIESGO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS

L. Guayarmina Valdearenas, J.L. Escobar y J.A. Cervilla  
*Unidad de Hospitalización de Salud Mental. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Universitario San Cecilio.*

**Introducción:** Diversos estudios han mostrado que la exposición a adversidad social aumenta el riesgo de sintomatología depresiva (King et al, 2008). No obstante, no existe suficiente evidencia de cómo distintas medidas de adversidad social interactúan entre sí para aumentar dicho riesgo.

**Objetivos:** Estudiar la correlación entre Intensidad de síntomas depresivos y la presencia de exposición previa a adversidad social medida como acontecimientos vitales estresantes, discriminación y maltrato durante la infancia, en una muestra de pacientes diagnosticados de un cuadro depresivo atendidos en los diferentes dispositivos asistenciales de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario San Cecilio.

**Metodología:** Se realizó un estudio transversal en el cual se incluyeron todos los pacientes que fueron atendidos en cualquier dispositivo de la UGC del HUSC por los dos investigadores, y que cumplían criterios diagnósticos para depresión CIE-10. Se realizó una entrevista estructurada para conocer entre otros, datos demográficos, características clínicas, diagnóstico nosológico y exposición a adversidad social. Para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva se utilizó la Escala Hamilton para la Depresión (HDRS), y para valorar el peso de la adversidad social, se utilizó la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes (AVEs) (Brugha et al, 1985), Discriminación y Experiencias durante la Infancia (con la metodología descrita en King et al, 2006). Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico usando la aplicación SPSSv16.0 ampliado para modelos de regresión logística para identificar interacciones entre las distintas variables de adversidad social.

**Resultados:** Este trabajo mostrará cómo, además de conferir riesgo a nivel individual, existe una mayor expresión de síntomas depresivos a mayor exposición o combinación de factores de adversidad social.

**Conclusiones:** Los distintos factores de riesgo de adversidad social en sintomatología depresiva interactúan entre sí aumentando el riesgo para dicho trastorno.

#### PO-441-EP

##### PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO PARA TMG EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL. DATOS A LOS 3 AÑOS DE SU INICIO

M. Martínez, A. Vallespi, A. Ortiz y M. Acín  
*CSM Actur Sur.*

**Introducción:** Una de las recomendaciones del documento de estrategias del SNS fue la de iniciar Procesos Asistenciales Integrados (PAI) para el Trastorno Mental Grave (TMG). En Octubre de 2007 se puso en marcha en el Sector de Zaragoza I, exponiéndose en esta comunicación los datos acumulados a 1 y 2 años.

**Objetivos:** Evaluar la entrada de pacientes en el PAI, su seguimiento en el CSM, y los recursos consumidos. Describir las características sociodemográficas, clínicas y diagnósticas de los pacientes con sospecha de TMG y de los confirmados.

**Metodología:** Se ha consultado el registro propio del PAI, acumulativo de pacientes con TMG y se han extraído datos de su seguimiento a 1 y dos años.

**Resultados:** 67 pacientes fueron incluidos en el registro, de los cuales 39 cumplieron criterios TMG, de los 26 que cumplían 1 año en el PAI se mantenían 16 y de los 6 que cumplieron 2 años, se mantenía uno en seguimiento. La media de edad fue de 42 años predominaron los pacientes con más de 20 años de evolución y el diagnóstico más frecuente fue el de esquizofrenia.

**Conclusiones:** Las dificultades de seguimiento se han mostrado especialmente al principio del seguimiento. Los pacientes que se mantienen en el PAI utilizan múltiples recursos y contactan con diversos profesionales, lo que señala la elevada necesidad de atención de estos pacientes y sugiere la necesidad de proporcionar un amplio abanico de recursos para su adherencia.

#### PO-459-EP

##### UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN POBLACIÓN PENITENCIARIA

A. Muro, R.M. Dueñas, O. Sanz, R. Cunill, L.F. Peleteiro, S. Pérez, A.M. Álvarez y F. Pérez  
*UHPP. Centro Penitenciario Brians 1. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.*

**Introducción:** Diversos estudios han puesto de manifiesto la creciente utilización de psicofármacos en medio penitenciario. Entre las razones propuestas para explicar lo destacan: la creciente "psiquiatización" de las reacciones psíquicas ante acontecimientos vitales, la elevada prevalencia de sujetos con trastornos mentales en medio penitenciario, la accesibilidad a las consultas médicas en nuestro actual sistema penitenciario, la alta comorbilidad de tr. por uso de sustancias, y la proliferación de nuevas utilidades terapéuticas para fármacos de última generación en alteraciones de conducta de los internos con tr. de personalidad, como anti impulsivos o anticraving en tr. por uso de sustancias.

**Objetivos:** Evaluar el consumo de psicofármacos en internos del CP Brians 1 y si existen diferencias en función del género.

**Metodología:** Diseño: estudio descriptivo transversal del consumo de psicofármacos de la población penitenciaria internada en CP Brians 1. Sujetos: total de internos que tenían prescrito algún tipo de psicofármaco en un día dado. Material y métodos: se recogieron a día 15/04/2008 datos sociodemográficos y de prescripción de psicofármacos, procedentes de la historia clínica informatizada del sistema penitenciario. Se consideraron psicofármacos aquellos pertenecientes a las familias de antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, antiepilépticos, hipnóticos y otros psicofármacos en los que se incluyeron fundamentalmente correctores de efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos y sales de litio.

**Resultados:** El n.º de internos en la fecha de recogida de los datos fue de 1.463, de los cuales, el 80,2% fueron hombres y el 19,8% fueron mujeres. Un 35% (n = 514) de todos los internos tenía prescrito algún psicofármaco de los cuales el 70,4% (n = 369) fueron varones y el 29,6% mujeres (n = 155). El 36,1% (n = 198) utilizaban antipsicóticos; el 24,2% (n = 134) antiepilépticos; el 76% (n = 400) ansiolíticos; el 25,4% (n = 143) hipnóticos; el 50,2% (n = 270) antidepresivos y el 9% (n = 47) utilizan otros psicofármacos. No se observan diferencias significativas entre el porcentaje de pacientes que utilizan antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos y otros psicofármacos en función del sexo. Se observaron diferencias significativas en la proporción de mujeres (41,9% del total de mujeres que utilizan algún psicofármaco) que utilizaron antiepilépticos respecto a los hombres (16,8%) ( $\chi^2 = 37,549$  gl = 1,  $p < 0,0001$ ), así como en el uso de antidepresivos (mujeres 65,2% frente al 43,9% de los varones) ( $\chi^2 = 19,732$  gl = 1;  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** Existe una elevada utilización de psicofármacos en la población penitenciaria y especialmente en la población femenina. Destaca la alta frecuencia de polipsicofarmacoterapia.



## PO-467-EP

**COMPARATIVA DE ESTANCIA MEDIA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS ENTRE INMIGRANTES Y ESPAÑOLES**

F.J. González, A. Zafra, A. Domingo Hidalgo, L. Donaire, M.T. Pérez, L.M. García, B. Manzano, C. González, L. Fernández-Clemente y J. León  
*Hospital Provincial Virgen de la Misericordia.*

**Introducción:** Las condiciones sociodemográficas en España han variado sustancialmente en los últimos 15 años debido al aumento de la inmigración. El idioma, la variedad y patoplastia de la psicopatología, según la nacionalidad sería factores a estudio en torno a la atención del inmigrante. La estancia media por causa psiquiátrica se modifica en función de factores culturales, de idioma y psicopatológicos asociados al inmigrante.

**Objetivos:** Nos planteamos calcular la estancia en pacientes hospitalizados en unidad de agudos de psiquiatría comparándola en dos grupos de pacientes de nacionalidad extranjera y española.

**Metodología:** Analizamos la estancia media dividiendo en dos grupos a los pacientes ingresados, a lo largo de 6 meses en la unidad de agudos de psiquiatría, según sean de nacionalidad española o extranjera para comparar dichas estancias medias.

**Resultados:** La estancia media hospitalaria aumente significativamente en los pacientes de origen extranjero.

**Conclusiones:** Conscientes de las limitaciones del estudio, planteamos este estudio descriptivo para analizar de qué manera incide la nacionalidad en indicadores hospitalarios. Con los resultados obtenidos podríamos hipotetizar que dicha estancia media se reduciría si disminuyeran los problemas de idioma y variables socioculturales. El número de mediadores socioculturales en nuestro país es todavía reducido y limitado a comunidades mayoritarias como la marroquí. Un aumento en mediadores socioculturales y su accesibilidad serían provechosos para reducir la estancia media de pacientes extranjeros.

## PO-479-EP

**ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS INFANTILES Y PSICOSIS EN EL ADULTO: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO**

M.A. Harto, A. Castillo, C. Almonacid, A. Tatay, M. Lloret, P. Cervera y R. Calabuig  
*Hospital Universitario Doctor Peset.*

**Introducción:** Existe un interés creciente en relacionar los trastornos mentales más severos con los antecedentes traumáticos infantiles ya que se ha observado una elevada prevalencia de dichos acontecimientos a la hora de realizar la historia clínica de los pacientes con enfermedad mental.

**Objetivos:** Medir la prevalencia de antecedentes traumáticos infantiles en una muestra de pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico.

**Metodología:** Estudio retrospectivo descriptivo. La muestra está compuesta por 50 pacientes ingresados en nuestra unidad de hospitalización psiquiátrica. Se agruparon en distintas categorías según diagnósticos clínicos y variables sociodemográficas. La información se obtuvo mediante entrevista clínica a los pacientes previo al alta hospitalaria, basándonos en la Escala de Trauma Infanto Juvenil de Marshall, tratando de detectar la presencia o ausencia del recuerdo real o imaginario de varios acontecimientos traumáticos acontecidos en la infancia o adolescencia.

**Resultados:** El 52% de la muestra tenía un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Un 64% de los pacientes refirió antecedentes de consumo de sustancias tóxicas en el ambiente familiar. El 20% de la muestra reportó haber sufrido algún tipo de abuso sexual en el ámbito familiar, y hasta un 44% de ellos por parte de no familiar. El 22% de los pacientes refirió haber sufrido algún tipo de maltrato físico por parte de sus padres, y más de un 70% manifestó el haber sufrido algún tipo de acontecimiento traumático en el entorno escolar.

**Conclusiones:** Existe un gran número de antecedentes traumáticos ocurridos en la infancia en nuestra muestra de pacientes. No obstante, llegar a la conclusión de que dichos acontecimientos traumáticos pudieran llegar a producir trastornos psiquiátricos graves es bastante controvertido. Es necesario establecer una serie de conceptos y metodología estandarizada así como realizar más estudios para poder llegar a relacionar el trauma infantil y los trastornos psicóticos.

## PO-504-EP

**ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN LA PROVINCIA DE ALICANTE**

F.M. Fenollar Iváñez, V. Redondo Redondo, A.B. Martí Martínez, J.V. Baeza Alemañ, M.A. Oliveras Valenzuela, J.L. Villar Malpica y M. Picó Carbonell  
*Hospital General de Elche.*

**Introducción:** Otros autores: Francisco Miguel Fenollar Iváñez, Virginia Redondo Redondo El presente estudio surge del interés por la terapia electro-convulsiva (TEC), empleada con frecuencia en el pasado, en declive tras aparición de los psicofármacos, y de nuevo en auge.

**Objetivos:** Nuestro objetivo principal es describir los usos actuales de esta técnica y respuesta terapéutica en los trastornos mentales.

**Metodología:** Realizamos un estudio observacional retrospectivo de 160 pacientes que han recibido TEC en los últimos 4 años en la provincia de Alicante. Las variables planteadas: datos del paciente (edad, sexo, diagnóstico principal, patología orgánica comórbida, indicaciones y contraindicaciones, y tratamientos previos y/o concomitantes) y datos de la técnica (número y frecuencia de sesiones, tipo de administración, efectos secundarios, eficacia y uso a largo plazo).

**Resultados:** La población estudiada presenta una mayoría de varones (67%) y una media de edad de 50,8 años  $\pm$  16,72 desviaciones estándar. Las indicaciones de prescripción de TEC más frecuentes son ineficacia del tratamiento (81,25%), eficacia previa de TEC (40%) y por gravedad clínica (11%). Predomina su uso en la depresión (38,7%), la esquizofrenia (25,7%) y el y trastorno bipolar (12,7%). Sólo se mostraron efectos secundarios en un 12,3% (grado leve). La respuesta a la técnica fue: 62,3% de eficacia total, 23,4% de forma parcial y el resto, eficacia nula.

**Conclusiones:** Los resultados de la técnica en gran medida fueron satisfactorios; estos datos añadidos a su reconocida eficacia y su baja morbi-mortalidad en la literatura, abogan por un mayor uso de la misma evidenciado a través de este estudio.

## PO-516-EP

**TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO PRESCRITO AL ALTA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN LA UHSM DE LA UGCSM DEL HU SAN CECILIO DE GRANADA EN EL TRIENIO 2007-2009**

A. Soler, J.L. Escobar, M.I. Navarrete y A. Busaile  
*Hospital Universitario San Cecilio.*

**Introducción:** La esquizofrenia es uno de los diagnósticos más frecuentes que se da al alta hospitalaria en pacientes que ingresan en UHSM-HUSC, siendo susceptibles de realizar tratamiento al alta con antipsicóticos generalmente atípicos.

**Objetivos:** Analizar la prescripción al alta hospitalaria de fármacos antipsicóticos en los pacientes afectados de esquizofrenia tras haber sido dados de alta de un ingreso en la UHSM-HUSC de Granada durante el trienio 2007-2009.

**Metodología:** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los tratamientos antipsicóticos prescritos. Las distintas alternativas de tratamiento analizadas son: fármaco antipsicótico típico oral, antipsicótico atípico oral, antipsicótico inyectable depot y clozapina.

na. Utilizamos como muestra todos los ingresos de pacientes que cumplen criterios de esquizofrenia (F20) según la CIE-10 que han tenido lugar en el trienio 2007-2009 en la UHSM-HUSC de Granada. Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico usando la aplicación SPSS v.16.0.

**Resultados:** Los fármacos prescritos con más frecuencia son los antipsicóticos atípicos orales. Hay un empleo menor de antipsicóticos inyectables depot tanto de forma concomitante a medicación oral como de forma aislada. Los fármacos menos empleados son la clozapina y restantes antipsicóticos típicos orales.

**Conclusiones:** En la Unidad de Hospitalización de Salud Mental de la Unidad de Gestión Clínica de Salud mental del HUSC de Granada se prescribió como tratamiento antipsicótico al alta hospitalaria en los pacientes diagnosticados de Esquizofrenia durante los años 2006, 2007 y 2008 principalmente medicación antipsicótica oral frente a la inyectable, siendo los fármacos orales más utilizados los atípicos, frente a clozapina y demás fármacos típicos.

#### PO-517-EP

##### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA DEMANDA DEL SERVICIO DE PSICOSOMÁTICA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

I. Álvarez Marrodán, A. Escudero, P. Enríquez, M. López Acosta, H. Andrés Bergareche, A. Sánchez Bernal, J.L. Día Sahún y T. Ventura

*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción:** Trabajo realizado en la Unidad de Psicosomática del Hospital Miguel Servet de Zaragoza (HUMS), durante un período de 6 meses. El HUMS consta de 1.345 camas. Nuestra unidad cuenta con dos adjuntos psiquiátricos y una psicóloga clínica.

**Objetivos:** Análisis descriptivo de los pacientes remitidos a nuestra unidad por servicio derivante, motivo derivación y diagnóstico.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de una muestra de 522 pacientes, 277 hombres y 245 mujeres, sobre los que se realizó interconsulta al Servicio de Psicosomática en el HUMS durante un período de 6 meses. El análisis estadístico se ha realizado mediante SPSS.

**Resultados:** Muestra de 522 pacientes con una edad media de 60,61 años. El 39% de los motivos de consulta eran por síntomas depresivos, el 21,8% solicitaban ajustes del tratamiento psicofarmacológico y el 17% por agitación. En los diagnósticos psiquiátricos, el 36% eran diagnosticados de trastorno adaptativo, el 18% de delirium, el 13% de trastorno depresivo, y en el 3,8% no se encontró patología psiquiátrica. Un 57% de los pacientes derivados por síntomas depresivos fueron diagnosticados de trastorno adaptativo, un 20% de trastorno depresivo y un 8,7% de delirium. Respecto a la procedencia de interconsulta, observamos que el 19,3% proceden del servicio de Medicina Interna, el 8,8% de Cirugía General y el 8,8% de Traumatología.

**Conclusiones:** Estadísticamente, observamos que el motivo más frecuente de derivación son los síntomas depresivos y el diagnóstico psiquiátrico más frecuente es el de trastorno adaptativo. Nos parece relevante que, de los pacientes derivados por síntomas depresivos, un 8% fueron diagnosticados de delirium y sólo el 20% fueron diagnosticados de trastorno depresivo.

#### PO-519-EP

##### ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y OBESIDAD EN UNA MUESTRA REPRESENTATIVA DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

J. Basterra, F.J. Basterra y V. Basterra  
*CSM Ermitagaña.*

**Introducción:** Diversos estudios confirman la asociación bidireccional entre depresión y obesidad. La obesidad aumenta el riesgo de

desarrollar depresión y la depresión también predispone para el desarrollo de obesidad.

**Objetivos:** Evaluar la coexistencia de obesidad y depresión en una muestra representativa de la población española.

**Metodología:** Se seleccionaron datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2006 (n = 29.478) que es una muestra representativa de la población adulta española. Los participantes se clasificaron como obesos si presentaban un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> y como pacientes con un trastorno del espectro depresivo si referían haber sido diagnosticados por un médico de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales y si además habían tomado medicación en los 12 últimos meses. Se utilizó el test de ji-cuadrado y una regresión logística multivariable ajustada por edad y sexo. Se calcularon intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** El 13,7% de la población presentaba obesidad y el 9,4% tenía depresión. Ambas patologías estaban presentes en el 1,9% de la población, lo que es superior a lo esperable (p < 0,001). Al estratificar por sexo la prevalencia de depresión en las mujeres era del 13,3% y en hombres del 5,4% (p < 0,001). La prevalencia de obesidad fue del 13,2% y 14,3% respectivamente (p = 0,005). El 2,80% de las mujeres y el 1,03% de los varones presentaban ambas patologías, siendo en ambos casos superior a lo esperable (p < 0,001 para ambos sexos). Tras ajustar por edad y sexo los individuos con depresión tenían una OR de obesidad de 1,54 (IC95%: 1,40 a 1,70).

**Conclusiones:** La depresión y la obesidad son enfermedades asociadas en la población española. No es posible establecer la secuencia temporal dado el diseño transversal de este estudio.

#### PO-523-EP

##### TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO PRESCRITO AL ALTA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO PSICÓTICO DISTINTO DE ESQUIZOFRENIA EN LA UHSM DE LA UGCSM DEL HU SAN CECILIO DE GRANADA EN EL TRIENIO 2007-2009

E. Fernández, L. Guayarmina Valdearenas, J.L. Escobar y J.L. Ballesteros

*Hospital Universitario San Cecilio.*

**Introducción:** El grupo de enfermedades comprendido por trastornos psicóticos distintos a la esquizofrenia (F21-29) es uno de los grupos de mayor prevalencia al alta hospitalaria en UHSM-HUSC. Estos pacientes son susceptibles de ser tratados al alta con antipsicóticos generalmente atípicos.

**Objetivos:** Analizar la prescripción ambulatoria de fármacos antipsicóticos en los pacientes con trastornos psicóticos distintos de esquizofrenia tras haber sido dados de alta de un ingreso en la UHSM del H.U. San Cecilio de Granada durante el trienio 2007-2009.

**Metodología:** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los tratamientos antipsicóticos prescritos. Las distintas alternativas de tratamiento analizadas son: fármaco antipsicótico típico oral, antipsicótico atípico oral, antipsicótico inyectable depot y clozapina. Utilizamos como muestra todos los ingresos de pacientes que cumplen criterios de Trastorno Psicótico distinto a esquizofrenia (F21-29) según la CIE-10 que han tenido lugar en el trienio 2007-2009 la UHSM del H.U. San Cecilio de Granada. Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico usando la aplicación SPSS v.16.0.

**Resultados:** Los fármacos prescritos con más frecuencia son los antipsicóticos atípicos orales. Hay un empleo menor de antipsicóticos inyectables depot frente a la medicación oral. Los fármacos menos empleados son la clozapina y restantes antipsicóticos típicos orales.

**Conclusiones:** En la Unidad de Hospitalización de Salud Mental de la Unidad de Gestión Clínica de Salud mental del H.U. S. Cecilio de Granada se prescribió como tratamiento antipsicótico al alta hospitalaria en los pacientes diagnosticados de Trastornos Psicóticos distintos a esquizofrenia durante los años 2006, 2007 y 2008 principal-

mente medicación antipsicótica oral frente a la inyectable, siendo los fármacos orales más utilizados los atípicos, frente a clozapina y demás fármacos típicos.

### PO-538-EP

#### EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN LOS INGRESOS DE PSIQUIATRÍA

R. Álvarez García, J. López Castromán, M. Paz Yepes, H. Blasco Foncetilla, M. Pérez Fominaya y E. Baca García  
*Fundación Jiménez Díaz.*

**Introducción:** En los últimos años, ha cobrado importancia el estudio de la salud física en los pacientes psiquiátricos. Estudios recientes señalan que más del 50% de los pacientes con trastorno mental grave presentan comorbilidad somática. Varios factores pueden explicar una mayor prevalencia de enfermedad física en estos pacientes: consecuencias físicas del propio trastorno psiquiátrico, efectos secundarios de los fármacos, el estilo de vida asociado en pacientes con trastorno mental grave y las dificultades de acceso al sistema de salud. Además, la repercusión sobre la evolución del trastorno mental puede ser significativa, e incrementar el estigma asociado a la patología mental. El Consenso Español de Salud Física (2008) detalla la monitorización y las intervenciones recomendadas en pacientes con trastorno mental grave. Sin embargo no se indican los costes y la eficiencia de la realización de pruebas diagnósticas.

**Objetivos:** Nuestro objetivo es determinar la eficiencia en términos de coste-efectividad de un protocolo de pruebas diagnósticas realizadas en el momento del ingreso en una Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría. Secundariamente realizaremos una estimación de la prevalencia de alteraciones analíticas en la muestra.

**Metodología:** Disponemos de una muestra de 1278 pacientes hospitalizados de forma consecutiva en la Unidad de Hospitalización entre 2007 y 2009. Todos los pacientes dispuestos a colaborar y tras la firma de un consentimiento informado, han participado en un protocolo clínico que incluye la determinación del hemograma, sistemático de orina, glucosa, creatinina, BR total, ácido úrico, proteínas totales, calcio, GGT, GPT, GOT, fosfatasa alcalina, LDH, sodio, BUN, colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, VSG, ácido fólico, vitamina B12, cobre, prolactina, T4 y T3, TSH, potasio, serologías de VIH, VHA, VHB y sífilis. Todas estas determinaciones se realizan de forma rutinaria, independientemente de los diagnósticos o conductas de riesgo. Utilizamos dos medidas de coste-efectividad para cada prueba: el número de pacientes que es necesario estudiar para encontrar una alteración analítica (NNSAR) y el coste directo necesario para encontrar una alteración analítica (DCSAR) expresado en dólares internacionales.

**Resultados:** Las tasas de valores fuera del rango normal varían de un 90,88% en el caso del hemograma, a un 3,47% en el caso del RPR. El número de sujetos a los que se necesita realizar la prueba (NNSAR), para encontrar un resultado anormal fue baja en ácido fólico (1,17) y muy elevada en calcio (61,46). Además, el coste para encontrar un resultado positivo puede variar desde 10,8 dólares en el caso del hemograma a 1144,03 en el caso del TPHA. El porcentaje de resultados anómalos llega a alcanzar un 30% en el caso del colesterol y un 15% en el caso de infecciones como VIH y VHB.

**Conclusiones:** Tanto la prevalencia de resultados anormales, como los costes necesarios para obtenerlos, difieren significativamente entre las distintas pruebas de laboratorio. Las altas tasas de trastornos somáticos y factores de riesgo en pacientes psiquiátricos anteriormente descritos, se confirman en algunas patologías de nuestro estudio. Sin embargo en la actualidad no se incluye de forma rutinaria la detección de estas pruebas de laboratorio en los protocolos de valoración de los pacientes en el momento de su ingreso en la unidad de psiquiatría.

### PO-598-EP

#### PERFIL DE PACIENTE QUE INGRESA EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA

M. Prat Galbany, J. Pérez Pazos, E. Ros Cucurull, L. Prats Torres y M. Quesada Franco  
*Hospital Universitario Vall d'Hebron.*

**Introducción:** Las unidades de estancia corta (UEC) son una alternativa intermedia entre unidades de observación y unidades de agudos.

**Objetivos:** Se estudian las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que han requerido ingreso en la UEC de un hospital de tercer nivel.

**Metodología:** Se describe una muestra de 350 pacientes que han sido hospitalizados entre marzo de 2008 y marzo de 2010, analizando los datos mediante *spps*.

**Resultados:** El 54% eran mujeres y la edad media 44 años. La media de estancia 7'2 días. Los principales motivos de ingreso fueron, sintomatología psicótica con un 28% y tentativa autolítica con un 21%. En un 43% el diagnóstico al alta fue trastorno psicótico, en un 19% trastorno afectivo y en un 18% trastorno adaptativo. El 40% se derivó a recursos ambulatorios (el 30% de los cuales con trastorno adaptativo) y un 36% a unidad de agudos (principalmente trastornos psicóticos). Analizando los resultados en función del sexo se observa que, en mujeres el motivo principal de ingreso era tentativa autolítica con un 22,5%, a diferencia de los hombres que ingresaban sobre todo por descompensación psicótica. El diagnóstico al alta también variaba, siendo 35% trastornos psicóticos, 22,5% trastorno adaptativo y 21,5% otros trastornos afectivos.

**Conclusiones:** La UEC es una alternativa eficaz para pacientes que precisan ingreso de contención, ayudando al drenaje en urgencias. Las mujeres ingresan principalmente tras tentativa autolítica, siendo frecuentemente diagnosticadas de trastorno adaptativo y derivadas a recursos ambulatorios. El varón principalmente ingresa por descompensación psicótica, siendo necesario derivación a unidad de agudos.

### PO-609-EP

#### ESTUDIO CRESSOB: CONTROL DEL RIESGO METABÓLICO Y CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y SOBREPESO

J.R. Azanza, L. Rojo, M. Bernardo, L. Gutiérrez, N. Lwoff, I. Fernández-Arias y F. Mesa  
*Departamento de Farmacología. Clínica Universitaria de Navarra.*

**Introducción:** Durante los últimos años se han publicado diversos artículos de consenso que proponen monitorizar y promocionar la salud física de los pacientes con enfermedad mental grave. En el año 2006 varias Sociedades Médicas Españolas (Psiquiatría, Endocrinología y Nutrición, Diabetes y Estudio de la Obesidad) propusieron unas recomendaciones para valorar y controlar el riesgo metabólico y cardiovascular en pacientes con esquizofrenia.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la evolución en 12 meses de los factores de riesgo metabólico y cardiovascular modificables (FRMC) en una cohorte de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y sobrepeso, en los que se aplicaron las recomendaciones propuestas por estas Sociedades.

**Metodología:** Los pacientes incluidos en el estudio realizaron 4 visitas (Basal, Mes 3, 6 y 12) donde se les realizó una exploración física completa, una analítica (glucosa, colesterol y triglicéridos) y se les preguntó sobre sus hábitos de salud (tabaco, dieta y ejercicio físico).

**Resultados:** Se incluyeron 425 pacientes, 63% hombres, edad media 40,5 (10,5) años. 345 completaron el estudio. A los 12 meses se observaron mejorías estadísticamente significativas en el peso ( $p < 0,0001$ ), perímetro de cintura ( $p < 0,0001$ ), IMC ( $p < 0,0001$ ), gluco-

sa ( $p = 0,0034$ ), colesterol total ( $p < 0,0001$ ), colesterol-HDL ( $p = 0,0200$ ), colesterol-LDL ( $p = 0,0023$ ) y triglicéridos ( $p = 0,0005$ ). El porcentaje de fumadores se redujo ( $p = 0,0057$ ). También se observó una reducción del riesgo de enfermedad coronaria a 10 años ( $p = 0,0353$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con esquizofrenia y sobrepeso, que reciben los apropiados cuidados médicos, incluidos la monitorización de los FRMC y el control de sus hábitos de salud, experimentan mejorías en la mayoría de los FRMC.

## PO-621-EP

### PERSONALIDAD EN CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA: ANÁLISIS MEDIANTE EL IPDE

B. Oda Plasencia, P. Aguilar, V. Alcalá, E. García, P. Vaquero y M. Camacho

*Hospital Universitario Virgen Macarena.*

**Introducción:** En los pacientes con obesidad mórbida que solicitan cirugía bariátrica (CB), se registra una mayor tasa de trastornos del eje II. Los más frecuentes son: histriónico, límite, ansioso y pasivo-agresivo.

**Objetivos:** Análisis y evaluación de trastorno de personalidad (TP) en sujetos candidatos a CB y estudio comparativo de diferencias por género.

**Metodología:** Estudiamos 150 sujetos que solicitaron CB en el Área Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. Se ha estudiado el Índice de Masa Corporal (IMC) según la OMS, y las variables sociodemográficas sexo, estado civil y escolaridad. Para el análisis de la personalidad se ha utilizado el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE, módulo CIE-10).

**Resultados:** La distribución por género fue 35,3% de hombres y 74,7% de mujeres. No se han hallado diferencias significativas por sexo en las variables sociodemográficas e IMC. Los TP más frecuentes en hombres son ansioso, anancástico y esquizoide. En las mujeres, ansioso, esquizoide y anancástico. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para el trastorno paranoide (78,4% en mujeres y 21,6% en hombres) y ansioso (74,4% mujeres y 25,6% en hombres).

**Conclusiones:** 1º) La proporción de los candidatos a CB es doble para mujeres respecto a hombres (1H/2,1M). 2º) No existen diferencias en función del IMC, incluyéndose la casi totalidad de la muestra en obesidad tipo III. 3º) Sólo se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los trastornos paranoides y ansioso, más frecuente en mujeres.

## PO-629-EP

### RASGOS PSICOLÓGICOS POR GÉNERO EN CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA: ESTUDIO MEDIANTE EDI Y GARDNER

P. Vaquero, E. García, V. Alcalá, P. Aguilar, B. Oda Plasencia y M. Camacho

*Hospital Universitario Virgen Macarena.*

**Introducción:** En la obesidad mórbida (OM) influyen factores psicológicos y biológicos, requiriendo un abordaje multidisciplinar que incluya la valoración de los mismos. Entre los hallazgos más constantes en obesos se encuentran: elevada frecuencia de conductas bulímicas e insatisfacción corporal.

**Objetivos:** Estudio comparativo de las diferencias por género de los rasgos psicológicos y comportamentales comunes a pacientes con OM, candidatos a Cirugía Bariátrica (CB).

**Metodología:** Se estudian 68 pacientes con obesidad mórbida candidatos a CB del Área Hospitalaria Virgen Macarena de Sevilla. Se utilizaron como instrumentos el Inventario de trastornos de la Alimentación (EDI) y la escala Gardner de valoración de la imagen corporal. Se realiza un análisis comparativo por género de las variables

sociodemográficas, del Índice de Masa Corporal (IMC), y de los datos obtenidos en las escalas utilizadas.

**Resultados:** La distribución fue 33,8% hombres y 66,2% mujeres. Se han hallado puntuaciones significativamente superiores en mujeres en la puntuación total del EDI, y las subescalas búsqueda de delgadez, ineficacia, conciencia interoceptiva y miedo a madurar. En el Gardner se obtienen unas puntuaciones significativamente superiores en las mujeres en imagen percibida negativamente, imagen ideal, índice de insatisfacción y distorsión de la imagen corporal.

**Conclusiones:** 1. La proporción de candidatos a CB es doble en mujeres (1H/1,96M). 2. Mayor búsqueda de delgadez, sentimientos de insuficiencia, miedo a madurar y menor conciencia interoceptiva en mujeres. 3. Las mujeres con OM candidatas a CB tienen una peor imagen percibida, mayor insatisfacción y distorsión de la misma, y una imagen ideal de mayor delgadez.

## PO-652-EP

### PACIENTES CON PRIMER EPISODIO PSICÓTICO (PEP) INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA (UHP): VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

L. Pérez Ramírez, T. Ferrero Álvarez, B. Menéndez Sánchez, M. González Santos, J. Bajo Lema, S. Bermúdez Miguez y D. Miguel Arias

*Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**Introducción:** Los estudios realizados sobre PEP señalan la presencia de ciertas características sociodemográficas como factores de riesgo. Es importante estudiar dichas características ya que describen nuestra población diana; aspecto relevante para la detección e intervención precoz.

**Objetivos:** Estudiar las variables sociodemográficas de mayor interés en una muestra de pacientes pertenecientes al área de La Coruña ingresados por un PEP.

**Metodología:** Se estudian pacientes ingresados en UHP a lo largo de los últimos 6 meses con un PEP menor de un año de evolución ( $n = 17$ ). La información se recoge mediante cuestionario con variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas. Los datos se analizan mediante el programa SPSS 17.0.

**Resultados:** La mayoría de nuestros pacientes son varones (76,5%), solteros (76,5%) y con una edad media de 28 años. Destaca el elevado porcentaje de extranjeros en nuestra área (17,7%) Conviven con su familia de origen el 58,8%, mientras que viven solos o con amigos el 23,6%. La totalidad de nuestra muestra tiene estudios básicos y la mitad ha finalizado los secundarios. El 42,1% se encuentra en actividad laboral, perteneciendo el 82,4% a un nivel socioeconómico y ninguno pertenece a un grupo social alto.

**Conclusiones:** El perfil sociodemográfico de nuestra muestra de PEP corresponde a un varón de 28 años, soltero, de nacionalidad española, que vive con su familia de origen en medio urbano, con estudios básicos, nivel socioeconómico medio y en situación laboral activa.

## PO-660-EP

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PRESCRITO AL ALTA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO LEVE O MODERADO/GRAVE CON O SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN LA UHSM DE LA UGCSM DEL HU SAN CECILIO DE GRANADA EN EL TRIENIO 2007-2009

A. Busaileh, A. Soler, J.L. Escobar y L. Guayarmina Valdearenas  
*HCU San Cecilio.*

**Introducción:** El trastorno bipolar es uno de los diagnósticos más prevalentes al ingreso hospitalario de los pacientes en el UHSM-HUSC. Actualmente es escaso el conocimiento de la fisiopatología de esta enfermedad. Por tanto, en los últimos años se ha producido un

avance en las distintas terapias farmacológicas utilizadas para este trastorno, siendo variable la evidencia actual disponible.

**Objetivos:** Analizar la prescripción al alta hospitalaria de litio, antiepilépticos (ácido valproico, lamotrigina, etc.), antidepresivos, fármacos antipsicóticos atípicos (aripiprazol, olanzapina, quetiapina, etc.) y antipsicóticos típicos en los pacientes afectados de Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado/grave con o sin síntomas psicóticos tras haber sido dados de alta de un ingreso en la UHSM-HUSC de Granada durante el trienio 2007-2009.

**Metodología:** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los tratamientos prescritos. Las distintas alternativas de tratamiento analizadas son: fármaco antipsicótico atípico, fármaco antipsicótico típico, litio, antidepresivos y anticonvulsivantes (ácido valproico, lamotrigina, etc.) en monoterapia o combinados. Utilizamos como muestra todos los ingresos de pacientes que cumplen criterios de Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado/grave con o sin síntomas psicóticos (F.31.3/F.31.4/F.31.5) según la CIE-10 que han tenido lugar en el trienio 2007-2009 en la UHSM-HUSC de Granada. Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico usando la aplicación SPSS v.16.0.

**Resultados:** Los fármacos prescritos con más frecuencia son el litio en monoterapia o asociado a antipsicóticos atípicos o antidepresivos siendo la tendencia al alza en el uso de otros anticonvulsivantes tipo lamotrigina en monoterapia o en combinación. Los fármacos menos empleados son el ácido valproico y los antipsicóticos atípicos en monoterapia.

**Conclusiones:** En la Unidad de Hospitalización de Salud Mental de la Unidad de Gestión Clínica de Salud mental del HUSC de Granada se prescribió como tratamiento al alta hospitalaria en los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado/grave con/sin síntomas psicóticos durante los años 2006, 2007 y 2008 principalmente litio en monoterapia o asociado a antipsicóticos atípicos siendo la tendencia al alza en el uso de otros anticonvulsivantes tipo lamotrigina en monoterapia o en combinación. El uso de ácido valproico, antipsicóticos atípicos en monoterapia y antipsicóticos típicos fue más limitado.

#### PO-664-EP

##### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PRESCRITO AL ALTA HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL MANÍACO CON/SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN LA UHSM DE LA UGCSM DEL HU SAN CECILIO DE GRANADA EN EL TRIENIO 2007-2009

M.I. Navarrete, J.L. Ballesteros, L. Guayrmina Valdearenas y E. Fernández  
HCU San Cecilio.

**Introducción:** El trastorno bipolar es uno de los diagnósticos más prevalentes al ingreso hospitalario de los pacientes en el UHSM-HUSC. Actualmente es escaso el conocimiento de la patofisiología de esta enfermedad. Por tanto, en los últimos años se ha producido un avance en las distintas terapias farmacológicas utilizadas para este trastorno, siendo variable la evidencia actual disponible.

**Objetivos:** Analizar la prescripción al alta hospitalaria de litio, antiepilépticos (ácido valproico, etc.), fármacos antipsicóticos atípicos (aripiprazol, olanzapina, quetiapina, etc.) y antipsicóticos típicos en los pacientes afectados de Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con/ sin síntomas psicóticos tras haber sido dados de alta de un ingreso en la UHSM-HUSC de Granada durante el trienio 2007-2009.

**Metodología:** Método: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los tratamientos prescritos. Las distintas alternativas de tratamiento analizadas son: fármaco antipsicótico atípico, fármaco antipsicótico típico, litio y anticonvulsivantes (ácido valproico, etc.) en monoterapia o combinados. Utilizamos como muestra

todos los ingresos de pacientes que cumplen criterios de Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con/sin síntomas psicóticos (F.31.1/F.31.2) según la CIE-10 que han tenido lugar en el trienio 2007-2009 en la UHSM-HUSC de Granada. Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis estadístico usando la aplicación SPSS v.16.0.

**Resultados:** Los fármacos prescritos con más frecuencia son el litio en monoterapia o asociado a antipsicóticos atípicos siendo la tendencia al alza en el uso del ácido valproico en monoterapia o de forma concomitante a antipsicóticos atípicos. Los fármacos menos empleados son el ácido valproico y los antipsicóticos atípicos en monoterapia.

**Conclusiones:** En la Unidad de Hospitalización de Salud Mental de la Unidad de Gestión Clínica de Salud mental del HUSC de Granada se prescribió como tratamiento al alta hospitalaria en los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar, episodio actual maníaco con/ sin síntomas psicóticos durante los años 2006, 2007 y 2008 principalmente litio o ácido valproico asociados a antipsicóticos atípicos siendo la tendencia al alza en el uso de ácido valproico asociado a antipsicóticos atípicos. El uso de antipsicóticos típicos fue más limitado.

#### PO-709-EP

##### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA GERIÁTRICA DEL HOSPITAL DE VILLARROBLEDO 2009-2010

A. Guerrero Morcillo, S. García Molina, P. Martínez Mollá y B. Navarro Morote  
Hospital General de Villarrobledo.

**Introducción:** El envejecimiento de la población y el aumento de patología psiquiátrica deben ser estudiados y tratados conjuntamente.

**Objetivos:** Describir la proporción de pacientes psicogerítricos en el área de salud de Villarrobledo y la proporción de cada una de las patologías.

**Metodología:** Estudio descriptivo desde septiembre'09 a junio'10 de la consulta monográfica de Psiquiatría Geriátrica del Hospital Villarrobledo donde se captan 178 pacientes.

**Resultados:** Las patologías más prevalentes son por este orden los trastornos adaptativos (28%), T. estado ánimo (22%), T. ansiedad (19%), Demencias (15%), T. psicóticos (12%), T. personalidad (2%) y otros (2%).

**Conclusiones:** Las patologías se correlacionan proporcionalmente con las de edad adulta salvo por la inclusión de las demencias.

#### PO-710-EP

##### ¿POR QUÉ LOS HOMBRES CON TRASTORNO BIPOLAR NO CUMPLEN CON EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO? UN ESTUDIO DEL CIBERSAM

P. Vega, M. Fernández, S. Ruiz de Azua, C. Valcárcel, L. Celaya, E. López de Arbina y A.M. González-Pinto  
Hospital Santiago Apóstol.

**Introducción:** Uno de los intereses la investigación del trastorno bipolar en los últimos años es la adherencia al tratamiento farmacológico ya que es uno de los factores relacionados con la mejor evolución del trastorno que puede modificarse. El cumplimiento terapéutico en el tratamiento del trastorno bipolar es necesario para prevenir recaídas, está relacionado con la falta de repuesta del tratamiento, con mayor número de ingresos y suicidios. Se estima que el incumplimiento del tratamiento farmacológico en trastorno bipolar es entre el 12 y 64%, en los estudios con años de seguimiento las tasas se incrementan. Numerosos estudios identifican algunos factores asociados con el incumplimiento farmacológico incluidos la

edad, el sexo masculino, menor nivel educativo, ser soltero y abuso comórbido de alcohol y drogas.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir la adherencia en el trastorno bipolar relacionado con el género y otros factores.

**Metodología:** El estudio se llevó a cabo en el Hospital Santiago Apóstol de Vitoria. Éste es el único hospital de la provincia de Álava con servicio de agudos de psiquiatría, es representativo de la población de esta provincia ya que atiende a una población de 300.000 personas. Inicialmente 78 pacientes fueron tratados con litio como único fármaco estabilizador de ánimo, 72 fueron seguidos durante más de 5 años. De la muestra 71 fueron seguidos desde 1994 hasta 2004, uno falleció por suicidio. Los pacientes del estudio empezaron con monoterapia de litio y podían recibir otro tratamiento adjunto (bajas dosis de antipsicóticos y alguna vez antidepressivos. Todos los sujetos del estudio tenían visitas en menos de 8 semanas. La adherencia se estimó adecuada cuando en más del 90% de los análisis bimensuales el suero del litio seguía siendo 0,50 mEq/L los que no cumplían estos criterios se consideraban con adherencia inadecuada.

**Resultados:** De la muestra de 72 pacientes durante el seguimiento 16/72 (22,2%) fueron considerados malos adherentes al tratamiento de litio. En los resultados las mujeres fueron más adherentes al tratamiento que las mujeres. 60,61% de los hombres tuvieron buena adherencia frente al 39,39% que tuvieron mala adherencia. De las mujeres un 93,3% adherentes vs 7,69% de mala adherencia. Los hombres tuvieron mayor abuso de sustancias y más frecuente, siendo este consumo mayor en los que tenían mala adherencia frente a los que tenían buena adherencia. Además el estado civil estuvo relacionado sólo en el grupo de mujeres. En lo que refiere a los episodios del trastorno los hombres no adherentes tuvieron significativamente más episodios. Este efecto no apareció en las mujeres. De nuevo en el grupo de mujeres no hubo diferencia en el número de hospitalizaciones con referencia a la adherencia pero si había mayor número de intento de suicidios.

**Conclusiones:** Hay diferencias importantes en la adherencia en relación al género del paciente. El primer resultado es que las mujeres son mejores cumplidoras del tratamiento que los hombres. Hay factores relacionados como el consumo de sustancias en los hombres que se relaciona con la peor adherencia, además los no adherentes tenían mayor número de episodios hipomaniacos, maniacos y mixtos. Sobre el estado marital muchos estudios relacionan estar casado con la mejor adherencia pero nosotros sólo encontramos esta relación en las mujeres. La relación entre intentos de suicidio y adherencia sólo es significativa en mujeres. La conclusión más importante de este estudio es que los hombres que no cumplían el tratamiento tenían mayores recaídas y hospitalizaciones relacionadas con el no cumplimiento sobre todo de fases maniacas.

PO-723-EP

### USO DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID EN EL PERÍODO 2008-2009

D. Ballesteros Sanz, E.J. Verdura Vizcaino, G. Muñoz Pino, J.J. Nava Mateos, M.J. Ramírez Muñoz, G. Rubio Valladolid y M. Sanz-Fuentenebro  
*Hospital Universitario 12 de Octubre.*

**Introducción:** Más de medio siglo después de su introducción, la Terapia Electroconvulsiva (TEC) sigue siendo uno de los principales tratamientos disponibles en Psiquiatría para las enfermedades mentales graves. La técnica de la TEC no obstante, ha evolucionado notablemente desde su inicio. La práctica en nuestro Servicio tiene como referente un protocolo básico realizado en 1991 y actualizado en 3 ocasiones (la última en 2005). Los cambios en la tecnología empleada, e infraestructura implicada, así como el marcado creci-

miento de su uso actual y previsible, hace prudente una reevaluación de la práctica empleada en la TEC de los últimos años con el objetivo de ajustar el nuevo protocolo en ciernes a los posibles cambios detectados, no sólo actualizando sino complejizando el documento a la luz de la bibliografía reciente y de los datos obtenidos de dicha reevaluación.

**Objetivos:** El presente estudio pretende realizar un análisis descriptivo referente al uso de TEC en nuestro Hospital, como objetivos específicos se plantean la descripción de: -El perfil de pacientes que reciben TEC. -Variables clínicas de cada ingreso. -Parámetros relacionados con la técnica de aplicación de la TEC. -Valores relacionados con la calidad de la convulsión producida. -Descripción del perfil de efectos adversos de la TEC y/o anestesia. -Análisis de las asociaciones relevantes entre las variables clínicas y las técnicas para generar nuevas hipótesis. -Comparación de la práctica de TEC con lo propuesto en nuestro propio protocolo así como con los estándares internacionales. -Propuesta de mejoras en el nuevo protocolo en desarrollo. -Propuesta de estudios prospectivos para el desarrollo del conocimiento científico sobre la TEC.

**Metodología:** Se trata de un análisis descriptivo retrospectivo de la administración de la TEC en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Universitario 12 de Octubre (Área 11 de la Comunidad Autónoma de Madrid) incluyendo en el estudio a aquellos pacientes que han recibido TEC en los dos últimos años. Para llevarlo a cabo se realizó la selección de pacientes que habían recibido TEC en el Hospital 12 de Octubre de Madrid en el periodo de tiempo del 1 de enero de 2008 al 31 de diciembre de 2009. La metodología seguida para la realización de dicho estudio descriptivo ha sido la revisión de las historias clínicas seleccionadas. El análisis estadístico de los datos obtenidos se ha realizado con el paquete estadístico SPSS® 15.0. Se empleó la estadística descriptiva para analizar la muestra. Con el fin de estudiar las asociaciones entre las variables clínicas y las técnicas se realizaron los test estadísticos correspondientes.

**Resultados:** Durante este periodo se administraron 602 sesiones de TEC a 45 pacientes diferentes, 11 de ellos reingresaron. De estos pacientes el 57,8% son mujeres y el 42,2% hombres, la media de edad es de 57,38 años. En el 19,7% de los casos se trata de depresión mayor sin síntomas psicóticos, en el 33,3% depresión mayor con síntomas psicóticos, en el 18,2% esquizofrenia y en un 7,6% manía. La estancia media de los pacientes que reciben TEC es de 44,3 días. En el 71,2% de las ocasiones el motivo de la indicación de TEC es por resistencia a otros tratamientos y en el 27,3% por indicación primaria. La localización de los electrodos en sesión inicial es en el 50% unilateral. Existe un predominio de localizaciones bilaterales en esquizofrenia frente a la preferencia del uso de localizaciones unilaterales en trastornos afectivos. La mayoría de los pacientes reciben etomidato. La carga media utilizada en la sesión inicial de la TEC es de 236,85 mC. Un 31,8% tiene alguna complicación derivada de la TEC.

**Conclusiones:** En cuanto a los datos sociodemográficos se aprecian dos perfiles: varones jóvenes con esquizofrenia y mujeres mayores con trastornos afectivos, en concreto la depresión mayor con síntomas psicóticos se presenta en más del 70% en mujeres que reciben TEC, por el contrario existe un predominio de esquizofrenia en hombres (60%). En relación a la localización de la TEC, cabe resaltar que la localización bifrontotemporal predomina entre los pacientes con esquizofrenia y la localización unilateral en los casos de depresión mayor, lo que concuerda con la literatura actual, donde se hace hincapié en la preferencia de las localizaciones unilaterales por el menor deterioro cognitivo transitorio asociado. En cuanto al anestésico utilizado destaca el uso de pentotal en pacientes jóvenes y el uso de etomidato en pacientes ancianos. Por último destacar que la TEC es una técnica segura y eficaz, quedando demostrada la baja frecuencia de efectos secundarios graves en nuestro estudio.

## Neurobiología y psicofisiología

### PO-74-NP

#### POLIDIPSIA Y PSICOSIS: UNA REVISIÓN

R. Touzon, P. Rico-Villademoros y E. Garnica  
*Hospital de Zamudio.*

**Introducción:** Diferentes estudios han mostrado que la hiponatremia secundaria intoxicación hídrica no es rara entre los pacientes psiquiátricos. La relación en tres estas alteraciones y la psicosis también ha sido objeto de estudio. Los estudios consultados dicen que la prevalencia de la hiponatremia entre los pacientes psiquiátricos se aproxima al 10%, lo cual significa que es claramente superior a la prevalencia entre los pacientes de otras patologías. Realizamos esta revisión para intentar aclarar cuál es el estado de la ciencia en relación a la fisiopatología y el tratamiento de esta patología

**Objetivos, metodología y resultados:** Confeccionamos dos listas; una con las posibles etiologías propuestas en los artículos revisados, y otra con los posibles tratamientos, farmacológicos o no. Posibles etiologías de la polidipsia: hiperactividad de los centros hipotalámicos de la sed. Efectos secundarios de la medicación neuroléptica (xerostomía). Aumento de la actividad del receptor opioide endógeno (?). Delirios relacionados con la toma de agua. Posibles etiologías de la excreción renal disminuida: secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SIADH); descenso del umbral para la liberación de ADH por una alteración del osmostato hipotalámico (es la teoría más extendida, ya que pocos pacientes dan positivo en el test de restricción hídrica). Posibles tratamientos: 1. Clozapina. 2. Terapia conductual 3. Clonidina. 4. Enalapril o captopril. 5. Demeclociclina. 6. Tetraciclina. 7. Propanolol. 8. Naloxona. 9. Litio. 10. Bebidas isotónicas.

**Conclusiones:** La polidipsia asociada a la psicosis es una entidad nosológica bastante frecuente: entre un 6 y un 17% (De Leon, 1994) de los pacientes con un trastorno psicótico llega a presentarla. Se han ensayado diferentes tratamientos en base a las hipótesis etiológicas propuestas. Ninguno de esos tratamientos ha sido validado mediante ensayo clínico aleatorizado, por lo que cualquiera de los tratamientos propuestos debe ser objeto de estricto control médico.

### PO-139-NP

#### SUICIDIO. FACTORES NEUROBIOLÓGICOS

N. Chinchurreta de Lora, J. Martín Carballeda, A. Trigo Campoy, F. García Sánchez y R. Montoto Navarro  
*Hospital Universitario de Móstoles.*

**Introducción:** El suicidio ha pasado a ser la primera causa de muerte no natural en España. Según la OMS, en Europa cada año mueren 58.000 ciudadanos por suicidio, 7000 más que por accidente de tráfico. Los factores sociales, laborales y de cambio de roles de género son las explicaciones más probables de esta mayor vulnerabilidad.

**Objetivos:** Determinar los efectos de los factores genéticos en la etiología de una conducta (suicida). Conocer la herencia del comportamiento suicida y ver qué papel juegan los factores genéticos, independientemente de otras alteraciones psicológicas o estresores.

**Metodología:** Vamos a realizar una revisión de varios artículos publicados a nivel mundial sobre estudios realizados en familias, gemelos y adoptados en relación a la heredabilidad del suicidio.

**Resultados:** Los descubrimientos neuroquímicos más importantes vienen de estudios realizados del sistema serotoninérgico: relación entre TPH2 y conducta suicida y alelo S de SERT está relacionado con conductas violentas suicidas. Existen una serie de enzimas implicadas en la degradación de neurotransmisores, como la MAO-A que aportan información sobre el fenotipo de conducta suicida, en

relación a características antisociales de personalidad. Existen estudios que tratan de demostrar la presencia de cambios en el sistema de mensajeros intracelulares en el caso de suicidio.

**Conclusiones:** Estudios en familias, gemelos y adoptados aportan evidencia de la heredabilidad del suicidio independientemente de la transmisión familiar de trastornos psiquiátricos mayores. Parece existir una vulnerabilidad genética, que se relaciona con la herencia de características de personalidad tales como impulsividad o agresividad. Los estudios realizados muestran relación con el sistema serotoninérgico, así como la existencia de relación entre ciertas enzimas encargadas de la degradación de neurotransmisores y características de impulsividad en la conducta suicida.

### PO-154-NP

#### 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:  $t = -2,114$ ;  $sig. = 0,047$ ), y en impulsividad (TPD Errores:  $t = -2,212$ ;  $sig. = 0,041$ ), 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 las 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-158-NP

##### TRATAMIENTO DE LA CATATONÍA MALIGNA CON AMANTADINA Y MEMANTINA

R. Carmona Camacho, C. Peláez Fernández y P. García Parajuá  
*Hospital Universitario Puerta de Hierro.*

**Introducción:** La catatonía maligna es un síndrome motor de diversas etiologías pero con una sintomatología, fisiopatología y tratamiento que se proponen comunes. Una de las hipótesis fisiopatológicas planteadas es la hiperactividad del glutamato. A continuación se describe un caso en el que se emplearon con éxito los antagonistas glutamatérgicos amantadina y memantina como tratamiento coadyuvante.

**Objetivos:** Evaluar el papel de la amantadina y memantina en el tratamiento de la catatonía maligna así como evaluar la hipótesis de una implicación del glutamato.

**Metodología:** Valoración de un caso clínico.

**Resultados:** Mujer de 28 años, acudió a urgencias por cuadro de ansiedad de una semana que evolucionó rápidamente a un cuadro de alteraciones conductuales, fallos de memoria e ideación delirante de intensidad creciente. Los primeros días de ingreso presentó estereotipias, negativismo, rigidez y negativa a comer y a beber, a los que posteriormente se añadió sintomatología disautonómica (fiebre, midriasis, sialorrea, diaforesis, taquicardia y taquipnea) motivando su ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y el diagnóstico de catatonía maligna. La normalidad de las pruebas complementarias (TC cráneo, RMN, sangre, orina y LCR) no permitió un diagnóstico etiológico. Desde el diagnóstico se trató con lorazepam a altas dosis (16 mg/día). Ante la no mejoría, se añadió amantadina 400 mg al día y posteriormente memantina hasta 20 mg al día. Tras 2 meses en la UCI, pasó a planta y fue dada de alta a los 115 días, con una recuperación ad integrum 6 meses después.

**Conclusiones:** En el tratamiento de la catatonía maligna, además de los tratamientos ya descritos con lorazepam y TEC, la amantadina y memantina parecen haberse demostrado útiles como coadyuvantes, reforzando además la hipótesis fisiopatológica de una implicación de receptores glutamatérgicos NMDA.

#### PO-410-NP

##### IMPLICACIONES DEL EJE HIPOTÁLAMO-HIPOFISARIO-ADRENAL EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA E IMPULSIVO-AGRESIVA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

M.A. García, L. Rodríguez, M.I. Ramos, M.A. Tormo, A. Romero de Tejada, I.S. Flores, A. Franco, M. Casado, J. Baños y F.J. Vaz  
*Unidad de Salud Mental/Unidad de Trastornos Alimentarios. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud.*

**Introducción:** La actividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (eje HHA) parece jugar un papel importante en diversas patologías en relación con la sintomatología depresiva y con la emergencia de conductas impulsivo-agresivas. Una de las áreas privilegiadas para estudiar este tipo de fenómenos son los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), en los que la depresión y la impulsividad aparecen con carácter comórbido muy a menudo.

**Objetivos:** El objetivo básico del estudio fue comparar el perfil clínico de dos poblaciones de sujetos con trastornos alimentarios -pacientes con anorexia nerviosa (AN) y pacientes con bulimia nerviosa (BN)-, utilizando como controles un grupo de sujetos sanos (CS). Se estudiaron las características de estos tres grupos en relación con la existencia de síntomas depresivos, impulsividad y rasgos de personalidad. Al mismo tiempo, se determinó la capacidad de los

sujetos para frenar la liberación de cortisol en el test de supresión de dexametasona, ya que se consideró que la misma podía ser un reflejo de la funcionalidad del eje HHA. Posteriormente, se correlacionaron ambos conjuntos de datos, con el fin de analizar si el funcionamiento del eje HHA podía corresponderse con un determinado perfil clínico en cada una de las poblaciones estudiadas.

**Metodología:** Fueron estudiadas un total de 59 sujetos de sexo femenino: 14 reunían criterios diagnósticos DSM-IV-TR para AN, 10 con BN y 35 sin disfunción alimentaria. Se aplicó el Inventario de Beck de Depresión (BDI), la Escala de Comportamientos Impulsivos (BDI), la Escala de Barrat de Impulsividad (BIS) y el Inventario del Temperamento y el Carácter de Cloninger. También se determinaron los niveles de cortisol a las 8:00 a.m., antes y después de tomar 0,5 mg de dexametasona oral, calculándose para cada sujeto la "capacidad de supresión de cortisol" (porcentaje de cortisol en el segundo día en relación con el cortisol basal). Se realizaron comparaciones mediante ANOVA de una vía entre los tres grupos aislados, para analizar las diferencias entre ellos en relación con las escalas clínicas, así como estudios de regresión simple, para analizar la asociación entre la capacidad de supresión de cortisol y los diferentes parámetros clínicos analizados.

**Resultados:** Las pacientes AN se diferenciaban de los controles por presentar más síntomas depresivos (BDI), así como mayor tendencia a la evitación del riesgo, menor autodirectividad y menor autotranscendencia (TCI). Las pacientes BN se diferenciaban de los controles por presentar más síntomas depresivos (BDI) y mayor impulsividad (IBS y BIS), sobre todo en lo referente a impulsividad cognitiva y no-planificada. También presentaban mayor tendencia a la búsqueda de novedades y menos autodirectividad (TCI). Finalmente, las pacientes AN se diferenciaban de las pacientes BN por presentar menor tendencia a la búsqueda de novedades, menor autodirectividad y menor sentimiento de autotranscendencia (TCI). Mientras que en los controles no se detectó ninguna correlación significativa entre los parámetros clínicos estudiados y la actividad del eje HHA, en las pacientes se detectaron varias correlaciones significativas entre supresión de cortisol y parámetros clínicos.

**Conclusiones:** Los resultados confirman la idea de que las pacientes con TCA presentan un perfil clínico específico en relación con la patología depresiva y las conductas del espectro impulsivo-agresivo. También sugieren los resultados que estos síntomas podrían estar relacionados con un funcionamiento específico del eje HHA.

*Subvencionado con cargo al proyecto de investigación PI060974 (Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica [I+D+I]. Fondo de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo) y al proyecto GRU09173 (Plan de Investigación Regional de Extremadura. Junta de Extremadura y European Social Fund).*

#### PO-411-NP

##### IMPACTO DEL ESTRÉS PSICOSOCIAL AGUDO EN LA INMUNIDAD CELULAR EN PACIENTES CON BULIMIA NERVIOSA

F.J. Vaz, L. Rodríguez, M.I. Ramos, M.A. García, J. Melero, M.I. Muñoz, I.S. Flores, A. Franco, N. Fernández y O. Lucas  
*Facultad de Medicina de Badajoz. Universidad de Extremadura. Unidad de Salud Mental/Unidad de Trastornos Alimentarios. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Servicio Extremeño de Salud.*

**Introducción:** La experimentación animal y humana ha demostrado que el estrés provoca cambios en la función inmune. En situaciones generadoras de estrés, la activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (eje HHA) induce la liberación de glucocorticoides adrenales en la circulación general, y la elevación del cortisol puede provocar la inhibición de parte del sistema inmune celular, induciendo una reducción transitoria del número de linfocitos circulantes. Por otra parte, algunos estudios han planteado la existencia de alteraciones en el eje HHA en pacientes con trastornos de la con-



ducta alimentaria (TCA), de forma que se ha propuesto la existencia en pacientes con bulimia nerviosa (BN) de un defecto primario del eje HHA, que se caracterizaría por una actividad reducida del eje, con reactividad adrenal incrementada. En función de ello, cabe suponer que el efecto del estrés en la distribución linfocitaria podría ser diferente en pacientes con BN y en controles sanos.

**Objetivos:** El objetivo básico del estudio fue comparar los cambios en los linfocitos y en las subpoblaciones linfocitarias tras estrés psicosocial en pacientes con BN y controles sanos. La hipótesis de partida fue que ambas poblaciones reaccionarían de forma diferente y, para comprobarla, se expuso a dos grupos de sujetos (pacientes con BN y controles) a una situación experimental generadora de estrés (disertación en público y cálculos aritméticos mentales), analizando los cambios en la distribución de linfocitos a corto y medio plazo. Dado que la actividad del eje HHA podría estar implicada en el proceso, se controló el efecto potencial del mismo, introduciendo como covariable en las ecuaciones la capacidad para suprimir el cortisol tras el uso de dexametasona (DXT), ya que este parámetro podía ser considerado un indicador del funcionamiento del eje HHA.

**Metodología:** Fueron estudiados 32 pacientes con BN y 32 controles sanos. Se determinaron los niveles de cortisol a las 8:00 a.m. antes y después de tomar 0,5 mg de DXT oral, calculándose para cada sujeto el porcentaje de cortisol en el segundo día en relación con el cortisol basal. El primer día, junto con la determinación basal de cortisol, se realizó una extracción de sangre destinada a medir el número de linfocitos y subtipos de linfocitos. Una semana después, los sujetos fueron expuestos al Test de Estrés Social de Trier (TSST), siguiendo la metodología propuesta por los autores (disertación + cálculos matemáticos). Veinticuatro horas después del TSST, y una semana después del mismo, se realizaron extracciones y se volvió a determinar el número de linfocitos y las subpoblaciones de los mismos. Se utilizó como técnica estadística el análisis de varianza (ANOVA) para medidas repetidas de dos factores, utilizando en un segundo momento como covariable la capacidad de supresión de cortisol tras DXT.

**Resultados:** El estrés psicosocial produjo una disminución significativa en el número de determinadas células inmunes: linfocitos totales, linfocitos T (tanto colaboradores, como citotóxico-supresores) y linfocitos B. Estos cambios fueron más persistentes en el grupo de pacientes que en el grupo control, en el que el estrés tuvo un efecto más transitorio. Sin embargo, la introducción de la capacidad para suprimir cortisol como covariable en las ecuaciones hizo que desapareciesen la mayor parte de las diferencias que previamente habían aparecido como significativas, lo que sugiere que las diferencias halladas entre los grupos pueden depender de la diferente actividad del eje HHA en pacientes y controles.

**Conclusiones:** Los resultados revelan que la reducción en el número de linfocitos circulantes tras situaciones generadoras de estrés es más intensa y duradera en pacientes con BN que en controles sanos, y sugieren que, en la línea de lo hipotetizado, un defecto primario del eje HHA podría ser responsable de las diferencias observadas.

*Subvencionado con cargo al proyecto de investigación PI060974 (Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica [I+D+I]. Fondo de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo) y al proyecto GRU09173 (Plan de Investigación Regional de Extremadura. Junta de Extremadura y European Social Fund).*

## PO-462-NP

### CONTRIBUCIÓN DE LATROFILINA 3 (LPHN3) A LA SUSCEPTIBILIDAD GENÉTICA DEL TDAH EN ADULTOS

V. Richarte, M. Ribases, C. Sánchez, R. Bosch, X. Castellanos, G. Palomar, J.A. Ramos y M. Casas  
*Hospital Universitari Vall d'Hebron.*

**Introducción:** El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno neuropsiquiátrico frecuente y con una elevada heredabilidad. Se caracteriza por un patrón persistente de inatención

y/o hiperactividad-impulsividad que origina problemas de adaptación. El gen latrofilina 3 (LPHN3) es un miembro cerebral específico de la subfamilia de LPHN de receptores acoplados a proteínas G que se expresa en regiones relacionadas con el TDAH, como la amígdala, el núcleo caudado, cerebelo y córtex cerebral. Recientemente se ha publicado una asociación intensa entre TDAH y el gen latrofilina 3 (LPHN3), en familias de una población genéticamente aislada, los Paisa de Colombia, y en 5 muestras independientes de EEUU, Alemania, Noruega y España.

**Objetivos:** Replicar en una muestra de adultos la asociación hallada entre TDAH infantil y LPHN3.

**Metodología:** Se realizó un estudio de asociación caso-control en una muestra de 334 adultos con TDAH y 334 controles. Se cubrió el gen LPHN3 con 44 SNPs.

**Resultados:** El análisis de marcadores simples y múltiples reveló una asociación entre el TDAH tipo combinado en adultos y LPHN3 ( $p = 0,0019$ ,  $gl = 1$ ,  $OR = 1,82$  (1,25-2,70) y  $p = 5,1^{-5}$ ,  $gl = 1$ ,  $OR = 2,25$  (1,52-3,34), respectivamente).

**Conclusiones:** Estos resultados apoyan nuevamente la contribución de LPHN3 en el TDAH tipo combinado y específicamente en adultos con TDAH. Por otra parte, apuntan a que esta nueva vía neuronal es un factor de susceptibilidad común en el TDAH a lo largo de la vida.

## PO-476-NP

### AUMENTO DE BDNF EN PACIENTES CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO EN TRATAMIENTO CON OLANZAPINA

G. García, M. Martínez-Cengotitabengoa, A. Martínez, Y. Pérez, S. Barbeito, S. Alberich, P. Vega y A.M. González-Pinto  
*Hospital Santiago Apóstol.*

**Introducción:** Numerosos estudios en animales han sugerido que los antipsicóticos atípicos pueden modificar el BDNF (Brain-derived neurotrophic factor) en el hipocampo, y a nivel periférico. Olanzapina es un antipsicótico atípico eficaz en el tratamiento de la psicosis y que ha demostrado efecto sobre el BDNF en animales.

**Objetivos:** Comparar los niveles plasmáticos de BDNF en el momento basal y durante 1 año de tratamiento con olanzapina en 18 pacientes con un primer episodio psicótico no tratados previamente, con los niveles de BDNF de 18 sujetos sanos pareados por sexo, edad y nivel socioeconómico.

**Metodología:** Los niveles de BDNF fueron medidos, tanto en pacientes como en controles, en el momento basal, al mes, a los 6 meses y al año de seguimiento mediante ELISA. Los síntomas y el funcionamiento de los pacientes y controles se evaluaron mediante las escalas PANSS y GAF.

**Resultados:** Los niveles de BDNF de los pacientes fueron significativamente más bajos que los de los controles a nivel basal pero fueron aumentando hacia los valores de los controles durante el tratamiento con olanzapina. Se encontró una correlación significativa positiva entre niveles de BDNF y funcionamiento (GAF). Los niveles de BDNF también correlacionaron negativamente con los síntomas positivos, pero no con síntomas negativos ni con psicopatología general.

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren que olanzapina puede compensar los bajos niveles de BDNF existentes en el debut de un episodio psicótico, así como mejorar los síntomas psicóticos. El incremento de los niveles de BDNF podría suponer el mecanismo de acción para la mejora de síntomas positivos.

## PO-587-NP

### ANHEDONIA: UN SÍNTOMA A ESTUDIAR EN LA ADICCIÓN A COCAÍNA

C. Cinos, M. Calado, M. Fuentes, B. Pinal, C. Losada, F. Gutiérrez, M. López y J.M. Olivares  
*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI).*

**Introducción:** La etiología de la dependencia a cocaína se considera multifactorial primando al inicio del consumo aspectos sociales

y ambientales, y en la adicción establecida factores genéticos y disfunciones neurobiológicas. En el presente trabajo se postula una perspectiva, que partiendo del marco teórico actual, relacionaría el síntoma psiquiátrico de la anhedonia con el consumo de cocaína, tratando de abrir una línea de investigación para futuros estudios.

**Objetivos:** Conocer las últimas aportaciones teóricas sobre el proceso de adicción a cocaína y proponer una posible vinculación de la anhedonia en el consumo.

**Metodología:** Revisión bibliográfica y elaboración de hipótesis.

**Resultados:** Vulnerabilidad neurobiológica: el bloqueo de la recaptación de dopamina generado por el estímulo reiterado que constituye el consumo, propicia una depleción de los depósitos presinápticos e hipofunción dopaminérgica; lo que podría constituir la base de la anhedonia y abstinencia motivacional observada en muchos adictos a cocaína. Automedicación: la comorbilidad de sintomatología depresiva con el consumo de cocaína plantea que uno de sus objetivos podría ser paliar esa sintomatología. El deterioro neuro-psiquiátrico secundario al abuso de cocaína aumenta la vulnerabilidad a recaídas, lo que pudiera ser una forma de automedicación para compensar el déficit, entre cuyos síntomas se encontraría la anhedonia.

**Conclusiones:** El consumo crónico de cocaína produce cambios neurofisiológicos que propician una hipodopaminergia, observándose alteraciones en la conducta hedónica que pueden estar en relación con los estados de anhedonia y desmotivación que acompañan al abuso de cocaína. La hipótesis de automedicación secundaria considera que los adictos graves podrían buscar alivio a los trastornos afectivos causados por el propio consumo crónico de cocaína, mediante el uso de esta sustancia. Los avances en el estudio de la anhedonia asociada al consumo de cocaína permitirían plantear nuevos objetivos terapéuticos concretos a nivel farmacológico.

## PO-589-NP

### DISCINESIA TARDÍA DEPENDIENTE DEL ESTADO DE ÁNIMO

S. Aguilar, S. Sarró, P. Fernández, N. Moro, B. Sans, J. Ortiz, J.J. Gomar, P.J. McKenna y E. Pomarol  
*Benito Menni CASM.*

**Introducción:** La Discinesia Tardía (DT) es un trastorno motor que puede aparecer en distintos trastornos mentales y fuertemente relacionada con el tratamiento previo con antipsicóticos. Existe un fenómeno que ha sido reportado por diferentes autores consistente en la variación de la de la DT según la fase del trastorno bipolar; empeorando en las fases depresivas y mejorando o desapareciendo en las fases de eutimia o la manía, en consonancia con los cambios neurobiológicos que intervienen en la depresión bipolar y la manía. Es la conocida discinesia tardía dependiente del estado del ánimo.

**Objetivos:** A) Examinar la prevalencia de DT en bipolares depresivos y la correlación con variables clínicas. B) Examinar en un estudio longitudinal los cambios motores en la fase depresiva y la eutimia.

**Metodología:** Se reclutan 29 pacientes con trastorno bipolar tipo I (DSM-IV-R) en fase depresiva (HDRS  $\geq 18$ ), a los cuales se les realiza una exploración clínica y motora estandarizada para DT. Todos los pacientes son explorados y grabados en vídeo. La puntuación se hace por consenso entre dos evaluadores. Se realiza seguimiento y reevaluación motora en eutimia sostenida (> 2 meses) de los casos DT+. Se define el caso DT+ según los criterios de Schooler-Kane.

**Resultados:** Diez pacientes presentaban DT (34,48%). No encontramos correlaciones con variables clínicas ni farmacológicas, a excepción del QI premórbido (TAP) ( $p = 0,001$ ). De estos 10 pacientes, se consiguió reevaluar a 6 pacientes en eutimia sostenida, encontrando que 4 de estos pacientes ya no cumplían los criterios de Schooler-Kane para DT.

**Conclusiones:** Estos resultados permiten constatar a) la elevada prevalencia de la DT en los trastornos bipolares y b) la posibilidad de que su aparición y evolución corra paralela a la de propio episodio afectivo.

## PO-606-NP

### EFFECTOS DE LA EDAD Y EL SEXO EN LA MORFOLOGÍA DEL HIPOCAMPO Y DE LA AMÍGDALA

M. García, R. Bansal, B.S. Peterson y R. Marsh  
*Unidad de Psiquiatría de Adolescentes. Hospital Gregorio Marañón.*

**Introducción:** Estudios han detectado cambios madurativos estructurales con la edad hasta los 40 años en ambos sexos en población sana. Estos cambios madurativos varían interindividualmente dependiendo de factores cognitivos a nivel cortical.

**Objetivos:** Como hipótesis, planteamos que detectaríamos efectos de la edad y del sexo en el hipocampo y la amígdala y que estos efectos se verían modificados por el coeficiente intelectual (CI).

**Metodología:** 124 sujetos (6- 62 años) sanos fueron incluidos. Se recogió el CI (WAIS-R y WAIS-III convertidas en puntuaciones z). Se registraron medidas de los volúmenes del hipocampo y amígdala por técnicas de análisis de superficie. Las hipótesis fueron testadas mediante dos modelos lineales generales con técnicas multivariantes GRF para la corrección de comparaciones múltiples.

**Resultados:** Se detectaron correlaciones inversas cuadráticas entre los volúmenes y la edad en áreas ventro-mediales del hipocampo (Cornus-Ammoni y giro dentado) y lineares en la amígdala (núcleos central y basal), bilateralmente. Se detectaron volúmenes menores en hombres en las mismas localizaciones. Tras analizar las interacciones entre los efectos de la edad y del sexo, se observó que los efectos de la edad se producían significativamente en hombres. Análisis post-hoc evidenciaron una correlación inversa del volumen del hipocampo con el CI; sólo aquellos sujetos con un CI  $\geq 120$  presentaban una correlación inversa entre el volumen y la edad.

**Conclusiones:** Efectos de la edad y del sexo fueron observados en el volumen del hipocampo y amígdala en una población de sujetos sanos. Análisis post-hoc evidenciaron que medidas cognitivas como el CI modifican los efectos de la edad.

## PO-724-NP

### SÍNDROME AFECTIVO-COGNITIVO CEREBELOSO PARCIAL EN UN CASO DE ATROFIA CORTICOCEREBELAR CRUZADA

J. Álvarez-Carriles, J. Salas-Puig, A. Saiz-Ayala, E. Santamarta-Liéban y A. Tuñón  
*Unidad de Neuropsicología Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Introducción:** La implicación del cerebelo en funciones no-motoras (cognitivo-emocionales), a través de sus múltiples conexiones con el córtex cerebral, parece ser un hecho contrastado en las dos últimas décadas. El Síndrome Cognitivo-Afectivo Cerebeloso (SACC) constituye la materialización de dicha hipótesis, atribuyendo al cerebelo y sus conexiones cerebrales un papel relevante en las funciones ejecutivas, en el procesamiento visuo-espacial, en el lenguaje y la personalidad. A continuación presentamos el caso de una paciente con una atrofia cerebro-cerebelar cruzada que presenta signos compatibles con un SACC parcial.

**Objetivos:** Nuestro objetivos son: 1) Presentar las características clínicas (neurocognitivas y psicopatológicas) de una paciente con atrofia córtico-cerebelar cruzada. 2) Revisar las implicaciones del cerebelo y sus conexiones cerebrales en el procesamiento cognitivo y emocional.

**Metodología:** Mujer, 31 años de edad, sin antecedentes psicopatológicos personales ni familiares. En el contexto de un síndrome cerebeloso (inestabilidad en el marcha, dismetría, sensación de mareo), las pruebas de neuroimagen evidenciaron la presencia de una atrofia córtico-cerebelar cruzada (frontal derecho-cerebelar izquierdo). Se llevó a cabo un estudio neuropsicológico pormenorizado con medidas de atención, memoria de trabajo, memoria episódica anterógrada, percepción visuo-espacial, praxis, lenguaje y funciones ejecutivas. La evaluación psicopatológica se basó en la entrevista clínica, al tiempo que se administró el CAQ (Cuestionario de Análisis Clínico de Krug).

**Resultados:** De forma genérica, se evidenciaron signos compatibles con un SACC parcial, en el que destacaban las alteraciones de personalidad, junto con signos disejecutivos y disfunción en la memoria episódica no-verbal. El procesamiento lingüístico estaba básicamente preservado.

**Conclusiones:** El presente caso ejemplifica la integración y participación (estructural y funcional) del cerebelo en los circuitos cerebrales encargados de la regulación cognitivo-emocional. Además, demuestra como el SACC puede mostrar un perfil selectivo de disfunción (verbal o no-verbal) dependiendo de la lateralización del sistema cerebro-cerebelar afectado.

#### PO-741-NP

##### UTILIDAD DE LA COMBINACIÓN DE MARCADORES COGNITIVOS Y DE BIOMARCADORES EN LA PREDICCIÓN DE LA CONVERSIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

J.J. Gomar, M.T. Bobes-Bascarán, C. Conejero-Goldberg, P. Davies y T.E. Goldberg

*Litwin Zucker Alzheimer's Disease Center. New York. EE.UU.*

**Objetivos:** Determinar el poder discriminativo de diferentes tipos de biomarcadores y de marcadores cognitivos en varias etapas de la progresión de la enfermedad, y su capacidad para predecir el progreso desde el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) a la Enfermedad de Alzheimer (EA).

**Metodología:** se analizaron tres grupos de sujetos de la base de datos del proyecto ADNI (Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative): Controles Sanos (CS) (N = 197), pacientes con DCL que evolucionaron a EA (N = 116), y pacientes con DCL que no desarrollaron EA (N = 204). Se exploró la capacidad predictiva de 25 variables de marcadores funcionales, cognitivos, biomarcadores, y de factores de riesgo en la predicción de la conversión del DCL a EA durante un periodo de dos años mediante un modelo de regresión múltiple y análisis del tamaño del efecto.

**Resultados:** Las variables que predijeron conversión a los dos años fueron el cuestionario de actividades del funcionamiento diario (FAQ), la memoria verbal demorada, y el volumen del lóbulo temporal medial izquierdo. Las puntuaciones de cambio de los biomarcadores (CSF  $A\beta_{1-42}$  y tau, volumen cerebral) fueron modestas durante el primer año, sin embargo, el cambio en el FAQ fue considerablemente mayor (TE = 0,44 a los 12 meses; 0,84 a los 24 meses). El deterioro en el FAQ y en el trail making parte b explicaba casi el 50% de la varianza predictiva de la conversión de DCL a EA.

**Conclusiones:** La combinación de los marcadores cognitivos, funcionales y volumétricos predicen significativamente la conversión de DCL a EA. Sorprendentemente, los marcadores de la función cognitiva predicen de una forma más robusta la conversión de DCL a EA que los marcadores neurobiológicos. La conversión parece reflejarse en menor medida por variables neurobiológicas que por el deterioro en la capacidad funcional, la función ejecutiva y el control cognitivo. Estos resultados podrían tener repercusión en la interpretación de la neurodegeneración que se produce en la transición entre el DCL y la EA.

#### PO-742-NP

##### DEVELOPMENT AND CROSS-VALIDATION OF THE UPSA SHORT FORM FOR THE PERFORMANCE-BASED FUNCTIONAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH MCI AND AD

M.T. Bobes-Bascarán, J. Gomar, P.D. Harvey, P. Davies y T. Goldberg

*Litwin Zucker Alzheimer's Disease Center. New York. EE.UU.*

**Introducción:** La capacidad funcional engloba los comportamientos básicos y complejos necesarios para vivir de forma independiente. Se ha encontrado que los pacientes con Deterioro Cognitivo Leve

(DCL) padecen un deterioro en sus habilidades de funcionamiento de la vida diaria desde las primeras etapas de la enfermedad.

**Objetivos:** 1) desarrollar y validar una escala breve derivada de la UCSD Performance Skills Assessment (UPSA); 2) realizar una validación cruzada de este formato breve de la UPSA, con una muestra independiente de ancianos sanos.

**Metodología:** Se incluyeron en la muestra 51 ancianos sanos, 26 sujetos con DCL definido según los criterios de Petersen, y 22 sujetos con probable Enfermedad de Alzheimer (EA) siguiendo los criterios del NINCDS-ADRDA. Para la validación cruzada, se realizaron comparaciones con un grupo de 108 ancianos que puntuaban  $\geq 25$  en el Mini-Mental.

**Resultados:** Los dominios de la UPSA que explicaban casi el 90% de la varianza ( $R^2 = 0,89$ ) fueron Comunicación y Comprensión/Planificación. Ninguno de los otros dos dominios, Finanzas o Movilidad, contribuyeron de forma significativa en el modelo de predicción de la UPSA total. La escala abreviada de la UPSA correlacionaba de forma significativa con la UPSA original en todos los grupos analizados: 0,86 en controles sanos; 0,87 en DCL; 0,88 en EA. Los análisis ROC muestran valores aceptables de sensibilidad y especificidad de esta versión breve de la UPSA. Finalmente, la escala breve y la escala original UPSA mostraron una considerable correlación ( $r = 0,80$ ) en la muestra de validación cruzada.

**Conclusiones:** La versión breve de la UPSA es una medida de la capacidad funcional rápida, fiable y eficiente, puesto que es capaz de detectar el deterioro en el funcionamiento en un contexto válido ecológicamente en mucho menos tiempo que la versión extensa de la escala. Además, ha demostrado propiedades discriminativas adecuadas en personas sanas, pacientes con DCL y pacientes con EA.