

## Miscelánea

### PO-63-MI

#### LA MENTIRA EN PSIQUIATRÍA

M. Navas, J. García-Albea y P. García  
*Hospital Infanta Leonor.*

**Introducción:** Se discutirá cómo la mentira en sus distintos perfiles forma parte de algunas enfermedades psiquiátricas, cuáles son y en qué se diferencian unas de otras. ¿En qué momento la mentira es patológica desde un punto de vista psiquiátrico? ¿Por qué a nivel jurídico se pena a un sí y a otros no?

**Objetivos:** Diferenciar las distintas enfermedades mentales que tienen como base la mentira, fundamentalmente la histeria, el sd. de Munchausen y el trastorno por simulación y sus implicaciones legales.

**Metodología:** Se hará una revisión del concepto de "mentira" desde un punto de vista antropológico y sociológico y se enlazarán con la terminología psiquiátrica actual en relación a términos de imputabilidad.

**Resultados:** Se establecen las diferencias pero a veces con límites poco precisos.

**Conclusiones:** A nivel clínico la producción de síntomas puede ser inconsciente o consciente al igual que la motivación para la producción de dichos síntomas. Estas diferencias son las que condicionarán las consecuencias a nivel legal.

### PO-132-MI

#### INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA 2004-2009: PRODUCCIÓN EN EL MARCO UNIVERSITARIO

S. Díaz Morán y A. Tobeña Pallarés  
*Departamento de Psiquiatría y de Medicina Legal. Universidad Autónoma de Barcelona.*

**Introducción:** Existen estudios sistemáticos de producción científica en Biomedicina, aunque insuficientes desde la perspectiva de los grupos de investigación y particularmente desde los departamentos universitarios.

**Objetivos:** Aplicar metodología ajustada a la producción científica en Psiquiatría, a partir del estudio de un caso único, con indicadores bibliométricos para diferentes unidades de agrupación con foco en el departamento universitario, y en concreto, el Departamento de Psiquiatría y de Medicina Legal (DPsML), UAB.

**Metodología:** Sondeo transversal sobre nueve grupos de investigación independientes. Aplicación indicadores de producción: cualitativos, visibilidad/difusión y popularidad sostenida, sobre total de artículos/revisiones de DPsML, con tres niveles de agrupación: investigador, grupos de investigación y área de investigación (básica vs clínica).

**Resultados:** En análisis anteriores sólo tres de los nueve grupos de investigación sondeados (57 investigadores, 54% hombres), aparecieron adscritos al DPsML (Méndez-Vázquez et al, 2007); El DPsML (1996-2006), representó el 11,84% de documentos más citados en Psiquiatría, 20% en drogodependencias y 20,84% en ciencias del comportamiento (Rovira et al, 2007). El 70% de artículos/revisiones que publicó DPsML (2004-2009), tuvieron alcance internacional (974 citas total); el 56,48% de grupos clínicos, siendo el 43,52% de grupos básicos. El 80% de los grupos, cuentan con investigadores con factor H superior a 15 (rango: 3-29).

**Conclusiones:** Diferencias con análisis bibliométricos previos sobre los mismos investigadores pero con otros focos de análisis, muestra necesidad de refinar la metodología e incluir a los departamentos universitarios como unidades molares de agrupación, para obtener mayor consistencia y una interpretación adecuada de los resultados.

### PO-134-MI

#### ANÁLISIS DE LAS INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS DE PSIQUIATRÍA A NEUROLOGÍA

B. Boné, C. Jové, F. Purroy, M. Sellart, J. Pifarré y G. Piñol  
*Hospital Santa María.*

**Introducción:** La interconsulta hospitalaria (IC) supone un abanico de solicitudes muy dispares y de gran complejidad en algunos casos, especialmente aquellas procedentes del servicio de Psiquiatría.

**Objetivos:** El objetivo es valorar los motivos de IC, características de la patología, exploraciones complementarias y destino de los pacientes.

**Metodología:** Estudio retrospectivo de las IC realizadas por psiquiatría a neurología durante el 2009. Se analizaron: número, datos demográficos y patológicos, patología psiquiátrica de base, motivo de consulta, diagnóstico definitivo, pruebas complementarias y servicio responsable del seguimiento al alta.

**Resultados:** Se realizaron 42 interconsultas. El 52,4% fueron varones con edad media 58,2 años. Se realizó IC en el 14,5% del total de los ingresos. Los motivos de consulta más habituales: deterioro cognitivo 17 (40,5%), trastornos del movimiento 10 (23,8%), focalidad neurológica 6 (14,3%), crisis comiciales 1 (2,4%), otros 9 (19%). Se solicitaron pruebas complementarias al 81% de los pacientes, y las más solicitadas fueron TC cerebral (54,7%), RNM cerebral (45,2%), estudio neuropsicológico (26,2%), SPECT (12%) y electroencefalograma (9,5%). Los diagnósticos más frecuentes al alta fueron: demencia 14 (53,9%), patología extrapiramidal 4 (15,4%), patología cerebrovascular 1 (3,8%), otros 7 (26,9%). En 16 pacientes se descartó patología neurológica.

**Conclusiones:** La atención neurológica prestada desde la IC constituye un tipo de asistencia con características propias y bien diferenciadas. Enfatizamos la importancia de una estrecha relación entre psiquiatría y neurología debido a la elevada frecuencia de pacientes que presentan patología concomitante, efectos secundarios de las medicaciones prescritas y al desarrollo de patología neurodegenerativa secundaria a su trastorno psiquiátrico de base.

## PO-136-MI

**CONVERSIÓN A LA RELIGIÓN CATÓLICA**

J. Martín Carballeda, A. de Cos Milas, N. Chinchurreta de Lora, F. García Sánchez y C. Moreno Menguiño  
*Hospital Universitario de Móstoles.*

**Introducción:** La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica.

**Objetivos:** Revisión de los trastornos disociativos a través de un caso clínico.

**Metodología:** Historia del caso clínico (motivo de consulta, antecedentes, enfermedad actual, exploración psicopatológica, evolución, juicio clínico y tratamiento).

**Resultados:** Diagnóstico diferencial con otras posibles patologías con similar sintomatología.

**Conclusiones:** Explicación del juicio clínico y revisión sobre el trastorno disociativo.

## PO-159-MI

**FACTORES DE RIESGO PARA MUERTE POR ATRAGANTAMIENTO EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS. ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UNA SERIE DE CASOS**

L. de Rezende, S. Seguí, A.M. García, L. Meiriño y A.M. Ramos  
*Hospital Universitario de Getafe.*

**Introducción:** La muerte por asfixia alimentaria ocurre cuando el contenido gástrico bloquea la tráquea o un bolo alimentario obstruye la laringofaringe. La tasa de mortalidad por asfixia en los pacientes psiquiátricos es aproximadamente 100 veces mayor que en la población general. Los factores de riesgo serían: psicofármacos, edad, comorbilidades, problemas neurológicos, dentición, taquifagia y estilo de vida.

**Objetivos:** Definir los factores clínicos y farmacológicos relacionados con las muertes por atragantamiento en los pacientes psiquiátricos del área 10 de Madrid, compararlos con los descritos en la literatura científica y proponer medidas preventivas.

**Metodología:** Se analizaron retrospectivamente la historia clínica de todos los pacientes fallecidos por asfixia en nuestra área de salud mental en los últimos 2 años recopilando datos demográficos, clínicos, farmacológicos y hábitos de vida. Se compararon los resultados con la literatura actual.

**Resultados:** Se incluyeron 5 pacientes, 3 hombres y 2 mujeres, con edad media de 52,6 años. 3/5 diagnóstico de esquizofrenia. 2/5 presentaban comorbilidad. 1/5 tenía IMC normal. 4/5 presentaban por lo menos 1 alteración de los hábitos alimenticios. 5/5 recibían polimedicación: 5/5 benzodiazepinas y antidepresivos, 4/5 neurolépticos, 1/5 litio, 2/5 anticonvulsivantes y 4/5 anticolinérgicos. 4/5 habían recibido ajuste farmacológico los 6 meses previos. 4/5 tenían alteraciones neurológicas y 2/5 sialorrea y sedación. 2/5 presentaban alteraciones dentarias. 1/5 había comunicado episodios previos de atragantamiento. 2/5 consumían alcohol y 3/5 tabaco.

**Conclusiones:** Los pacientes psiquiátricos reúnen diferentes factores de riesgo para la muerte por asfixia. Nuestra casuística muestra una alta frecuencia de estos, similar a lo descrito previamente. Diversos autores propusieron medidas farmacológicas y rehabilitación para mejorar los hábitos de vida. Proponemos además un cuestionario de screening de factores para pacientes de riesgo para valorar su situación e intentar medidas preventivas.

## PO-171-MI

**INFLUENCIA DEL NÚMERO DE HIJOS EN LA SATISFACCIÓN CONYUGAL Y EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR**

A. Cano Prous, R. Martín Lanás, M.I. Beunza Nuin, E. Aubá Guedea y F. Lahortiga  
*Clínica Universidad de Navarra.*

**Introducción:** Según el Informe de la Evolución de la Familia en Europa del Instituto de Política Familiar sólo un 4% de las familias tienen tres o más hijos. A este factor se suma un incremento en el número de separaciones y divorcios en nuestro país, y un aumento de las consultas en Unidades de Psiquiatría Infanto-juvenil.

**Objetivos:** Estudiar si existen diferencias en la satisfacción conyugal de matrimonios disfuncionales según el número de hijos que tengan. Analizar las diferencias en la disfuncionalidad familiar según sean familias numerosas o no.

**Metodología:** Se analizan la satisfacción conyugal mediante el cuestionario Dyadic Adjustment Scale (DAS) y el funcionamiento familiar utilizando el Family Assessment Device (FAD), de una muestra de familias que acuden a la Unidad de Diagnóstico y Terapia Familiar (UDITEF) por presentar un cuadro disfuncional. A la totalidad de la muestra se recogen además diversos datos sociodemográficos. El análisis estadístico lo realizamos mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados:** Se estudia una muestra de 168 familias, de las que 78 eran consideradas familias numerosas (tres o más hijos). Estas familias tenían de media casi cuatro hijos ( $3,94 \pm 1,2$ ), entre 10 y 17 años, y llevaban casadas casi veinte años ( $19,6 \pm 10,6$ ). Las familias con menos de tres hijos (N: 90) llevaban casadas  $13,7 \pm 10,3$  años, y tenían de media un hijo ( $1,23 \pm 0,28$ ), en edades comprendidas entre los 9 y los 12 años. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala "Comunicación" del FAD ( $p < 0,05$ ) medida en las esposas, y en la subescala "Expresión afectiva" ( $p < 0,05$ ) del DAS medida en los esposos.

**Conclusiones:** Tanto el funcionamiento familiar como la satisfacción conyugal, en nuestra muestra, no parecen influidos por el número de hijos de la familia.

## PO-175-MI

**PROBLEMAS LABORALES Y PSIQUIATRÍA EN EL ÁREA DE SALUD DE PALENCIA**

M.J. Manchón, V. Guarido, A. Royuela, B. Pérez y F. Ruiz  
*Complejo Asistencial de Palencia. Hospital San Telmo.*

**Introducción:** Los profesionales de la Salud Mental que prestamos servicios en Unidades de Salud Mental atendemos con frecuencia creciente a pacientes derivados por Atención primaria por sufrir, entre otras denominaciones "problemas laborales", "dificultades en el trabajo", o "estrés laboral". Si nos ceñimos estrictamente a los criterios de las Clasificaciones Internacionales Diagnósticas al uso, tales derivaciones no tendrían sentido, a no ser que se acompañaran de otra sintomatología fuera del contexto laboral. En la CIE-10 no aparecen como una entidad clínica, sino en el eje III de la clasificación multiaxial, dentro de los "Problemas ambientales y circunstanciales": Z56 Problemas relacionados con el empleo y con el desempleo. Por su parte, en el DSM-IV-TR los problemas laborales aparecen en dos lugares: en el eje IV de la clasificación multiaxial y el epígrafe "Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica".

**Objetivos:** Mediante este estudio observacional, pretendemos obtener una impresión en cuanto a la incidencia de la problemática laboral en la Salud Mental en un periodo de crisis económica y por tanto laboral, a la vez que hacer una revisión de la literatura existente sobre el tema.

**Metodología:** Presentamos un estudio observacional descriptivo realizado en la Unidad de Salud Mental de Palencia, cuyos criterios de inclusión son los siguientes: a) Todos los pacientes nuevos en que el MAP

derive con una mención a un problema laboral o en el trabajo; b) Todos aquellos pacientes nuevos en que el profesional detecte la existencia de un problema laboral; c) En un periodo de 6 meses, comprendido entre Enero y Junio de 2010. A la vez se realiza una recogida de datos epidemiológicos, una valoración psicopatológica y diagnóstica, detectando el tipo de problema laboral, si está de baja o no, y si en caso de estarlo, se recomendase o no, la incorporación al trabajo.

**Resultados:** Los resultados preliminares obtenidos indican un porcentaje superior de casos en mujeres que en hombres (70% M- 30% H). Entre ellos carecían de antecedentes psiquiátricos un 70%, siendo los diagnósticos por orden de frecuencia: F43.22 Trastorno adaptativo mixto (35%), F43.28 Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad (21%), Z56.7 Problema laboral (21%), F43.20 Trastorno adaptativo con síntomas depresivos (14%), F41.9 Trastorno por ansiedad n.e. (7%). Las causas que lo han motivado han sido por mobbing en un 43%, estrés en un 30%, y por traslado un 7%.

**Conclusiones:** A la luz de los tratados y de las clasificaciones diagnósticas actuales, y desde el punto de vista psiquiátrico los problemas laborales pueden ser clasificados de la siguiente manera: 1. Bournout: estado de fatiga o agotamiento por desgaste laboral. 2. Mobbing: acoso en el medio laboral. 3. Adicción al trabajo. 4. Estrés laboral simple: a) Que pueda ser calificado de trastorno adaptativo b) Sin que ello conlleve la existencia de un trastorno mental. 5. Trastornos mentales preexistentes. En algunos casos se advierte la existencia de uno de estos problemas en el curso de una evaluación psiquiátrica, aunque no se haya encontrado trastorno mental. En otros casos, la evaluación no pone de manifiesto un trastorno mental, aunque se considera necesario hacer constar el motivo que ha llevado a solicitar ayuda de los servicios de salud mental.

#### PO-182-MI

##### TERAPIA Y EDUCACIÓN ASISTIDA POR ANIMALES DE COMPAÑÍA (TEAAC): IMPLICACIONES INSTRUMENTALES, SOCIALES Y FARMACOLÓGICAS

A.B. Poves, M.D. López y J.M. Manzano  
*Centro San Juan de Dios.*

**Introducción:** La TEAAC consiste en la participación de animales de compañía en intervenciones terapéuticas, con el fin de propiciar o promover la salud y el bienestar humano. En nuestro centro hemos puesto en marcha un programa de TEAAC, para personas con discapacidad intelectual, y queremos evaluar la influencia del mismo en nuestros residentes.

**Objetivos:** Evaluar la capacidad de TEAAC en el trabajo con personas con discapacidad intelectual para: -Mantener y apoyar procesos cognitivos; -Desarrollar y mejorar habilidades psicomotrices; -Fomentar la comunicación y relaciones sociales; -Aumentar las manifestaciones afectivas; -Ajustar comportamientos desadaptados.

**Metodología:** Se analizaron las variables del estudio en los registros diarios de trece residentes, con discapacidad intelectual leve y moderada, tras la aplicación de un programa de TEAAC con horarios regulares, actividades de cuidado de animales, juegos y paseos, estimulación cognitiva y dinámicas de comunicación. La evaluación se realizó mediante registros estructurados de habilidades, diario de las sesiones, pruebas cognitivas estandarizadas y medidas pre- y post- de medicación. Todo ello fue tratado estadísticamente.

**Resultados:** Distintas habilidades intelectuales, sociales/afectivas e instrumentales obtuvieron diferencias significativas en las medidas postratamiento: el CI manipulativo fue superior en la medida post- ( $p = 0,0139$ ), al igual que el CI total ( $p = 0,0056$ ). La media del Índice de Organización Perceptiva post- fue superior a la media pre-. Todas las habilidades instrumentales medidas obtuvieron mejoras significativas en las medidas postratamiento ( $p < 0,05$ ). Las habilidades sociales y afectivas fueron significativamente superiores en el postratamiento ( $p < 0,05$ ). Las medias y medianas postratamiento disminuyeron en neurolepticos, benzodiacepinas, se mantuvieron en anticonvulsivos y aumentaron levemente en antidepressivos.

**Conclusiones:** La TEAAC constituye una herramienta eficaz para el trabajo de habilidades cognitivas y psicomotrices, sociales y de la comunicación, así como para el ajuste comportamental en personas con discapacidad intelectual en entornos residenciales. Somos conscientes de la necesidad de seguir trabajando, ampliando muestras y estudios, así como, en el día a día, aportar los apoyos necesarios y perseguir la máxima autonomía de cada persona en todas las áreas de su desarrollo.

#### PO-185-MI

##### UN MATRIMONIO BIEN AVENIDO QUE COMPARTE DELIRIO

C. Garnier, F. Portillo, J. Castaño, S. Castillo, D. Córcoles, R. Cortizo, B. Díaz, L.M. Martín y A. Bulbena  
*Centro de Salud Mental Sant Martí Sud.*

**Introducción:** El delirio compartido fue inicialmente descrito por Lasègue y Falret en 1877 y denominado "folie à deux", actualmente se recoge en DSM-IV como "trastorno psicótico compartido" (TPC).

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica a raíz de un caso clínico de TPC.

**Metodología:** Presentación y análisis de un caso real, incidiendo en los posibles factores predisponentes y precipitantes, así como en su tratamiento.

**Resultados:** En nuestro caso inicia el delirio la esposa, presentando un trastorno delirante crónico. La identificamos como sujeto inductor. El sujeto inducido debe presentar susceptibilidad de carácter individual al desarrollo de los síntomas. De forma congruente a la revisión bibliográfica realizada, presenta susceptibilidad ambiental (intima y prolongada convivencia con el sujeto con psicosis primaria, aunque no el aislamiento social con frecuencia asociado a este diagnóstico). No se recoge en sus antecedentes la presencia de susceptibilidad de componente genético que con frecuencia se asocia. Se inicia tratamiento antipsicótico en los cónyuges y se observa una evolución rápidamente favorable con encapsulación del delirio en ambos sujetos.

**Conclusiones:** Se trata de un trastorno raro en la práctica común. En nuestro caso se dan la mayoría de los factores predisponentes descritos en la bibliografía y se observa una favorable evolución al tratamiento farmacológico. La literatura recomienda realizar también intervención en el ambiente, facilitando la separación de los sujetos debido a la importancia del apoyo mutuo en el mantenimiento del delirio. De este modo, se describe la desaparición de la idea delirante en el sujeto inducido sin necesidad de tratamiento farmacológico. En nuestro caso, no ha sido posible realizar dicha intervención ambiental.

#### PO-186-MI

##### VIOLENCIA Y DISOCIACIÓN

J.M. Arcega Felipe  
*Institut Psiquiàtric (iaPs). Barcelona.*

**Introducción:** Los actos violentos son cometidos a menudo por personas sin historial previo delictivo ni conductas de agresividad. No hay mucha literatura que revise la relación entre violencia y disociación.

**Objetivos:** Describir un caso de parricidio en el que la acción delictiva se produjo presumiblemente bajo un estado disociativo.

**Metodología:** Entrando en los pormenores de lo ocurrido detalla que aquel día perdió el control, no sabe si por el golpe que recibió en la cabeza-su padre lo golpea con un objeto contundente por la espalda- o por los gritos de su madre y su hija, habiendo temido por la vida de ésta. También refiere el haberle pasado en ese momento por la mente imágenes desagradables de los malos tratos ocurridos en su vida, como si se encontrara reviviéndolos. Explica todo como una pesadilla confusa en la que se entremezclan los hechos y como según transcurrieron los minutos siguientes comenzó a ser consciente de la dimensión de lo ocurrido haciendo énfasis en que jamás tuvo pensamientos de realizar lo que hizo.

**Resultados:** Los hechos del parricidio ocurren en segundos tras ser agredido brutalmente por su padre acabando violentamente con la vida de sus progenitores. El imputado manifiesta en todo momento el que nunca tuvo la idea de proferir agresión alguna y no sabe explicar su comportamiento al mismo tiempo que admite el haberlos cometido.

**Conclusiones:** Este caso junto con estudios preliminares a este respecto apuntan a que debería hacerse una detección rutinaria de la presencia de un estado disociativo en delinquentes con conductas violentas.

## PO-198-MI

### PRINCIPIOS ASISTENCIALES, JURÍDICOS, FILOSÓFICOS Y BIOÉTICOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

J.M. Bertolín, G. Esteve, S. Hernández Campos, E. Ferrer Sánchez, C. López y A.I. Sanz  
*Hospital Arnau de Vilanova.*

**Introducción:** El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) sigue planteando cuestiones importantes de distinto tipo que mantienen vivos los debates dentro y fuera de nuestras fronteras, pero las cuestiones bioéticas subyacentes no han sido objeto especial de estudio hasta la fecha.

**Objetivos:** Determinar las principales cuestiones asistenciales, jurídicas, filosóficas y bioéticas implicadas en el TAI para contribuir a elucidar los conflictos bioéticos que plantea dicho tratamiento.

**Metodología:** Revisión de la literatura biomédica periódica y no periódica internacional y nacional con foco en las principales revistas de bioética repertoriadas en Medline.

**Resultados:** Se analizan: 1. Los principios programáticos básicos del modelo comunitario de atención en salud mental (autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensividad, equidad, responsabilidad y calidad). 2. Los principios jurídicos rectores del TAI (principio de respeto a la dignidad personal y a los derechos humanos, principio de legalidad, de necesidad, de congruencia, de prohibición de exceso, de temporalidad y programación, de idoneidad de medios, de asistencia y cuidado, de documentación de actuaciones, de participación, y de revisión y fiscalización). 3. Las disposiciones fundamentales que serían necesarias para una legislación específica de la salud mental en nuestro país. 4. Los fundamentos bioéticos básicos de la restricción de las libertades que implica el TAI (el beneficio del paciente y el de la sociedad).

**Conclusiones:** El TAI es un medio extraordinario de intervención terapéutica, aplicable sólo en ausencia de alternativas asistenciales menos restrictivas y cuando el autogobierno del paciente está gravemente comprometido.

## PO-335-MI

### ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS DEL TRATAMIENTO COMBINADO CON INTERFERÓN Y RIBAVIRINA

J.M. López, F. Rosagro, J.F. Tello, M. Herrera y S. Martínez  
*CSM-CAD Cieza.*

**Introducción:** La administración combinada del interferón y ribavirina es el tratamiento actual de la hepatitis crónica C, principal causa de enfermedad crónica hepática. La prevalencia del virus de la hepatitis C en la población psiquiátrica es importante. Los efectos secundarios neuropsiquiátricos aparecen en un 20% de los pacientes. Los síntomas neuropsiquiátricos a pesar de ser sutiles pueden llegar a ser invalidantes y a menudo obligan a reducir dosis e incluso a la retirada del tratamiento.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es describir la posible sintomatología psiquiátrica debida al tratamiento combinado con interferón y ribavirina mediante la presentación de dos casos clínicos.

**Metodología:** Se exponen dos casos clínicos de pacientes en tratamiento con interferón y ribavirina, en el primero aparece sintomatología depresiva y en el segundo caso síntomas psicóticos.

**Resultados:** Aproximadamente el 20% de los pacientes psiquiátricamente asintomáticos desarrollarán complicaciones neuropsiquiátricas durante el régimen de interferón y ribavirina. De ellas, la más frecuente y característica es la depresión. Los efectos psiquiátricos adversos están relacionados con la dosis, la duración de la terapia y la vía de administración; normalmente son reversibles, aunque a veces pueden ser persistentes.

**Conclusiones:** La administración de interferón y ribavirina tiene efectos secundarios que deberemos tener presentes, pues inciden de forma negativa en la calidad de vida de los pacientes, interfieren en la adherencia al tratamiento y en la respuesta al mismo. En concreto, las manifestaciones neuropsiquiátricas son la causa más frecuente de abandono del tratamiento.

## PO-336-MI

### PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUALIZADO EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

I. Antizar Moro, S. Barrio, M.T. Zaballa, M.J. Peña, A.M. García y J.C. Andueza  
*Hospital San Juan de Dios. Donostia.*

**Introducción:** En la organización asistencial al enfermo mental contamos en Gipuzkoa con Unidades de Media Estancia, definidas en el decreto 92/2006 como dispositivos hospitalarios diseñados para atender a pacientes cuya situación psicopatológica persiste tras el tratamiento habitual en el CSM o la Unidad de Hospitalización Breve, para proporcionar terapéuticas rehabilitadoras. Atiende a pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) En el tratamiento al TMG, se indica que cada paciente dispondrá de un profesional de referencia y de un proyecto terapéutico individualizado (PTI). Es un instrumento mixto de evaluación/intervención, consensuado por el equipo terapéutico, que regula las actuaciones e intervenciones encaminadas a conseguir los objetivos establecidos tras la evaluación de sus necesidades, capacidades y psicopatología. Refleja expectativas de un proceso y actúa como guía del mismo.

**Objetivos:** Observar la actividad de mejora en el tratamiento integral del paciente con la implantación del instrumento PTI en la actividad hospitalaria.

**Metodología:** El PTI engloba la evaluación del paciente por parte de los profesionales asignados: valoración psicopatológica, médica, psicológica, enfermería, social, actitudes en terapia ocupacional, y escala HoNOS. Es una evaluación global de su funcionamiento básico, necesidades/ dependencias y objetivos en cada una de las áreas, comunes y específicos para cada profesional. Incorpora la opinión del paciente. Reevaluación de objetivos marcados, al alta, o a los 6 meses de ingreso, si el ingreso se ha prolongado.

**Resultados:** El PTI refleja la coordinación entre diversos programas, acciones y responsables. Implica la participación del equipo terapéutico, con sus niveles de responsabilidad, planteamiento de áreas problema y acciones a seguir para la consecución de los objetivos planteados de forma consensuada.

**Conclusiones:** Los diversos niveles de intervención social y sanitaria deben estar coordinados y ser compatibles. La continuidad de cuidados es un objetivo y una acción explícita en el modelo de atención a las personas con TMG.

## PO-397-MI

### VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA Y PERFIL DEL PACIENTE EN PROTOCOLO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

M.J. Hernández González, M. Gómez Simón, S. Ocio León, L. García González, M. Martínez Morán, C. Artola Lázaro y T. Argüelles Fernández  
*Centro de Salud Mental.*

**Introducción:** La obesidad es un problema de salud pública de primer orden, aumenta la morbi-mortalidad general y es reconocido



como factor de riesgo. Se considera obesidad mórbida con un IMC  $> 40 \text{ kg/m}^2$  o  $> 35 \text{ kg/m}^2$  con enfermedades comórbidas. Una de las intervenciones quirúrgicas para su tratamiento, la bariátrica compleja o mixta, requiere por la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, una valoración previa de salud mental.

**Objetivos:** Analizar variables sociodemográficas, psicobiográficas y de salud, de los pacientes con obesidad mórbida derivados a salud mental para valoración, que puedan influir a la hora de contraindicar dicha operación.

**Metodología:** Se realiza un estudio observacional descriptivo de todos los pacientes derivados por el servicio de endocrinología, desde 2003. Se analizan los datos de la entrevista y encuesta realizada por el equipo de salud mental y su informe de respuesta.

**Resultados:** De los 109 pacientes derivados, 16% no llegaron a completar la valoración. De los 94 pacientes estudiados: el 74% eran mujeres, edad media de  $42,91 \pm 10,1$  años, ocupación principal ama de casa 40,4%, 75,5% casados, estudios primarios un 67%. Tenían antecedentes psiquiátricos personales un 55,3% y familiares un 43,6%. 41,5% tuvieron tratamiento con psicofármacos y 54,3% contacto con salud mental previamente, siendo los trastornos depresivos y alimentarios los más prevalentes. El 12,8% presentó contraindicaciones psiquiátricas a la intervención, siendo los TCA, los motivos de exclusión más frecuentes.

**Conclusiones:** Se constata una alta prevalencia de psicopatología previa y/o concomitante. Aunque esto compromete el éxito del tratamiento, sólo en un pequeño porcentaje de ellos se contraindica la intervención.

#### PO-406-MI

##### ORGASMOS ESPONTÁNEOS INDUCIDOS POR MEDICACIÓN PSICOTROPA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

E. Ferrer, J.M. Bertolín, S. Hernández, G. Esteve, C. López y A. Sanz  
*Hospital Arnau de Vilanova.*

**Introducción:** Están ampliamente aceptados los efectos sexuales secundarios de los psicofármacos, incluyendo el deseo sexual hipactivo, la anorgasmia y la disfunción eréctil como principales disfunciones. En la literatura especializada se han descrito asimismo algunos casos clínicos de orgasmos espontáneos inducidos por diversos psicofármacos.

**Objetivos:** Realizamos una búsqueda bibliográfica en PubMed acerca de los orgasmos espontáneos inducidos por medicación psicotropa, así como de otras posibles causas de este fenómeno.

**Metodología:** Estudio descriptivo, con revisión bibliográfica en PubMed.

**Resultados:** Se han encontrado varios artículos en literatura nacional e internacional en los que se publican casos y series de casos de orgasmos espontáneos inducidos por psicofármacos tales como mirtazapina, venlafaxina, paroxetina, citalopram, bupropión asociado a sertralina, trazodona, clomipramina, fluoxetina, amineptino y ziprasidona. Asimismo hemos encontrado publicaciones sobre otras posibles causas de este fenómeno como tumores intracraneales, focos epileptógenos y realización de entrenamiento autógeno en ejercicios del plexo solar.

**Conclusiones:** A pesar de que los efectos secundarios sexuales más frecuentes de los psicofármacos son la disminución del deseo sexual, la anorgasmia y la disfunción eréctil, también se han descrito casos de orgasmos espontáneos y sensaciones genitales desagradables e involuntarias asociadas al uso de algunos psicofármacos. En estos casos habrá que descartar otras posibles causas de este fenómeno, como tumores intracraneales y focos epileptógenos, que requerirían un tratamiento específico. Una vez descartadas estas causas, el abordaje requerirá la suspensión del fármaco causante, con o sin introducción de tratamiento coadyuvante (se ha propuesto en la literatura la utilización de dosis bajas de risperidona).

#### PO-417-MI

##### PRODUCCIÓN ARTÍSTICA EN LA ENFERMEDAD BIPOLAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.J. Ramírez, P. Baos, B.S. Baón y E. Segura  
*Hospital General de Ciudad Real.*

**Introducción:** La enfermedad mental se ha asociado a la producción artística, tanto en sus aspectos diagnósticos como terapéuticos. El trastorno bipolar, especialmente, es una patología relacionada con expresiones artísticas espontáneas y cambiantes según la fase de la enfermedad.

**Objetivos:** Presentar la producción artística naif de una paciente diagnosticada de esquizofrenia primero y trastorno bipolar finalmente.

**Metodología:** Reproducción fotográfica con comentarios de una selección de poemas y dibujos de varios cuadernos completados por la paciente durante el año anterior al ingreso.

**Resultados:** Se presentan poemas de muy diverso tono y contenido. En algunos usa un lenguaje que denomina corego, inicialmente con su propia sintaxis y, más adelante, con un alfabeto en el que yuxtapone elementos de otros existentes con símbolos matemáticos. Junto a ellos, diseños de mapas e ingeniería que adquieren sentido en un delirio extravagante.

**Conclusiones:** Si se produce y es accesible, la producción artística espontánea puede proporcionar información útil para el diagnóstico.

#### PO-423-MI

##### BIOÉTICA EN PSIQUIATRÍA

R. Gómez y P. Herbera  
*Hospital Universitario Son Dureta.*

**Introducción:** La bioética en psiquiatría es un campo de estudio que ha tenido principal relevancia a lo largo del siglo XX. Para comprender qué es la bioética hay que tener claros otros conceptos: La moral son las reglas o normas por las que se rige la conducta de un ser humano en relación con la sociedad y consigo mismo y no acarrea por sí solo el concepto de malo o bueno. La ética estudia qué es lo moral, cómo se justifica racionalmente un sistema moral, y cómo se ha de aplicar ésta posteriormente a los distintos ámbitos de la vida social. Por tanto concluimos que la bioética se encarga de estudiar qué es la moral en el terreno de la conducta humana.

**Objetivos:** Queremos realizar una revisión histórica de la bioética en psiquiatría desde la edad media hasta día de hoy.

**Metodología:** Mediante una revisión bibliográfica, retrospectiva observacional abarcaremos los acontecimientos históricos fundamentales que cambiaron el rumbo de la bioética en psiquiatría y en otras áreas de la medicina.

**Resultados:** La bioética en una disciplina relativamente nueva en nuestra especialidad que ha ido cambiando a lo largo de los siglos hasta llegar a conseguir un modelo basado en la autonomía y beneficencia del paciente, fundamentalmente.

**Conclusiones:** A pesar de los cambios que ha experimentado a lo largo de la historia, la bioética es una materia que aun requiere más conocimiento y dedicación. Aun son pocos los profesionales que tienen una formación adecuada en bioética.

#### PO-438-MI

##### DESDE LO CARACTERIAL AL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. INTERVENCIÓN FRENTE A LA CRONIFICACIÓN DEL TOC

L. García González, M. Martínez Morán, M.J. Hernández González, M. Gómez Simón y S. Ocio León  
*Centro de Salud Mental Mieres.*

**Introducción:** Se presenta el caso de una mujer, de 26 años, que sobre un fondo caracterial se va cristalizando un trastorno obsesivo compulsivo.

**Objetivos:** Analizar factores etiopatogénicos, encuadre del TOC en las nuevas clasificaciones, aportaciones de las técnicas de neuroimagen, comorbilidad, tratamiento y evolución.

**Metodología:** Presentación y análisis de un caso real.

**Resultados:** A partir de un fondo caracterial seguido longitudinalmente con rasgos dependientes y de evitación emocional, el proceso de la paciente evoluciona hacia un TOC sobre el cual aplicamos tratamiento integral con abordaje psicoterapéutico y farmacológico consiguiendo incidir en la cronificación de la sintomatología.

**Conclusiones:** El TOC es un trastorno bastante común con una prevalencia al mes y durante toda la vida del 1,3 y el 2,5% respectivamente, cuyo inicio temprano es común y con un componente familiar importante. Destacamos la detección precoz de la enfermedad y la identificación de los factores de mal pronóstico, así como la importancia del abordaje integral para incidir en la cronificación del trastorno.

#### PO-456-MI

##### FUNCIONAMIENTO SEXUAL EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE DÍA

C. Vázquez Ventoso, D. Miguel Arias, E. Fontela Vivanco, R. González González, J. Vicente Alba, P. Suárez López y J. Cubillo Sánchez  
*Hospital Marítimo de Oza-CHUAC.*

**Introducción:** Las alteraciones en el funcionamiento sexual son frecuentes en los pacientes psiquiátricos, por efectos secundarios de la medicación y por la propia enfermedad.

**Objetivos:** Se pretende evaluar el funcionamiento sexual en pacientes ingresados en hospital de día.

**Metodología:** Se estudia una muestra de pacientes ingresados en hospital de día ( $n = 28$ ), aplicándoseles la escala de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts. Se analizan los resultados mediante SPSS 17.0.

**Resultados:** El 78,6% de la muestra son varones. Los diagnósticos más frecuentes son el de esquizofrenia paranoide (60,7%) e indiferenciada (17,9%). Del total de la muestra el 39,3% tiene una ausencia total de interés y el 28,6% una capacidad de excitación totalmente ausente. El 42,9% presenta ausencia para conseguir el orgasmo. El 42,9% presenta una ausencia completa de satisfacción global. Diferenciando entre sexos presentan ausencia total de interés el 31,8% de los varones frente al 66,7% de las mujeres. El 27,3% de varones presenta una capacidad de excitación marcadamente disminuida y el 50% de mujeres totalmente ausente. Presentan una ausencia total de capacidad de conseguir el orgasmo el 36,4% de los varones y el 66,7% de las mujeres. El 59,1% de los varones tienen ausencia o una capacidad marcadamente disminuida de erección. La satisfacción global es totalmente ausente en el 36,4% de los varones y en el 66,7% de las mujeres.

**Conclusiones:** Las alteraciones en el funcionamiento sexual son frecuentes en la muestra. En los varones destaca en particular las alteraciones en la erección. Las mujeres presentan mayores puntuaciones en todos los ítems (mayor disfuncionalidad).

#### PO-457-MI

##### ACTITUDES HACIA LA MEDICACIÓN EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL DE DÍA

D. Miguel Arias, C. Vázquez Ventoso, E. Fontela Vivanco, M.J. Ávila González, J.R. Silveira Rodríguez, S. Gómez Pardiñas y J. Cubillo Sánchez  
*Hospital Marítimo de Oza-CHUAC.*

**Introducción:** La ausencia de conciencia de enfermedad y el rechazo hacia la medicación es uno de los principales problemas en nuestra práctica clínica habitual. En los pacientes con trastornos psicóticos la falta de insight condiciona el pronóstico y es uno de los principales motivos para el abandono de la medicación.

**Objetivos:** En el presente estudio se pretende evaluar las actitudes hacia la medicación en pacientes ingresados en hospital de día.

**Metodología:** Se estudia una muestra de pacientes ingresados en hospital de día ( $n = 28$ ), aplicándoseles la escala de Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI). Se analizan los resultados mediante el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows.

**Resultados:** El 78,6% de la muestra son varones. El diagnóstico más frecuente es el Esquizofrenia Paranoide (60,7%), seguido del de esquizofrenia indiferenciada (17,9%). El restante se reparte entre esquizofrenia residual, t. delirante, t. esquizoafectivo, t. bipolar, t. distímico y TOC. Todos reciben medicación antipsicótica. El 25% de los pacientes presenta puntuaciones de 18 y el 21,4% de 17. La puntuación media total fue de 16,86. Entre los pacientes con esquizofrenia, los del subtipo paranoide presentaron una puntuación media de 16,76 frente a una media de 16,6 en Indiferenciada y de 18 en residual. Los pacientes con t. esquizoafectivo puntuaron medias de 16, los de t. bipolar y t. distímico de 17 y los de TOC de 19.

**Conclusiones:** Los pacientes con t. psicóticos presentaron peor actitud hacia la medicación, destacando entre ellos los diagnosticados de trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia indiferenciada.

#### PO-458-MI

##### SOBRECARGA DE CUIDADOR EN FAMILIARES DE PACIENTES PSICÓTICOS

R. González Martínez, C. Vázquez Ventoso, E. Fontela Vivanco, D. Miguel Arias, R. Rey Pousada, M.C. García Pinto, P. Suárez López y J. Cubillo Sánchez  
*Hospital Marítimo de Oza-CHUAC.*

**Introducción:** Los pacientes con trastornos psicóticos a menudo presentan síntomas que generan alteraciones de la dinámica familiar y ocasionan sentimientos de sobrecarga en los cuidadores principales. La escasez de recursos para este tipo de pacientes agrava aún más la sobrecarga que puede suponer la propia enfermedad.

**Objetivos:** En el presente estudio se pretende evaluar la sobrecarga en familiares de pacientes psicóticos que acuden a terapia de grupo en Hospital de día.

**Metodología:** Se estudia una muestra de 10 familiares, a los que se aplica la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Se analizan los resultados mediante el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows.

**Resultados:** Entre los pacientes el diagnóstico más frecuente es el Esquizofrenia Paranoide (50%), seguido del de esquizofrenia indiferenciada (30%) y t. esquizoafectivo (10%), siendo el 90% varones. Las puntuaciones entre los familiares oscilan entre 49 y 102, presentando Sobrecarga Leve (SL) un 50% y Sobrecarga Intensa (SI) el otro 50%. Entre los pacientes con familiares con SL, el 80% son varones y el 20% mujeres. El 100% de los de SI son varones. De los pacientes con esquizofrenia paranoide, el 20% de los cuidadores presentan SL, y el 80% SI. El 100% de los familiares de pacientes con esquizofrenia indiferenciada presentan SL.

**Conclusiones:** Todos los familiares estudiados presentaban sobrecarga. Un 50% presentaban sobrecarga intensa y el otro 50% leve. Los familiares de pacientes con esquizofrenia paranoide presentaban mayor sobrecarga que los de esquizofrenia indiferenciada.

#### PO-474-MI

##### SITUACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

E.L. Gómez Durán, C. Martín Fumadó, E. Barbería Marcalain y A. Pujol Robinat  
*CAEMil. Parc Salut Mar. Santa Coloma de Gramanet.*

**Introducción:** El tratamiento ambulatorio involuntario (TAI), de amplia implantación a nivel internacional, es una medida controvertida no regulada legalmente en España.

**Objetivos:** Describir la situación actual nacional e internacional del TAI.

**Metodología:** Revisión de literatura científica y textos legales nacionales e internacionales.

**Resultados:** En España, la intervención clínica sin el consentimiento del paciente está contemplada en la Ley 41/2002 “de Autonomía del paciente” y la Ley de Enjuiciamiento Civil (internamiento involuntario y declaración de incapacidad civil), al margen de las medidas de seguridad que recoge el Código Penal. En 2004 se presentó la Proposición de Ley 122/000085 sobre regulación del TAI que no prosperó legislativamente. En 2007, el Proyecto de Ley 121/000109 de “Jurisdicción voluntaria”, que contemplaba la autorización judicial de los tratamientos involuntarios de personas con trastornos psíquicos, fue retirado por el Gobierno. Sin embargo, existen publicaciones descriptivas de prácticas equivalentes al TAI en nuestro país. A nivel internacional, el TAI se representa por diferentes figuras: “assisted outpatient treatment”, “involuntary outpatient commitment” o “community treatment orders”.

**Conclusiones:** El TAI, ampliamente desarrollado en la legislación internacional, carece de una regulación específica en España. Los intentos de avances legislativos han resultado infructuosos. Sin embargo, la probable utilidad del TAI en determinados casos de trastorno mental severo con un mal curso evolutivo pero sin criterios de ingreso psiquiátrico, recomienda proseguir los esfuerzos legislativos en la materia.

#### PO-488-MI

##### GESTIÓN POR PROCESOS: SUBPROCESO DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TCA

P. Valladares, A. González, C. Gómez, J. Alonso y M. Jalón  
*Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Introducción:** Ante la progresiva implantación de la gestión por procesos en los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias, se desarrolla este subproceso para la atención integral en régimen de hospitalización completa de pacientes diagnosticados de TCA en fase de descompensación.

**Objetivos:** Descripción del subproceso de hospitalización de pacientes con diagnóstico de TCA en fase de implantación en los Servicios de Salud Mental del Hospital Central de Asturias (HUCA).

**Metodología:** Revisión de protocolos de actuación y gestión por procesos en diferentes hospitales nacionales, adaptando los mismos a las necesidades y recursos disponibles en nuestro hospital.

**Resultados:** Una vez definido el proceso, y teniendo en cuenta a los clientes como eje central del mismo (pacientes, familiares/tutores y juzgado), se plantea como misión proporcionar tratamiento integral e intensivo en régimen de hospitalización completa a pacientes diagnosticados de TCA en fase de descompensación orgánica y/o psicológica que no responden al tratamiento en otros niveles asistenciales, de cara a lograr la estabilización clínica y retomar el tratamiento en el nivel asistencial derivante. De igual modo, se señalan límite inicial y final, así como entradas y salidas, describiendo finalmente el subproceso objeto de esta comunicación.

**Conclusiones:** El modelo de gestión de procesos ordena la práctica clínica, teniendo como eje central al cliente.

#### PO-531-MI

##### FORMULACIÓN CULTURAL ABREVIADA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

C. Peláez Fernández y L. Caballero Martínez  
*HUPH Majadahonda.*

**Introducción:** La formulación cultural (FC) del DSM- IV es el más importante método de evaluación cultural pero no ha sido suficientemente desarrollado. Presentamos un caso que presentó dificultad

diagnóstica y en el que el uso de la formulación cultural fue esencial para establecer una buena relación terapéutica y asegurar el cumplimiento de las recomendaciones.

**Objetivos:** Realizamos una propuesta de formulación cultural abreviada basada en un caso clínico tratando de: -Identificar los principales factores culturales; -Unir esta FC abreviada con la formulación clínica general; -Mostrar la efectividad en llegar a un diagnóstico diferencial y conseguir adherencia terapéutica.

**Metodología:** Caso clínico: F, de 23 años y origen marroquí, acudió a urgencias de un hospital general por sintomatología maniaca y fue diagnosticada de trastorno bipolar y abuso de alcohol y cannabis. En el eje II se observaron rasgos de personalidad del cluster B y en el eje IV se objetivaron problemas psicosociales y ambientales (conflicto emocional-sexual: pareja homosexual y matrimonio acordado heterosexual). Dos años antes se había fugado a otra ciudad con una vecina homosexual, en respuesta a un inminente matrimonio acordado que no era deseado por la paciente. En ese contexto empezó a frecuentar ambientes marginales e inició consumo de tóxicos (cocaína, “para la fiesta” y cannabis, “para relajarme y pensar en la familia”).

**Resultados:** Al alta discontinuó el tratamiento, pero en el segundo ingreso, un mes después, se realizó una formulación cultural y se proporcionó un modelo explicativo biológico que justificaba la necesidad de tomar tratamiento farmacológico y de mantener la abstinencia de tóxicos, frente a las diversas explicaciones de la enfermedad que habían predominado entre los familiares hasta ese momento: Su familia pensaba que estaba “embruja” por el diablo. Su hermana creía que se trataba de un problema de personalidad. La paciente creía que la causa era el consumo de drogas y su “apego por la fiesta”. Los clínicos ofrecieron un modelo explicativo biológico que proponía la predisposición biológica para desarrollar manía, desencadenada por su consumo de drogas y otros factores de vulnerabilidad. Las peculiaridades culturales de la paciente contribuyeron a la dificultad diagnóstica inicial, probablemente influida también por reacciones contratransferenciales de los clínicos que la atendieron.

**Conclusiones:** La incorporación de la formulación cultural abreviada en la evaluación y el tratamiento del caso fue crucial en la construcción de una alianza terapéutica, lo que hizo posible reformular su condición psiquiátrica y presentar sus causas de una nueva manera aceptable para todos y asociar el tratamiento a la principal motivación de la paciente (poder realizar su matrimonio acordado). A partir de ese momento, la adherencia al tratamiento mejoró y el caso evolucionó favorablemente. Una FC abreviada válida podría tener una gran utilidad en la psiquiatría clínica mientras que la FC clásica corre el riesgo de terminar en desuso, lo que empobrecería la práctica psiquiátrica y limitaría su aceptación como una rama de la medicina.

#### PO-599-MI

##### PROGRAMAS DE SALUD FÍSICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE (EMG): EXPERIENCIAS DEL PROGRAMA WELLNESS

A. Gervás-Ríos, F. Chacón e I. Gilaberte  
*Lilly, S.A.*

**Introducción:** Los pacientes con EMG presentan peor salud física y menor esperanza de vida que la población general. Existen programas de intervención en hábitos de vida, como el programa Wellness, para mejorar la salud de estos pacientes.

**Objetivos:** Realizar una revisión de la literatura sobre los estudios llevados a cabo para medir la eficacia del programa Wellness para mejorar la salud física de los pacientes con EMG.

**Metodología:** Se realiza una búsqueda bibliográfica en MedLine, Embase, Biosis y PsychInfo de los estudios que se hayan realizado con el programa Wellness.

**Resultados:** El programa Wellness fue creado como un programa de intervención en hábitos de vida en pacientes con EMG. Se han identificado los estudios realizados en los que se ha utilizado este programa, observándose una metodología de estudio muy diversa. La eficacia del mismo es medida de manera diferente y utilizando diversas variables: cambios en el peso, cambios en el índice de masa corporal (IMC), cambios en parámetros endocrinos (niveles de glucosa, triglicéridos, colesterol) y/o cambios en la calidad de vida.

**Conclusiones:** Los estudios presentados muestran la eficacia en pacientes con EMG del programa Wellness en el mantenimiento o mejora de las variables analizadas.

## PO-620-MI

### SENTIMIENTOS EXPERIMENTADOS DURANTE EL JUEGO PATOLÓGICO

D.C. de la Vega, P. Sánchez, A. Alegría, J. Pérez-Templado, A. Ibáñez y J. Saiz  
Unidad de Ludopatía. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Ramón y Cajal. IRYCIS. CIBERSAM.

**Introducción:** La compulsividad y la impulsividad se localizan en polos opuestos, pero la observación clínica nos permite comprobar que ambos polos pueden darse a la vez en un mismo caso. Esto ha llevado a ciertos autores (Hollander) a plantear la existencia de un espectro obsesivo compulsivo, en el que estaría incluido el JP. Tanto en la compulsión como en la impulsividad, existe el deseo no controlable de realizar un acto que el sujeto realiza de forma repetitiva. Previo a la realización del acto el sujeto experimenta un malestar significativo que alivia con la realización del acto, que obedece a la obsesión, como el acto impulsivo, que obedece en principio a los deseos del individuo, aunque posteriormente experimentan malestar. Un hecho diferenciador entre la compulsión y la impulsividad es que en la primera es egodistónica y por lo tanto no se obtiene placer por la realización del acto, si acaso alivio del malestar, mientras que en la impulsividad el acto en sí puede ser placentero.

**Objetivos:** Estudiar las sensaciones experimentadas por un grupo de jugadores patológicos mientras jugaban y su congruencia con el concepto de compulsión.

**Metodología:** Se elaboró un protocolo de evaluación para el diagnóstico del Juego patológico (JP) previo al ingreso en la Unidad de Ludopatía. El protocolo incluía una entrevista semiestructurada de antecedentes personales y de juego así como diversas escalas: criterios DSM, South Oaks, SCID I y II, Hamilton de ansiedad y depresión y TCI-R entre otros. Entre las preguntas incluidas en la entrevista de juego y que se utilizaron para el objetivo de este trabajo se encontraban: A) Sensación que experimentaban durante el juego: 1. Placer/gratificación. 2. Descarga de tensión. 3. Olvida de problemas. 4. Genera tensión angustia. 5. Otros. B) Sensación que experimentaban justo después de jugar: 1. Depende de si gana o pierde. 2. Sentimientos negativos. 3. Sentimientos positivos. 4. Rabia/enojo. 5. Indiferente. 6. Otros.

**Resultados:** Respecto a la primera variable, "sensación experimentada durante el juego", los resultados observados fueron los siguientes: 1. Placer/gratificación 17,6%. 2. Descarga de tensión 20,3%. 3. Olvida de problemas 18,9%. 4. Genera tensión angustia 32,4%. 5. Otros 10,8. Respecto a la segunda variable, "Sensación que experimentaban justo después de jugar", se obtuvieron estos resultados: 1. Depende de si gana o pierde 39,2%. 2. Sentimientos negativos 54,1%. 3. Sentimientos positivos 0%. 4. Rabia/enojo 0%. 5. Indiferente 5,4%. 6. Otros 1,4%.

**Conclusiones:** Como se observa, sólo el 32,4% (genera tensión) lo describió como egodistónico en la primera variable y un 54,1% (sent. negativos y rabia/enojo) para la segunda. Además, hasta un 17,6% afirmaron sentir placer mientras jugaban, y hasta un 39,2% lo habían podido sentir justo después de jugar. Así pues, los datos

obtenidos de nuestra muestra no permiten asemejar el juego patológico dentro del concepto de compulsión tal y como es entendido en el TOC.

## PO-626-MI

### ¿EXISTE LA DEPENDENCIA A INTERNET? DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

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

**Introducción:** La aparición y posterior generalización del uso de internet ha supuesto cambios importantes en nuestra manera de vivir y de relacionarnos. Estos cambios en general suponen un avance, pero también pueden ocasionar problemas graves a algunas personas. Actualmente, sobre todo en países asiáticos, se están realizando estudios para definir mejor estos problemas y sus posibles soluciones.

**Objetivos:** A partir de un caso atendido en nuestro centro nos planteamos revisar el diagnóstico y el tratamiento de la dependencia/uso problemático de internet.

**Metodología:** Presentamos el caso de una mujer de 37 años que tras dejar de conectarse a un chat por prescripción de un terapeuta previo refiere gran ansiedad, ideas obsesivas y gran malestar durante meses, cumpliendo los criterios de adicción a internet. A pesar de varios cambios farmacológicos y psicoterapia la respuesta está siendo parcial. A propósito de este paciente realizamos una revisión sistemática de la literatura en Pubmed y Tripdatabase.

**Resultados:** Todavía existe cierto debate, pues algunos expertos consideran que la dependencia a internet puede ser sólo un trastorno secundario a otras patologías subyacentes, pero en general se acepta su existencia. En 1995 Goldberg propone que se incluya en las clasificaciones oficiales, y aunque se han hecho muchos estudios, todavía no disponemos de criterios estandarizados para su diagnóstico. En la mayoría de los casos no llega ser un trastorno grave y suele ser autolimitado a unos meses, pero ocasiona consecuencias negativas en los estudios/trabajo o la familia. Puede presentar varias modalidades en función del uso que se haga de Internet, con juegos, conductas sexuales o chats. Actualmente se clasificaría, como el juego patológico, en los trastornos del control de impulsos, pero esto está en discusión y seguramente se reclasifique en el futuro. Los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos empleados son los que se recomiendan para dependencias.

**Conclusiones:** En algunas personas el uso desadaptativo de Internet puede ocasionar problemas graves con características similares a las dependencias.

## PO-649-MI

### PERFIL DEL PACIENTE QUE ALARGA LA ESTANCIA EN UNIDAD DE ESTANCIA CORTA DE PSIQUIATRÍA

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

**Introducción:** Las unidades de estancia corta son una alternativa intermedia entre las unidades de observación y unidades de agudos. En determinadas circunstancias se deriva a los pacientes a unidades de agudos, pero a veces es necesario prolongar el ingreso.

**Objetivos:** Describir al paciente que prolonga la estancia en estas unidades o es derivado a agudos y compararlo con el paciente que realiza ingresos más cortos.

**Metodología:** Se estudia una muestra de 350 pacientes ingresados en la unidad de estancia corta de un hospital de tercer nivel desde 01/03/08 hasta 01/03/10. Se analizan variables sociodemográficas y diagnósticas de los pacientes que realizan un ingreso de más de 7 días.



**Resultados:** Un 68,3% de los ingresos son de más de 7 días. Un 54% son mujeres y la media de edad es de 44 años. El 34,3% ingresó por sintomatología psicótica y los diagnósticos en eje I más frecuentes al alta son diagnósticos en la esfera psicótica. Un 11,4% presentan patología médica concomitante, destacando la patología neurológica.

**Conclusiones:** Muchos de los pacientes que ingresan en una unidad de estancia corta acaban haciendo un ingreso largo, siendo los factores de riesgo más importantes la existencia de un trastorno psicótico o la necesidad de mantener el ingreso debido a patología médica concomitante, al situarse la unidad en una planta de hospital general. Existen más factores asociados a estancias largas, como la existencia de problemas sociales y la falta de recursos asistenciales de forma inmediata para cada paciente.

## PO-700-MI

### COMPARACIÓN DE PARÁMETROS ANALÍTICOS METABÓLICOS Y TIROIDEOS ENTRE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE ORIGEN ESPAÑOL Y MAGREBÍ

M. Guitart, A. Blázquez, J.C. Rodríguez, R. Planet, M. Malo, A. Pérez, X. Viladrich, M. Puig y E. Nieto  
*Althaia Xarxa Assistencial de Manresa.*

**Introducción:** Desde hace tiempo se sabe la importancia de las alteraciones tiroideas en la patología psiquiátrica, así como la posible relación de los niveles de colesterol con la conducta suicida. En los últimos años se está poniendo de manifiesto también la importancia del control del perfil lipídico y de los niveles de glucemia en los pacientes psiquiátricos. Sin embargo hasta ahora no se ha analizado la posible influencia de factores étnicos en los niveles de las hormonas tiroideas o de los parámetros metabólicos de los pacientes psiquiátricos.

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias significativas de los parámetros metabólicos y de las hormonas tiroideas en los pacientes ingresados en una unidad psiquiátrica de agudos según sean de origen español o magrebí.

**Metodología:** De todos los pacientes ingresados en nuestra unidad de agudos durante el año 2008 se seleccionaron todos los varones en cuya analítica de ingreso se hubiera determinado los niveles de colesterol, triglicéridos, glucemia así como las hormonas tiroideas (TSH y T4). Utilizando estadística no paramétrica (U de Mann-Whitney) se compararon los valores de todos esos parámetros analíticos entre los pacientes de origen español y magrebí.

**Resultados:** En total se hallaron 220 ingresos de pacientes varones españoles y 12 de pacientes magrebíes en cuya analítica de ingreso se determinaron los parámetros señalados. Se observó una diferencia significativa entre ambos grupos en los niveles de colesterol ( $p < 0,024$ ,  $Z = -2,26$ ) y de triglicéridos ( $p < 0,02$ ,  $Z = -2,239$ ) que fueron inferiores en los pacientes magrebíes. Por el contrario los niveles de T4 fueron significativamente superiores ( $p < 0,033$ ,  $Z = -2,136$ ) en los pacientes magrebíes frente a los españoles. No se hallaron diferencias significativas entre ambos grupos en los niveles de glucemia, HDL colesterol o TSH. Cuando se controla la variable edad sólo permanecen significativas las diferencias entre niveles de colesterol y triglicéridos ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes psiquiátricos varones ingresados en una unidad de agudos de origen magrebí y español presentan un perfil metabólico y hormonal tiroideo que difiere significativamente entre sí. Estas diferencias pueden deberse en parte a la menor edad media del grupo magrebí y deben tenerse en cuenta en aquellos estudios de trastornos mentales o conducta suicida que analicen estos parámetros.

## PO-704-MI

### PERFIL CLÍNICO Y SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS PSIQUIATRAS ATENDIDOS EN EL PROGRAMA PAIMM BARCELONA (1999-2010)

M.M. Valls Bonet, F. Villar Cabeza, M. Jabalera Balcells, M. Belda Aguado, J.E. Montejo Celis, D. Braquehais Conesa, P. Lusilla Palacios y M. Casas Brugué  
*Hospital Vall d'Hebron.*

**Introducción:** El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo de Barcelona (PAIMM) surgió hace una década con el fin de atender a médicos con problemas de salud mental.

**Objetivos:** Describir y analizar las variables clínicas y sociodemográficas de los psiquiatras atendidos en el programa PAIMM.

**Metodología:** Se analizaron retrospectivamente 1107 historias clínicas de médicos atendidos de noviembre de 1998 hasta mayo de 2010 en el PAIMM.

**Resultados:** 42 (3,8%) médicos eran psiquiatras. El 50% de los psiquiatras eran varones y el 50% mujeres. La media de edad era de 45,9 años (desviación típica: 8,9). El 78,6% consultó al programa de forma espontánea y voluntaria, 11,8% inducido por superiores o colegas y 4,8% tras una información confidencial llegada al colegio de médicos. Entre los diagnósticos, destacaban: trastornos afectivos (24,3%), dependencia de alcohol (19,5%), trastornos adaptativos (14,6%), dependencia de estimulantes (12,1%), trastornos psicóticos (4,8%) y trastornos de ansiedad (4,8%). Entre los antecedentes personales sobresalían los trastornos afectivos (51,2%) y la dependencia de alcohol (14,6%). Un 9,8% tenía historia de ingreso psiquiátrico previo y 2,4%, historia de intentos de suicidio. Un 26,8% tenía antecedentes de trastornos afectivos en familiares de primer grado, 14,6% de dependencia del alcohol y 17,1% de trastornos de ansiedad.

**Conclusiones:** Los psiquiatras pueden padecer enfermedades mentales, en especial trastornos afectivos y dependencia de alcohol. Nuevos esfuerzos preventivos deberían desarrollarse en el futuro para disminuir la prevalencia de trastornos mentales en este grupo de profesionales.

## PO-725-MI

### ASOCIACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA Y EL USO DE LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN PERSONAS CON RETRASO MENTAL

C. Gutiérrez, C. Chiclana, D. Rama y M. Calvo  
*Complejo Asistencial Benito Menni.*

**Introducción:** Las personas con Retraso Mental (RM) presentan psicopatología y alteraciones conductuales que pueden originar un uso excesivo de fármacos y de la Contención Mecánica (CM) como alternativa inespecífica.

**Objetivos:** Valorar si existe asociación entre la psicopatología presente en un grupo de pacientes con Retraso Mental y el uso de la CM.

**Metodología:** Recogida de datos de la historia clínica. Evaluación con la escala DASH-II. Análisis estadístico con el test de la t de Student, de Levene y ANOVA.

**Resultados:** 66 mujeres. Edad media: 43,8 años. Tiempo medio de ingreso: 18 años. Cociente intelectual medio: 39. Funcionamiento global medio: 46%. El 77,3% no presentaba patología del Eje I. El 51,1% precisaba el uso de algún tipo de CM, 39,4% esporádica, 34,8% nocturna y 9,1% diurna. Las puntuaciones en el DASH-II fueron más patológicas en el caso de las pacientes que precisaban CM. Hubo diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas del DASH-II excepto en autismo y estereotipias. Uso de neurolépticos (84%), antidepresivos (39,5%), estabilizadores (51,5%), antiepilépticos (24%), benzodiacepinas (62%), otros (82%). Encontramos diferencias estadísticamente significativas en diversas escalas, que resultaban más patológicas en aquellos que tomaban diversos fármacos.

Los que tomaban neurolépticos presentaban puntuaciones más altas en humor, trastornos de la eliminación y trastornos de la conducta sexual.

**Conclusiones:** Aunque la prevalencia de patología del Eje I fue muy baja, encontramos una alta prevalencia de psicopatología. Las pacientes que más precisaban la CM y que más fármacos tomaban presentaban mayor intensidad de la psicopatología. Esto parece indicar que es necesario buscar alternativas a la CM y al tratamiento farmacológico.

#### PO-731-MI

##### PERSONAJES DE LA PSIQUIATRÍA CATALANA DE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX

J.M. Costa Molinari  
*Universidad Autónoma de Barcelona.*

**Introducción:** Se presentan las efigies de los psiquiatras más representativos que han encarnado la Psiquiatría catalana de la segunda mitad del siglo XX.

**Objetivos:** Dejar constancia histórica de quienes han sido autores de las características de nuestra materia académica y profesional.

**Metodología:** Investigación histórica de archivos y centros de documentación.

**Resultados y conclusiones:** Los cincuenta psiquiatras creadores de la Psiquiatría del parte del siglo pasado (1950-2000).

#### PO-732-MI

##### LA PSIQUIATRÍA CATALANA VISTA A TRAVÉS DE LA REVISTA DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA DE ESPAÑA Y AMÉRICA LATINA

J.M. Costa Molinari  
*Universidad Autónoma de Barcelona.*

**Introducción:** Estudio del contenido de la Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de España y América Latinas, donde se perciben los cambios de orientación teórica y práctica desde la creación de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona y la época franquista hasta la instauración de la democracia, las diferentes orientaciones, y actividades más relevantes.

**Objetivos:** Determinar los cambios conceptuales y prácticos experimentados por la psiquiatría contemplados a través de la revista más influyente del periodo 1950 a 1980.

**Metodología:** Análisis bibliométrico de la revista.

**Resultados y conclusiones:** Pone de manifiesto la evolución sufrida según el punto de vista de los redactores de la Revista.

#### PO-733-MI

##### INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD MATERNA EN EL TEMPERAMENTO INFANTIL Y EN LA AUTOCONFIANZA DE LA MADRE COMO CUIDADORA EN LAS PRIMERAS SEMANAS POSTPARTO

R. Martín, M. Jover, J. Colomer, J.M. Carot, C. Larsson, M.T. Bobes, J.L. Ivorra y J. Sanjuán  
*Hospital Clínico Universitario de Valencia. Servicio de Psiquiatría.*

**Introducción:** Diversos estudios han relacionado la ansiedad materna con el temperamento infantil. Sin embargo, existe poca información sobre la relación entre ambas variables durante las primeras semanas tras el nacimiento. El presente estudio analiza la influencia de la ansiedad de la madre durante el posparto inmediato, entre otras variables, sobre el temperamento del bebé a las 8 semanas de vida y sobre la autoconfianza como cuidadora. Se estudiaron prospectivamente 317 díadas madre-hijo, recogiendo datos perinatales, sociodemográficos y maternos. Se obtuvo una relación significativa entre la ansiedad-estado de la madre en los primeros días tras el parto y el temperamento infantil.

**Objetivos:** Analizar la influencia de determinadas variables maternas, sociodemográficas y perinatales sobre el temperamento infantil y la autoconfianza de la madre como cuidadora en las primeras semanas postparto.

**Metodología:** Se realizó un estudio prospectivo con 317 recién nacidos y sus madres. Se registraron datos perinatales y sociodemográficos. La ansiedad y el estado de ánimo de la madre fueron evaluados durante los primeros días después del parto y a las 8 semanas. Se evaluaron el temperamento del bebé y la autoconfianza de la madre como cuidadora a las 8 semanas.

**Resultados:** La ansiedad materna en los días inmediatos posteriores al parto fue la mejor variable predictora de la mayoría de las variables de temperamento infantil evaluadas, incluyendo la irritabilidad, el sueño y la dificultad. Variables del contexto familiar, como el número de personas en casa y el número de hijos, fueron las mejores variables predictoras de la autoconfianza de la madre como cuidadora.

**Conclusiones:** La ansiedad de la madre durante los primeros días tras el parto influye en el temperamento del bebé en las primeras semanas de vida.

#### PO-738-MI

##### SERIE DE CASOS DE CATATONÍA: ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA DE BASE

R. Calero y J. Serra  
*Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen de la Salud.*

**Introducción:** La catatonía es una entidad clínica frecuente pero muchas veces infradiagnosticada. Tradicionalmente vinculada con la esquizofrenia, las investigaciones revelan un abanico de orígenes más amplio, destacando los trastornos afectivos así como alteraciones metabólicas, enfermedades neurológicas, infecciones y drogas.

**Objetivos:** Análisis descriptivo de la patología de base en una muestra de pacientes catatónicos.

**Metodología:** Muestra: 18 pacientes con criterios diagnósticos de catatonía Instrumentos: The Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) y Cuaderno de Recopilación de Datos ad hoc (factores sociodemográficos, historia clínica y psiquiátrica).

**Resultados:** Muestra: edad media: 62,68 años (rango de edad: 31-87). 8 hombres (44, 55%) y 10 mujeres (55, 55%). 9 pacientes (50%) tenían diagnóstico psiquiátrico previo. Resultados BFCRS: presencia media de 8,38/14 síntomas catatónicos por caso (screening); severidad media de 26,18 puntos (máximo: 69). -Diagnóstico de base: encefalitis: 1 paciente; trastornos afectivos (manía y depresión): 6 pacientes; esquizofrenia paranoide: 1 paciente; esquizofrenia paranoide + Asperger: 1 paciente; trastorno esquizoafectivo: 2 pacientes; psicosis inespecífica: 1 paciente; epilepsia: 1 paciente; demencia: 3 pacientes; Parkinson: 1 paciente; hidrocefalia congénita: 1 paciente.

**Conclusiones:** En la muestra de pacientes con catatonía observamos: patologías de base heterogéneas; sólo 2 pacientes tenía el clásico diagnóstico de esquizofrenia. Los trastornos basales más frecuentes fueron los afectivos, seguidos de demencia. Indiferentemente de su diagnóstico principal, se debe estar atento a la presencia síntomas catatónicos en pacientes ingresados. La BFCRS es un instrumento útil en el diagnóstico.

#### PO-740-MI

##### ABORDAJE DE LOS PRIMEROS BROTES PSICÓTICOS CON INYECTABLES DE LARGA DURACIÓN (ILD) DESDE EL HOSPITAL DE DÍA DE PSIQUIATRÍA DE HUESCA

A. Biarge, B. Moles, L. Hijos y P. Aused  
*Hospital de Día de Psiquiatría de Huesca.*

**Introducción:** Los Hospitales Día de Psiquiatría constituyen unidades de hospitalización parcial desde los cuales, a pesar de las di-

ferentes concepciones, se realizan múltiples intervenciones encaminadas a solucionar un problema común como es el que constituye la falta de adherencia al tratamiento farmacológico. Unas de las características de nuestro H. Día de Psiquiatría es el alto porcentaje de ingresos (pacientes con primeros brotes psicóticos), en los que la falta de conciencia de enfermedad supone una gran dificultad para conseguir la adherencia al tratamiento, es un dispositivo idóneo para el tratamiento y seguimiento de ILD. Numerosos estudios han constatado la importancia de la adherencia al tratamiento neuroléptico para evitar recaídas e ingresos hospitalarios.

**Objetivos:** Estudiar y evaluar la adherencia al tratamiento con inyectables de larga duración de pacientes con primeros brotes psicóticos en función del fármaco administrado (zuclopentixol, flufenazina o risperidona) Conocer las causas de las recaídas o reingresos y su repercusión en la reinserción socio-laboral en estos pacientes y en función de la administración de dichos fármacos.

**Metodología:** La muestra está constituida por 23 pacientes que en sus primeros brotes psicóticos han sido tratados con ILD. Se han revisado los datos recogidos en los indicadores de enfermería y de la base de datos administrativos del Equipo del HDPSq en un periodo de tres años y tres meses de los 171 pacientes ingresados en este periodo de tiempo. Para valorar la adherencia al tratamiento se ha registrado el número total de días de retraso en acudir a las citas para la administración del fármaco y si ha habido o no abandono del tratamiento. Los pacientes en tratamiento con risperidona inyectable han estado incluidos en un programa experimental, Programa e-CO, un proyecto para mejorar la adherencia terapéutica mediante

un soporte informático como herramienta para mantener el contacto entre enfermera y cuidador mediante SMS cada 14 días.

**Resultados:** El análisis de datos se ha realizado con el programa estadístico SPSS y se ha utilizado el test de Mann-Whitney para constatar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de pacientes. De los pacientes a estudio el 61% son varones, de los cuales el 76% está en tratamiento con risperidona, el 17% con otros depot (8,5% con zuclopentixol y 8,5% con flufenazida). La media del número total de días de retraso en la administración del fármaco es estadísticamente menor con en el grupo de pacientes en tratamiento con risperidona en comparación con los grupos de pacientes con zuclopentixol y con flufenazida ( $p < 0,01$ ), no existiendo diferencias estadísticas entre estos dos últimos grupos. El 53% de los pacientes se han incorporado al ámbito laboral (44% trabajo protegido y el 9% trabajo ordinario), siendo mayor el grupo de pacientes tratados con risperidona que con el resto de depot (83% y el 17% respectivamente).

**Conclusiones:** Se observa una mayor adherencia al tratamiento y por consiguiente una mayor integración laboral en los pacientes que se les administra risperidona en comparación con el resto de inyectables de larga duración. La risperidona inyectable ha contribuido a mejorar la adherencia al tratamiento, disminuyendo el riesgo de abandono del tratamiento, evitando recaídas y reingresos en el periodo de estudio (7% y 22% respectivamente), previniendo la mala evolución del cuadro y favoreciendo la integración laboral (53%) El programa e-CO ha sido una herramienta de gran apoyo mejorando la continuidad del tratamiento en los pacientes tratados con risperidona (76%).