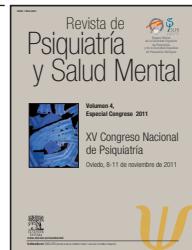


# Revista de Psiquiatría y Salud Mental

[www.elsevier.es/saludmental](http://www.elsevier.es/saludmental)



## PÓSTERES

### XV Congreso Nacional de Psiquiatría

Oviedo, 8-11 de noviembre de 2011

#### Trastornos mentales orgánicos

PO-210

##### PSICOPATOLOGÍA EN LA ENFERMEDAD DE CADASIL

M. Suárez Gómez, A.B. del Rico Viejo, P. Martín Marfil  
y M.J. Jaén Moreno

**Introducción:** La arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leuкоencefalopatía (CADASIL) es un trastorno hereditario causado por la mutación del gen Notch 3, que cursa con alteraciones psiquiátricas en el 20-24%. Presentamos el caso clínico de un varón diagnosticado de Cadasil con manifestaciones psiquiátricas posteriores.

**Metodología:** Se revisó la historia clínica del paciente, con el fin de recoger la cronología y evolución de los síntomas psiquiátricos. Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed de los resultados actuales en cuanto a clínica, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Cadasil.

**Resultados:** El paciente ingresa en 2010, con un cuadro de ideación delirante en el que afirma haber encontrado el remedio a su enfermedad mediante el tratamiento con aloe vera. El paciente permaneció consciente y orientado, poco colaborador y con inquietud psicomotriz los primeros días. El discurso era parco en palabras y reticente a aportar información. Manifestaba ánimo subdepresivo y ansiedad moderada. Se mantuvo irreducible en su convicción delirante, diagnosticándose de Trastorno por Ideas Delirantes (F.22), realizándose sucesivos ajustes farmacológicos con olanzapina y lorazepam, hasta mostrar la idea encapsulada, sin repercusión emocional ni conductual, momento en el que se decidió el alta. La clínica psiquiátrica comienza en 2001, mediante un cuadro depresivo secundario a su enfermedad neurológica, tratado con citalopram con respuesta parcial, sin seguimiento psiquiátrico hasta su ingreso en 2010.

**Conclusiones:** Los estudios en pacientes con Cadasil confirman que las manifestaciones psiquiátricas son frecuentes tanto en el debut como durante la evolución. Debemos plantear un adecuado diagnóstico en los pacientes con psicopatología y antecedentes familiares de ACV, migraña con aura o deterioro cognitivo.

##### Bibliografía

1. Tournier-Lasserre E, Joutel A, Melki J, Weissenbach J, Lathrop GM, Chabriat H, et al. Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy maps to chromosome 19q12. *Nat Genet*. 1993;3:256-9.

PO-212

##### RIESGO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES CON DEMÉNCIA TRATADOS CON ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS VERSUS ATÍPICOS

J.M. Manzano Callejo, R. Manzano Lorenzo, A. Lorenzo Gil,  
J.J. Muñoz García, J.M. Santos García y T. Ortiz Alonso

**Introducción y objetivos:** Los pacientes con demencia pueden presentar una amplia variedad de alteraciones conductuales y psicológicas como agresividad, agitación, alucinaciones e ideas delirantes, que se conocen como BPSD (de sus siglas en inglés, Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia). El objetivo de este trabajo es revisar las diferentes publicaciones acerca de que los antipsicóticos atípicos pueden incrementar el riesgo de accidentes cerebrovasculares en pacientes ancianos con demencia senil que presenta alteraciones conductuales y psicológicas.

**Metodología:** Se ha revisado las publicaciones aparecidas en Medline desde el primer aviso de riesgo de la asociación de ACV con risperidona en el año 2002 hasta mayo del 2005. Se ha complementado mediante una búsqueda manual y la inclusión de artículos sobre una buena práctica clínica. Se compara las diferencias con antipsicóticos típicos y atípicos en el riesgo de producir ACV entre pacientes ancianos con demencia.

**Resultados:** Se compara la incidencia de ingresos hospitalarios por ACV, en pacientes ancianos con demencia, que reciben tanto neurolepticos típicos como atípicos. Se toma como indicador mayor en su ingreso el hecho de que sea por ACV. En los resultados se observa que los pacientes que reciben antipsicóticos atípicos no muestran un riesgo mayor significativo de ACV comparados con aquellos que reciben antipsicóticos típicos.

##### Bibliografía

1. Gill SP, Rochon PA, Herrmann N, et al. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *BMJ*. 2005;330:445.
2. Pratt NL, Roughead EE, Ramsay E, et al. Risk of hospitalization for stroke associated with antipsychotic use in the elderly: a self-controlled case series. *Drugs Aging*. 2010;27:885-93

PO-213

##### MANIFESTACIONES PSIQUETRICAS EN LA ENCEFALITIS HERPÉTICA

J. de Santiago Sastre, I. Muñelo Voces, M.A. Sánchez Peña,  
E. Calzada Miranda, M.A. Ungidos Fernández,  
C. Martínez Martínez y C. Franch Pato

**Introducción:** La encefalitis herpética es la causa más frecuente de encefalitis vírica. Se presenta frecuentemente con síntomas psiquiátricos.

cos antes de la manifestación evidente de daño cerebral, siendo fácil confundirla con trastornos psicóticos primarios al no existir a veces fiebre u otros signos físicos que permitan establecer el diagnóstico.

**Objetivos:** La sintomatología psiquiátrica que puede presentarse en la encefalitis herpética a través del estudio de un caso. Revisión de la bibliografía científica sobre las manifestaciones neuropsiquiátricas halladas en pacientes con encefalitis vírica.

**Metodología:** Se presenta el caso de un varón de 69 años que es derivado a Urgencias por alteraciones de conducta con ideación delirante paranoide y alucinaciones visuales y auditivas de varios días de evolución, presentando al ingreso una intensa agitación psicomotriz.

**Resultados:** Las manifestaciones psiquiátricas durante la fase aguda de la encefalitis vírica, aparecieron en el siguiente orden cronológico: insomnio, agitación psicomotriz, alucinaciones visuales, ideas delirantes paranoides, desorientación y confusión mental. La clínica confusional fue intermitente y cambiante, con períodos inter episódicos de remisión sintomática. Además se apreciaron algunas alteraciones mnésicas tras la recuperación del paciente.

**Conclusiones:** La literatura médica sobre la presencia de síntomas psiquiátricos en sujetos con encefalitis herpética es escasa, siendo el delirium y la psicosis los síntomas principalmente descritos durante la etapa aguda de la infección. Muchos casos de encefalitis debutan con manifestaciones psiquiátricas sin otros datos de organicidad. La fiebre, aunque es frecuente, no es imprescindible para el diagnóstico, y tampoco aparece a veces, clínica neurológica focal. Como en nuestro caso clínico, las alteraciones de conciencia, el delirio y las alucinaciones visuales suelen ser los síntomas psiquiátricos más frecuentes en la fase inicial de la encefalitis herpética.

## PO-268

### “ME PICAN LOS BICHOS...”

E. Pérez Marín y E. García Alcaraz

**Introducción:** Los corticoesteroides son fármacos muy utilizados en el tratamiento de múltiples enfermedades sistémicas. Se comportan como grandes simuladores de patología neuropsiquiátrica, especialmente alteraciones del estado de ánimo (los más frecuentes), y cuadros psicóticos. Los síntomas suelen iniciarse de forma aguda (24 a 96 horas) y parece que son dosis-dependiente: 1,3% de pacientes que reciben de 0 a 40 mg/día; 4,6% de pacientes que reciben de 40 a 80 mg/día; 18,4% de pacientes que reciben más de 80 mg/día. El pronóstico es favorable, más del 50% de pacientes tiene remisión total de los síntomas tras dos semanas de tratamiento, que consiste en reducir o suspender corticoides, o añadir al tratamiento psicofármacos (antipsicóticos), cuando no es posible la retirada del fármaco.

**Metodología:** Paciente varón de 50 años de edad que consulta en USM por cuadro consistente en ideación delirante/alucinosis de contenido zoomórfico. No antecedentes de enfermedad mental, excepto un Retraso Mental ligero. El paciente fue trasplantado renal por insuficiencia renal crónica hace un año. Actualmente en tratamiento con inmunosupresores y dosis altas de corticoides (prednisona). Es diagnosticado de trastorno psicótico inducido por fármacos y tratado con olanzapina 10 mg/día, con resolución del cuadro en unas semanas.

**Discusión:** La mayoría de los facultativos asumen el riesgo al administrar corticoides, por lo que es importante tener en cuenta este tipo de efecto adverso, sobre todo en pacientes sin antecedentes de patología psiquiátrica y en tratamiento con estos fármacos. Los cuadros psicóticos inducidos por corticoides tienen un curso impredecible y una clínica muy diversa que requiere hacer diagnóstico diferencial con delirium, demencia, esquizofrenia y trastornos de ánimo con síntomas psicóticos.

## Bibliografía

1. Vallejo Ruloba J, ed. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 6ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson.
2. Wyszynski AA, Wyszynski B. Manual de psiquiatría para pacientes con enfermedades médicas. Barcelona: Elsevier-Masson, 2006.
3. Psicosis inducida por esteroides. Revista colombiana de psiquiatría, 2007.

## PO-307

### TRASTORNO DE CONDUCTA Y DAÑO CEREBRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

A.D. Hidalgo Borreguero, F.J. González Díaz, M. Pérez Castellano, L. Donaire Adánez, A. Zafra Villena, R. Pérez Asenjo y M.B. Manzano Balsera

**Introducción:** La psicocirugía tuvo sus comienzos en 1936 a través del neurólogo Egas Moniz. En 1942, Freeman y Watts publicaron los resultados favorables de sus primeros pacientes intervenidos mediante leucotomía. Desde entonces se realizó un uso abusivo hasta la introducción de los fármacos psicoterapéuticos en los años 60, que contribuyeron a disminuir considerablemente su uso en épocas posteriores. Las indicaciones clásicas son el TOC y el trastorno depresivo mayor grave y resistente. En estados de agresividad se han objetivado eficacia, siendo las dianas estereotácticas el hipotálamo posteriomedial, amígdala y la estría estriatal. Se han encontrado buenos resultados mediante la técnica de hipotalamotomía posteriomedial cuando la agresividad es secundaria a epilepsia.

**Objetivos:** Descripción de un caso clínico sugerente de Psicocirugía. Realizar una revisión para determinar la situación actual y las condiciones necesarias para la indicación.

**Metodología:** Se trata de una paciente que tras presentar en el 2001 un estatus epiléptico, apareció progresivamente deterioro cognitivo con disfunción ejecutiva, conductas pueriles y desinhibición. Desde hace 7 años aparecen problemas importantes de agresividad en el ámbito familiar y en el dispositivo residencial, sin respuestas a múltiples tratamientos.

**Resultados:** Se han determinado unos criterios de inclusión muy claros como enfermedad psiquiátrica grave, discapacitante con una puntuación menos de 50 en la escala de función global y refractaria al tratamiento de al menos cinco años. Es importante que sea una decisión consensuada entre neurocirugía y el psiquiatra responsable. Se debe realizar una valoración preoperatoria y una evaluación postoperatoria por posibles complicaciones y seguimiento.

**Conclusiones:** En el momento actual se han descrito series de casos con buena respuesta clínica, aunque por las dificultades metodológicas hace que la evidencia sea limitada. Lo relevante del caso es que en unas determinadas condiciones descritas anteriormente, se puede plantear la Psicocirugía como una alternativa de tratamiento.

## PO-321

### INGRESOS INVOLUNTARIOS EN PEP Y EVOLUCIÓN A LO LARGO DE 8 AÑOS

M. Karim Haidar, S. Barbeito Resa, S. Alberich Mesa, M. Sáenz Herrero, E. Fernández Martín y A.M. González-Pinto Arrillaga

**Introducción:** Los ingresos involuntarios son frecuentes en PEP. Se han cuestionado la repercusión que las medidas coercitivas puedan tener en la evolución de los pacientes.

**Objetivos:** Comparar la evolución de dos subgrupos de PEP en función de que el ingreso fuera o no voluntario 3.

**Metodología:** 98 pacientes fueron evaluados durante 8 años por PEP (DSM -IV). El protocolo incluía escalas y variables clínicas y demográficas. Utilizamos ANOVA para comparar la evolución clínica y funcional de ambos grupos 4.

**Resultados:** El 57,14% de la muestra tuvo un primer ingreso hospitalario involuntario. De ellos todos tenían mala adherencia al tratamiento. Entre el grupo V, el 65,5% fueron buenos adherentes basales y el 34,5% malos. Hallamos diferencias significativas entre grupos en sintomatología basal: Young (INV:  $28,43 \pm 12,41$ ; V  $22,27 \pm 11$ ) ( $U=734,5$ :  $p: 0,001$ ), GAF (INV:  $54,54 \pm 17,96$ ; V  $57,0 \pm 18,27$ ,  $U=402,5$ ;  $p: 0,012$ ) y agresividad (INV:  $3,10 \pm 2,08$ ; V  $1,70 \pm 1,77$ ) ( $U: 718$ :  $p=0,01$ ). Sin embargo no encontramos diferencias en la evolución en función de la voluntariedad del ingreso después de

controlar por variables basales significativas: ( $p > 0,1$  en síntomas positivos, negativos, maníacos, funcionalidad, número de tratamientos). Ni en intentos autolíticos durante el seguimiento. La mitad de los pacientes con ingreso involuntario mejoraron la adherencia durante la evolución.

Conclusiones: Los pacientes con ingreso involuntario basal tienen mayor severidad y peor adherencia al tratamiento. Estas diferencias desaparecen a lo largo del tiempo, evolucionando ambos grupos de forma similar. Por tanto, la hipótesis de que el ingreso involuntario perjudica la evolución no se sostiene con estos resultados.

#### PO-326

#### DELIRIUM EN PACIENTE GERIÁTRICO CON ENFERMEDAD DE PARKINSON. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Bellot Arcis, I. Díaz Fernández-Alonso, V. Saiz Alarcón y M.J. Fernández González

Introducción: Entre el 15-40% de los enfermos de Parkinson presenta un cuadro psicótico durante la evolución de la enfermedad, siendo la causa principal los fármacos antiparkinsonianos. Frecuentemente, existe un delirium comórbido, constituyendo la edad avanzada un factor de riesgo relevante.

Objetivos: Valorar el manejo del delirium en un paciente geriátrico con enfermedad de Parkinson.

Metodología: Mujer de 81 años, diagnosticada de enfermedad de Parkinson de 10 años de evolución, que ingresa en la Sala de Agudos de Psiquiatría por un cuadro confusional resistente al tratamiento. Se aprecia clínica fluctuante caracterizada por heteroagresividad verbal y física, ilusiones y alucinaciones visuales, ideas delirantes de perjuicio, control y místico-religiosas, elevada angustia psíquica, oposición a la alimentación y toma de tratamiento, así como sueños vividos.

Resultados: Tras un despistaje orgánico inicial completo y tratamiento de procesos orgánicos intercurrentes, se reajusta la medición dopamínérgica y se introduce quetiapina (hasta 900 mg/día), siendo parcial la respuesta clínica. Posteriormente, se reduce las dosis de quetiapina y se introduce ziprasidona, consiguiéndose la remisión total del cuadro con buena tolerancia (quetiapina 450 mg/día, ziprasidona 80 mg/día, levodopa/carbidopa 150 mg/día).

Conclusiones: Siguiendo las recomendaciones farmacológicas para este tipo de cuadros, se ha instaurado inicialmente tratamiento con quetiapina (primera línea). Posteriormente, y tras descartar la clozapina (segunda línea) por antecedentes de pancitopenia, se ha introducido ziprasidona (recomendada como línea intermedia, según una serie de casos clínicos). Interés del caso: radica en la complejidad y dificultad de manejo, dados la edad y los antecedentes médicos de la paciente, la falta de respuesta a las pautas terapéuticas recomendadas así como la escasa bibliografía existente acerca del uso de ziprasidona en este tipo de cuadros, que ha resultado una opción terapéutica eficaz y bien tolerada.

#### Bibliografía

1. Ferreri F, Agbokou C, Gauthier S. Recognition And Management of Neuropsychiatric Complications in Parkinson's Disease. *CMAJ*. 2006;175:1545-52.
2. Durán-Ferreras E, Álvarez-López M, García-Moreno JM, Chacón J. Ziprasidona en la Psicosis Dopamínérgica Parkinsoniana. *Revista de Neurología*. 2008;46:476-80.

#### PO-329

#### ALUCINOSIS VISUAL: CASO CLÍNICO

E. García Alcaraz, E. Pérez Marín y M. García Escudero

Introducción: Una alucinación se define como la percepción de un objeto en ausencia de un estímulo externo. Las alucinaciones auditivas son un criterio diagnóstico para los trastornos psicóticos. También pueden ser visuales, gustativas, táctiles u olfatorias. Por ello,

ante un paciente con alucinaciones visuales, es posible que se consulte con Psiquiatría. Las alucinaciones visuales tienen numerosas etiologías. Mediante una historia clínica y una exploración, según los síntomas asociados y las características de las alucinaciones, podemos hacer una aproximación diagnóstica, confirmándose posteriormente mediante las pruebas complementarias necesarias. Generalmente, la causa de las alucinaciones visuales es orgánica. Existen múltiples patologías que las pueden originar: delirium, demencia, epilepsia, migrañas, tumores, tóxicos, alteraciones metabólicas, etc. Y, aunque la mayoría de las alucinaciones en los pacientes psicóticos son auditivas, las alucinaciones visuales se han registrado en el 16-72% de los pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. La presencia de éstas, se asocia con una enfermedad de mayor gravedad.

Metodología: Varón de 65 años acude a consulta de la Unidad de Salud Mental por presentar desde hace meses alucinaciones visuales: personas y animales de tamaño normal, de segundos de duración, que desaparecen al centrar la atención en ellas. Sin predominio horario. Insight conservado. No otra psicopatología. Sin antecedentes médicos o psiquiátricos de interés.

Discusión: A través de este caso clínico, revisamos el diagnóstico diferencial de las alucinaciones/alucinosis visual. Sirve, además, para que tengamos presente que éstas, aunque son poco frecuentes en Psiquiatría, podemos encontrarlas en un paciente psicótico.

#### Bibliografía

1. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 6<sup>a</sup> ed.
2. Teeple RC, Caplan JP, Stern TA. Visual hallucinations: differential diagnosis and treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009;11(1).
3. Muñoz H, Vargas A. Síndrome de Charles Bonnet: revisión de tema. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol XXXVI, n° 2:292-306.

#### PO-351

#### EL TRASTORNO ORGÁNICO COMO RETO DIAGNÓSTICO

E.A. Reguera Nieto, P. Román, P. Sánchez Castro, E. Sacristán Alonso, J.M. González González y B. Bardón Rivera

Introducción: Se describe el caso de una paciente de 42 años que acude a Urgencias derivada por el MAP para valoración psiquiátrica por angustia grave. Antecedentes médicos: TCE severo a raíz de una caída de un caballo. Antecedentes psiquiátricos: diagnosticada de trastorno límite de personalidad (TLP) por un psiquiatra de ámbito privado. Objetivos Analizar los datos clínicos y las pruebas complementarias que orienten al diagnóstico diferencial, así como a la evolución clínica del paciente.

Metodología: Análisis descriptivo de la historia clínica de una paciente ingresada en una Unidad de agudos psiquiátrica.

Resultados: A su llegada, gran dificultad para el control de impulsos, graves accesos de ira, agresiones físicas, bloqueo afectivo, tendencia a la evitación de estímulos visuales y auditivos, discurso perseverante y pobremente organizado, evitación de la socialización y dificultad organizativa global. Examen psicodinámico: herida narcisista, negación, escisión y proyección como mecanismos primarios de defensa, amenaza de fragmentación del self, ansiedad catastrófica (Goldstein), impulsos destructivos. Pruebas complementarias: o Hemograma y bioquímica sin alteraciones significativas. Tóxicos negativos. EEG y TC craneal: sin hallazgos patológicos. Estudio neuropsicológico: capacidad atencional deficitaria, especialmente atención alternante; graves déficit en capacidad de categorización, flexibilidad cognitiva, automonitorización y evaluación de errores de ejecución. A través del tratamiento con olanzapina y gabapentina y mediante psicoterapia se logra una estabilización clínica.

Conclusiones: Diagnóstico final de Trastorno orgánico de la personalidad. Reto en el diagnóstico diferencial con el TLP. Afectación grave del self congruente con lesión de la corteza cerebral. Una bibliografía creciente documenta la utilidad de la teoría psicodinámica en la comprensión holística del trastorno así como en el caso de

diagnósticos problemáticos. Igualmente, como psicoterapia expresiva de apoyo de forma coadyuvante al abordaje farmacológico.

#### Bibliografía

1. Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría.
2. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. Gabbard.

### PO-392

#### TUMORES CEREBRALES Y PSICOSIS

R. Vanesa Pastorelli, S.M. Bañón González, L. Ruiz de la Hermosa y A. Trigo Campoi

**Introducción:** Los tumores cerebrales pueden desarrollar déficit neurológicos focales, síntomas por aumento de presión intracranal, o ataques epilépticos que llevan al paciente al neurólogo. Estos cuadros pueden aparecer al final de la evolución del tumor, manifestándose antes, síntomas mentales que motivan la consulta al psiquiatra. Al ser variados, inespecíficos y con respuesta a tratamientos psicotrópicos pueden ocasionar el retraso o la pérdida del diagnóstico.

**Objetivos:** Analizar a propósito de un caso las características clínicas, psicopatológicas y epidemiológicas de los tumores cerebrales y su relación con enfermedades psiquiátricas en especial con los trastornos psicóticos.

**Metodología:** Revisión de la literatura de impacto de los últimos 5 años en relación a los trastornos tumorales cerebrales, prevalencia, incidencia y su relación con patología psiquiátrica.

**Resultados:** Los tumores cerebrales en adultos están asociados con síntomas psiquiátricos en el 50% de los pacientes, siendo el 80% frontales o temporo-limbicos, siendo más frecuentes los supratentoriales. En los tumores de crecimiento rápido y maligno los síntomas son más severos. Histológicamente son preponderantes los gliomas (61%), con mayor incidencia de trastornos mentales que meningiomas (43%).

**Conclusiones:** La importancia del presente trabajo se refleja en la necesidad de realizar un estudio diagnóstico completo, con el fin de establecer el origen secundario de los trastornos psicóticos; teniendo en cuenta una historia clínica completa, un examen médico y neurológico general, una entrevista psiquiátrica que diferencie síntomas psicóticos primarios y secundarios, edad de inicio, síntomas asociados, y pruebas complementarias de los primeros episodios psicóticos en mayores de 35 años. Aun así puede resultar difícil, al estar los síntomas los síntomas, ausentes o ser inespecíficos en las primeras etapas de los tumores, situación que se agrava ante la falta de investigaciones.

#### Bibliografía

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría.
2. Vallejo J. Introducción a las Psicopatología y la Psiquiatría.

### PO-396

#### MEJORÍA COGNITIVA EN EL TRATAMIENTO CON AGOMELATINA: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Marqués Cabezas, C. Domínguez Martín, J.L. Villegas Martínez, J. Coullaut-Valera García, G. Cabús Piñol, F. de Uribe Ladrón de Cegama y J.J. Madrigal Galicia

**Introducción:** Se expone un caso clínico de deterioro cognitivo progresivo, de causa desconocida, con sintomatología de déficit neurológicos inespecíficos.

**Metodología:** Varón, 54 años, casado, que no tiene antecedentes de consulta ni tratamiento psiquiátrico previo. Remitido por su MAP por un deterioro cognitivo leve, tras ser valorado por MI y neurología las pruebas complementarias no son concluyentes. El paciente se muestra lucido, orientado y consciente. Impresiona de cuadro de cambio progresivo en la personalidad (pasivo-inhibido) y del comportamiento sin alteración del lenguaje. Superficilidad e

indiferencia emocional, así como anosognosia precoz. No ha presentado síntomas motores (marcha o temblor) ni alteraciones del comportamiento (agresividad o comportamiento). Hemograma, BQ, EKG, tiroideas: normales. Serologías negativas. TAC y RMN cerebral: infartos probablemente antiguos. MMSE: 25 Test de dibujo de reloj y test Barcelona (adjuntos en imágenes) Spect cerebral: inconcluyente. Diagnóstico En nuestra opinión no cumple criterios diagnósticos de demencia según criterios DSM-IV. Presenta deterioro de alguna función cognoscitiva, lo que nos lleva a pensar en un daño más específico como un concepto de "organicidad focalizada". Según DSM-IV-TR: Eje I. R69 Diagnóstico o estado aplazado en el eje I (829) Eje II. Z03.2 Sin diagnóstico en el eje II (829) Eje III. ACV antiguos (sin evidencia de síntomas neurológicos residuales) Eje IV. Problemas laborales, sociolaborales y familiares. Eje V. EEAG 60-70%.

**Resultados:** Dada la incertidumbre diagnóstica iniciamos tratamiento con agomelatina 25 mg/día, según ficha técnica, pensando en su perfil receptorial "múltiple". En posteriores revisiones el paciente presenta mejor fluidez verbal, mejor retención memorística y se muestra más reactivo.

**Conclusiones:** El tratamiento con agomelatina en modelos animales sanos induce todas las fases de neurogénesis, sugiriéndose que su novedoso mecanismo de acción debe estar involucrado en los efectos de reparación neuronal.

#### Bibliografía

1. Fornaro M, Prestia D. Una revisión sistemática, actualizada sobre el anti-depresivo agomelatina centrándose en su modulación melatoninérgica. Curr Neuropharmacol. 2010;8:287-304.

### PO-430

#### CASO CLÍNICO: ALGO MÁS QUE UN TRASTORNO BIPOLAR

T. Aldasoro Carcedo, L. Larrañaga Rementeria, E. Marín Díaz-Guardamino, I. Hervella Garcés e I. Rodríguez

**Introducción:** Síndrome de Niemann Pick, enfermedad metabólica caracterizada por la alteración del transporte intracelular del colesterol. Mutación de genes NPC1/NPC2. La sintomatología es consecuencia de la acumulación de colesterol y glucoestimulantes en cerebro, hígado y bazo.

**Objetivos:** Estudiar a través de un caso clínico de la Unidad de Agudos de Psiquiatría la relación entre el síndrome de Niemann Pick y los trastornos psiquiátricos.

**Metodología:** Paciente de 67 años diagnosticada de Trastorno Afectivo Bipolar II que ingresa por alteración de la marcha, alteración de la conducta y deterioro cognitivo progresivos. Revisión bibliográfica: Niemann Pick-C en el adulto, estudio de screening en pacientes psiquiátricos: 485 pacientes juveniles-adultos con patología psiquiátrica + ataxia/epilepsia/deterioro cognitivo. Estudio genético: Mutaciones NPC1 y NPC2. Resultados: 31 pacientes, mutación NPC1 (28) y NPC2 (3) Todos al menos un síntoma psiquiátrico (depresión, alucinaciones auditivas, obsesiones) Todos al menos un síntoma neurológico (ataxia, distonía, epilepsia mioclónica).

**Resultados:** Ante la atipicidad de la clínica, el deterioro progresivo y la ausencia de respuesta a medicación psiquiátrica, se solicita valoración a servicio de Neurología: Parquinsonismo + sd. rígido acinético + ataxia. EEG: sufrimiento cerebral difuso intenso. Datscan: captación global disminuida y leve afectación morfológica (alteración vía dopamínérgica, quiotrioxidasa: 37,6 (19-208). ID: síndrome de Niemann Pick tipo-C.

**Conclusiones:** Ante un paciente con patología psiquiátrica de base con clínica atípica, progresiva, donde falte respuesta al tratamiento habitual: ampliar el estudio y no ignorar la posibilidad de que pueda existir algo más. El síndrome de Niemann Pick es una grave enfermedad metabólica. Es necesario aumentar la alerta sobre esta patología para su correcto diagnóstico y tratamiento.

## PO-462

**COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y EPILEPSIA.  
IMPLICACIONES EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

V. González Mateos, N. Chinchurreta de Lora, H.T. Padrón García, S. Sánchez Cubas y F. García Sánchez

**Introducción:** La patología psiquiátrica en pacientes con epilepsia alcanza una elevada prevalencia. La epilepsia es un cuadro neurológico que afecta aproximadamente a 6 de cada 1000 personas. Presenta con frecuencia alteraciones cognitivas, conductuales y otras alteraciones psiquiátricas.

**Objetivos:** Analizar la comorbilidad entre epilepsia y trastornos psiquiátricos, así como las implicaciones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas de dicha comorbilidad.

**Metodología:** Realizaremos una revisión, de la bibliografía más relevante sobre el tema de los últimos 5 años en MEDLINE y EMBASE.

**Resultados:** La aparición de psicosis en pacientes con epilepsia alcanza niveles de hasta el 7%. Algunos factores de riesgo asociados a una mayor comorbilidad son los signos de lesión cerebral, como una inteligencia reducida y el inicio de la epilepsia en la edad infantil.

**Conclusiones:** Pueden aparecer alteraciones cognitivas hasta en un 20%, T. de ansiedad 50%, T. depresivo 8% y cuadros psicóticos 7%. Algunos de los tratamientos psiquiátricos pueden aumentar la frecuencia de crisis convulsivas. A su vez algunos fármacos antiepilepticos pueden producir como efectos secundarios con sintomatología psiquiátrica, como por ejemplo la vigabatrina puede producir síntomas psicóticos y afectivos entre el 3 - 10% de los pacientes, siendo más frecuentes estos efectos secundarios en pacientes con antecedentes de patología psiquiátrica.

## PO-511

**ENCEFALITIS ANTI-NMDA: UN CUADRO NEUROPSIQUIÁTRICO**

R. Castell Sempere, J.M. García Moncho, H.M. Verdet Martínez y R. Bellot Arcís

**Introducción:** En 2008 se describió un síndrome neuropsiquiátrico, basado en los hallazgos de pacientes jóvenes, la mayoría mujeres con teratoma ovárico, en las que se identificó anticuerpos contra los receptores NMDA en líquido cefalo-raquídeo.

**Objetivos:** Explicar la encefalitis anti-NMDA, con el fin de que los profesionales sean capaces de identificar dicho cuadro de forma eficaz.

**Metodología:** Mujer de 32 años sin antecedentes de interés remitida a Urgencias por insomnio de un mes de evolución, con aparición de alucinaciones auditivas tras crisis hipertensiva 4 días atrás. Ante la normalidad de las pruebas complementarias, ingresa en la unidad de agudos de psiquiatría, con tratamiento antihipertensivo, alprazolam 1/8h y risperidona 1 mg noche. Evolución caracterizada por fluctuaciones en el nivel de conciencia, expresión perpleja, episodios de ausencia de respuesta a estímulos y otros de intensa agitación. Movimientos orofaciales desde el inicio del cuadro, con alucinaciones auditivas. No alteración del humor. Ausencia de hallazgos en las pruebas complementarias, descartándose infección, tumores y trastornos metabólicos.

**Resultados:** Tras 11 días de ingreso se diagnosticó de Encefalitis límbica anti-NMDA, indicándose tratamiento inmunosupresor. Evidente mejoría a partir de la 2º dosis de inmunosupresores.

**Conclusiones:** Se trata de una encefalitis causada por anticuerpos contra los heterómeros NR1-NR2 del receptor glutamatérgico. Afecta principalmente a gente joven, casi siempre de origen paraneoplásico (teratoma ovárico/ testicular). Es necesario un diagnóstico y tratamiento temprano para la buena evolución del cuadro.

**Bibliografía**

1. N-methyl-D-aspartate antibody encephalitis: temporal progression of clinical and paraclinical observations in a predominantly non-paraneoplastic disorder of both sexes. *Brain: A Journal of Neurology*.
2. Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *Lancet Neurology*.

## PO-559

**CUADRO CATATÓNICO SECUNDARIO A ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS ANTI-NMDA**

M. Ribeiro Fernández, O. Menthxaka Solozábal, M. López Lareki, W. Bendezu, V. Basterra Gortari y L. Moreno Izco

**Introducción:** La catatonía es una constelación de síntomas motores que aparece en muchas afecciones psiquiátricas conocidas. No obstante, también se puede dar en enfermedades médicas: neurológicas, metabólicas, autoinmunes, endocrinos, infecciones, que no podemos olvidar.

**Metodología:** La representación, a través de un caso clínico, de las distintas fases descritas de la encefalitis autoinmune por anticuerpos anti-NMDA.

**Resultados:** Podemos observar las distintas fases descritas en la literatura sobre este síndrome. La fase prodromática, con sintomatología inespecífica pseudogripal y el inicio de alteraciones de conducta. La fase psicótica, caracterizada por alteraciones afectivas, declive cognitivo y síntomas tipo esquizofrenia. Las fases catatoniforme e hipercinética, así como posibles complicaciones y una evolución favorable con el tratamiento adecuado.

**Conclusiones:** Ante un proceso poco habitual, las dificultades diagnósticas iniciales pueden suponer complicaciones añadidas y por lo tanto un peor pronóstico vital. No podemos olvidar que el pronóstico a largo plazo se basa en la causa del trastorno subyacente, no en la presencia de catatonía.

**Bibliografía**

1. Dalmau J, Gleichman AJ, Hughes EG, Rossi JE, Peng X, Lai M, et al. Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *Lancet Neurol*. 2008;7:1091-8.
2. Fink M, Taylor MA. The Catatonia Syndrome: Forgotten but Not Gone. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66:1173-7.

## PO-598

**LO QUE CAMBIÓ MI VIDA: CASO CLÍNICO**

M.A. Espinosa González, A. García Chala, R.A. Cuadrado López, A.I. Sánchez Albert, A. Muñoz Selva y S. Mayero Mariscal de Gante

**Introducción:** Los lóbulos frontales están implicados en la motivación y la conducta del sujeto, por lo que su lesión puede producir un importante déficit en las capacidades sociales y conductuales.

**Metodología:** Para el estudio de este caso se ha realizado una revisión bibliográfica sobre los artículos publicados en los últimos 3 años que relacionan las secuelas a nivel cerebral tras una intervención neuroquirúrgica con la aparición de clínica psiquiátrica.

**Resultados:** Mujer intervenida a los 18 años de aneurisma de bifurcación de la carótida derecha (arteria cerebral anterior-cerebral media), con la siguiente secuela: área de isquemia próxima al núcleo caudado derecho que supone una interrupción de la proyección tálamo-frontal. Posteriormente inicia clínica basada en: alteraciones de conducta con hipersexualidad y consumo perjudicial de tóxicos; problemas de impulsividad; déficit en la planificación; falta de reconocimiento de ciertas emociones primarias, aplanamiento emocional y problemas de empatía. Transcurridos dos años inicia clínica psicótica (delirios de control, persecución y perjuicio y alucinaciones auditivas) que persiste a pesar de largos períodos de abstinencia a tóxicos. Ha requerido ingresos en diversas unidades de hospitalización psiquiátrica y seguimiento por UCA y CSM, obteniendo mejoría clínica parcial con tratamiento anticomicial y antipsicótico.

**Discusión y conclusiones:** Existe una relación directa entre la lesión a nivel frontal sufrida como secuela de la intervención quirúrgica y la clínica psiquiátrica presentada inicialmente. No obstante, la etiología de la clínica psicótica podría tener su origen en el consumo de tóxicos o bien en la misma lesión cerebral. Dado que se ha objetivado la presencia de este tipo de clínica a pesar de largos períodos de abstinencia a tóxicos (más de 1 mes), no se

trataría de un trastorno psicótico inducido por sustancias sino de un síntoma más del mismo proceso etiopatogénico, pudiendo matizar el diagnóstico como "Trastorno orgánico de la personalidad tipo combinado (desinhibido y paranoide)". Por otra parte parece ser que los antipsicóticos en estos casos, sólo tienen como única finalidad el control de los trastornos conductuales, destacando por tanto la necesidad de un abordaje multidisciplinar a largo plazo, en el cual sería de gran importancia el papel de la psicoterapia dada la gran importancia de la implicación familiar y una adecuada rehabilitación cognitiva.

#### Bibliografía

1. Frias Ibáñez A, Mala Fernández A, Dorado García M. Orbitofrontal syndrome after a cerebral aneurysm operation. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36:362-5.
2. Blanco Garrote JA, Conde López VJM, Franch Valverde JL, Medina Ojeda G. Un caso de síndrome prefrontal postquirúrgico tras intervención de aneurisma de la arteria comunicante anterior: seguimiento de tres años. *Anales de Psiquiatría*. 2002;7(7).

#### PO-607

#### SÍNDROME RÍGIDO ACINÉTICO POR ABUSO DE COCAÍNA

I. Martínez Pérez, A. Gil Sánchez y L.M. Toledo Muñoz

**Introducción:** Los trastornos del movimiento son una parte importante de la clínica psiquiátrica en relación al consumo por los pacientes de neurolépticos y tóxicos que pueden provocar síntomas extrapiramidales. Por otro lado, se han descrito en ocasiones anteriores alteraciones del movimiento, como temblor y distonía aguda, relacionados con el consumo de cocaína.

**Objetivos:** Describir el caso de un paciente drogodependiente, que, tras un consumo de cantidad no aclarada de cocaína y alcohol, presenta un proceso de bradicinesia, estereotipias y rigidez motora, con hallazgo en RMN de una necrosis palidal bilateral

**Metodología:** Descripción de un caso. Revisión de la bibliografía más relevante sobre el tema mediante búsqueda en PUBMED. Se limita a los estudios de mayor jerarquía científica.

**Discusión y conclusiones:** El hallazgo de trastornos del movimiento en un paciente consumidor de cocaína justifica la práctica de pruebas de neuroimagen que, en ocasiones, permitan documentar la etiología de una clínica que, en condiciones no aclaradas, pueda generar dudas sobre la base orgánica o psicótica de la misma. Es importante respetar el algoritmo de diagnóstico diferencial entre el conjunto de síntomas englobado como síndrome catatónico y las alteraciones del movimiento ocasionadas por patología neurológica o efectos colaterales de drogas o fármacos. El interés de este caso reside en particularidad de la clínica motora causada por la necrosis bilateral de ambos núcleos pálidos, tan poco frecuente en la práctica clínica.

#### Bibliografía

1. Cardoso FE, Jankovic J. Cocaine-related movement disorders. *Mov Disord*. 1993;8:175-8.
2. First MB, Frances A, Pincus HA. *DSM IV TR Manual de diagnóstico diferencial*. Masson-Elsevier Scienç, e 2<sup>a</sup> ed 2006. p. 35-8.

#### PO-629

#### ¿NEUROGÉNESIS, NEURODESARROLLO O NEURODEGENERACIÓN?

A. García Blanco, H. Echevarría, S. García y H. Tobella

**Introducción:** La diferenciación entre la progresión de una esquizofrenia y una demencia frontotemporal suele ser compleja, de hecho el 25% de los pacientes con demencia frontotemporal de inicio temprano son diagnosticados de psicosis al irrumpir el cuadro. Por otro lado, se ha demostrado que los pacientes con esquizofrenia tienen mayor vulnerabilidad a padecer una demencia.

**Objetivos:** Mediante la exposición de un caso clínico se pretende poner de manifiesto la dificultad para el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos.

**Metodología:** Varón de 54 años que hace décadas presentó un cuadro aparentemente psicótico por el que no recibió tratamiento. Pseudoalucinaciones auditivas y un recuerdo delirante de perjuicio han persistido desde entonces. Sin embargo, no ha habido un deterioro sociolaboral significativo hasta los 50 años, cuando aparece un cuadro compatible con demencia frontotemporal. **Método:** 1) Psicopatograma: se observan conductas apragmáticas regresivas. Deterioro en comprensión y en memoria prospectiva. Restricción anímica y afecto inapropiado. Tendencia a la abulia, pasividad y aislamiento. Interpretación del pensamiento debido a alteraciones sensoperceptivas. Insomnio tardío, ingesta voraz y conductas sexuales inapropiadas. 2) Evaluación neuropsicológica: déficit en funciones ejecutivas, razonamiento abstracto y cognición social. 3) RM-PET: disminución del volumen del lóbulo frontoparietal y la porción medial del lóbulo temporal. Hipometabolismo a nivel parietotemporal.

**Resultados:** Finalmente se diagnostica de demencia frontotemporal. Aunque se barajó el diagnóstico de Esquizofrenia paranoide, previamente al cuadro actual no hay constancia de síntomas negativos y los positivos no han sido fracos. **Discusión:** Ambos síndromes pueden cursar con la sintomatología observada en nuestro paciente: abulia, apatía, alogia, embotamiento, pérdida del flujo normal del pensamiento, alucinaciones auditivas, deterioro en el pensamiento abstracto y desregulación en la conducta social. Sin embargo, el inicio insidioso del cuadro a los 50 años, con un cambio en la personalidad, junto con el resultado de las pruebas neuropsicológicas y de neuroimagen, nos hacen sospechar una demencia.

#### Bibliografía

1. Velakoulis D, Walterfang M, Mocellin R, Pantelis C, McLean C. Frontotemporal dementia presenting as schizophrenia-like psychosis in young people: clinicopathological series and review of cases. *Br J Psychiatry*. 2009;194:298-305.
2. Wender ND, Rehan A, Wilkins K, Tampi RR. Frontotemporal Dementias: A review. *Ann Gen Psychiatry*. 2007;6:15.

#### PO-652

#### DEMENCIA LOBAR FRONTOTEMPORAL (DLFT): LA DELGADA LÍNEA ENTRE LA NEUROLOGÍA Y LA PSIQUIATRÍA

M.E. Rodríguez Rodríguez, L. Castells Aulet, P. Benéitez Laguno y F. Bellver Pradas

**Introducción:** La DLFT se trata de una forma focal de demencia (20% de los diagnósticos de demencia) cuya presentación clínica tiene una semiología más psiquiátrica que neurológica. La comprensión de la fenomenología de la DLFT puede representar un modelo para comprender el funcionamiento de los lóbulos frontales y temporales.

**Objetivos:** Revisar la evidencia en la literatura sobre la fenomenología de la DLFT y sus hipotéticas bases neuroanatómicas.

**Metodología:** Se revisa la literatura sobre la DLFT a partir de la exposición de tres casos con presentaciones psiquiátricas atípicas muy distintas cuyo denominador común es el diagnóstico de una DLFT.

**Resultados:** En el primer caso, la sintomatología era: alucinaciones visuales, deterioro del lenguaje, y conductas apragmáticas, evidenciándose en el TAC: prominencia del espacio subaracnoideo en situación frontal bilateral por atrofia cortical. En el segundo caso, la presentación fue: clínica de TOC atípica, los resultados en el SPECT mostraron defectos de perfusión en región fronto-parietal de forma bilateral y asimétrica. En el tercer caso la clínica era: alucinaciones visuales y auditivas, interpretaciones delirantes e ideación delirante de perjuicio, siendo los resultados en el SPECT disminución de la fijación del trazador a nivel fronto-parietal izquierdo, junto con cierta heterogenidad global.

**Discusión y conclusiones:** La variabilidad en la presentación sintomática de la DLFT supone un reto diagnóstico y terapéutico. Ante casos psiquiátricos con presentaciones clínicas atípicas es necesario incluir en el diagnóstico diferencial la DLFT.

#### Bibliografía

1. Snowden JS, Neary D, Mann, D MA. Frontotemporal Dementia. *Br J Psychiatr*. 2002;180:140-3.
2. Alonso-Navarro H, Jabbour-Wadih T, Ayuso-Peralta L, Jiménez-Jiménez FJ. Neuroquímica y neurofarmacología de la demencia frontotemporal. *Rev Neurol*. 2006;42:556-61.

#### PO-666

#### MANÍA INDUCIDA POR CORTICOIDES

M.C. Campos Mangas y M. Ruiz Feliu

**Introducción:** A pesar del reconocimiento de la manía secundaria, son escasos los estudios sistemáticos sobre el papel que desempeñan los factores orgánicos. La mayoría son descripciones de casos únicos o pequeños estudios retrospectivos. Los casos de manía secundaria a corticoides en población anciana son escasos. Son múltiples las enfermedades, tanto neurológicas como sistémicas, y los fármacos que se asocian con manía. Los corticoides pueden inducir diversas manifestaciones psiquiátricas, desde cuadros de psicosis, manía o depresión, hasta alteraciones cognitivas. Su incidencia se calcula entre 3% y 6%. Respecto al cuadro clínico, los síntomas aparecen precozmente y son dosis-dependientes. La forma afectiva es la más frecuente (75%) y puede ser de predominio depresivo o maniforme. La forma orgánica se presenta en el 25% de los casos con cuadros de psicosis. Se identifican como factores de riesgo: el género femenino, dosis altas de corticoides y episodios previos de depresión. Respecto al tratamiento es indispensable suprimir o reducir gradualmente la dosis del corticoides y cuando no es posible, la administración de psicofármacos (antipsicóticos, estabilizadores del ánimo) La recuperación puede ser lenta pero el pronóstico, en términos generales, es favorable.

**Metodología:** A partir de la exposición de un caso de manía secundaria a corticoides, realizamos una revisión sistemática sobre el tema en diversas bases de datos (PubMed, Medline, Embase...). Caso clínico: mujer de 70 años sin antecedentes psiquiátricos previos. Historia de consumo de alcohol. Diagnosticada en enero del 2011 de adenocarcinoma pulmonar en estadio IV (metástasis pleurales), en el último año ha precisado varios ingresos. Traída a urgencias en ambulancia por alteración del comportamiento. Tras el último ingreso en Oncología, durante el cual le aumentaron la dosis de corticoterapia, se ha mostrado nerviosa e inquieta, progresivamente hiperactiva, insomne y con cambios bruscos de humor, llegando a mostrarse agresiva físicamente. EPP: consciente y orientada globalmente, inquietud psicomotriz, actitud suspicaz, disfórica, verborreica con asociaciones laxas, ideación delirante megalomaníaca respecto a sus capacidades y proyectos vitales, niega alteraciones sensoperceptivas. Insomnio pertinaz. Nula conciencia de enfermedad. Precisa reingreso en Oncología. Se inicia tratamiento antipsicótico con olanzapina 15 mg/día y reducción progresiva de corticoides. La evolución es favorable, remitiendo la clínica progresivamente en las siguientes semanas.

**Conclusiones:** Las manifestaciones psiquiátricas asociadas con la corticoterapia requieren un abordaje cuidadoso, ya que no cumplen una presentación específica ni predecible y tienen hallazgos fenomenológicos y semiológicos diversos. Aunque sea un cuadro poco frecuente, es de rigor descartar la presencia de un factor orgánico o tóxico/farmacológico ante todo paciente sin historia previa de trastorno afectivo que presenta un episodio maníaco por primera vez a los 40 años o más. Es fundamental el uso racional de los fármacos para prevenir la aparición de este tipo de cuadros.

#### Bibliografía

1. Goldman I, Goveas J. Olanzapine treatment of corticosteroid induced mood disorders. *Psychosomatics*. 2002;43:495-7.
2. Sirois F. Steroid psychosis: a review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:27-33.

#### PO-668

#### DETERIORO COGNITIVO Y PSICOSIS, DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENFERMEDAD DE FAHR

M. García Moreno, B. Poza Cano, A. de Cós Milas y L. Beatobe Carreño

**Introducción y objetivos:** Ante un cuadro de deterioro cognitivo asociado a sintomatología psicótica, hemos de plantear un diagnóstico diferencial detallado, que facilite un diagnóstico final lo más preciso posible.

**Metodología:** Estudiamos el caso de una mujer de 72 años, sin antecedentes psiquiátricos conocidos, ingresada en el servicio de nefrología por IRC. Presenta alteración comportamental de difícil manejo, actitud escasamente colaboradora, labilidad emocional, disfória, desorientación, pérdida de memoria inmediata, interpretaciones delirantes, inquietud psicomotriz e insomnio. Se plantea entre otras causas diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick, psicosis de tipo esquizofrénico de aparición tardía, y síndrome de Diógenes (como diagnóstico secundario). Se solicitó como pruebas complementarias TC craneal, y analítica completa.

**Resultados:** En el TC se objetivó calcificación de ganglios basales, sin atrofia cerebral, que llevó a descartar otras causas y pensar en la posibilidad diagnóstica de enfermedad de Fahr, definida por: calcificación idiopática bilateral de ganglios basales, alteraciones neuropsiquiátricas, sintomatología extrapiramidal y metabolismo fósforo-calcio normal. Las manifestaciones psiquiátricas más descritas son: demencia subcortical, psicosis tipo esquizofreniforme, alteraciones del ánimo y ansiedad. Se pautó tratamiento con olanzapina 2,5 mg DMD, con resultado de mejoría sintomática.

**Conclusiones:** A favor del diagnóstico de Enfermedad de Fahr en nuestra paciente estaría la evidencia de calcificación ganglionar en el TC y las manifestaciones neuropsiquiátricas. En contra: metabolismo calcio-fósforo alterado (hipocalcemia e hipervosforemia, secundarias a su IRC, con PTH normal). Por otra parte, la propia hipocalcemia se asocia a manifestaciones neuropsiquiátricas como irritabilidad, ansiedad, confusión, síntomas psicóticos, depresión y demencia. En cualquier caso, independientemente del origen de la calcificación, la sintomatología será la misma.

#### Bibliografía

1. Iglesias Rozas JL, Pfannku F. Estudio morfológico y biofísico de la Enfermedad de Fahr. *Patología*. 1976;IX:255-62.
2. Cartier L, et al. Neuropsychological and neurophysiological features of Fahr's disease. *Rev Med Chil*. 2002;130:1383-90.

#### PO-674

#### SÍNDROME DE CHARLES BONNET: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Garcinuño Pérez, J.A. García Mellado, B. Mongil López, M. Martínez Gutiérrez, V. de Vena Díez y M.A. Franco Martín

**Introducción y objetivos:** El síndrome de Charles-Bonnet (SCB) es un trastorno alucinatorio visual asociado a baja visión en ancianos. El objetivo del caso presentado es el de actualizar la información respecto a una entidad que aparece con cierta frecuencia en las consultas de psiquiatría.

**Metodología:** Presentamos un caso de una mujer de 88 años, con antecedentes médicos de HTA, cataratas y obesidad que acude a la consulta con alucinaciones visuales siendo consciente de la irreabilidad de las mismas. No existen otras alteraciones psicopatológicas.

**Resultados:** En el TAC cerebral, presenta atrofia cortico-subcortical difusa y lesiones en sustancia blanca periventricular, sugerentes de microinfartos. La valoración neuropsicológica presenta deterioro cognitivo leve. Se diagnostica SCB con buena evolución tras tratamiento con risperidona.

**Conclusiones:** Ante un cuadro de alucinaciones visuales realizar el diagnóstico diferencial entre SCB y delirium, trastorno psicótico y deterioro cognitivo. Es frecuente que se asocie a defectos en la visión y se suele presentar intermitentemente. Valorar el diagnóstico de un SCB en el paciente anciano con alucinaciones visuales. Existe controversia sobre si la ausencia de deterioro cognitivo es un dato relevante o criterio diagnóstico y acuerdo en que la etiopatogenia es debida a patología vascular cerebral. En nuestro caso, la aparición del SCB parece un factor predictor de un deterioro cognitivo mixto con lesiones vasculares cerebrales de pequeño vaso.

#### Bibliografía

1. Ball C. The vascular origins of the Charles Bonnet syndrome: four cases and a review of the pathogenic mechanism. *Int J Ger Psych* 1991;6:673-9.
2. Kazui H, et al. Neuroimaging studies in patients with Charles Bonnet syndrome. *Psychogeriatrics*. 2009;9:77-84.

#### PO-790

#### PSICOSIS POSTICTAL

E. Sacristán Alonso, E. Román y M.F. Bravo

**Objetivos:** Plantear el diagnóstico diferencial de un caso de psicosis cronológicamente relacionado con crisis epilépticas. Revisión bibliográfica de las características de estas psicosis y de las bases neurobiológicas que se conocen hasta la fecha.

**Metodología:** Se estudió el caso de un varón de 62 años ingresado en el S. de Neurología del HULP por crisis epilépticas secundarias a ictus en territorio de ACM derecha. Fue evaluado por interconsulta de psiquiatría mediante diversas entrevistas y se realizaron varias pruebas complementarias: análisis de sangre, EEG, TAC, RMN y SPECT cerebrales. Se instauró tratamiento neuroléptico con seguimiento de la respuesta.

**Resultados:** Se llegó al diagnóstico de psicosis postictal, cumpliéndose todos los criterios. El síntoma predominante consistió en un trastorno de la vivencia del tiempo. Se analizaron las bases neurocientíficas conocidas que están implicadas en el proceso de percepción del tiempo. En este caso, la lesión del lóbulo parietal derecho pudo contribuir a la aparición de dicha alteración perceptiva; si bien, esta lesión no explica por sí sola toda la sintomatología. Fueron necesarias varias pruebas de neuroimagen hasta concluir que la lesión consistía en un área isquémica temporoparietal derecha. El EEG confirmó la existencia de actividad epileptógena. Psicopatológicamente se objetivó fenómenos de déjà vu, alteración de la percepción subjetiva del tiempo e ideación delirante secundaria. Existió un período lúcido entre las crisis comiciales y el inicio de la psicosis. Durante la psicosis estuvo orientado y no hubo obnubilación de la conciencia.

**Conclusiones:** La psicosis postictal es un cuadro neuropsiquiátrico bien definido, poco conocido por los clínicos y que plantea dificultades diagnósticas que pueden influir en el pronóstico. Algunos estudios apuntan a una especial tendencia a actos auto-heteroagresivos en estos episodios, que exigen un tratamiento precoz. No hay consenso acerca del tratamiento ni datos suficientes sobre el pronóstico.

#### PO-833

#### ESTA MANO NO ES MÍA

A. Gil Sánchez, I. Martínez Pérez, L. Belinchón Ortega, A. Moreno Pastor, J.P. Martínez López, M. Arnaldos Payá y J.M. Peñalver Mellado

**Introducción:** El síndrome de la mano ajena es un fenómeno neuropsicomotor, que puede confundirse con un cuadro psiquiátrico, dificultando su manejo clínico.

**Metodología:** Motivo de consulta: paciente de 60 años remitida desde hospital comarcal para valoración psiquiátrica. Antecedentes personales: hipotiroidismo, ansiedad, hysterectomizada. Situación basal: viuda, gitana, ama de casa. Tratamiento habitual: AAS, loracepam, tiroxina. Enfermedad actual: paciente que estando en la

consulta de su médico de cabecera nota de manera brusca "que se le cae la mano izquierda y no puede moverla", posteriormente comienza a golpearse en la pierna y en la cara diciendo "que le quiten esa mano que no es suya" moviéndola y dándose golpes con ella. Es remitida al Hospital donde se valora y se realiza TC de cráneo normal. Ante la persistencia de "movimientos extraños" del brazo izquierdo se remite a Psiquiatría para descartar cuadro conversivo. Exploración: destaca extinción táctil izquierda, agrafestesia y estereognosia en mano izquierda, plejía distal de miembro superior izquierdo. Exploraciones complementarias: nuevo TC craneal, infarto agudo parietal derecho.

**Discusión:** Ante la sospecha de cuadro conversivo no se tuvieron en cuenta otros diagnósticos diferenciales, ni se puso en marcha el "Código ictus", lo que habría resultado en una actitud diagnóstica y terapéutica completamente diferente. Este caso es un claro ejemplo de cómo el estigma en Salud Mental conduce a la discriminación y al bajo uso de procedimientos diagnósticos cuando acontece una enfermedad física, siendo un obstáculo para el correcto manejo de multitud de pacientes, con o sin enfermedad mental asociada.

#### Bibliografía

1. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet*. 2007;370:810-1.
2. Hidalgo-Borrallo R, Belaunzarán-Mendizábal J, Hernández-Goñi P, Tirapu-Ustároz J, Luna-Lario P. Síndrome de la mano ajena: revisión de la bibliografía. *Rev Neurol*. 2009;48:534-9.

#### PO-834

#### FACTORES ETIOPATOGÉNICOS EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ALUCINACIONES VISUALES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

P. Artieda Urrutia, J. Gómez-Arnau Ramírez, C. Parro Torres, J. Andrada Meyer e I. Durán Cristóbal

**Introducción y objetivos:** Durante años se ha mantenido cierta controversia acerca de la prevalencia de alucinaciones visuales en las psicosis funcionales y en particular en la esquizofrenia. Algunos autores rechazan la existencia de verdaderos fenómenos alucinatorios visuales en las psicosis y afirman que, de producirse, habría que buscar siempre una causa estructural subyacente. Nos proponemos estudiar el origen de las alucinaciones visuales presentadas por pacientes atendidos en nuestro Servicio de Urgencias durante un año.

**Metodología:** Seleccionamos retrospectivamente aquellos pacientes atendidos en urgencias durante el año 2010 y en los que se objetivó la presencia de alucinaciones visuales. Analizamos los datos con SPSS.

**Resultados:** Identificamos 138 pacientes, con una media de edad de 71,1 años. Únicamente en 10 de ellos (7,2%) no se detectó ningún tipo de alteración orgánica relevante. En el resto, se objetivaron alteraciones estructurales del SNC (50,4%), descompensaciones metabólicas (39,4%), déficit visuales (20,4%), intoxicaciones farmacológicas (18,8%), abstinencia a alcohol (8%) e intoxicación por drogas de abuso (6,5%). La edad media de los pacientes sin organicidad fue significativamente menor (53,7 frente a 72,5 años;  $p < 0,05$ ). En todos ellos se objetivó un juicio de realidad alterado y ninguno presentó síntomas de confusión.

**Conclusiones:** La alucinación visual aparece con mayor frecuencia a edades tardías. Deterioro cognitivo y alteraciones en la vía visual aparecen como factores predisponentes al síndrome alucinatorio visual, a los que se suman factores más agudos como intoxicaciones o descompensaciones de la homeostasis en los que las alucinaciones se desencadenarían en un contexto confusional. Aunque las alucinaciones visuales son posibles como síntoma derivado de psicosis funcionales, su presencia en urgencias debería alertar de una probable alteración estructural.

#### Bibliografía

1. Gauntlett-Gilbert J, Kuipers E. Phenomenology of visual hallucinations in psychiatric conditions. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191:203-5.
2. Mueser KT, Bellack AS, Brady EU. Hallucinations in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;82:26-9.

## PO-867

## ZOOM: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE SCREENING GENÉTICO DE LA ENFERMEDAD DE NIEMANN-PICK C EN ADULTOS CON SIGNOS NEUROLÓGICOS/PSIQUIÁTRICOS

H. Hermann Klünemann

**Introducción:** Niemann-Pick C (NPC) es una enfermedad rara, neurodegenerativa y fatal causada por las mutaciones recesivas autosómicas en los genes NPC1 (95%) o NPC2.

**Objetivos:** Describimos el diseño y la metodología del primer estudio a gran escala de screening genético para evaluar la prevalencia de NPC en pacientes con psicosis o demencia de aparición precoz, y explorar los parámetros clínicos que pueden mejorar la detección de NPC en adultos.

**Metodología:** Estudio observacional, multicéntrico y de screening con dos fases: transversal y retrospectiva de casos-controles. Se incluirán pacientes adultos (18-50 años de edad) consecutivos según cinco criterios de selección: a) psicosis combinada con > 1 síntoma/síndrome neurológico no relacionado con el tratamiento antipsicótico, o b) psicosis combinada con hepatomegalia y/o esplenomegalia, o c) inicio precoz de demencia combinado con > 1 síntoma/síndrome neurológico no relacionado con el tratamiento antipsicótico, o d) inicio precoz de demencia combinado con hepatomegalia y/o esplenomegalia, o e) inicio precoz de demencia combinada con una psicosis orgánica. Se analizarán muestras de sangre en todos los pacientes reclutados para la secuenciación directa y PLA de los genes NPC1 y NPC2. Se recogerán datos del estado actual del paciente y los datos retrospectivos se registrarán por vía web, utilizando un sistema electrónico seguro vía web.

**Resultados:** Participarán aproximadamente 50 centros psiquiátricos y neurológicos de referencia de la UE y EEUU. El objetivo de la fase transversal será determinar la prevalencia de NP-C en pacientes con psicosis o con demencia precoz, y analizar la relación genotipo-fenotipo. Se realizarán análisis de regresión logística para evaluar posibles factores pronósticos de NP-C en la fase de casos-controles.

**Discusión y conclusiones:** Este estudio internacional proporcionará datos adicionales y valiosos sobre la presencia de la NPC en pacientes adultos con signos neurológicos/psiquiátricos, y reforzará nuestro conocimiento acerca de la naturaleza de las manifestaciones clínicas en adultos con NP-C.

## PO-872

## SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN EL SÍNDROME MELAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Ollé Llopis

**Introducción:** Hay ciertas enfermedades orgánicas difíciles de diagnosticar y este es el caso de la enfermedad mitocondrial llamada MELAS; y en cuyo síndrome, a veces se presenta sintomatología psiquiátrica.

**Metodología:** Los autores presentan el caso clínico inusual de una paciente de 52 años diagnosticada de probable síndrome de MELAS, en la cual los síntomas psiquiátricos precedieron a la clínica neurológica y ayudaron a la consideración diagnóstica de esta enfermedad mitocondrial.

**Resultados:** La paciente a los 42 años presentó un episodio psicótico y desde entonces estuvo en tratamiento con antipsicóticos. Los síntomas psiquiátricos fluctuaron hasta la actualidad, realizándose varios cambios de medicación. Ante la evolución del cuadro y el deterioro progresivo se sospechó causa orgánica y por ello, fue vista por neurología. Al cabo de 5 meses de dicha visita, la paciente de 52 años fue ingresada por un episodio compatible con ictus, que remitió rápidamente. Durante el ingreso, ante la presunción clínica de enfermedad mitocondrial (por antecedentes personales y familiares de DM y sordera; presencia de ácido láctico en sangre y LCR; deterioro cognitivo y conductual) se realizó biopsia muscular, en la cual se objetivó hallazgo

de fibras tipo ragged red, compatible con miopatía mitocondrial. En la actualidad sólo está pendiente de confirmación de mutación genética, para establecerse definitivamente el diagnóstico MELAS.

**Conclusiones:** El síndrome MELAS presenta un déficit en el metabolismo energético, debido a defectos genéticos en mitocondrias. Su diagnóstico es difícil y suele estar infradiagnosticado; pero en aquellos casos en que existen síntomas psiquiátricos fluctuantes, estos podrían ayudarnos a sospechar dicha enfermedad.

## Bibliografía

1. Kiejna A, et al. Psychiatric symptoms in a patient with the clinical features of MELAS. *Med Sci Monit.* 2002;8:CS66-72.
2. Lacey C, et al. Obsessive-Compulsive Disorder with Mitochondrial Disease. *Psychosomatics* 2008;49:540-2.

## PO-873

## SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

E. Ferrer Sánchez, A.I. Sanz Santos, C. López Martínez, S. Hernández Campos, G. Esteve Blasco y J.M. Bertolín Guillén

**Introducción:** La enfermedad de Huntington (EH) es una enfermedad neurodegenerativa hereditaria caracterizada por síntomas motores, cognitivos y psiquiátricos. Se suele considerar el inicio de la enfermedad cuando comienzan los síntomas motores, aunque los cognitivos y psiquiátricos aparecen antes. El psiquiatra puede ser uno de los primeros facultativos consultados ante la aparición de los síntomas iniciales; por eso es importante realizar una correcta orientación diagnóstica y terapéutica.

**Objetivos:** Conocer los datos epidemiológicos más relevantes, la clínica, los procedimientos diagnósticos y los posibles abordajes terapéuticos de la enfermedad de Huntington.

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

**Resultados:** La EH es una enfermedad neurodegenerativa con herencia autosómica dominante, con síntomas motores, cognitivos y psiquiátricos. Aunque los síntomas motores son más característicos, los cognitivos y psiquiátricos suelen aparecer varios años antes. El síntoma motor más característico es el corea, el deterioro cognitivo es progresivo y los síntomas psiquiátricos pueden ser depresivos, obsesivo-compulsivos o psicóticos, evidenciándose en algunos pacientes también disfunciones sexuales. El diagnóstico de sospecha es clínico y el definitivo se realiza mediante test genético. El tratamiento de los trastornos del movimiento implica medidas no farmacológicas y farmacológicas (tetrabenazina y algunos antipsicóticos atípicos), y el tratamiento de los síntomas psiquiátricos se realiza mediante un abordaje integral biopsicosocial del paciente. **Discusión y conclusiones:** Aunque la sintomatología motora es la más característica de la enfermedad de Huntington, los síntomas cognitivos y psiquiátricos, aunque inespecíficos, pueden preceder en años a la aparición de los trastornos del movimiento. Una buena orientación diagnóstica y terapéutica por parte del psiquiatra contribuirá a mejorar la calidad de vida, la evolución y el pronóstico funcional, dentro del abordaje multidisciplinar del paciente.

## Bibliografía

1. Novak M, Tabrizi S. Huntington's disease. *BMJ.* 2010;340:c3109.
2. Mestre T, Ferreira J, Coelho M, Rosa M, Sampaio C. Therapeutic interventions for symptomatic treatment in Huntington's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD006456.

## PO-910

## PSICOSIS Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Jiménez Fernández, M.A. Rojas Estapé, P. García Parajuá y L. García Murillo

**Introducción:** El modelo biosocial de M. Linehan considera la regulación emocional como una característica nuclear del Trastorno

Límite de la Personalidad (TLP). La disregulación emocional se caracteriza por una elevada intensidad emocional negativa en estado basal, una alta reactividad emocional ante estímulos y un lento retorno a la línea base tras un estímulo emocional [1]. El objetivo de este estudio es investigar la respuesta emocional subjetiva y fisiológica de los pacientes con TLP en relación a un proceso de inducción emocional mediante visualización de fragmentos de películas. El segundo objetivo es estudiar las diferencias en los patrones de respuesta emocional entre pacientes con TLP y controles sanos ante diferentes emociones.

**Metodología:** Treinta pacientes diagnosticados de TLP y 30 controles apareados por edad, todos ellos del sexo femenino, participaron en un estudio de inducción emocional con fragmentos de películas. Cada participante visualizó un set de escenas, previamente validado al español, con capacidad para inducir 5 emociones básicas (ira, miedo, tristeza, asco, diversión), 3 emociones mixtas clínicamente relevantes en el TLP (abuso sexual, abandono y dependencia emocional) y una emoción neutra [2]. Para cada fragmento de película se recogió la respuesta emocional subjetiva con escalas autoaplicadas (Positive and Negative Affect Schedule -PANAS-, Self-Assessment Manikin -SAM- y Discrete Emotions Questionnaire -DEQ-) y la reacción objetiva con variables electrofisiológicas (conductancia dermal -CD-, frecuencia cardiaca -FC-, pulso de volumen sanguíneo -PVS- y amplitud de volumen sanguíneo -AVS-).

**Resultados:** A nivel basal, el grupo con TLP tenía una mayor intensidad emocional negativa medida mediante las escalas autoaplicadas, pero no hubo diferencias entre grupos en las variables fisiológicas. Ambos grupos mostraron un patrón similar de respuesta emocional subjetiva a los clips que evocaban emociones neutras, de tristeza, de ira y de miedo. El grupo TLP presentó un patrón diferente ante el clip de diversión. Con las emociones de tristeza, ira y miedo, el grupo TLP mostró un menor aumento de la FC: ANOVA de un factor para tristeza ( $F = 4,1$ ,  $df = 1,58$ ,  $p = 0,048$ ), ira ( $F = 4,11$ ,  $df = 1,59$ ,  $p = 0,047$ ) y miedo ( $F = 4,71$ ,  $df = 1,58$ ,  $p = 0,034$ ). - Con respecto a la reactividad emocional a emociones mixtas relacionadas con el TLP, ambos grupos presentaron un patrón de respuesta emocional subjetiva diferente: análisis ANOVAs para el clip relacionado con abuso sexual ( $F = 21,46$ ,  $df = 1,52$ ,  $p < 0,001$ ); para el clip relacionado con abandono ( $F = 4,9$ ,  $df = 1,53$ ,  $p = 0,03$ ); para el clip relacionado con dependencia emocional ( $F = 19,67$ ,  $df = 1,52$ ,  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias en cuanto a las medidas fisiológicas. - En ninguno de estos análisis se observó influencia del tratamiento farmacológico.

**Conclusiones:** Los pacientes con TLP presentan patrones de respuesta emocional diferenciales ante la inducción de algunas emociones básicas y de emociones mixtas relacionadas con la clínica de este trastorno, lo cual podría explicar en parte la disregulación emocional característica de estos pacientes.

#### Bibliografía

1. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.
2. Fernández C, Pascual JC, Soler J, Fernández-Abascal E. Spanish validation of an emotion-eliciting set of films. *Psychotherapy*. En prensa.

#### PO-925

#### UN HÉROE PERSEGUIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE PSICOSIS ASOCIADA A ENCEFALOPATÍA ANÓXICA TARDÍA

A.M. Boszczyk, L. López Sánchez, M.C. Martínez Tomás, A. Crespo Portero y P. Pozo Navarro

**Introducción:** A lo largo de la historia ha existido una discusión nosológica en aquellos cuadros similares a las psicosis funcionales que se desarrollan en relación a una agresión sobre el sistema nervioso central. Esta discusión gira en torno a la relación de la actuación de la noxa como factor desencadenante de psicosis en individuos

predisponentes. Esta situación es aún más controvertida cuando la aparición del cuadro es tardía.

**Objetivos:** Poner en discusión la relación que puede tener un daño orgánico como factor desencadenante de psicosis en individuos predisponentes.

**Metodología:** Se expone el caso de un varón de 62 años de edad, con antecedentes de intoxicación aguda por CO que a lo largo de un año desarrolla sintomatología que nos hace sospechar encefalopatía postanóxica tardía (DAE) acompañada de síntomas psicóticos (ánimo expansivo, desinhibición e ideación delirante de grandeza y persecución). Se realiza una revisión ad hoc de la literatura científica sobre DAE en marco psiquiátrico y sobre las últimas tendencias sobre psicosis orgánicas.

**Resultados:** La encefalopatía anóxica tardía es una entidad poco frecuente y acompañada de mal pronóstico. Como sus síntomas más frecuentes nos podemos encontrar con deterioro mental, alteraciones de la marcha y parkinsonismo. La sintomatología psiquiátrica es muy frecuente (67-93% de intoxicaciones por CO) variando desde síntomas ansioso-depresivos, afectación de memoria, alteraciones conductuales e irritabilidad hasta aparición de síntomas maniacos y psicóticos. En los últimos años ha aumentado el número de publicaciones que describen síntomas psicóticos asociados a la DAE.

**Conclusiones:** El objetivo de presentar este caso clínico es mostrar que ante la aparición de clínica psicótica en personas de edad media es necesaria una anamnesis exhaustiva que tenga en cuenta la posibilidad de un cuadro orgánico aunque no exista una relación temporal inmediata, sobre todo cuando existe atipicidad en dicha clínica y aparecen signos de deterioro (permanente) en la funcionalidad del paciente.

#### PO-940

#### SÍNDROME PSEUDOBULBAR (PBA). A PROPÓSITO DE UN CASO. ¿LLANTO Y RISAS PATOLÓGICOS?

M.A. Rojas Estapé y C. Iglesias Rodríguez

**Introducción:** El síndrome pseudobulbar (PBA) es un desorden neurológico caracterizado por llanto involuntario o episodios incontrolables de risa y llanto sin estímulo que lo produzca. Esto sucede en la mayor parte de las veces secundario a enfermedades o lesiones neurológicas subyacentes, como la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica, infartos cerebrales, traumatismos cráneo-encefálicos u otros daños cerebrales. A pesar de que la fisiopatología es en gran parte desconocida, el síndrome pseudobulbar parece relacionado con una alteración bilateral de los sistemas cortico-bulbares que relacionan este síndrome con espasticidad muscular, disartria, disfagia y una labilidad afectiva que se caracteriza por risas y llantos espasmódicos.

**Metodología:** El servicio de Neurocirugía solicita valoración de paciente de 70 años que tras haber sido intervenido neuroquirúrgicamente por hematoma intraparequimatoso derecho y clínica de hemiplejia izquierda, disartria y dificultad para la deglución que presenta labilidad emocional de varios días de evolución. Tras ser valorado en varias ocasiones se objetiva risa y llanto espasmódico inapropiadas e incontrolables sin causa apropiada que lo justifique. Se comenzó el tratamiento con mirtazapina con respuesta parcial al mismo. Tras revisar las actualizaciones del PBA se plantea el cambio de tratamiento a un nuevo fármaco que contiene dextrometorfano y quinidina.

**Discusión:** El diagnóstico del síndrome pseudobulbar puede ser difícil en ocasiones y se basa en caracterizar cada episodio y diferenciarlo de una depresión. Es importante reconocer estos síntomas para favorecer la funcionalidad y mejoría de estos pacientes.

#### Bibliografía

1. Rosen HJ, Cummings J. A real reason for patients with pseudobulbar affect to smile. *Ann Neurol*. 2007;61:92-6.
2. Schiffer R, Pope LE. Review of Pseudobulbar Affect Including a Novel and Potential Therapy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005;17:447-54.

## PO-970

## ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTE CON SÍNDROME POSTENCEFALÍTICO. ¿SEGUIMIENTO PSIQUIÁTRICO O SEGUIMIENTO NEUROLÓGICO?

E. del Amo Cardeñosa, A. Arilla Aguilella, P. Elías Villanueva, M. Fernández Guardiola, S. Gallego Villalta, M.E. Viñuales Luis, A. Ortiz Martín, L.T. Durán Sandoval, E. Elías Villanueva y A. Zorrilla Blasco

**Introducción:** Los cuadros de encefalitis viral, agudos o sus secuelas, se presentan frecuentemente en la clínica con trastornos psiquiátricos, aunque el tema se olvida o se trata de manera superficial en la mayoría de los libros de texto de Neurología, Psiquiatría o Neuropsiquiatría.

**Objetivos:** Estudio y tratamiento de alteraciones conductuales de un paciente con síndrome postencefalítico.

**Metodología:** Estudio descriptivo de caso clínico mediante múltiples pruebas realizadas en UCE psiquiátrica.

**Resultados:** Paciente de 53 años que hace 9 años comenzó con un cuadro confusional: desorientación, comportamiento inapropiado, alteraciones de memoria, lenguaje y funciones ejecutivas. Diagnóstico de encefalitis herpética y tratado con aciclovir, permaneciendo la amnesia de fijación. Dado de alta de la unidad de Infecciosos tras resolución del cuadro, derivado a Neurología y desde ese servicio al de Psiquiatría. Comienza tratamiento, que abandona al sugerir su psiquiatra que las alteraciones conductuales eran de origen orgánico y deberían ser tratadas por Neurología. Ingresa en U.C.E. de Psiquiatría por orden judicial para valoración. Tratado allí con escitalopram, gabapentina, olanzapina y lorazepam. Se consigue una buena alianza terapéutica y continuó control psiquiátrico ambulatorio.

**Discusión y conclusiones:** Las alteraciones psiquiátricas de origen orgánico al tratarse de un cuadro mixto, tanto neurológico como psiquiátrico, resultan una patología muy controvertida a la hora de ser estudiadas por los clínicos ya que podrían ser tratadas por ambas especialidades. Deberíamos plantearnos un abordaje multidisciplinar, evitando la disociación mente-cerebro. Además existe escasa literatura científica acerca del tratamiento de las secuelas psiquiátricas graves de las encefalitis virales (agitación, desorientación, fallos mnésicos, y psicosis, entre otras) por lo que podría ser un tema de estudio interesante. -**Interés del caso:** Reside en que a pesar de que el ingreso se hiciera de forma involuntaria, en principio con una actitud negativista por parte del paciente y nula conciencia de enfermedad, al final se obtuvo una mejoría significativa. Con una buena relación terapéutica y el tratamiento psicofarmacológico adecuado se consiguió la adherencia al mismo y el seguimiento psiquiátrico regular por parte del paciente; por lo que aumentó la calidad de vida, tanto del paciente como de su familia.

## Bibliografía

1. Ramírez-Bermúdez J. Frecuencia de signos y síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con encefalitis viral. *Neurología*, 2005.
2. Avendaño C. Neurociencia, neurología, y psiquiatría: Un encuentro inevitable. *Revista AEN*.

## PO-981

## ENCEFALITIS LÍMBICA ANTI-NMDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

P.I. González Valls, L. Ros Mora, A.C. García Blanco y H. Echevarría Mateu

**Introducción:** La encefalitis por anticuerpos anti-NMDA es un síndrome del cual se conocían pocos casos hasta la actualidad. Esta enfermedad suele cursar con sintomatología psiquiátrica, lo que hace imprescindible un correcto diagnóstico diferencial.

**Objetivos:** Mediante la exposición de un caso se pone de manifiesto la necesidad de conocer las características de esta enfermedad.

**Metodología:** Hombre de 22 años que empieza a experimentar varios episodios de desconexión semanales coincidiendo con periodo

de estrés. Las pruebas realizadas en urgencias resultan negativas y se sugiere etiología psicogénea. Inicia tratamiento psicofarmacológico con mejoría parcial pero un mes después sufre varias crisis tóxico-clínicas e ingresa en Neurología. Durante el ingreso se evidencia desorientación temporo-espacial y alteración global de la memoria. También progresiva inhibición psicomotriz y lenguaje casi nulo e intensa bradipsiquia. El EEG muestra signos irritativos temporales y tanto la RM como el análisis del LCR únicamente signos inespecíficos. Tras descartar causa infecciosa se inicia tratamiento con corticoides. Finalmente se determinó la existencia de anticuerpos anti-NMDA y se comenzó la búsqueda mediante PET de neoplasia oculta, ya que suele tener un origen paraneoplásico.

**Resultados:** A pesar de la demora inicial se consiguió alcanzar un diagnóstico exacto. Se inició tratamiento agresivo con rituximab con recuperación completa en los siguientes meses.

**Conclusiones:** Al ser hasta ahora este cuadro un síndrome probablemente infradiagnosticado, muchos casos han sido tratados en unidades de psiquiatría como psicosis o como síndrome neuroléptico maligno. Parece necesario el conocimiento por parte de los psiquiatras de este tipo de encefalitis para poder realizar una correcta y precoz clasificación, ya que es un cuadro subagudo, que puede ser letal.

## Bibliografía

1. Dalmau J, Bataller L. Encefalitis límbica: los nuevos antígenos de membrana y propuesta de una clasificación clínicoinmunológica con implicaciones terapéuticas. *Neurología*. 2009;22:526-37.
2. Graus F, Saiz A. Encefalitis límbica: un síndrome probablemente infradiagnosticado. *Neurología*. 2005;20:24-30.

## PO-1020

## CUADRO AFECTIVO MIXTO SECUNDARIO A ENCEFALITIS DE HASHIMOTO

N. Román Avezuela, M.V. Martín, N. Esteve Díaz, E. Mérida Casado y M. Caamaño Burgués

**Introducción:** La presentación clínica más frecuente de la encefalitis de Hashimoto es la aparición de alteraciones conductuales, cognitivas, crisis comiciales y síntomas neurológicos focales. El 10-20% de los pacientes presentan alteraciones del estado de ánimo, y en su mayoría, la clínica es depresiva. Han sido descritos escasos episodios maníacos pero no se encuentra publicado ningún caso de cuadro afectivo mixto. **Objetivos:** Señalar la necesidad de descartar la encefalitis de Hashimoto como posible etiología de un cuadro afectivo mixto orgánico.

**Metodología:** Mujer de 37 años con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto que ingresa en UCI, por crisis comicial, obnubilación y afasia. A las 48 horas recupera el nivel de conciencia y el lenguaje, pero inicia un cuadro afectivo mixto con tristeza, afecto incongruente, cogniciones depresivas, fuga de ideas, taquipsiquia, verborrea, desinhibición e inquietud psicomotriz. Los hallazgos en hemograma, bioquímica sanguínea y urinaria, análisis de LCR, tóxicos, serologías, cultivos, electroencefalograma, TAC y RMN no fueron concluyentes. En el estudio de la función tiroidea se encontraron alteraciones, presentaba TSH: 458.800 µU/ml; T4 libre: 0,87 ng/dl; Anticuerpos anti-microsómicos-TPO: 15.676,80 UI/ml; Anticuerpos antitiroideos-TG: 1.394 UI/ml. Se inició tratamiento con prednisona 1,5 mg/kg al día. Se realizó una disminución progresiva de la dosis en función de la respuesta clínica. Ocho meses después, la clínica y las alteraciones tiroideas remitieron y se suspendió el tratamiento.

**Conclusiones:** Se aconseja incluir la encefalitis de Hashimoto en el diagnóstico diferencial de un cuadro afectivo mixto secundario, realizar estudio de la función tiroidea (TSH, T4) y anticuerpos anti-tiroideos.

## Bibliografía

1. Mocellin R, Walterfang M, Velakoulis D. Hashimoto's encephalopathy: epidemiology, pathogenesis and management. *CNS Drugs*. 2007;21:799-811.
2. Chong JY, Rowland LP, Utiger RD. Hashimoto encephalopathy: syndrome or myth? *Arch Neurol*. 2003;60:164-71.

## PO-1033

## PSICOSIS DE BASE SOMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO DELIRANTE POSTENCEFALITIS

I. Sánchez Lorenzo, I. López Saracho, D. Gómez Pizarro, L. García García, J.A. Blanco Garrote, I. Muñoz León, J. Montoro López, A. Valle Escalante y A. Ledo Rubio

**Introducción:** El mundo de las psicosis se compone de tres conjuntos a los que se les reconoce diferentes orígenes: endógeno, exógeno y reactivo. Kurt Shneider utiliza para clasificar las psicosis de base somática el criterio sintomatológico o evolutivo, clásicamente se ha dividido a los trastornos exógenos por su curso, en agudos (síntoma principal alteración de la conciencia) y crónicos deterioro de las capacidades intelectuales y la personalidad.

**Objetivos:** Revisión de paciente con deterioro cognitivo de origen neurodegenerativo.

**Metodología:** Varón de 44 años, ex ADVP, VIH y VHC positivo, sin consumo de tóxicos desde hace unos 10 años. Ingreso previo hace 2 años diagnosticado de Trastorno psicótico inducido por cannabis con temática delirante de persecución e intento autolítico con arma blanca. Antecedentes personales: encefalitis hace 10 años con hemiparesia derecha, crisis comiciales, coriorretinitis por CMV y polineuropatía sensitivo-motora. Deterioro cognitivo residual con problemas de lecto-escritura y apraxia. Motivo de ingreso: intento autolítico por ahorcamiento acompañado de ideación delirante de persecución.

**Resultados:** EEG: Enlentecimiento difuso de la actividad eléctrica cerebral. TAC cerebral sin contraste: gran dilatación del asta temporal y occipital del VL izquierdo, por atrofia en dicho hemisferio. Juicio diagnóstico: Eje I: F02.8 Demencia debida a múltiples etiologías. F19.51 Trastorno delirante derivado de consumo de tóxicos (192.12) Intento autolítico. Eje III: encefalitis, VIH, VHC.

**Conclusiones:** Las manifestaciones tardías y secuelas se presentan en un alto número de postencefalíticos. En un considerable número de estos enfermos, se distingue la apatía, falta de iniciativa, ideación obsesiva, angustia y bradipsiquia. En otros se manifiestan estados impulsivos, con ideación francamente perturbada. Las psicosis con alucinaciones, ideas delirantes persecutorias con conservación de la conciencia y confabulaciones también pueden acontecer como secuela de esta encefalitis. En casos más graves, como hemos querido reflejar en el paciente presentado, puede instalarse un síndrome demencial con deterioro global de las funciones psíquicas, al que se agregan las secuelas neurológicas que pudieren haber quedado y dependen de la localización del daño cerebral. En cualquier caso, el pronóstico de estos estados residuales es desfavorable.

## Bibliografía

1. Vellas BJ, Albareda J, Garry PJ. Dementia And Cognitive Impairments. Facts And Research. In: Gerontology 1994. Supplement.
2. Egúiluz I, Segarra R. Introducción a la psicopatología. Barcelona: Ars Médica, 2005.

## Trastornos adictivos

## PO-167

## ESTUDIO DEL FUNCIONAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS)

D. Mejías Verdú, M.A. Antelo Lorenzo y J.M. López Navarro

**Objetivos:** Estudio del grado de funcionamiento personal y social en pacientes con diagnóstico de TUS. Muestra 30 sujetos varones,

edades entre 20 y 45 años, con diagnóstico de TUS. Sustancia más importante de consumo cocaína. Procedimiento Se aplica la Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP), Morosini et al (2000), validada en España por Bobes J et al (2010).

**Resultados:** Por grupos de edad son: media de 65,7/100 grupo 20 a 29 años; media de 70,6/100 grupo 30 a 39 años. y media de 73,7/100 grupo 40 a 45 años. Media total de la muestra en el grado de funcionamiento personal y social: 70 sobre 100.

**Resultados:** Subescalas: a) Autocuidado: el 81% de la muestra no presenta alteración, b) Actividades sociales, trabajo y estudio: el 48% dificultades leves, c) Relaciones personales y sociales: el 45% dificultades leves, el 27% disfunción manifiesta d) Comportamientos perturbadores y agresivos: el 66% no presenta disfunción, el 1,8% disfunción leve y el 0,6% disfunción marcada.

**Conclusiones:** Todos los sujetos presentan dificultades en una o más de las áreas estudiadas, el TUS afecta al funcionamiento personal y social de los sujetos que lo padecen.

## Bibliografía

1. Lynskey M, et al. El consumo de cannabis y otras drogas. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. JAMA. 2003;289:427-33.
2. Ramiro Cañas de Paz. Médico de familia. Madrid.
3. Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi GC, Brambilla R., Faggiano F. Gammahydroxibutirato (GHB) para el tratamiento de la abstinencia alcohólica y la prevención de las recaídas. En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 2. Oxford. Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 2 Art no. CD006266. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

## PO-196

## PREVALENCIA DEL TDAH EN UNA MUESTRA DE PACIENTES TOXICÓMANOS

D. Guerro Prado, M. Martín Román, A. Germain Estébanez, E. Herrero López, N. Echeverría y V. García Vicent

**Objetivos:** Estudiar la comorbilidad del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en una muestra de pacientes con abuso de sustancias.

**Metodología:** Pacientes con abuso de sustancias ingresados en la unidad regional de desintoxicación hospitalaria del Hospital Provincial de Ávila o que acuden de manera ambulatoria al CAD de Ávila o al Centro de Adicciones de Marbella (Málaga). Utilizamos los cuestionarios Wender Utah Rating Scale (WURS), Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) y el Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID).

**Resultados:** 53 pacientes. Edad media 34,90 años. Sustancia de consumo principal cocaína 52,8%; heroína 28,3%; cannabis 7,5% y marihuana 3,8%. Tiempo medio de adicción a la droga principal 12,18 años (DE 8,98). El 75,5% de los pacientes presentaron resultados positivos para probable TDAH en alguno de los tres cuestionarios utilizados. En la escala WURS un 66% de la muestra era susceptible de sufrir un TDAH, en el ASRS-v1.1 un 43,4% y en CAADID un 56,6%. Los tres cuestionarios fueron positivos para TDAH del adulto en el 32,1%; CAADID y WURS para el 18,9%; CAADID y ASRS-v1.1 para el 5,7%; WURS y ASRS-v1.1 para el 5,7%; solamente WURS positivo 11,3% y solamente ASRS-v1.1 positivo 1,9%.

**Conclusiones:** La elevada prevalencia del TDAH en población toxicómana obliga a un adecuado screening y a la utilización habitual de estimulantes u otras moléculas indicadas para el TDAH en dichos enfermos de manera coadyuvante al tratamiento específico para su adicción.

## Bibliografía

1. Frodl T. Comorbidity of ADHD and Substance Use Disorder (SUD): a neuroimaging perspective. J Atten Disord. 2010;14:109-20.
2. Daigne Blanco C, Ramos-Quiroga JA, Valero S, Bosch R, Roncero C, Gonzalo B, Nogueira M. Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) symptom checklist in patients with substance use disorders. Actas Esp Psiquiatr. 2009;37:299-305.

## PO-197

## ESTUDIO DE LA IMPULSIVIDAD EN PACIENTES TOXICÓMANOS

D. Guerro Prado, A. Germain Estébanez, N. Echeverría Hernández, M. Martín Román, E. Herrero López y V. García Vicent

**Metodología:** Pacientes con abuso de sustancias del CAD de Ávila, ingresados en la unidad regional de desintoxicación hospitalaria del Hospital Provincial de Ávila o del Centro de Adicciones de Marbella. Se excluyeron aquellos cuya sustancia de consumo principal fuera alcohol. Utilizamos la escala de impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11) y la escala búsqueda de sensaciones (Sensation-Seeking Scale, SSS).

**Resultados:** 53 pacientes. Edad media 34,09 años (DE 8,04). Sustancia de consumo principal cocaína 52,8%; heroína 28,3%; cannabis 7,5%; marihuana 3,8% y otras 7,5%. Sustancia de consumo secundaria cocaína 28,3%; alcohol 24,5%; cannabis 18,9%; heroína 11,3%; alucinógenos 1,9%, otras 3,8% y sin segunda sustancia de consumo 11,3%. Las puntuaciones en la escala BIS-11 fueron: total 60,86 (DE 17,53); impulsividad cognitiva 17,07 (DE 5,3); impulsividad motora 19,26 (DE 9,03) e impulsividad no planeada 24,45 (DE 7,88). Las puntuaciones en escala SSS fueron: total 23,24 (DE 6,69); búsqueda de emociones 6,03 (DE 3,05); búsqueda de excitación 6,88 (DE 1,99); desinhibición 5,64 (DE 2,51) y susceptibilidad al aburrimiento 4,64 (DE 2,45). Estos resultados se comparan con los estudios de validación en población sana española y en estudios sobre población psiquiátrica.

**Conclusiones:** Los pacientes afectos de un trastorno por uso de sustancias presentan elevada impulsividad como se ha evidenciado en numerosos estudios. Esto debe enfocar el tratamiento no solo hacia la abstinencia del tóxico sino también hacia el control de los impulsos a través tanto de la psicofarmacología como de la psicoterapia.

## Bibliografía

1. Forcada Chapa R; Pardo Pavía N; Bondía Soler B. Impulsividad en dependientes de cocaína que abandonan el consumo. Adicciones. 2006;18:111-8.
2. Horvath P, Zuckerman M. Búsqueda de sensaciones, valoración y conducta de riesgo. Revista de Toxicomanías. 1996;9:26-38.

## PO-225

## MORTALIDAD DE PACIENTES ALCOHÓLICOS A LOS 14 AÑOS DE HABER INGRESADO EN PSIQUIATRÍA

M.L. Ortega Llorens

**Introducción:** Los pacientes alcohólicos presentan una elevada mortalidad. Se conoce la de los pacientes que siguen un tratamiento ambulatorio especializado y la de los que ingresan por patologías orgánicas relacionadas con su consumo de alcohol, pero desconocemos si los alcohólicos con un perfil más psiquiátrico también fallecen de forma prematura.

**Objetivos:** Investigar las características clínicas, evolución terapéutica, supervivencia y los factores que pueden predecir mejor su mortalidad posterior.

**Metodología:** Seguimiento longitudinal a los 14 años de una cohorte de 91 pacientes alcohólicos ingresados en 1993 para desintoxicación en una Sala de Psiquiatría y que siguieron tratamiento ambulatorio posterior.

**Resultados:** Presentaban elevada patología psiquiátrica (40,6%) (N = 37) y múltiples antecedentes de tratamiento (78%) (N = 71). A los 14 años la mortalidad ha sido del 34,1% (N = 31). Los pacientes fallecidos presentaban con más frecuencia deterioro cognitivo y situación de pensionistas. También recibían antidepresivos más a menudo, tenían menor soporte familiar y recaían más en el consumo de alcohol.

**Conclusiones:** Los pacientes que ingresan en Psiquiatría para desintoxicación son pacientes relativamente jóvenes, con comorbilidad psiquiátrica, deterioro cognitivo, problemática sociofamiliar grave y antecedentes de repetidos tratamientos fracasados con poca adherencia. La mortalidad de estos pacientes se sitúa de forma intermedia entre la de los pacientes ambulatorios y la de los ingresados por causa orgánicas, siendo la edad en el momento de morir más joven que la de los ingresados por causa orgánicas.

## PO-229

## COMPARATIVA DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO CON INYECTABLE DE LARGA DURACIÓN EN MUESTRA DE PACIENTES DROGODEPENDIENTES DE CONTROL AMBULATORIO

G.A. Gómez Albaracín, N. Vivas Rubio y B. Carcolé Batet

**Introducción:** El cumplimiento de la medicación es uno de los factores que afecta la continuidad de los programas de atención en drogodependencias y es un factor modificador del curso y evolución. La falta de adherencia a la medicación antipsicótica se asocia a un mal pronóstico y recaídas.

**Objetivos:** Analizar la adhesión terapéutica en pacientes con tratamiento antipsicótico por su cumplimiento en el programa de las drogodependencias.

**Metodología:** Se analizaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de patología dual y tratamiento con antipsicóticos, durante un semestre de 2010, para evaluar las diferencias entre los pacientes con buena y mala adhesión.

**Resultados:** De un total de 517 consultas de primera, se aisló una muestra aleatoria de 84 (16,25%) pacientes, para analizar los que recibieron tratamiento con antipsicóticos por su diagnóstico de patología dual. Fueron 15 pacientes (17,86%), con una edad media (DT) de 37,9 (8,95) años, sexo masculino y consumo de más de una sustancia tóxica. Cinco de ellos (33,3%) recibieron tratamiento con antipsicótico inyectable de larga duración y 10 (66,67%) por vía oral. Para conocer el grado de cumplimiento terapéutico se utilizó el Cuestionario de Autoevaluación MARS. Los pacientes con tratamiento antipsicótico oral tuvieron un 80% de adherencia subóptima (parcial o nula) con una puntuación igual o menor a 5 y los que recibieron tratamiento con antipsicótico inyectable de larga duración, el 100% de buena adherencia, puntuación entre 6 y 10.

**Conclusiones:** 1. La adhesión al tratamiento farmacológico nos asegura el cumplimiento de un programa de tratamiento en las drogodependencias. 2. El cumplimiento terapéutico del tratamiento antipsicótico con inyectable de larga duración/versus oral es superior.

## Bibliografía

1. Thomson K, et al. Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. Schizophrenia Research. 2000;42:242-7.
2. Velligan DI, et al. The expert consensus guideline series. J Clin Psychiatry. 2009.

## PO-265

## FACTORES ASOCIADOS AL ABANDONO DE TABACO EN UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

P. López Peña, S. Alberich Mesa, A. Ugarte, M. Gutiérrez, V. de los Mozos y A. González-Pinto

**Introducción:** No existen estudios prospectivos de primeros episodios psicóticos que analicen diferencias entre sexos en el abandono del tabaco. El abuso de sustancias está altamente relacionado con el consumo de tabaco en mujeres. El objetivo es determinar la influencia del sexo y abuso de sustancias en el abandono del tabaco en un seguimiento a largo plazo en primeros episodios psicóticos.

**Metodología:** Los pacientes se incluyeron tras su primer episodio psicótico y fueron seguidos 8 años. Se identificaron factores asociados con el abandono del tabaco en hombres y mujeres. Las interacciones del sexo con otras variables clínicas se midieron con modelos mixtos, y para las interacciones con el abuso de sustancias se restringió el análisis a los consumidores de sustancias.

**Resultados:** Al inicio fumaban el 79% de los hombres y el 84% de las mujeres. Tras 8 años se asoció la dificultad de dejar de fumar a las mujeres (OR = 0,30, IC95% = 0,12-0,75) y a los antipsicóticos típicos (OR = 0,30, IC95% = 0,10-0,93). Aquellos que consumían alcohol de forma continuada eran menos propensos al abandono del tabaco (OR ajustado = 0,22, IC95% = 0,05-1,0). Entre los pacientes consumidores de cannabis, las mujeres se asociaron significativamente a un menor cese del consumo de tabaco (OR ajustado = 0,03, IC95% = 0,001-0,77).

**Conclusiones:** Tanto el sexo como el consumo continuado de alcohol o cannabis pueden actuar como moderadores en el abandono del tabaco en los primeros episodios psicóticos. Las intervenciones para el cese del tabaco en estos pacientes deben contar con las diferencias de sexo y la comorbilidad con el abuso de sustancias.

#### Bibliografía

- de Leon J, Díaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research.* 2005;76:135-57.
- González-Pinto A, Gutiérrez M, Ezcurra J, Aizpuru F, Mosquera F, López P, de Leon J. Tobacco smoking and bipolar disorder. *J Clin Psych.* 1998;59:225-8.

#### PO-272

#### CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: ¿PERSONALIDAD? ¿ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO?

M.C. Rozados Villaverde, T. Dornela, E. Gelabert, S. Subirà, M. Farré, M. Torrells y R. Martín-Santos

**Introducción:** Los estudiantes universitarios son un sector de la población que por diversas razones (curiosidad ante la novedad, estrategias de afrontamiento, etc.) pueden tener un elevado consumo recreativo de substancias como el cannabis o el alcohol. La detección de factores de riesgo es importante a la hora de plantear actuaciones preventivas (PNSD, 2011).

**Objetivos:** Estudiar rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento asociados al consumo de substancias psicoactivas en población universitaria.

**Metodología:** Estudio transversal de estudiantes reclutados en diferentes facultades de la Universidad Autónoma de Barcelona a través de un anuncio. La evaluación consistió en: 1) Cuestionario semiestructurado: datos sociodemográficos, consumo y tipo de substancia y antecedentes personales psiquiátricos/psicológicos; 2) Inventory de temperamento y carácter de Cloninger (Gutiérrez et al, 2001); 3) Cuestionario breve de afrontamiento COPE (Crespo y Cruzado, 1997); 4) Escala de ansiedad social de Liebowitz (Bobes et al, 1999).

**Resultados:** Se estudiaron 556 estudiantes, 76% mujeres, con una edad media 21,5 (4,2). La mayoría eran solteros (86%), y vivían con su familia (63%). El 21% presentaban antecedentes psiquiátricos/psicológicos y un 45,3% consumían substancias psicoactivas diaria/semanalmente: alcohol (66,5%), tabaco (86,3%), cannabis (38%), y otros (5,9%). Los estudiantes consumidores respecto a los no consumidores: vivían más en pisos compartidos ( $p = 0,001$ ) y tenían más antecedentes psiquiátricos/psicológicos ( $p = 0,07$ ); sufrían menos ansiedad social ( $p < 0,09$ ), tenían rasgos elevados de búsqueda de novedad ( $p < 0,001$ ) y disminuidos de evitación del daño ( $p = 0,06$ ) y persistencia ( $p < 0,001$ ); y se enfrentaban a situaciones estresantes: riéndose de la situación ( $p < 0,001$ ), con escasa religiosidad ( $p < 0,05$ ), y mediante el consumo de substancias ( $p < 0,001$ ). El grupo consumidor se asociaba con tener antecedentes psiquiátricos/psicológicos (OR = 1,78; IC95% = 1,01-2,9), compartir piso (OR = 1,9;

IC95% = 1,2-2,8), presentar rasgos de escasa persistencia (OR: 0,06; IC95% = 0,95-0,98), y religiosidad (OR = 0,80; IC95% = 0,69-0,94) y estrategia de uso de substancias OR = 1,6; IC95% = 1,4-1,9).

**Conclusiones:** Los estudiantes que consumen drogas muestran rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento diferenciado de los no consumidores.

#### Bibliografía

- PNSD2011:www.pnsd.msc.es/Categoría2/noticias/A2011/ene2011.htm

#### PO-348

#### HIPEREMESIS CÍCLICA QUE MEJORA CON BAÑOS DE AGUA CALIENTE

A. Jaén Hernández, B. García Pérez, M.P. Sánchez Sicilia, P. Manzur Rojas, M.A. Carrillo Córdoba, M.J. Martínez Mirete, S. Andrés Espallardo, J.A. Albaladejo Martínez, F. Toledo Romero y J.A. Rabadán Rubio

**Introducción:** A pesar de que muchos estudios han atribuido propiedades antieméticas al cannabis, existen descritos en la literatura cuadros aislados de hiperemesis cíclica en relación al consumo crónico de esta sustancia y que solo mejoran tras su retirada.

**Objetivos:** Describir, a propósito de un caso, las peculiaridades de este cuadro que obliga a un diagnóstico diferencial entre patología orgánica y psiquiátrica para evitar iatrogenia.

**Metodología:** Se realiza interconsulta a psiquiatría desde MI por un paciente de 23 años con vómitos crónicos que no ceden con metoclopramida y en el que se ha descartado patología orgánica subyacente. Presenta un trastorno de dependencia a cannabis desde los 14 años sin otros antecedentes de interés. Es diagnosticado de trastorno somatomorfo y tratado con escitalopram y loracepam que se retira ya que empeora el cuadro. Se observa que mejora cuando se baña en agua caliente. Revisamos la literatura (Allen et al, 2004) encontrando varios casos con consumo crónico de cannabis en los que aparece un efecto paradójico al THC, provocándole episodios de vómitos esporádicos con dolor abdominal que cede con baños de agua caliente.

**Resultados:** No existe tratamiento específico pero en nuestro caso olanzapina 2,5 mg resultó beneficiosa. La abstinencia hace desaparecer los vómitos en todos los casos.

**Conclusiones:** En psiquiatría de enlace encontramos pacientes con síntomas somáticos donde tras haberse descartado patología orgánica son fácilmente diagnosticados de trastorno somatomorfo, trastorno de ansiedad o TOC. Esto puede provocar una alta iatrogenia a través del uso de psicofármacos innecesarios pudiendo empeorar el cuadro. Ante la existencia de vómitos cílicos frecuentes en pacientes consumidores crónicos de cannabis asociados a dolor abdominal que calma con baños de agua caliente, aconsejar la retirada de cannabis y esperar evolución antes de hacer iatrogenia.

#### PO-350

#### TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN ADULTOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS CON CONDUCTAS ADICTIVAS

A. Leal Micharet, I. Baltasar Tello, F.J. Zamora Rodríguez, F. Méndez Sánchez y J.A. Guisado Macías

**Introducción:** Debido al interés por la detección y tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se han desarrollado varios instrumentos de cribado para demostrar la persistencia del trastorno en la edad adulta.

**Objetivos:** Cribado de TDAH en una muestra de 36 pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización breve que presentan conductas adictivas. Se analizan las variables sexo, edad, diagnóstico principal, sustancia consumida, sospecha de TDAH y puntuación en la Escala ASRS V1.1.

**Resultados:** Del total de la muestra (36 pacientes) el 80% (29) son varones, 20% (7) mujeres con una edad media de 39,9 años. Un 39% presenta sospecha de TDAH según Escala ASRS V1.1. El consumo de alcohol se cifra en un 78%, el de cannabis un 42% y el de cocaína un 53%. Se encuentran diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) de forma que la subpoblación con mayor sospecha de TDAH es la de los varones que ingresan con conductas adictivas.

**Conclusiones:** 1. El ASRS V1.1 es una buena herramienta para la detección de sospecha de TDAH en el adulto. 2. En los pacientes con toxicomanías es frecuente la presencia de sospecha de TDAH según la Escala ASRS V1.1. 3. La presencia de sospecha de TDAH es más frecuente en varones. 4. La droga más consumida es el alcohol.

#### Bibliografía

1. Pedrero EJ, Puerta C. El ASRS V1.1 como instrumento de cribado del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos tratados por conductas adictivas: propiedades psicométricas y prevalencia estimada
2. Wilens TE, Morrison NR. The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Curr Opin Psychiatry*, 2011.

#### PO-359

#### JUEGO PATOLÓGICO Y SESGO ATENCIONAL. EMPLEO DE LA PRUEBA DEL PUNTO

E.J. Verdura Vizcaíno, D. Ballesteros Sanz, D. del Peso, I. Martínez Gras, G. Ponce Alfaro, M.A. Jiménez Arriero y G. Rubio Valladolid

**Introducción:** En el futuro DSM V el juego patológico será la única adicción sin sustancia, reconocida. El sesgo atencional, es un paradigma ampliamente empleado en la adicción a sustancias (alcohol, cocaína, nicotina, heroína, cannabis) referido a la elevada relevancia motivacional que adquieren los estímulos relacionados con la sustancia para el sujeto con abuso/dependencia de esta.

**Objetivos:** Aplicar el paradigma del sesgo atencional al juego patológico, empleando para ello la “Dot Probe Task” con tiempos de exposición prologados que permiten medir “mantenimiento de la atención”.

**Metodología:** La muestra de jugadores patológicos (JP) fueron 23 sujetos y la de voluntarios sanos 21 sujetos. Empleando 27 parejas de imágenes (estímulo-neutra) utilizando el software “Presentation”, se comparan los tiempos de reacción que emplea el sujeto en detectar un punto cuando este aparece sustituyendo la imagen estímulo (relacionada con el juego) y cuando sustituye la imagen neutra.

**Resultados:** El tiempo de reacción de los JP empleado para detectar el punto cuando este sustituía la imagen estímulo fue significativamente más corto que el empleado para detectar el punto cuando este sustituía la imagen neutra, ( $t = -3,850$ ,  $df = 22$ ,  $p = 0,001$ ). Sin embargo en el grupo de voluntarios sanos no hubo diferencias significativas entre ambos tiempos de reacción ( $t = -0,515$ ,  $df = 20$ ,  $p = 0,612$ ). En un modelo de regresión lineal cuya variable objeto de estudio era el sesgo atencional y como predictores, edad, sexo y grupo (JP Vs voluntarios sanos) los individuos con JP presentaban un mayor sesgo atencional ( $t = -2,325$ ,  $df = 40$ ,  $p = 0,03$ ).

#### Bibliografía

1. Brevers. D Noël X. Reduced attentional blink for gambling-related stimuli in problem gamblers. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2011;42:265-9.
2. Duka T, Townshend JM. The priming effect of alcohol pre-load on attentional bias to alcohol-related stimuli. *Psychopharmacology*. 2004;176:353-61.

#### PO-373

#### NUEVAS ADICCIONES: ADICCIÓN A INTERNET

M. Herrera Giménez, S. Martínez Benítez, J.M. López Navarro y M. Sánchez Garre

**Introducción:** La sociedad occidental es adictiva en si misma puesto que conlleva una sobreprotección emocional al ser muy estresante y existe un exceso de tiempo libre que hay que ocupar.

Esto tiene su importancia en que se favorezca y que surjan nuevas adicciones sin sustancia, como es el caso que presentamos: adicción a internet, así podemos ver de forma clara como los distintos períodos históricos y la cultura del momento influyen en las adicciones de forma determinante. Es importante señalar que en la actualidad internet se ha incorporado velozmente a la vida moderna alcanzando una gran popularidad, pero también ha ido acompañada de las advertencias sobre las consecuencias negativas de su uso desmedido en la que se pueden desarrollar otras patologías psiquiátricas.

**Metodología:** A partir de un caso clínico realizamos una revisión bibliográfica de las nuevas adicciones, en concreto de la adicción a internet. Se trata de un paciente de 21 años que acude al C.S.M. Es su primer contacto con psiquiatría. El paciente es traído a consulta presionado por la madre presentando una clínica en la que destaca el retramiento y progresivo aislamiento social, irritabilidad, inquietud e incluso agresividad cuando no está conectado a internet siendo totalmente incapaz de controlar su uso.

**Resultados:** El anonimato le confiere a esta adicción un carácter facilitador en la medida que el control social es escaso o nulo. Entre los aspectos más satisfactorios de internet destacan el cibersexo y los enamoramientos online, así como la necesidad de vinculación social. El aspecto social de intercambio con los otros se vuelve muy estimulante y reforzador de la conducta adictiva, haciendo difícil encontrar un momento para detenerse.

**Conclusiones:** En esta adicción, a diferencia del resto, aumenta la protección del yo débil, actuando como un parche frente a la realidad vivida como intolerable. La sensación de ser uno mismo, sistemáticamente reportada por los adictos a internet, es poco común en una sociedad temerosa del encuentro cercano. El sujeto afectado en principio niega la situación, relegando la vida real a un segundo plano.

#### PO-393

#### ¡DOCTOR NECESITO FUMAR, QUIERO EL ALTA VOLUNTARIA!

J.L. Fortes Álvarez, E. Landa Contreras, E. Castro Arias, A. Benito Ruiz, M.D. Pulido la Torre, M. Romero Fernández, S. Díaz Revenga y Y. Rojas de la Cruz

**Introducción:** Ver de qué forma puede afectar la aplicación de la modificación de ley 28/2005, en las necesidades y demandas de nuestros pacientes ingresados de forma voluntaria hasta el mes de mayo de 2011.

**Objetivos:** La finalidad de este estudio es cuantificar el nº de ingresos y altas voluntarias desde que entró en vigor la nueva ley hasta el mes de mayo de 2011 y comparar las cifras con las del año anterior.

**Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo transversal, con un seguimiento en el tiempo de los cuatro primeros meses del año 2011. Medimos las siguientes variables de los pacientes que solicitan la alta voluntaria: edad, sexo, nivel cultural, ubicación de ingreso, visitas y llamadas permitidas, diagnóstico al ingreso, ingresos anteriores, días de permanencia en este ingreso, tiempo medio de días en ingresos anteriores, cantidad de tabaco que consume, parches de nicotina durante el ingreso y dosis y por último si el alta se hace efectiva.

**Resultados:** Encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas en la proporción de personas que desisten de pedir el alta, según sexo. Para el 100% de los hombres se hizo efectiva el alta, mientras que esto sólo ocurrió en el 33% de las mujeres (el 66% restante accedieron a permanecer ingresadas) ( $p = 0,035$ ). La proporción de personas que utilizan parches de nicotina en función de su nivel sociocultural también presenta diferencias estadísticamente significativas. Entre las personas de nivel sociocultural medio de nuestra muestra, el 100% hacia uso de los parches, mientras que entre las personas de nivel socio-cultural bajo, la proporción fue del 25% ( $p = 0,028$ ).

**Conclusiones:** La aplicación de la nueva ley no supone cambios importantes en la demanda ni necesidades de los pacientes ingresados.

dos en Agudos. El estudio es muy limitado y restrictivo a un entorno particular y durante un espacio de tiempo corto- pues se comparan cuatro meses de dos años- por lo que debemos ser muy cautos a la hora de extrapolar los resultados.

#### PO-400

#### CONECTIVIDAD FUNCIONAL EN CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

R. Coullaut Varela, I. Arbaiza, R. Arrúe, J. Coullaut Varela, R. Bajo Bretón y S. Aurteneche

**Introducción y objetivos:** Para describir como se coordinan (sincronizan) las distintas regiones del cerebro al ejecutar tareas cognitivas, se acuñó el término “conectividad funcional” (Friston, 1994; Varela et al, 2001). Además, el estudio de los déficit neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias tóxicas ha cobrado gran relevancia debido a las graves repercusiones de salud física y psicológica de los consumidores. Combinando ambos conceptos, queremos comprobar si la “red neuronal” de los consumidores, presenta alguna diferencia frente a sujetos controles. Nuestra hipótesis es que aparecerán claras diferencias entre ambos grupos, debido al deterioro neuropsicológico de las personas consumidoras.

**Metodología:** Se hicieron 41 registros electroencefalográficos (EEG), 21 de ellos a pacientes en tratamiento de desintoxicación y 20 a sujetos control. Durante los registros, los sujetos estaban con los ojos cerrados contando mentalmente. A los registros obtenidos, una vez filtrados en las bandas de interés, se les aplicó el algoritmo llamado “Synchronization Likelihood”, para de esta forma conocer el grado de sincronización entre cada par de sensores del EEG.

**Resultados:** Como esperábamos, aparecieron claras diferencias en la red cortical de ambos grupos. Estas diferencias aparecieron sobretodo en bandas de frecuencias altas, beta (14-35 Hz) y gamma (35-80 Hz). Las mismas se dan sobre todo entre zonas (sensores) temporales inter-hemisféricas.

**Discusión y conclusiones:** El hecho de que para realizar una tarea cognitiva sencilla, los sujetos consumidores presenten una hipersincronización en su red neuronal, parece indicar un mecanismo de compensación por parte de los mismos. Es decir, podría sugerir que los pacientes necesitan un “sobreesfuerzo” en la ejecución de una tarea muy sencilla.

#### Bibliografía

1. Friston KJ. Functional and effective connectivity in neuroimaging: a synthesis. *Human Brain Mapp.* 1994;2:5678.
2. Varela F, Lachaux JP, Rodríguez E, Martinerie J. The brainweb: phase synchronization and large scale integration. *Nat Rev Neurosci.* 2001;2:229-39.

#### PO-482

#### ALCOHOL Y NEOPLASIA OROFARÍNGEA: UNA MALA COMBINACIÓN

V. Orengo Martí

**Introducción:** Es conocido que el consumo de bebidas alcohólicas incrementa el riesgo de desarrollar una neoplasia orofaríngea. No obstante, no existe una sistematización en la detección y prevención del consumo desde las visitas de ORL.

**Objetivos:** Identificar el consumo de alcohol en pacientes con neoplasia orofaríngea y su abordaje por parte de los profesionales de ORL. Identificar el nivel de ansiedad y depresión.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. 191 pacientes oncológicos atendidos secuencialmente en otorrinolaringología del Hospital Clínic durante dos meses mediante: entrevista clínica, test AUDIT, test CAGE, Cuestionario HAD.

**Resultados:** 89% de la muestra es fumador de larga evolución (+ de 25a) pero el 85% abandona el consumo al ser diagnosticado de neoplasia. 85% son bebedores de los cuales el 39% de riesgo. En 12% persiste con el consumo de riesgo después del diagnóstico. Solo en un 42% de los

casos el médico da un recomendación de disminuir o cesar el consumo de alcohol. Existe una correlación estadísticamente significativa entre la existencia de recomendación y la variación en el consumo. Mayor predictividad de consumo de riesgo del Audit C respecto Audit. Correlación positiva entre ansiedad y diagnóstico reciente de neoplasia.

**Discusión y conclusiones:** Importancia de la detección y del consejo médico ante la actitud del paciente respecto del alcohol. Tener en cuenta los niveles de ansiedad de los pacientes con diagnóstico reciente.

#### Bibliografía

1. Righini CA, et al. Risk factors for cancers of the oral cavity, pharynx (cavity excluded) and larynx. *Presse Med.* 2008;37:1229-40. Epub 2008 May 27.
2. Figueiro E, et al. Efectos del consumo de alcohol etílico en la cavidad oral: Relación con el cáncer oral. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 200;4(9).

#### PO-530

#### CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS DE ABUSO EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

E. Elías Villanueva, M.P. Elías Villanueva, P. Murillo Arnal, E. Viñuales Luis, R. Sanjuán Domingo, M.M. Yagüe Sebastián, M. Fernández Guardiola, S. Gallego Villalta, A. Ortiz Martín y L. Durán Sandoval

**Introducción:** Las intoxicaciones agudas representan entorno al 0,3% del total de urgencias pediátricas. El tipo de tóxico implicado varía según la edad, predominando las accidentales en el grupo de 0 a 5 años y las intencionales y autolíticas entre los 11 y 15 años. Son potencialmente graves y su diagnóstico en ocasiones es complejo.

**Objetivos:** Describir las características, frecuencia y tipo de tóxico implicado en las intoxicaciones registradas en nuestro Hospital en menores de 15 años.

**Metodología:** Revisión retrospectiva de 406 historias clínicas de pacientes menores de 15 años atendidos en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, entre el 01/01/2005 y el 31/12/2009, con sospecha de intoxicación aguda.

**Resultados:** Se observó un ligero predominio del sexo femenino, con dos picos de igual incidencia: menores de 5 años y de 11 a 15 años (46%). En el grupo de menor edad, el tipo de intoxicación es accidental, mientras que en el grupo de mayor edad fue intencional. El 88% de los casos se debió a un solo tóxico. Cuando se trata de varios tóxicos (12%) se caracteriza por asociarse al alcohol o a un psicofármaco, ser intencional y observarse exclusivamente en escolares mayores y adolescentes. Las drogas de abuso constituyen el segundo grupo en importancia tras los fármacos, siendo el alcohol (67%) el más frecuente seguido de cannabis (21%).

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos son coherentes con otros estudios similares. Las intoxicaciones en el grupo de adolescentes suelen ser intencionales, destacando el consumo de alcohol, cannabis o la combinación de otras drogas de abuso.

#### Bibliografía

1. Mintegi Raso S, Azkunaga Santibáñez B. Epidemiología de las intoxicaciones en Pediatría. Manual de intoxicaciones en Pediatría, 2008.
2. Garrido Romero R, García García JJ, et al. Intoxicaciones voluntarias como intento de suicidio. *Anales de Pediatría.* 2000;53:213-6.

#### PO-635

#### ABUSO/DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS Y REPERCUSIONES SOBRE EL GRADO DE INSIGHT

A. Zabala Rabadán, A. García Guerrero, R. Segarra Echevarría, A. Ugarte Ugarte, J. Cartón Costa, I. Querejeta Ayerdi, M. Alonso Pinedo, I. Eguiluz Uruchurtu, N. Ojeda del Pozo y M. Gutiérrez Fraile

**Introducción:** Los primeros episodios psicóticos (PEPs) están conformados por diversos subgrupos clínicos de diferentes evoluciones.

Estas variaciones clínicas pueden incidir a su vez de forma diferencial sobre el grado de insight, factor crítico en la evolución de la enfermedad. Dentro de ellas, la comorbilidad con abuso/dependencia de sustancias se ha asociado así mismo con un peor curso clínico. El objetivo de este estudio fue analizar en qué manera influye la comorbilidad de abuso/dependencia de tóxicos en el grado de insight y cumplimiento terapéutico en PEPs durante la fase inicial del tratamiento.

**Metodología:** Se analizaron los datos clínicos basales y al mes 2 de la instauración del tratamiento antipsicótico de 58 pacientes con un PEP reclutados en un estudio longitudinal multicéntrico (Hospitales de Cruces, Donostia y Santiago Apóstol). Para el presente estudio, se han tenido en cuenta fundamentalmente las medidas obtenidas en las escalas SUMD, PANSS, la variable cumplimiento terapéutico y criterios DSM-IV de abuso/dependencia de sustancias.

**Resultados:** Del total de la muestra, el 60% (n = 35) de pacientes presentaron un diagnóstico de abuso/dependencias de sustancias. Tras 2 meses de tratamiento farmacológico, tanto el grado de insight [ $t(54) = -1,973$ ;  $p = 0,05$ ] como el cumplimiento terapéutico [ $t(34) = 2,315$ ;  $p = 0,027$ ] fue inferior en aquellos pacientes que presentaban un diagnóstico de abuso/dependencia de sustancias frente a los que no. Así mismo, este grupo presentó mayor gravedad de sintomatología general [PANSS general  $t(56) = -1,969$ ;  $p = 0,05$ ].

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos en este estudio indican que en nuestra muestra, la comorbilidad con abuso/dependencia de tóxicos en PEP influye negativamente sobre el grado de insight, sintomatología general y cumplimiento terapéutico durante la fase inicial del tratamiento. El seguimiento longitudinal permitirá determinar si para este grupo de pacientes el riesgo de recaída es mayor, lo que supondría la necesidad de desarrollar intervenciones terapéuticas específicas.

## PO-667

### PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN UNA UNIDAD DE CONDUCTAS ADICTIVAS Y DIFERENCIAS ENTRE LOS GRUPOS

S. Hernández Campos, G. Esteve Blasco, J.M. Bertolín Guillén, A. Sánchez Mañez, C. Palau Muñoz y N. Hermosín Carpio

**Objetivos:** Utilizar el Adult Self Report Scale Version 1.1 (ASRS-V 1.1) en una muestra de pacientes que acuden a la UCA durante 2 meses, para detectar la prevalencia de TDAH asociada al consumo de sustancias, tras la realización de una entrevista clínica sospechosa para TDAH.

**Metodología:** Se obtiene una muestra de 36 sujetos por casos consecutivos, 27 varones y 9 mujeres, que están en tratamiento por problemas relacionados con el consumo de sustancias.

**Resultados:** Del total de la muestra, 12 sujetos resultaron positivos al test y 24 negativos. La edad media era de 29,29 años, con relación mujeres/hombres del 9,09%, en los TDAH positivos, y del 34,58 con una relación del 50% mujeres/hombres para el otro grupo. La sustancia principal de consumo en el grupo TDAH positivo fue cocaína, seguida por alcohol y heroína, y finalmente cannabis. En los negativos fue la cocaína, seguida por heroína y cannabis, y por último el alcohol. El 91,67% de los pacientes TDAH positivos mantenían un policonsumo (abuso de más de 2 sustancias), contra el 54,17% del otro grupo. El 41,7% de los TDAH positivo presentaban patología psiquiátrica comórbida, mientras que solo un tercio en el otro grupo la asociaba, siendo la más frecuente en ambos los trastornos de ansiedad. Los pacientes TDAH positivos presentaba unas condiciones asociadas (retirada del permiso de conducir, consecuencias físicas por conductas de riesgo,) en mayor numero al otro grupo.

**Conclusiones:** Es muy conocida la asociación entre adicciones y TDAH. Es necesario un abordaje más complejo con prevención y detección de riesgos. La alta prevalencia de TDAH, plantea la necesidad de hacer evaluaciones más exhaustivas en drogodependientes,

y evaluar la mayor vulnerabilidad de los TDAH adultos para desarrollar un trastorno por abuso de sustancias.

## Bibliografía

1. Davids E. Psychiatrische Praxis. 2003;30:182-6.
2. Pedrero EJ. Adicciones. 2006;Supl.1:S195-S6.

## PO-702

### EDAD DE INICIO DE LA LUDOPATÍA EN RELACIÓN A LA COMORBILIDAD CON ALCOHOLISMO

P. Sánchez Páez, J. Pérez-Templado Ladrón de Guevara, D. de la Vega Sánchez, A. Alegría, A. Ibáñez Cuadrado y J. Saiz Ruiz

**Introducción:** Es frecuente encontrar altas tasas de abuso de alcohol y de alcoholismo entre los jugadores patológicos, con cifras comprendidas entre el 11% y el 70% según los estudios. La edad de inicio del juego patológico suele ser en la adolescencia o adultos jóvenes en el caso de los varones y algo más tarde en las mujeres. El objetivo de este trabajo es analizar si existe diferencia en la edad de inicio del problema de juego entre el grupo de ludópatas con alcoholismo y los ludópatas sin comorbilidad con alcoholismo.

**Metodología:** Participaron 55 pacientes con diagnóstico principal de ludopatía. El diagnóstico de alcoholismo se realizó a través de la entrevista estructurada SCID I. Se procesaron los datos por SPSS.

**Resultados:** Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en la edad de inicio del problema de juego, con una media de 29 años para los que tenían diagnóstico comórbido de alcoholismo, frente a 34 años de los que no tenían comorbilidad. Asimismo, también se hallaron diferencias en el tiempo de progresión (tiempo transcurrido desde que los pacientes juegan por primera vez al juego problema, hasta que se considera que tienen un problema en el control del mismo). Siendo significativamente menor entre los pacientes con ludopatía y alcoholismo (6 años) que entre los ludópatas sin problemas de alcohol (9,5 años).

**Conclusiones:** La comorbilidad entre abuso de alcohol y otro trastorno psiquiátrico como en este caso la ludopatía, suele empeorar la evolución de este último e incluso introduce modificaciones en cuanto a la edad de comienzo del mismo.

## Bibliografía

1. Ibáñez Cuadrado Á, Saiz Ruiz J. La ludopatía: una nueva enfermedad. Barcelona: Masson.
2. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico de los trastornos mentales (APA).

## PO-703

### PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO EN JUEGO PATOLÓGICO

J. Pérez-Templado Ladrón de Guevara, P. Sánchez Páez, D. de la Vega Sánchez, A. Alegría, A. Ibáñez Cuadrado y J. Saiz Ruiz

**Introducción:** Es frecuente encontrar altas tasas de abuso de alcohol y de alcoholismo entre los jugadores patológicos, con cifras comprendidas entre el 11% y el 70% según los estudios. No debemos olvidar que en estos casos de comorbilidad, el tratamiento de la ludopatía puede precipitar una recaída en el consumo de alcohol. Por ello, algunos autores proponen llevar a cabo un tratamiento conjunto de ambos trastornos.

**Metodología:** Participaron 55 pacientes con diagnóstico principal de juego patológico que acuden a la Unidad de Ludopatía del Ramón y Cajal. El diagnóstico de alcoholismo se realizó a través de la entrevista estructurada SCID I. Se procesaron los datos por SPSS.

**Resultados:** El trastorno por abuso/dependencia de alcohol a lo largo de la vida se presentó en 21 pacientes (38,2%) frente a un

61,8% que nunca tuvo problemas con el consumo de alcohol. Del total de la muestra, en la actualidad 7 ludópatas (12,7%) continúa teniendo problemas relacionados con el alcohol (abuso o dependencia). En la muestra a la pregunta directa de si tenían o habían tenido una adicción al alcohol un 27,3% (n = 15) reconoció que sí frente a un 72,7% que dijo que no.

**Conclusiones:** La elevada comorbilidad observada en la práctica clínica entre trastornos por uso de alcohol y juego patológico se ve representada en los resultados obtenidos en nuestro estudio. No obstante, una limitación de este trabajo es que los resultados presentados se han obtenido con una muestra pequeña. Por ello, sería conveniente realizar más investigación con una muestra más amplia.

#### Bibliografía

1. Ibáñez A, Blanco C, Donahue E, Lesieur HR, Pérez de Castro I, Fernández-Piqueras J, et al. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1733-5.
2. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico de los trastornos mentales (APA).

#### PO-761

#### DESINTOXICACIÓN DE OPIÁCEOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

R.M. Fernández Barrera, C. Matos Sporhing, G. Galindo Osma y M. Mamajón Mateo

**Introducción:** Los abordajes terapéuticos existentes para tratar la dependencia de opiáceos incluyen medidas ambientales, farmacológicas y psicosociales, orientadas a reducir problemas asociados al uso continuado de heroína y a facilitar el tratamiento de pacientes para conseguir la abstinencia del consumo y la estabilización psicosocial.

**Objetivos:** Seguimiento y evaluación de un caso de desintoxicación en un paciente consumidor de heroína tratado con buprenorfina/naloxona.

**Metodología:** Se trata de un varón de 25 años que ingresa para desintoxicación. No patología orgánica relevante. No antecedentes psiquiátricos. Historia de abuso de cannabis y de dependencia de heroína y cocaína inhaladas desde los 17-18 años. Ingresado en Comunidad Terapéutica (alta voluntaria tras 10 meses de abstinencia). Tras la última recaída (consumo de heroína y cocaína inhalada 1-2 veces por semana y de 2-4 porros a diario), se inicia tratamiento con 8 mg/día de buprenorfina/naloxona, como terapia de mantenimiento.

**Resultados:** Tras 8 semanas se inicia tratamiento con dextropropoxifeno (900 mg/día en pauta descendente) y tratamiento sintomático (benzodiacepinas, relajantes musculares, analgésicos, anti-psicóticos). Durante el ingreso no presenta SAO, craving (-), buena tolerancia al tratamiento, sueño, apetito y estado general bueno. Eutímico. Insomnio y ansiedad que se resuelven con el ajuste de la medicación. Se le plantea iniciar tratamiento con naltrexona y acepta, aumentando progresivamente la dosis de 12,5 mg hasta 50 mg/día. ALTA con evolución favorable (22 días de ingreso).

**Conclusiones:** La buprenorfina/naloxona es una buena alternativa de tratamiento de sustitución de opiáceos en pacientes en los que no pueda o no sea aconsejable utilizar metadona, aportando beneficios como son: una vida más independiente, mayor adherencia al tratamiento, controles toxicológicos en orina negativos y una mejor calidad de vida. Presenta un perfil de seguridad excelente, con pocos efectos indeseables y fácil manejo. Por lo que se considera un avance decisivo en el arsenal terapéutico frente a la dependencia de opiáceos. La propia Organización Mundial de la Salud declara a la buprenorfina como medicamento esencial.

#### Bibliografía

1. Lorenzo P, Ladero JM. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación.
2. Bobes J, Casas M, Terán A. Guía tratamiento de adicción a opiáceos con buprenorfina/naloxona. Socidrogalcohol.

#### PO-786

#### INTOXICACIÓN POR GHB: “SHINE & BRIGHT”. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

P. Hernández Jusdado, L. Marinas Navarro, P.R. García Ramos, C. Harkous Peña y P. Iglesias Peiró

**Introducción:** El consumo de nuevas drogas de abuso es una alternativa recreativa para escapar de la presión de la realidad que puede derivar en problemas mentales. El GHB (gamma-hidroxibutirato) y sus precursores GBL (gamma-butyrolactona) y 1,4-butanediol se están empleando como drogas de abuso en las últimas décadas por su capacidad de producir euforia, desinhibición y sensación de bienestar a dosis bajas.

**Objetivos:** Valorar los efectos adversos y síntomas de intoxicación producidos por el consumo de GHB y sus precursores, así como sus múltiples usos en la actualidad.

**Metodología:** Presentación de un caso clínico atendido en la UHB del Hospital Príncipe de Asturias. Paciente de 35 años sin FRCV, con antecedentes de seguimiento irregular en salud mental por clínica depresiva. Historia de policonsumo de sustancias (éxtasis, speed, cristal, cocaína, heroína y benzodiacepinas) y consumo crónico de GBL (abrilantador de coches). Presenta un cuadro de alteraciones de conducta con desorientación temporoespacial, fluctuación en el nivel de atención, habilidad emocional, inquietud psicomotriz, alucinaciones visuales, discurso saltatorio, compatibles inicialmente con clínica confusional. Tras realizar despistaje orgánico en urgencias, se decide ingreso para estudio. Se instaura tratamiento con diazepam, remitiendo la sintomatología, normalizándose su conducta a los pocos días.

**Conclusiones:** El consumo de drogas de abuso está en continuo cambio y evolución, por lo que es importante conocer y saber identificar los síntomas de intoxicación, abstinencia, así como su tratamiento ya que en nuestra práctica clínica habitual atendemos a pacientes con cuadros de intoxicación e historia de consumo.

#### Bibliografía

1. Wojtowicz JM, et al. Withdrawal from gamma-hydroxybutyrate, 1,4-butanediol and gamma-butyrolactone: a case report and systematic review. *CJEM*. 2008;10:69-74.
2. Wood DM, et al. Medical and legal confusions surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4-butanediol (1,4BD). *QJM*. 2008;101:23-9.

#### PO-831

#### COMORBILIDAD EN ALCOHOLISMO: TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

P. Sánchez Páez, L. García Calvo, J. Andrada Meyer, I. Durán Cristóbal, E. Martínez Portillo, M. Serrano Díaz de Otalora y A. Chinchilla Moreno

**Introducción:** El tratamiento del alcoholismo tiene múltiples implicaciones nosológicas, de comorbilidad y terapéuticas en cuanto a la evolución y pronóstico.

**Metodología:** En una muestra de 50 pacientes con alcoholismo correlacionamos diferentes variables con interés pronóstico, haciendo hincapié en la comorbilidad, consecuencias del consumo, tipos de tratamiento y adherencia.

**Resultados:** Destacamos que el 80% eran hombres, con edad media de 35 años. La media de tiempo con problemas de alcoholismo era de 8,5 años. El 60% tenían antecedentes psiquiátricos (trastorno de personalidad 60%, depresión 30% y otras adicciones 60%). El 30% tenían antecedentes familiares de depresión. El motivo de la demanda asistencial fue deshabituación y desintoxicación en el 60% y la abstinencia en el 14%. El 100% llevaron tratamiento psicofarmacológico y orientaciones psicoterapéuticas hacia la deshabituación. El 60% tenían historia de recidivas. En el 70% hubo consecuencias somáticas y dentro de las psíquicas a destacar un 14% de Delirium

Tremens y un 20% de déficit cognitivos. El 80% evolucionó favorablemente, el 14% con mejoría parcial.

**Conclusiones:** Se discutieron las diferentes evoluciones clínico terapéuticas según diferentes variables con interés pronóstico, observando que hubo una mayor mejoría en los pacientes de curso recidivante en vez de crónico, con antecedentes previos de depresión y de personalidad inespecífica que no habían tenido psicosis previas, con antecedentes familiares de depresión, sin síntomas de abstinencia, con un mayor tiempo de adherencia y sin mermas cognitivas severas. Discutimos nuestros resultados, que avalan en cierto modo las viejas teorías del espectro afectivo de Winokur y sus estudios de Iowa 500 y espectros afectivos y alcoholismo. Concluimos que la alta comorbilidad psiquiátrica y de otras adicciones empeora el pronóstico y el tratamiento y favorecen el alto porcentaje de recidivas, lo que hace más complejo el tratamiento.

#### Bibliografía

1. Valbuena A, Largo R, Quintero-Gutiérrez J, García-Resa E, Correas J. Comorbilidad en alcohólicos ingresados. Implicaciones clínicas y sociosanitarias. *Adicciones*. 2001;13(3).
2. Cuadrado-Callejo P. Alcohol dependence and psychiatric comorbidity. I. Epidemiology and etiopathogenic involvement. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1996;24:231-44.

#### PO-952

#### ¿JUEGO PATOLÓGICO O USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET? A PROPÓSITO DE UN CASO

I. López Saracho, I. Sánchez Lorenzo, I. Muñoz León, L. García García, E.M. Sotelo Martín, D. Gómez Pizarro, A. Valle Escalante y J. Montoro López

**Introducción:** Cada vez es más frecuente encontrarse en la literatura médica artículos relacionados con el uso incontrolado de Internet. Los "nuevos trastornos" o patrones de conducta pueden no ser más que una expresión alternativa de diversas entidades psicopatológicas. Se ha debatido si el uso problemático de internet representa condición preliminar por sí misma o si se puede comprender como manifestación de una psicopatología subyacente.

**Metodología:** Varón de 18 años, sin antecedentes psiquiátricos conocidos, que acude a consulta acompañado por su madre, presentando un cuadro clínico consistente en ánimo bajo, aislamiento social, absentismo escolar, conductas heteroagresivas hacia su progenitora e insomnio. Todo ello en el contexto de un uso abusivo de un juego bélico a través de la red mediante el cual, y con la creación de un "yo virtual", se relaciona con los demás usuarios en línea.

**Resultados:** Se plantea el diagnóstico de Juego patológico (312.31) y trastorno de Personalidad por evitación (301.82). Durante su seguimiento se inicia tratamiento psicofarmacológico con ISRS y benzodiacepinas con buena tolerancia al mismo. Al mismo tiempo se realiza psicoterapia de orientación cognitivo conductual con énfasis en la prevención, las destrezas de control del tiempo, la comunicación afectiva, autoestima y la reestructuración cognitiva.

**Conclusiones:** Son numerosas las propuestas, en la literatura médica revisada, sobre las recomendaciones de conceptualizar el uso problemático de internet como un trastorno mental e incluirlo como entidad diagnóstica en el DSM-V. Pero este nuevo constructo de "adicciones conductuales", al igual que ocurre con otras entidades de "nueva aparición", podría incrementar peligrosamente la tasa de trastornos mentales, con la complejidad que esto supondría. Quizás habría que enfatizar el concepto de enfermedad mental como fenómeno morbo-so que tiene lugar en el tejido particular de un medio social y cultural específico y no como una entidad nosológica aislada.

#### Bibliografía

1. Pies R. Should DSM-V designate Internet addiction a mental disorder. *Psychiatry*. 2009;6:3-17.
2. Yang CK. Sociopsychiatric characteristics of adolescence who use computers to excess. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104:217-22.

#### PO-976

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SOCIDEMOGRÁFICAS DE PACIENTES QUE ASISTEN A UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABAQUICA EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL

R. García Bouza, M.A. García Escudero, N. Díaz-Regaño Anechina y R.G. Danis

**Introducción:** El siguiente trabajo describe las características sociodemográfica y variables relacionadas con el hábito tabáquico obtenidos tras un programa de deshabituación tabáquica en pacientes diagnosticados de Trastorno Psicótico. El estudio se ha realizado en una Unidad Salud Mental con una duración de un año.

**Metodología:** La recogida de datos se obtuvo mediante solicitudes realizadas por parte de los pacientes. Entre los criterios de inclusión destacaba el diagnóstico de Psicosis. Los resultados obtenidos se analizaron posteriormente mediante el test estadístico G-STAT.

**Resultados:** Muestra 12 pacientes. Entre las variables sociodemográficas destacamos: estado civil (83% solteros), edad (Media 40 años), nivel de estudios completados (33% enseñanza secundaria), fuente de ingresos económicos (50% prestaciones sociales), situación laboral actual (50% incapacidad laboral o pensionista). Otras variables a estudio fueron sexo (hombres 50%, mujeres 50%), enfermedades médicas (80% patología bucal, 20% patología respiratoria), enfermedad mental (49,9% esquizofrenia paranoide, 16,67% esquizofrenia residual, 16,67% trastorno afectivo bipolar, 16,67% trastorno esquizoafectivo) y tratamiento farmacológico (91,67% antipsicóticos, antidepresivos 41,67%, benzodiacepinas 66,67%, otros 50%). Igualmente analizamos años hábito tabáquico (media 22,5 años), intentos previos abandono (media 1,3%), métodos utilizados (25% TSN, bupropión 8,33%) y motivos de recaídas (42,86% motivos económicos). Un aspecto importante a estudiar fueron los motivos participación en el programa (prevenir problemas de salud 66,67%). Al iniciar el estudio se valoró grado de dependencia tabáquica y motivación mediante el test de Fagerström Modificado (todos los pacientes valorados obtuvieron una puntuación > 7: dependencia alta), test de Richmond (50% puntuación 7-9: media).

**Conclusiones:** Los resultados reflejan que la mayoría de pacientes que participaron en nuestro estudio tenían una edad media de 40 años, con una duración media del hábito tabáquico de a 22 años. En relación a los diagnósticos más frecuentes encontrados destacamos Esquizofrenia Paranoide.

#### Trastornos esquizofrénicos

#### PO-1040

#### PSICOPATOLOGÍA AGUDA COMO DETERMINANTE DE FUNCIONALIDAD EN PSICOSIS: ESTUDIO PROSPECTIVO EN 11 PAÍSES EUROPEOS

J.A. Cervilla, E. Petkari, A.M. Salazar, T. Kallert, S. Priebe y F. Torres

**Introducción:** La progresiva importancia de la funcionalidad global en el pronóstico y manejo de las psicosis no afectivas no ha venido siempre contrastada por suficientes estudios longitudinales con muestra amplia y criterios diagnóstico actuales.

**Objetivos:** El objetivo principal de este estudio es valorar la influencia de la psicopatología durante un episodio agudo que requiere ingreso en la funcionalidad global de pacientes psicóticos tres meses más tarde.

**Metodología:** Muestra: 1.888 pacientes pertenecientes a una cohorte internacional de pacientes recién ingresados en unidades de agudos en 11 países europeos distintos (estudio EUNOMIA) fueron incluidos en este estudio. Diseño: estudio prospectivo con dos evaluaciones: T0 al ingreso y T1 a los 3 meses. Evaluaciones: la funcionalidad se midió con la escala GAF, la psicopatología con la BPRS a la que se aplicó análisis factorial para extraer dimensiones psicopatológicas, el diagnóstico siguió criterios CIE-10 y se recogieron variables socio-demográficas. Análisis estadístico: se determinó la influencia multi-variante de las dimensiones psicopatológicas y el resto de variables en la funcionalidad global a T1 ajustando por la funcionalidad basal (T0) y la adherencia terapéutica usando regresión logística binaria.

**Resultados:** La funcionalidad global se vio determinada por la presentación previa de síntomas afectivos, cognitivos y agitación pero no por síntomas positivos o negativos. Otros determinantes prospectivos y significativos de funcionalidad global encontrados fueron: ser mujer, estar casado/en pareja, edad más joven, residir en un país del sur de la UE, tener un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, mantener una buena adherencia terapéutica y mejor funcionalidad basal. **Discusión:** Este poster presentará un modelo comprehensivo, transdiagnóstico e internacional de determinantes prospectivos psicopatológicos, clínicos y sociales que han demostrado capacidad predictiva de mejor funcionalidad global, lo cual puede ser útil para delinear estrategias de seguimiento que faciliten un mejor manejo de los pacientes psicóticos.

#### Bibliografía

1. Petkari E, Cervilla JA. Acute Psychopathology as a predictor of global functioning in patients with ICD-10 non-affective psychosis: A prospective study in 11 European countries. *Schizophrenia Research*, 2011 (In press)

#### PO-191

#### DISCINESIA TARDÍA Y NEUROLÉPTICOS DE ACCIÓN PROLONGADA

R. Martínez Gallardo

**Introducción:** Se trata de un estudio retrospectivo de los 10 últimos años, sobre 46 pacientes diagnosticados de Trastorno esquizofrénico (según criterios DSM IV), divididos en dos grupos según el tipo de tratamiento (NL orales (22) versus NL acción prolongada (24)).

**Objetivos:** Intentar establecer la incidencia de discinesia tardía, en los dos grupos de tratamiento y comparar los resultados en ambos grupos para establecer posibles diferencias.

**Metodología:** La muestra es de 46 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según DSM IV y con al menos diez años de tratamiento neuroléptico en cada una de las variedades establecidas. Se mide la incidencia de síntomas discinésicos (al menos una vez al año) con la Escala de Movimientos Anormales de 12 ítems (AIMS) y la BARS de acatisia.

**Resultados y discusión:** Se obtiene una media de puntuación en la Escala AIMS para el Grupo I (orales) de 41,7 puntos (38,1 para hombres y 47,6 para mujeres y para el grupo II (LP) una media 36,4 puntos (35,7 para hombres y 38,4 para mujeres). Se obtiene una mayor incidencia de discinesia tardía en Grupo I (orales) respecto al Grupo II (LP), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p). Igualmente se obtiene una mayor incidencia de discinesia tardía en las mujeres del grupo I respecto de los hombres (estadísticamente significativa). La diferencia en cuanto al sexo en el grupo II si bien es mayor la incidencia en mujeres esta diferencia no es estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** Los pacientes con tratamiento típico depot son los que más sintomatología discinética presentan independientemente del sexo y la edad. Los pacientes con tratamiento consta atípico presentan mayor incidencia discinética que los pacientes con tratamiento oral tanto típico como atípico, sobre todo mucho mayor en mujeres. Los pacientes con tratamiento típico oral no presentan di-

ferencias significativas con los de tratamiento atípico oral. En cuanto a la acatisia no hay diferencia significativa entre los grupos.

#### PO-193

#### TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES INDUCIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

T. Lorenzo Gómez, M.J. Louzao Martínez, A.M. Fernández Díaz y S. Blanco Sio

**Introducción:** El trastorno de ideas delirantes inducidas es un cuadro muy poco frecuente que se caracteriza por síntomas psicóticos similares, comúnmente ideas delirantes, en dos o más individuos que mantienen una relación cercana. Es un cuadro florido de gran relevancia en la comprensión de la psicopatología humana, constituyendo la única situación en el que los síntomas psicóticos son realmente contagiosos, necesitando unas condiciones muy específicas para su desarrollo. Hay que tener en cuenta que muchos casos quedan sin identificar debido a que los pacientes rara vez buscan ayuda por sí mismos y a la deficiente evaluación de la familia de aquellos pacientes que se identifican como psicóticos.

**Metodología:** Este trabajo describe y analiza un caso de delirio compartido de persecución entre dos personas: el paciente y su madre. Paciente de 18 años que acude a la UAD para tratamiento por consumo de cannabis. Se trata de un varón, menor de nueve hermanos. Padres separados desde antes de su nacimiento. Actualmente convive con su madre, sin tener contacto con ningún otro miembro de su familia. En la primera entrevista se objetiva sintomatología psicótica, presentando ideación delirante de daño perjuicio centrada en las fuerzas del orden público; se evidencia que a pesar de la abstinencia al consumo de tóxicos, el paciente mantiene la clínica delirante. Se pauta tratamiento antipsicótico objetivándose mejoría, no obstante el paciente manifiesta en varias ocasiones que si bien el ya no percibe que lo persiguen su madre si, por lo que citó a esta, encontrándonos que justifica el delirio de su hijo, presentando un discurso centrado en la persecución que el sufre por parte de la policía.

**Discusión:** Lasegue y Falret son los primeros en describirlo como se le conoce en la actualidad Folie à Deux, en 1877. La incidencia y prevalencia del trastorno psicótico compartido en la población general son muy inciertas. El reconocimiento de esta patología en el ámbito clínico es muy escaso, bien por su rareza o por lo poco que consultan estos pacientes. En el 90% de los casos, los polos involucrados tienen consanguinidad (son madre-hijo o hermano-hermano, los más frecuentes) o una relación íntima; además, se han encontrado antecedentes familiares de psicosis en un 35-60% de los casos. Menos del 10% ocurre en amigos cercanos sin relación genética. La intervención probablemente más efectiva es la separación de la pareja o grupo.

#### Bibliografía

1. Guía de bolsillo de la clasificación CIE 10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE- 10. Organización Mundial de la Salud-OMS. Madrid: Médica Panamericana, 2002.
2. Lasegue C, Falret J. La folie a deux. Ann Med Psychol. 1877;18:321-56.

#### PO-199

#### MEJORA DEL INSIGHT EN ESQUIZOFRENIA: UNA ESTRATEGIA DE ENVÍO DE SMS

J.M. Montes

**Introducción:** La falta de insight en la esquizofrenia ha sido asociada a problemas de adherencia terapéutica, mayor frecuencia de recaídas y un peor pronóstico clínico.

**Objetivos:** Evaluar el efecto de un recuerdo diario de la toma de medicación a través del envío de mensajes de texto (SMS) al teléfono móvil en el insight de los pacientes con esquizofrenia.

**Metodología:** Estudio multicéntrico, abierto, prospectivo, aleatorizado, controlado de 24 semanas de duración. Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia clínicamente estables en tratamiento anti-psicótico oral y mala adherencia basal (al menos una respuesta afirmativa del cuestionario Morisky-Green). Fueron aleatorizados a recibir un SMS diario de recuerdo de la toma de medicación durante 3 meses o al seguimiento según práctica clínica habitual. El insight fue evaluado con la escala de falta de conciencia de enfermedad (SUMD) en visita basal, mes 3 y 6.

**Resultados:** 254 pacientes (100 grupo intervención, 154 controles), 66,5% varones. Media edad: 39,7 (DE 11,03) años. Media puntuación SUMD basal (ítems generales) fue 6,16 (DE 3,3) en el grupo de intervención y 6,93 (DE 3,0) en el grupo control,  $p = 0,05$ . Semana 12, los pacientes en el grupo SMS presentaron un mayor insight respecto al control: 5,51 (DE 3,3) y 6,28 (DE 3,3) respectivamente. Diferencia absoluta entre ambos grupos: -0,77 (IC95% -1,53, -0,01;  $p = 0,04$ ). Los pacientes en el grupo de intervención persistieron con un mejor insight tras 3 meses sin recibir SMS (visita mes 6) comparado con el grupo control: 5,22 (DE 2,9) y 6,23 (DE 3,2) respectivamente. Sin embargo, la diferencia entre ambos grupos no alcanzó diferencias significativas -1,01 (IC95% -1,80, -0,21;  $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** El envío de SMS de recuerdo podría ser una estrategia complementaria en el abordaje de los problemas de insight en esquizofrenia.

#### PO-884

#### PRESCRIPCIÓN DE RISPERIDONA DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES QUE ACUDEN A HOSPITAL DE DÍA

C. Vázquez Ventoso, E. Fontela Vivanco, P. Suárez López, E. Fernández Fernández, D. Miguel Arias, S. Segade Rodríguez y J. Cubillo Sánchez

**Introducción:** El perfil mayoritario de los pacientes que acuden a Hospital de Día se corresponde a enfermos con trastornos psicótico, por lo que es habitual y extendido el uso de fármacos depot y de liberación prolongada.

**Objetivos:** En el presente trabajo se pretende estudiar el perfil clínico, sociodemográfico y terapéutico de pacientes incluidos en un programa de administración de risperidona de liberación prolongada (RLP) en hospital de día, así como las dosis más habituales y la vía de administración más utilizada.

**Metodología:** Se estudian 16 pacientes ( $n = 16$ ) incluidos en el programa de RLP. Los datos se recogen mediante cuestionario.

**Resultados:** El 68,8% de los pacientes son varones. La edad media es de 41,06 años, con una edad media de inicio de la enfermedad de 23,75 años. La media de años de evolución de enfermedad es de 17,31. El 75% de los pacientes están diagnosticados de Esquizofrenia paranoide, el 12,5% de Trastorno delirante y el 12,5% restante de Trastorno esquizoafectivo. El 87,5% presentan nula o parcial conciencia de enfermedad. Las dosis de RLP oscilan entre 25 y 125 mg, siendo la media total de 78,125. 89,77 mg en los varones y de 52,50 mg en las mujeres. Los pacientes con Esquizofrenia reciben dosis medias de 90,625 mg frente a 43,75 mg en Trastorno delirante y de 37,5 mg en Trastorno esquizoafectivo. Los pacientes con peor conciencia de enfermedad reciben dosis más altas (82,145 mg de media). Los pacientes con tasas de cumplimiento más elevadas (76-100%) reciben dosis medias de 80,769 mg vs dosis de 66,667 en aquellos que cumplen un 51-75%. El 50% de los pacientes reciben tratamiento antiparkinsoniano, con dosis de 76,653 en aquellos que no lo reciben y de 79,668 en los que sí. La vía de administración más utilizada es la deltoidea en el 87,5%.

**Conclusiones:** La vía de administración más utilizada es la deltoidea. Los pacientes con peor conciencia de enfermedad y tasas de cumplimiento más altas reciben dosis más elevadas.

#### PO-226

#### TIPOLOGÍAS DE PACIENTES EN UNIDADES DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS

J.M. Manzano Callejo, J.J. Muñoz García, M.I. de la Hera Cabero, A. Rivera Villaverde, L. Chamorro García y P. Plaza Zamora

**Introducción:** Se pretende establecer tipologías de pacientes dentro de una Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados considerando dos variables fundamentales desde el punto de vista de la rehabilitación psiquiátrica: 1) funcionamiento global (medido a través de la EEAG) y 2) años de ingreso en el centro: marcador de institucionalización.

**Metodología:** A partir de las variables comentadas, se ha trabajado con una muestra final de 270 pacientes con los siguientes criterios: a) criterios de inclusión: 1) enfermedad mental grave y duradera (principalmente trastornos psicóticos-esquizofrenias paranoides y residuales-) y 2) con edades comprendidas entre 23 y 65 años; b) criterios de exclusión: 1) Mayores de 65 años y 2) los siguientes diagnósticos principales: Retraso mental en cualquiera de sus niveles de gravedad; trastornos orgánicos (incluidos los de la personalidad); abuso/dependencia a sustancias psicoactivas; dado que estos perfiles no se valoraban como idóneos para implementar procesos de rehabilitación psicosocial. Con la muestra final se ha realizado un análisis de conglomerados -clusters- con el paquete estadístico SPSS 19.0.

**Resultados:** El análisis de conglomerados realizado muestra la existencia de cuatro grupos de diferente tamaño para el conjunto de usuarios que los componen. Estos cuatro grupos definirían prototipos de perfiles de pacientes ingresados en una UCPP y se han denominado: 1) Dependientes Institucionalizados -DI-, 2) Independientes Institucionalizados -II-, 3) Dependientes No Institucionalizados -DNI- e 4) Independientes No Institucionalizados -INI-.

**Conclusiones:** El interés y la utilidad de clasificar los usuarios en diferentes niveles según su desempeño psicosocial se refleja en posibilidades de mejora en el tratamiento individualizado, adaptándolo a las necesidades de atención, asistencia y terapia de los usuarios.

#### PO-227

#### UTILIDAD DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL GRUPAL EN LA MODIFICACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA POSITIVA PARA PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PSIQUIÁTRICOS PROLONGADOS

J.M. Manzano Callejo, J.J. Muñoz García, E. Navas Collado, M.I. de la Hera Cabero, J.M. Santos García y T. Ortiz Alonso

**Introducción:** Las terapias cognitivo-conductuales para la modificación de sintomatología positiva en psicosis suponen un instrumento de interés en el ámbito científico. Sin embargo, existen pocos trabajos que valoren su eficacia a nivel grupal.

**Metodología:** Se ha considerado una muestra final de 8 pacientes varones con diagnósticos del espectro psicótico ingresados en una unidad de cuidados psiquiátricos prolongados durante un promedio de 9 años y medio aproximadamente y con un nivel en la EEAG que señala un deterioro medio en su desempeño psicosocial. Se ha realizado una valoración pretratamiento y otra postratamiento (psicosis -PANSS-, síntomas positivos -PSYRATS e IVI- y actitudes hacia la medicación -DAI-) tras las 26 sesiones de terapia cognitivo-conductual grupal de unos 45 minutos de duración para valorar preliminarmente la eficacia de este tipo de intervenciones.

**Resultados:** En la PANSS hubo mejoras en síntomas positivos entre ambas medidas [19,29 vs 14,43; ZW = -2,371;  $p \leq 0,05$ ]. También hubo mejora en aspectos psicopatológicos [43,00 vs 35,86 vs 11.58; ZW = -2,366;  $p \leq 0,05$ ]. Respecto a síntomas positivos, se

producieron mejoras en "creencias metafísicas de las voces" [28,71 vs 17,14; ZW = -2,371; p ≤ 0,05], "interpretación sobre pérdida de control" [10,14 vs 6,29; ZW = -2,207; p ≤ 0,05] y puntuación total en la prueba IVI [52,57 vs 34,86; ZW = -2,366; p ≤ 0,05]. Parecidos resultados se dieron en "frecuencia de aparición de las alucinaciones auditivas" [1,29 vs 0,29; ZW = -1,890; p ≤ 0,05], "cantidad de contenidos negativos de las mismas" [1,14 vs 0,43; ZW = -1,890; p ≤ 0,05], "frecuencia con que producen ansiedad" [1,29 vs 0,43; ZW = -2,121; p ≤ 0,05], "intensidad de la ansiedad asociada" [1,43 vs 0,43; ZW = -2,070; p ≤ 0,05], "repercusiones en la vida diaria de esta sintomatología" [1 vs 0,29; ZW = -1,890; p ≤ 0,05], "control ejercido sobre las voces" [2 vs 0,57; ZW = -2,041, p ≤ 0,05] y "puntuación global en la escala PSYRATS" [12,86 vs 4,43; ZW = -2,041; p ≤ 0,05].

**Conclusiones:** Pese al tamaño muestral se han obtenido resultados que orientan hacia la necesidad de seguir investigando la eficacia de este tipo de técnicas en un formato grupal.

#### Bibliografía

1. Beck AT, Rector NA. Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *Can J Psychiatry*. 2002;47:39-48.
2. Kuipers E, Garety P, Fowler D, Dunn G, Bebbington P, Freeman D, Hadley C. London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis, I: effects of the treatment phase. *Br J Psychiatry*. 1997;171:319-27.

#### PO-237

#### INTRODUCCIÓN AL LENGUAJE DE SIGNOS ESPAÑOL: UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN COGNITIVA EN PACIENTES PSICÓTICOS

N. Díaz-Regaño Anechina, M. Castillo Alarcón, R. García-Bouza y R.G. Danis

**Introducción y objetivos:** El taller de familiarización con el lenguaje de signos español en el centro de rehabilitación para enfermos mentales crónicos (CRIS) surge con la idea de acercar a nuestros usuarios otro colectivo con necesidades especiales, al mismo tiempo que aprender su lenguaje sirve como un ejercicio de rehabilitación cognitiva y psicomotriz. Iniciarse en cualquier idioma requiere de funciones cognitivas como la atención, memoria, lenguaje... con el lenguaje de signos español (LSE) se requiere, adicionalmente, la ejercitación de la psicomotricidad fina y gruesa.

**Metodología:** El taller se desarrolló durante una hora semanal entre octubre 2010 y enero 2011, se orientó a usuarios diagnosticados de esquizofrenia y psicosis. Se llevó a cabo a través de exposiciones teórico-prácticas con un papel activo de todos los participantes. Se trabajó con bibliografía específica de LSE, recursos audiovisuales y fotografías.

**Resultados:** Al final del taller se constató entre los participantes, mediante una evaluación práctica individual, mejorías en atención selectiva, memoria o psicomotricidad fina. Se evaluó la claridad y adecuación de los signos, aprendizaje y recuerdo de vocabulario específico (nombres, días de la semana...) y el eficaz manejo del alfabeto dactilológico.

**Discusión:** El taller de LSE obtuvo excelente acogida por parte de los usuarios del centro tanto por la novedad de la actividad como por el aprendizaje de un lenguaje, en general, llamativo para la mayoría de nosotros. La innovación en el trabajo diario con los pacientes crónicos resulta fundamental para fomentar su implicación y alcanzar los objetivos de mejora.

#### Bibliografía

1. Aroca Fernández E. Mis primeros signos: diccionario de LSE para niños y niñas. Fundación CNSE para la supresión de las barreras en la comunicación, 2005.
2. López-Luengo B. Orientaciones en rehabilitación cognitiva. *Rev Neurol*. 2001;33:383-7.

#### PO-239

#### ANTIPSICÓTICOS TÍPICO Y ATÍPICOS

J. Aviño Isern, P. Martínez Molla, L. Nuevo Fernández, N. Morales Alcaide, M.D. Sánchez García, M.C. Díaz Fernández y S.N. Tárraga Díaz

**Introducción y objetivos:** Estudio transversal o de prevalencia que pretende comparar la psicopatología positiva, negativa y general, y el perfil de los principales efectos secundarios metabólicos y motores entre antipsicóticos depot típicos y un atípico inyectable de larga duración (RILD).

**Metodología:** Estudiaremos pacientes en tratamiento con antipsicóticos inyectables al menos durante los últimos seis meses. Realizaremos una subdivisión según el ámbito natural de los mismos: ambulatorio o institucionalizados. Haremos uso del programa SPSS 12 para el análisis estadístico de los datos. Para el estudio de la psicopatología haremos uso de la escala PANSS-P para síntomas positivos, PANSS-N para los negativos y PANSS-PG para la psicopatología general. El perfil de efectos secundarios motores será valorado mediante la escala AIMS de movimientos anormales. Los parámetros biológicos a estudio serán la glucemia (mg/dL), los triglicéridos (mg/dL) y el colesterol (mg/dL) en ayunas.

**Resultados:** Obtenemos un total de 63 pacientes, 49 en el grupo de RILD y 14 en el grupo de otros antipsicóticos depot típicos. 40 recibían tratamiento ambulatorio y 23 se encontraban institucionalizados en Unidad de Media Estancia. En la escala AIMS existen diferencias estadísticamente significativas favorables al grupo de la RILD en todos los ítems; únicamente no las apreciamos en la región del tronco y dental de pacientes institucionalizados y facial de los ambulatorios. No existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de glucosa, triglicéridos o colesterol con independencia del ámbito natural. Tampoco a nivel psicopatológico.

**Conclusiones:** La RILD muestra con una significación estadística un perfil más favorable de efectos secundarios motores frente a los antipsicóticos depot convencionales; no existen diferencias estadísticamente significativas a nivel de los otros parámetros estudiados.

#### Bibliografía

1. Lieberman JA; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. *N Engl J Med*. 2005;353:1209-23.
2. Casey D. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am J Med*. 2005;118:Suppl 2:155-22S.

#### PO-252

#### ANÁLISIS DEL EFECTO EN LA HOSPITALIZACIÓN AL UTILIZAR LA ESCALA PANSS EN PACIENTES CON PSICOSIS. ESTUDIO CASO-CONTROL

T. de Vicente Muñoz, J. Quilis Olivares y M. Cuenca Torres

**Introducción:** La variabilidad en la práctica asistencial se minimiza mediante la protocolización de procesos relevantes con la consiguiente racionalización de recursos.

**Objetivos:** Describir los efectos en la hospitalización de psiquiatría de pacientes valorados con escalas de evaluación dimensional frente a pacientes con valoración estándar.

**Metodología:** Estudio observacional analítico caso control de 88 pacientes hospitalizados, diagnosticados de psicosis no afectiva, durante un periodo de 6,5 meses. Se registraron sexo, edad, diagnóstico, estancia media y reingreso antes de 30 días. Se evaluaron los casos con PANSS al ingreso y al alta y los controles con valoración estándar. El análisis de los resultados se efectuó mediante programa SPSSv19.0.

**Resultados:** Se valoraron 88 pacientes (36 casos, 52 controles), 59% hombres, 41% mujeres, con una edad media de 38,53 años. El 77,3% presentaban una psicosis específica (86% caso, 71% control), la más frecuente esquizofrenia paranoide (58,3% caso, 48,1% control). Se produjeron 10 reingresos antes de los 30 días (1 en el grupo

caso y 9 en los controles). El riesgo de reingreso fue 7,3 veces superior en los controles que en los casos ( $p = 0,035$ ). La estancia media fue de 9,69 días (11,69 para los casos; 8,31 para grupo control). No se observaron diferencias significativas entre grupos ( $p = 0,078$ ).

**Conclusiones:** Las utilización de escalas de evaluación específicas beneficia la valoración dimensional de la clínica, contribuye a la precisión diagnóstica, disminuye la variabilidad asistencial y optimiza los recursos hospitalarios.

#### Bibliografía

- Demjaha A, Morgan K, Morgan C, et al. Combining dimensional and categorical representation of psychosis: the way forward for DSM V and ICD-11. *Psychol Med*. 2009;39:1943-55.
- Kay S, Fiszbein A, Opler L. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13:261-76.

#### PO-256

#### ESQUIZOFRENIA EN ALBACETE: TÍPICOS VS ATÍPICOS Y CALIDAD DE VIDA

L. Nuevo Fernández, P. Martínez Molla, J. Aviñó Isern, M.C. Díaz Fernández, M.D. Sánchez García y N. Morales Alcaide

**Introducción:** En el tratamiento de la esquizofrenia contamos con diferentes estrategias terapéuticas. Dentro del arsenal psicofarmacológico AP atípicos se consiguen un perfil de efectos 2º más favorables a nivel motor y con una eficacia superior en síntomas negativos y cognitivos.

**Objetivos:** Objetivar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y T. esquizoafectivo en función del tratamiento psicofarmacológico.

**Metodología:** Pacientes que acuden a la U.S.M. y/o U.H.B. de Albacete en el último mes. Realizaremos dos grandes grupos de pacientes en función del tratamiento antipsicótico que tome, típicos vs atípicos. Emplearemos variables: sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel socioeconómico) y clínicos (nº de ingresos y puntuación en la escala PSP y CSCV).

**Resultados:** Obtenemos un total de 61 pacientes; 9 en tratamiento con AP típicos y 52 con AP atípicos. En el grupo de los Atípicos obtenemos 19 mujeres y 33 hombres; en el grupo de los típicos 5 y 4 respectivamente. 36 solteros y 16 casados en el grupo de los atípicos por 6 y 3 en el de los típicos. En atípicos 42 eran de nivel socioeconómico bajo y 10 medio por 5 y 4 en los típicos. Existen diferencias estadísticamente significativas favorables al grupo de los atípicos en la escala PSP (APat 52,77 DE 5,03) (APT 39 DE 6,1), en la CSCV-Desfavorable (APat 2,3 DE 0,23) (APT 2,8 DE 0,1); no las hay ( $p = 0,08$ ) en el CSCV-Favorable (APat 3,06 DE 0,26, APT 2,9 DE 0,2). Los mismo sucede con el nº de ingresos; 5,9 [DE 3] frente a 10 [DE 3,6].

**Conclusiones:** Este estudio, para el tratamiento en la esquizofrenia, refuerza la mejoría en ciertas áreas familiares y sociolaborales de los APatípicos frente APtípicos, siendo su uso mayor y habiendo observado una reducción en el nº de hospitalizaciones

#### PO-259

#### ESQUIZOFRENIA Y DERMATOPATÍAS

M.D. Sánchez García, P. Martínez Mollá, N. Morales Alcaide, L. Nuevo Fernández, J. Aviñó Isern y M.C. Díaz Fernández

**Introducción:** Está descrita una relación entre ciertos trastornos psiquiátricos y alteraciones dermatológicas. Estudios previos señalan cierta desproporción entre manifestaciones clínicas dermatológicas y psicopatología subclínica; principalmente se ha hallado correlación con T. depresivos (44%) y T. ansiedad (35%) (1); concretamente se ha señalado una asociación estadísticamente significativa entre la dermatitis seborreica y el T. depresivo (2).

**Objetivos:** Estudio descriptivo de series de casos clínicos de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia con el objetivo de valorar la prevalencia general de afecciones dermatológicas.

**Metodología:** Recogeremos datos de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia que acuden a U.S.M. Las variables sociodemográficas que tendremos en cuenta serán sexo y edad; y las clínicas: subtipo de esquizofrenia y presencia o no de alteraciones dermatológicas.

**Resultados:** Obtenemos un total de 108 pacientes. La edad media fue de 40 años. 72 pacientes correspondieron al subtipo paranoide (43 hombres, 29 mujeres) de los cuales 18 (25%) presentan patología dermatológica. Con E. Desorganizada encontramos 12 pacientes (5 hombres, 7 mujeres), 3 (25%) presentaron dermatopatías. De los 13 diagnosticados de E. residual (7 hombres, 6 mujeres) únicamente uno (7%) se encontraba afecto. Por último de los 11 diagnosticados de E. Indiferenciada (6 hombres, 5 mujeres) 2 (18%) presentaban alteraciones dermatológicas. En global la prevalencia total de afecciones dermatológicas en la esquizofrenia es del 22,2%, siendo las más frecuentes: lesiones acneiformes, dermatitis seborreica y psoriasis.

**Conclusiones:** Hemos hallado una alta prevalencia de enfermedades dermatológicas en esquizofrenia, especialmente los subtipos paranoide y desorganizada, que duplica la prevalencia general de patología dermatológica en la población española, que se sitúa en un 10%.

#### Bibliografía

- Woodruff PW et al. Psychiatric illness in patients referred to a dermatology-psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry*. 1997;19:29-35.
- Maietta G. Patients with mood depression have a high prevalence of seborrhoeic dermatitis. *Acta Derm Venereol*. 1990;70:432-4.

#### PO-260

#### CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO ESQUIZOAFFECTIVO

P. Martínez Mollá, J. Aviñó Isern, M.A. Rodríguez Campayo, S. Tárraga Díaz, M.J. Medrano Solana, M.D. Sánchez García, L. Nuevo Fernández, M.C. Díaz Fernández y N. Morales Alcaide

**Introducción:** Los pacientes con esquizofrenia sufren peor calidad de vida que otros en su comunidad; una mayor severidad de los síntomas correlaciona con una baja calidad de vida.

**Objetivos:** series de casos clínicos con el fin de valorar el funcionamiento psicosocial del último mes en pacientes con diagnóstico de T. esquizoafectivo y Esquizofrenia.

**Metodología:** 8 grupos de tratamiento: RILD, RILD con AP atípicos, RILD con AP típicos, Inyectables típicos, Inyectables típicos con AP atípicos, Inyectables típicos con AP típicos, AP orales típicos y AP orales atípicos. Las variables sociodemográficas serán edad, sexo, estado civil y nivel socioeconómico. Las variables clínicas: el tiempo de evolución de enfermedad, el nº de ingresos previos, la escala PSP y la escala Sevilla de Calidad de Vida.

**Resultados:** Obtenemos 68 pacientes; 9 con T. esquizoaffectivo y 59 con Esquizofrenia. 5 los grupos: RILD (n = 10), RILD + AP atípicos (n = 22), Inyectables típicos + AP atípicos (n = 7), AP orales típicos (n = 9) y AP orales atípicos (n = 20). Homogéneos en variables sociodemográficas. Las mejores puntuaciones en la escala PSP se obtienen en el grupo de RILD (62,7 DE 3,4) y los peores en el de AP orales típicos (48,3 DE 5,3). En la CSCV-Favorable también obtiene la puntuación más alta el grupo de la RILD (3,1 DE 0,3) y en la desfavorable el de inyectables típicos con AP orales atípicos (3,1 DE 0,2). Evolutivamente el grupo con mayor número de ingresos coincide con el de peor funcionamiento en PSP y con mayor tiempo de evolución de la enfermedad; los AP atípicos asociados o no a inyectables suponen una mejora en las puntuaciones obtenidas en calidad de vida y en nº de ingresos.

**Conclusiones:** En la práctica totalidad de los grupos existe menor puntuación en la escala PSP; sin embargo, entre las diferentes alternativas terapéuticas, hemos hallado evidencias de mejora, estadísticamente demostradas en el de la RILD.

## PO-262

## NEUROCOGNICIÓN, SÍNTOMAS NEGATIVOS Y AJUSTE PREMÓRBIDO PREDICEN LA CALIDAD DE VIDA EN LA ESQUIZOFRENIA

E. Elizagárate Zabala, P.M. Sánchez Gómez, N. Ojeda del Pozo, J. Peña Lasa, J. Ezcurra Sánchez y M. Gutiérrez Fraile

**Introducción:** La cognición predice el resultado funcional en la esquizofrenia pero su interés ha aumentado por su asociación de la calidad de vida (CV). Sabemos que síntomas clínicos y ajuste premórbido están relacionados con el curso longitudinal. El alto grado de interrelación entre todas estas variables ensombrece el papel específico que la cognición juega en la CV a largo plazo. En este estudio nos propusimos analizar la contribución específica de cada variable en un modelo predictor.

**Metodología:** Analizamos 95 pacientes con esquizofrenia crónica. La información relacionada con el brote de la enfermedad, número de hospitalizaciones, y años de evolución de la enfermedad se obtuvo de las historias clínicas. La batería cognitiva administrada incluyó medidas de memoria de trabajo, memoria verbal, funciones ejecutivas y velocidad de procesamiento. Los síntomas afectivos se evaluaron a través de la Escala de Manía de Young y de Depresión de Calgary. Calidad de Vida fue evaluada a los 6 meses de seguimiento de la muestra a través de las puntuaciones en la escala de Calidad de Vida y el WHO-DAS.

**Resultados:** Aunque los síntomas clínicos negativos y afectivos mostraron una relación significativa con la CV ( $p < 0,01$ ), los positivos no. Todos los parámetros cognitivos incluido el rendimiento premórbido guardan una estrecha relación con CV ( $p < 0,001$ ) pero indirectamente a través de su influencia en los síntomas negativos. Sin embargo, estas correlaciones estaban significativamente moderadas por velocidad de procesamiento. Hasta el punto en que cuando se controla el efecto de esta variables, la significación en la relación anterior desaparece. Finalmente, insight y síntomas afectivos no contribuyen de forma significativa a la predicción de CV en la muestra.

**Conclusiones:** El modelo analizado permite una mayor comprensión de las complejas relaciones entre las variables analizadas y ayudan al clínico a establecer prioridades en el tratamiento para mejorar la CV de los pacientes.

## PO-263

## INFLUENCIA DE LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS EN LA EFICACIA DE LA REHABILITACIÓN COGNITIVA EN ESQUIZOFRENIA

N. Ojeda del Pozo, J. Peña Lasa, E. Bengoetxea Noreña, R. Segarra Echevarría, P.M. Sánchez Gómez, A. García Guerrero, E. Elizagárate Zabala, J. García Ormaza y J.I. Eguiluz Uruchurtu

**Introducción:** La eficacia de la rehabilitación cognitiva en pacientes con un primer episodio psicótico (PEP) y esquizofrenia ha sido ampliamente probada. Sin embargo, el patrón de mejora cognitiva de estos pacientes es heterogéneo. El objetivo de este estudio es evaluar el valor predictivo de variables socio-demográfica, clínicas o la reserva cognitiva basales en relación a la mejora cognitiva posterior.

**Metodología:** 52 pacientes con PEP y esquizofrenia fueron asignados a grupos de rehabilitación cognitiva. Mediante el programa RE-HACOP estos pacientes entrenaron funciones cognitivas y actividades de la vida diaria durante tres meses (3 sesiones por semana). Todos los participantes se sometieron a una evaluación neuropsicológica y clínica pre y postratamiento.

**Resultados:** Los análisis de regresión indican que determinadas variables clínicas basales predicen parcialmente el grado de mejora de las capacidades cognitivas obtenida tras un programa de rehabilitación neuropsicológica. La influencia de la depresión en la mejora de la cognición general, explica el 26% de la variancia ( $a = -0,45$ ;  $p =$

0,049). De manera más específica, la depresión explica el 31% y 48% de la variancia en memoria verbal ( $a = -0,56$ ;  $p = 0,013$ ) y fluidez verbal ( $a = -0,49$ ;  $p = 0,013$ ) respectivamente. La fluidez verbal, a su vez, se ve influida por los niveles basales de manía ( $a = -0,45$ ;  $p = 0,021$ ); lo cual explicaría un 48% de la variancia. Por otro lado, la sintomatología positiva explica más del 32% de la variancia en la mejora de velocidad de procesamiento ( $a = -0,57$ ;  $p = 0,009$ ) y funciones ejecutivas ( $a = 0,57$ ;  $p = 0,027$ ).

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que determinados síntomas clínicos puedes predecir parcialmente el patrón de mejora cognitiva obtenida mediante rehabilitación neuropsicológica. De acuerdo con estos resultados, podríamos ser capaces de predecir el perfil de pacientes que obtendrían un mayor beneficio de la rehabilitación cognitiva.

## PO-267

## VULNERABILIDAD FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA Y MODELOS GENÉTICOS DE COMPLEJIDAD: EFECTOS EN LA EDAD DE INICIO Y EN EL OUTCOME DE LOS PACIENTES

X. Goldberg Hermo, M. Fatjó Vilas, R. Penadés, S. Miret, M.J. Muñoz, H. Vossen y L. Fañanás Saura

**Introducción:** La edad de inicio de la esquizofrenia (EIE) es un indicador de vulnerabilidad, probablemente de base genética, que se encuentra asociado a otros signos de alteraciones neurobiológicas tales como la presencia de historia familiar de enfermedad (HFE) y un peor outcome. Sin embargo, se desconocen aún las relaciones complejas existentes entre estos marcadores de vulnerabilidad y la expresión de la enfermedad.

**Metodología:** Se incluyeron 106 pacientes con diagnóstico del espectro esquizofrénico (DSM-IV-TR), un tiempo de evolución de enfermedad máximo de 5 años y un rango de EIE comprendido entre los 7,4 y 30,8 años. La HFE se evaluó entre 1355 familiares mediante la Entrevista Familiar para Estudios Genéticos (Maxwell 1992). Como medida de outcome, se utilizó el funcionamiento cognitivo posterior al desencadenamiento de la enfermedad (Wechsler, 1997). La aproximación estadística se basó en un modelo de ecuaciones estructurales, para analizar las relaciones tanto directas como indirectas entre HFE, EIE y rendimiento cognitivo.

**Resultados:** La presencia de HFE mostró un valor predictivo directo de una EIE más temprana ( $\chi^2 = -0,31$ ,  $p < 0,001$ ), y de un peor rendimiento cognitivo tanto de manera directa ( $\chi^2 = -0,22$ ,  $p < 0,05$ ) como indirecta (efecto indirecto estandarizado =  $-0,084$ ,  $p = 0,001$ ). Asimismo, una menor EIE se asoció directamente con un peor rendimiento cognitivo ( $\chi^2 = 0,27$ ,  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** Los resultados de nuestro estudio indican la existencia de una mediación parcial de EIE en la asociación entre HFE y el rendimiento cognitivo de los pacientes. Estos hallazgos señalan un posible componente familiar en la relación entre bajo funcionamiento cognitivo y esquizofrenia, y sugieren factores genéticos de base que podrían estar compartidos con la edad de inicio de la enfermedad.

**Agradecimientos:** Fundación Alicia Koplowitz (2006); Ministerio de Ciencia e Innovación (SAF2008-05674-C03-00); NARSAD-Senior Award (2008); Ministerio de Ciencia e Innovación, Instituto de Salud Carlos III, CIBERSAM; European Twin Study Network on Schizophrenia MRTN-CT-2006-035987.

## PO-274

## ESTRÉS OXIDATIVO E INFLAMACIÓN EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO

B. Artaraz, M. Martínez Cengotitabengoa, M. Fernández Hernández, R. González Oliveros, G. García y A. González-Pinto Arrillaga

**Objetivos:** Tanto el estrés oxidativo como la chemokina pro-inflamatoria MCP-1 han sido relacionados con la fisiopatología de deter-

minadas enfermedades mentales como la psicosis. Por otro lado existen estudios realizados en ratas y perros que sugieren que un desequilibrio en el balance antioxidante puede conducir a deterioro cognitivo. El objetivo del presente trabajo es valorar la influencia del estatus oxidativo e inflamatorio en el deterioro cognitivo detectado en primeros episodios psicóticos (PEPs).

**Metodología:** Incluimos en el estudio 28 pacientes con un PEP y 28 sujetos sanos pareados por sexo y edad, en los que se determinaron niveles sanguíneos de su capacidad antioxidante total, óxido nítrico, peroxidación lipídica, glutatión, actividad de las enzimas catalasa, glutatión peroxidasa y superóxido dismutasa, y niveles de la chemokina pro-inflamatoria MCP-1. Tanto los pacientes como los controles sanos realizaron una batería de test neuropsicológicos y evaluamos su funcionamiento global mediante la escala de Strauss-Carpenter.

**Resultados:** Los sujetos sanos tuvieron una mayor capacidad antioxidante y mayor actividad de las enzimas CAT y cGPx que los pacientes con un PEP. Encontramos una relación negativa y estadísticamente significativa entre los niveles de MCP-1 y la memoria, la atención y la memoria verbal: a mayores niveles de MCP-1, peor funcionamiento presentaban los pacientes en estas áreas. La memoria verbal también se relacionó negativamente con los niveles de óxido nítrico. Niveles altos de glutatión correlacionaban con mejor funcionamiento en los 3 test de fluidez verbal utilizados.

**Conclusiones:** En pacientes con un PEP los niveles de ciertos marcadores de estrés oxidativo e inflamación se relacionan con peor funcionamiento cognitivo.

#### Bibliografía

- Evola M, Hall A, Wall T, Young A, Grammas P. Oxidative stress impairs learning and memory in apoE knockout mice. *Pharmacol Biochem Behav*. 2010.
- Wilson CJ, Finch CE, Cohen HJ. Cytokines and cognition--the case for head-to-toe inflammatory paradigm. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:2041-56.

#### PO-278

#### PSICOSIS INDUCIDA TRAS EXCESIVA INGESTIÓN DE BEBIDAS ENERGÉTICAS EN UN PACIENTE CON IMPORTANTE VULNERABILIDAD BIOLÓGICA PARA DESCOMPENSACIONES PSICÓTICAS

M. Bravo Sánchez, A. Garibi Pérez, E.I. Sánchez Díaz, I. Vázquez Fernández y E. García Bernardo

**Introducción:** Artículos publicados recientemente destacan que el consumo excesivo de bebidas energéticas puede empeorar los síntomas psicóticos en pacientes que sufren algún tipo de trastorno psicótico. Incluso se han detectado casos de episodios psicóticos en personas sanas.

**Metodología:** A propósito de un paciente ingresado en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

**Resultados:** Presentamos el caso de un varón de 26 años, con múltiples ingresos por descompensaciones psicóticas en el contexto de consumo de sustancias, especialmente cannabis y cocaína. Presentaba estabilidad de un año y medio de evolución con consumo leve de cannabis. En este ingreso, al igual que en otros anteriores, el paciente presenta ideación delirante con contenidos fantásticos y megalómanos, así como alucinaciones ceneísticas y fenómenos de metamorfosis corpórea, cediendo plenamente tras 7 días de tratamiento antipsicótico. La diferencia principal con los ingresos previos radica en el alto consumo de bebidas energéticas y en la negatividad en el análisis de tóxicos, a excepción de cannabis de 60 ng/ml en orina. Destaca un consumo abusivo (2 litros/día) de un tipo de bebida energética con alto contenido en cafeína (174 mg/dl/lata), guaraná y ginseng.

**Conclusiones:** Las bebidas energéticas contienen alta concentración de sustancias psicoactivas, destacando la cafeína. Su función sobre los receptores de Adenosina afecta a la transmisión dopamínica y de otros neurotransmisores. Aunque no podemos demostrar una completa causalidad entre su consumo y la descompensa-

ción psicótica de nuestro paciente, la asociación temporal es convincente. Por ello, y por el aumento de casos relacionados con dichas sustancias, consideramos importante descartar el consumo en el diagnóstico diferencial de psicosis inducida.

#### Bibliografía

- Cerimele JM, Stern AP, Jutras-Aswad D. Psychosis following excessive ingestion of energy drinks in a patient with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2010;167:353.
- Hedges DW, Woon FL, Hoopes SP: Caffeine-induced psychosis. *CNS Spectr*. 2009;14:127-9.

#### PO-279

#### COGNICIÓN SOCIAL, INSIGHT Y ESCALA PSP EN ESQUIZOFRENIA

G. de Freytas Rodríguez, J.A. Alcalá Partera, E. Ruiz Gómez, F. González Pérez y P. Zurita Gotor

**Introducción y objetivos:** El insight se encuentra relacionado con el funcionamiento social de los sujetos esquizofrénicos influyendo según numerosos estudios en el deterioro progresivo de la capacidad funcional del enfermo. El presente trabajo pretende analizar las relaciones existentes entre dificultades de funcionamiento personal y social, cognición social e insight.

**Metodología:** Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo, en el que se evaluaron 26 pacientes con diagnóstico previo de esquizofrenia según CIE-10, pertenecientes a una unidad de salud mental comunitaria. Se administraron las escalas PSP, GEOPTE de cognición social para la psicosis y los tres primeros ítems del cuestionario SUMD para la evaluación del insight. Se realizó primero una estadística descriptiva básica y posteriormente pruebas no paramétricas como "U de Mann-Whitney" para comparación de medias y correlación de Spearman entre variables cuantitativas.

**Resultados:** Según puntuación total de insight > 6 (n = 10) o ≤ 6 (n = 16), dividimos la muestra en 2 grupos, existiendo diferencias estadísticamente significativas en relación a las funciones cognitivas que miden dificultades para prestar atención, seguir una conversación en la que participan varias personas, aprender cosas nuevas, falta de vocabulario al hablar, dificultad en reconocer emociones de otros y áreas de funcionamiento referentes al autocuidado (p = 0,027), actividades sociales (p = 0,000) y relaciones personales y sociales (p = 0,001). Encontramos correlaciones significativas de la puntuación de insight con escala PSP de manera inversa ( $r = -0,79$ ) y con problemas en cognición social de manera directa ( $r = 0,71$ ).

**Conclusiones:** Existe una asociación significativa entre una menor conciencia global de la esquizofrenia, peores resultados en la escala de funcionamiento personal y social así como mayor puntuación en aspectos de la cognición social y dificultades cognitivas básicas con diferencias más significativas en prestar atención, seguir una conversación con otras personas con palabras adecuadas, aprender cosas nuevas y reconocer emociones de los demás.

#### PO-288

#### TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO Y FUNCIONAMIENTO COGNITIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Muñoz León, E. de Paul Tobajas, J.A. Blanco Garrote, A. Briones de Miguel, I. Sánchez Lorenzo, I. López Saracho, A. Valle Escalante, D. Gómez Pizarro y J. Montoro López

**Introducción:** Los trastornos formales del pensamiento son síntomas cardinales en las esquizofrenias. Definen uno de sus subtipos principales. Los problemas cognitivos relacionados no están suficientemente aclarados. Hay modelos explicativos que los asocian a un deterioro de funciones ejecutivas y/o del procesamiento de la información semántica. Estos a su vez se han relacionado con un peor funcionamiento en tests que evalúan la velocidad de proceso.

**Objetivos:** Revisar la relación entre trastornos formales del pensamiento y dominios cognitivos del WAIS-III a través de un caso, valorando evolución tras remisión de sintomatología.

**Metodología:** Se estudia una paciente con esquizofrenia y graves alteraciones formales del pensamiento. Se utilizan Escala para la Evaluación del Pensamiento, Lenguaje y Comunicación (TLC), PANSS, CGI, PSP, MMPI-II, MCMI-III, WAIS-III y pruebas de neuroimagen durante y después de remisión de la sintomatología aguda.

**Resultados:** Se observó discordancia entre las altas puntuaciones de escalas clínicas (TLC, PANSS y CGI) y la normalidad en tres de los cuatro dominios cognitivos del WAIS-III: memoria trabajo, organización perceptiva y comprensión verbal. Sin embargo, sí se objetivó una importante alteración en velocidad de proceso. Este índice mejoró paralelamente a la remisión de los trastornos formales del pensamiento.

**Conclusiones:** Los subtests que miden velocidad de proceso se comportan en este caso como las medidas de deterioro cognitivo más sensibles a diferencia del resto de subtests cognitivos del WAIS-III. Este hallazgo coincide con estudios recientes que muestran que el índice velocidad de proceso se encuentra selectivamente afectado en pacientes con un primer episodio psicótico.

#### Bibliografía

1. Kerns JG, Berenbaum H. Cognitive impairments associated with formal thought disorder in people with schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 2002;111:211-24.
2. Leeson VC, Barnes TR, Harrison M, et al. The relationship between IQ, memory, executive function, and processing speed in recent-onset psychosis: 1-year stability and clinical outcome. *Schizophr Bull*. 2010;36:400-9.

#### PO-290

#### POLITERAPIA ANTIPSICÓTICA Y CONDUCTA VIOLENTA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

P. Romero-Ródenas, D. Fraguas, M.P. García-Portilla, P. Alejandra Sáiz, M.T. Bascarán, M.T. Tolosa, C. Arango y J. Bobes

**Introducción:** La politerapia con antipsicóticos es una práctica cada vez más frecuente en el tratamiento de pacientes ambulatorios con esquizofrenia. Factores como la gravedad sintomática o la falta de respuesta clínica se asocian con el uso de politerapia. Sin embargo, no hay suficientes datos que estudien la relación entre la politerapia y la agresividad. Nuestro objetivo es comprobar si existe asociación entre la politerapia antipsicótica y el comportamiento violento en pacientes con esquizofrenia estabilizada.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de una muestra de 895 pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia (criterios DSM-IV-TR). El comportamiento violento fue evaluado mediante la Escala Modificada de Agresión Manifiesta (MOAS), que contiene cuatro subescalas: agresión verbal, autoagresión, contra objetos y contra personas. Este análisis se realizó en el marco del estudio epidemiológico EPISOL (Bobes et al, 2009). La relación entre conducta violenta y politerapia se analizó mediante test chi-cuadrado, con  $p < 0,0125$  ( $0,05/4$ , tras corrección Bonferroni por comparaciones múltiples) como límite de significación estadística.

**Resultados:** El 68,5% de la muestra son varones, con una edad media global de  $38,7 \pm 11,5$  años (rango: 18-85). El 68,7% recibían tratamiento con monoterapia antipsicótica. La politerapia/monoterapia no se asoció significativamente con la conducta violenta verbal ( $p = 0,779$ ), la conducta autolesiva ( $p = 0,886$ ), la agresión hacia objetos ( $p = 0,476$ ) ni la agresividad hacia personas ( $p = 0,026$ ).

**Conclusiones:** Este análisis no encontró una relación entre agresividad y politerapia/monoterapia. Sin embargo, observamos una tendencia hacia la significación entre la agresividad hacia personas y la politerapia.

#### Bibliografía

1. Bobes J, Fillat O, Arango C. Violence among schizophrenia out patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119:218-25.

2. Martínez-Martín N, Fraguas D, García-Portilla MP, Sáiz PA, Bascarán MT, Arango C, Bobes J. Comprehensive needs are related to violent behavior among schizophrenia outpatients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. (En prensa)

#### PO-291

#### LAS NECESIDADES SUBJETIVAS NO CUBIERTAS SE RELACIONAN CON EL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

P. Romero-Ródenas, D. Fraguas, M.P. García-Portilla, P. Alejandra Sáiz, M.T. Bascarán, M. Lucas Pérez-Romero, C. Arango y J. Bobes

**Introducción:** El incumplimiento terapéutico es uno de los principales factores asociados con la mala evolución en pacientes con esquizofrenia. Distintos factores clínicos y sociales condicionan el incumplimiento. En este análisis queremos comprobar si en pacientes con esquizofrenia la percepción subjetiva de tener las necesidades cotidianas no cubiertas tiene relación con el incumplimiento terapéutico.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal de una muestra de 895 pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia (criterios DSM-IV-TR). La percepción subjetiva de necesidades cotidianas se evaluó mediante la escala de evaluación de necesidades Camberwell (CAN) (Phelan et al, 1995). El grado de cumplimiento terapéutico se midió de acuerdo con el criterio de los investigadores (cumplimiento apropiado: toma de al menos el 80% de las dosis, e incumplimiento menos del 80%). Este análisis se realizó en el marco del estudio epidemiológico EPISOL (Bobes et al, 2009). La relación entre cumplimiento y necesidades se analizó mediante test chi-cuadrado, con  $p < 0,05$  como límite de significación estadística.

**Resultados:** El 68,5% de la muestra fueron varones, con una edad media global de  $38,7 \pm 11,5$  años (rango: 18-85). El 20,4% del total eran incumplidores del tratamiento. El porcentaje de pacientes que percibió tener sus necesidades cotidianas no cubiertas fue significativamente mayor en el grupo de pacientes incumplidores que en el de cumplidores (55,2% vs 30,1%,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En los pacientes con esquizofrenia estabilizada encontramos una clara asociación entre la percepción subjetiva de no tener las necesidades vitales cubiertas y el incumplimiento terapéutico.

#### Bibliografía

1. Bobes J, Fillat O, Arango C. Violence among schizophrenia out patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119:218-25.
2. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 1995;167:589-95.

#### PO-292

#### EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO SE ASOCIA CON UNA MENOR APARICIÓN DE CONDUCTAS VIOLENTAS EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

P. Romero-Ródenas, D. Fraguas, M.P. García-Portilla, M.T. Bascarán, M. Domato, C. Arango y J. Bobes

**Introducción:** Los estudios sobre agresividad en pacientes con esquizofrenia demuestran que existe una relación entre esta enfermedad y la conducta violenta. Nuestro objetivo fue evaluar la relación entre conductas violentas e incumplimiento terapéutico en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estabilizada.

**Metodología:** Un total de 895 pacientes ambulatorios diagnosticados de esquizofrenia (criterios DSM-IV-TR), en estabilidad clínica, fueron evaluados. El comportamiento violento mediante la Escala Modificada de Agresión Manifiesta (MOAS), con cuatro subescalas: agresión verbal, autoagresión, contra objetos y contra personas. El cumplimiento terapéutico se estimó en función de criterios clínicos: cumplimiento (toma  $> 80\%$  de las dosis), incumpli-

miento (< 80%). Este análisis se realizó en el marco del estudio epidemiológico EPISOL (Bobes et al, 2009). La relación entre cumplimiento y violencia se analizó mediante test chi-cuadrado, con límite de error tipo I < 0,05.

**Resultados:** El 68,5% de la muestra fueron varones, con una edad media global de  $38,7 \pm 11,5$  años (rango: 18-85). El 20,4% del total fueron incumplidores del tratamiento. El porcentaje de conducta violenta fue significativamente mayor en los pacientes incumplidores que en los cumplidores, tanto para comportamiento violento global (41,3% vs 15,4%,  $p < 0,001$ ), como para agresividad verbal (30,1% vs 11,7%,  $p < 0,001$ ), hacia objetos (41,1% vs 12,5%,  $p < 0,001$ ) y hacia personas (18,5% vs 5,0%,  $p < 0,001$ ), pero no así para comportamiento autoagresivo (6,2% vs 4,1%,  $p = 0,483$ ). **Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que en pacientes con esquizofrenia estabilizada existe una relación entre los factores que promueven el incumplimiento y aquellos que favorecen las conductas violentas.

#### Bibliografía

1. Bobes J, Fillat O, Arango C. Violence among schizophrenia out patients compliant with medication: prevalence and associated factors. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:218-25.
2. Martínez-Martín N, Fraguas D, García-Portilla MP, Sáiz PA, Bascárán MT, Arango C, Bobes J. Comprehensive needs are related to violent behavior among schizophrenia outpatients. *Journal of Nervous and Mental Diseases.* (En prensa)

#### PO-303

#### CONSENSO CLÍNICO MEDIANTE TELEPSIQUIATRÍA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL HOSPITALARIA DIARIA. EXPERIENCIA PILOTO

T. de Vicente Muñoz, J. Quilis Olivares, T. Oliver Climent y M. Cuenca Torres

**Introducción:** La telemedicina permite realizar actos médicos a distancia, utilizada en múltiples entornos y especialidades es un paradigma innovador en el uso eficiente y racional de recursos.

**Objetivos:** Describir el uso de la telepsiquiatría (TPS) para la valoración de pacientes en el programa de reuniones clínicas diarias en hospitalización psiquiátrica.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo durante 13 días. Se valoraron 23 pacientes hospitalizados, mediante el uso de TPS, según protocolo, con revisión previa de e-hc y videoconferencia posterior vía Skype. Cada día del estudio se registraron el número de pacientes valorados, número de ingresos y altas, diagnóstico, días totales de hospitalización, días de valoración con TPS y tiempo de conexión. El análisis descriptivo de los resultados se efectuó con el programa SPSS-v19.0.

**Resultados:** Los 23 pacientes tenían una edad media de 41,39 años; el 73,9% diagnosticados de psicosis no afectivas. El 35% del seguimiento se efectuó por TPS; 3 casos completaron su estancia solo con TPS. El 100% de las valoraciones en los días del estudio se realizaron con TPS. Se realizaron 73 evaluaciones (6 pacientes de media diaria), 9 fueron ingresos, 9 altas y el resto seguimiento evolutivo. Se detectaron incidencias técnicas en 1 de los 13 días. El tiempo medio de conexión fue de 34,31 minutos.

**Conclusiones:** Las nuevas tecnologías permiten el consenso clínico de pacientes entre facultativos en diferentes ubicaciones geográficas promoviendo la cooperación entre los clínicos dentro y fuera de organizaciones desarrolladas tecnológicamente.

#### Bibliografía

1. Cuevas C, Arredondo T, Cabrera F, et al. Randomized Clinical Trial of telepsychiatry through videoconference versus face to face conventional psychiatric treatment. *Telemedicine and e-health.* 2006;12(3).
2. García F, Muñoz I, Yanes V, Serrano P. Las tecnologías de la información y comunicación en salud mental (Telepsiquiatría). *IEP* 57/09. Madrid: AETS-ISCIII, 01-2009.

#### PO-310

#### EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO EN URGENCIAS

B. Granados Martínez, N. Jordana, G. Riveros, R. Pilar Labar, R. Ortega, O. Ortega, N. Casanova, C.H. Gómez y P. Sanz

**Introducción y objetivos:** Los pacientes esquizofrénicos acuden a Urgencias por diversas razones, mayoritariamente cuando desarrollan una psicosis aguda florida superpuesta a su curso crónico. Otras veces las visitas se deben a problemas médicos orgánicos o a efectos secundarios farmacológicos. Además, con la alta masiva de los hospitales psiquiátricos, se han creado un nuevo conjunto de problemas sociales en estos pacientes. Nos proponemos realizar un análisis descriptivo del perfil de pacientes con diagnóstico previo de esquizofrenia que acuden a Urgencias, y que son valorados por los servicios psiquiátricos en dicha situación.

**Metodología:** Base Access donde los psiquiatras de Urgencias registran los pacientes que son clasificados desde admisión como pacientes psiquiátricos, que acuden por problemática psiquiátrica y social, y que son atendidos en dicho servicio. Recogemos los datos correspondientes a 6 meses.

**Resultados:** Se atienden a un total de 44 pacientes con diagnóstico previo de esquizofrenia y una media de edad de 37 años. De ellos el 34% acude sin acompañamiento. El 41% presenta descompensación psicótica. El 45,45% son ingresados en la unidad de corta estancia y permanece una media de 14 días ingresado.

**Conclusiones:** Detectar el perfil de pacientes que acuden a Urgencias puede servir para optimizar el tratamiento y mecanismos de apoyo psicosocial a esta población. El conocer el perfil de estos pacientes podría repercutir en una mejor calidad en la atención de los mismos

#### Bibliografía

1. Nordstrom, K, Allen MH. Managing the acutely agitated and psychotic patient. *CNS Spectr.* 2007;10(Suppl 17):5-11.
2. Haro MJ, Ochoa S, Cabrero L. Insight and use of health resources in patients with schizophrenia]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2001;29:103-8. [Article in Spanish]

#### PO-316

#### PROYECTO FILIBERTO

C. Galindo Laiglesia, A. Bravo, B. García, N. González, I. Leiva, M. Pérez, J.M. Pérez y M. Ruiz Pérez

**Introducción:** El Hospital Universitario Mútua Terrassa (HUMT) y la Residencia Triginta Salud Mental forman parte de Mútua Terrassa, organización que tiene como objetivo proteger a las personas y mejorar su estado de salud. En el año 2010 se planteó un acuerdo de colaboración entre el hospital y la residencia que consistía en la realización de un taller de laborterapia, en el cual los usuarios de Triginta elaborarían el regalo que se entregaría a los pacientes del Hospital en las actividades organizadas para Navidad; a cambio recibirían una compensación económica que se destinaría a una excursión escogida por ellos.

**Objetivos:** Aumentar la satisfacción de los pacientes ingresados en el hospital durante la navidad, mejorar la autoestima de los pacientes de Triginta y romper el estigma de los enfermos mentales, que pasarían de ser agentes pasivos (que reciben atención) a ser agentes activos (que participan en la atención a otros).

**Metodología:** Taller de laborterapia para la elaboración del obsequio de Navidad que recibirían los pacientes del hospital. En total, los 30 pacientes de la residencia de salud mental realizaron 600 obsequios que fueron entregados a los pacientes ingresados en el hospital el día 23/12/10 con motivo de la visita de Papá Noel.

**Resultados:** Para los pacientes con esquizofrenia: a. Escala de Autoestima de Rosemberg pre y post (pasó de 7,2 a 7,9). b. Aumento de motivación para realizar la actividad (incluso fuera del horario establecido). c. Verbalización de la satisfacción (100%

manifiestan el deseo de repetir la experiencia). Para los pacientes hospitalizados: comparación encuestas de satisfacción mensuales (de 7,6 a 8,1).

**Conclusiones:** Esta experiencia ha resultado totalmente satisfactoria, tanto para el Hospital como para Triginta y la organización en general pero sobre todo para los pacientes de ambas entidades. Por este motivo, queremos establecer una estrategia que posibilite la cooperación entre ambas entidades para desarrollar nuevos proyectos y nos ayude a romper con el estigma de la enfermedad mental, acercando su realidad a la sociedad.

## PO-320

### VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL DETERIORO COGNITIVO EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

L. Barbadillo Izquierdo, E. Ibarburu Blanco, K. Luengas Peña, A. Galdeano Mondragón y M. Alonso Pinedo

**Introducción y objetivos:** Desde los autores clásicos, se han evitado los déficit cognitivos presentados por pacientes con trastornos psicóticos. Se plantea objetivar las variables que mejor explicarían la variabilidad de estos déficit cognitivos.

**Metodología:** Fueron estudiados pacientes con trastornos psicóticos ingresados en UHP de Hospital Donostia; excluyendo aquellos con deterioro cognitivo previo o retraso mental. Tras estabilización se evaluó: Memoria de trabajo y verbal, Función ejecutiva y Velocidad de procesamiento mediante escala EPICOG. Recogiéndose variables clínicas y sociodemográficas como posibles influyentes en la cognición. Seleccionando las variables mediante modelo de regresión múltiple con menor varianza residual y mayor coeficiente de correlación múltiple ajustado.

**Resultados:** 23 pacientes, mayoritariamente con Esquizofrenia (65,2%). Con puntuaciones bajas en las áreas de cognición, debajo del percentil 25. Estudiando las variables que influían la cognición se obtuvo que: En Función ejecutiva, edad y el tratamiento antipsicótico, explicaban el 33,8% de la variabilidad (Cp 1,35), en Memoria de Trabajo, años de evolución, sexo, nivel de estudios y consumo actual de tóxicos explicaban el 75,3% (Cp 2,69), en Memoria verbal, años de evolución, sexo y consumo de tóxicos pasado, influían en un 31,7% (Cp 0,96), y en Velocidad de procesamiento, edad, sexo, años de evolución, nivel de estudios, consumo de tóxicos pasado y actual explicaban el 47,1% del resultado (Cp 8,38).

**Conclusiones:** El rendimiento en distintas áreas cognitivas depende de diferentes variables: Memoria de trabajo y verbal explican la variabilidad factores comunes como: años de evolución de enfermedad, sexo y consumo de tóxicos, Función Ejecutiva tiene mayor peso edad y tratamiento antipsicótico. Un mayor número de variables (edad, sexo, años de evolución, nivel de estudios y consumo de tóxicos) influyen en la Velocidad de procesamiento.

#### Bibliografía

1. Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004;72:29-39.

## PO-322

### LA RESERVA COGNITIVA COMO PROTECTOR DEL DETERIORO COGNITIVO Y FUNCIONAL DE LAS PSICOSIS

A. González-Pinto, S. Ruiz de Azúa, J.R. Peciña, I. Pérez de Lazarraga, E. Zuhaitz y S. López

**Introducción:** El deterioro cognitivo de los pacientes con psicosis es uno de los síntomas que más deterioro funcional produce (Martínez-Arán et al., 2002). Sin embargo, no en todos los pacientes se produce el mismo deterioro cognitivo, relacionándolo frecuentemente con la sintomatología, la edad de comienzo de la enfermedad, el género, la inteligencia y el tipo de medicación que el pa-

ciente está tomando. No obstante, existen otros factores neurotróficos asociados con el déficit cognitivo poco estudiado.

**Metodología:** 45 pacientes con un primer episodio de psicosis fueron incluidos en este estudio. Se realizó una extracción sanguínea y una evaluación clínica 4 veces durante el primer año de seguimiento (basal, 1mes, 6 meses y un año). Así mismo, cuando los pacientes estaban clínicamente estables (6 meses) se evaluó su cognición mediante una completa batería neuropsicológica.

**Resultados:** Encontramos una relación significativa entre los niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) y varios dominios cognitivos (inteligencia abstracta, atención y velocidad de procesamiento y memoria) a pesar de que se controló esta relación en función de la inteligencia, la sintomatología negativa, el tratamiento farmacológico, el consumo de drogas, la edad y el sexo. Otras variables también se han visto que están relacionadas con el rendimiento cognitivo como es el nivel de inteligencia y la sintomatología negativa.

**Conclusiones:** Existe una asociación entre el BDNF y la ejecución cognitiva en los pacientes que han sufrido un primer episodio de psicosis. Los factores que más relación presentan son los síntomas negativos, la inteligencia y el BDNF. Tener unos elevados niveles de BDNF en el inicio de la enfermedad puede actuar como factor protector en el funcionamiento cognitivo de estos pacientes.

#### Bibliografía

1. Martínez-Arán A, Vieta E, Colom F, Reinares M, Benabarre A, Torrent C, et al. Neuropsychological performance in depressed and euthymic bipolar patients. *Neuropsychobiology.* 2002;46 Suppl 1:16-21.

## PO-323

### BRAIN TRAINER EN ESQUIZOFRENIA

I. Leiva Madueño, A. Bravo, B. García, C. Galindo, N. González, J.M. Pérez, M. Pérez, N. Marcos, A. Martínez y M. Ruiz

**Introducción:** La memoria está afectada en los pacientes con esquizofrenia, en especial, la memoria declarativa verbal, la atención sostenida y la memoria de trabajo. Estas alteraciones dificultan los procesos de rehabilitación y la vida diaria de estos pacientes (olvidan las indicaciones, tomar la medicación y fechas de visitas médicas, afecta su capacidad para ser independientes en la comunidad, su funcionamiento social y ocupacional). Los fármacos antipsicóticos controlan los síntomas más debilitantes de la enfermedad como las alucinaciones o delirios pero no inciden sobre síntomas aparentemente menos escandalosos asociados a aprender, a la memoria, a la atención y otras funciones cognoscitivas básicas para la vida diaria. Estudios recientes apuntan a que estos síntomas mejoran con la aplicación de programas de estimulación cognitiva.

**Objetivos:** Llevar a cabo un taller de brain trainer dentro del programa de actividades de la residencia para mantener o mejorar las capacidades cognitivas de los participantes. Analizar los cambios existentes en las puntuaciones de tres pruebas de evaluación de la corteza prefrontal.

**Metodología:** Se realizan 60 sesiones de brain trainer en tareas de cálculo mental de operaciones sencillas del Dr Ryuta Kawashima del manual "Brain Trainer". Esta actividad la realizan 12 usuarios de la residencia de manera semanal. Cada 10 sesiones se evalúa la corteza prefrontal con tareas de "Test del contador", "Test de retentiva de palabras" y "Test de colores".

**Resultados:** El rendimiento en el brain trainer ha mejorado de manera significativa tanto en la disminución del tiempo en realizar la tarea como en el incremento del número de aciertos. Por otro lado, sólo se observan diferencias significativas en el rendimiento del "Test de colores".

**Conclusiones:** El taller que se presenta ha incidido positivamente en varios aspectos en la esquizofrenia: autoestima y motivación. Es una de las actividades más bien recibidas por los usuarios.

## PO-347

## FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: SEGUIMIENTO A 1 AÑO

I. de la Rosa, I. González-Ortega, A. Besga, S. Ron, L. Celaya, I. Lacunza y A. González-Pinto

**Introducción:** Los pacientes con primeros episodios psicóticos muestran dificultades en varios dominios del funcionamiento psicosocial (autonomía, relaciones interpersonales, logros profesionales y educativos, ocio y/o actividad sexual), que, sin embargo, no se han estudiado ampliamente.

**Objetivos:** Examinar la evolución clínica y el funcionamiento psicosocial de pacientes con primeros episodios psicóticos a los 6 meses y al año de seguimiento.

**Metodología:** El estudio fue llevado a cabo con 53 pacientes ingresados en el Hospital Santiago Apóstol por presentar un primer episodio psicótico. Los pacientes fueron evaluados a los 6 meses y al año de seguimiento desde el primer ingreso por psicosis. Se recogieron datos clínicos y de las diversas áreas del funcionamiento psicosocial (autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y tiempo libre) evaluado a través de la Escala Breve del Funcionamiento (FAST).

**Resultados:** Los pacientes experimentaron mejoría sintomática y funcional al año de seguimiento ( $F = 34,674$ ;  $p < 0,01$ ). No obstante, no alcanzaron una recuperación funcional satisfactoria y se mantuvo el deterioro funcional en dos de las 6 áreas del funcionamiento (relaciones interpersonales y finanzas).

**Conclusiones:** El deterioro en el funcionamiento psicosocial comienza en las primeras etapas de la enfermedad. Conocer el funcionamiento psicosocial en los pacientes con primeros episodios psicóticos es fundamental para entender el pronóstico de la enfermedad, e identificar factores de riesgo que permitan mejorar el funcionamiento global y la calidad de vida de los pacientes.

## Bibliografía

1. González-Ortega I, Rosa A, Alberich, S, Barbeito S, Vega P, Echeburúa E, et al. Validation and Use of the Functioning Assessment Short Test in First Psychotic Episodes. *J Nerv Ment Disease*. 2010;198:836-40.
2. Tohen M, Vieta E, González-Pinto A, Reed C, Lin D; EMBLEM Advisory Board. Baseline characteristics and outcomes in patients with first episode or multiple episodes of acute mania. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:255-61.

## PO-352

## UNIDAD DE INGRESO EN LA COMUNIDAD, UN NUEVO RECURSO REHABILITADOR

L. Albaiges Sans, M.A. García Inocencio, P.V. Canut Altemir y C. Oujo Fernández

**Introducción:** Descripción de los primeros 100 días de una Unidad de ingreso en la comunidad. Filosofía asistencial. Programas de rehabilitación. Tipología de pacientes. Entorno de comunidad terapéutica. Ingreso de puertas abiertas. Trabajo en red.

**Objetivos:** Programas asistenciales y rehabilitadores. Reincorporación a la comunidad. Reorganización personal de pacientes con disfunciones y defecto. Trabajo con familias. Trabajo articulado en la red. Hipótesis de trabajo: I. El trabajo en clima de convivencia en comunidad terapéutica aporta elementos terapéuticos y rehabilitadores que optimiza el trabajo de recuperación de la salud del paciente. II. El paciente siente el trato personalizado que recibe como una mejora en su calidad de vida subjetiva. III. El arraigo en la comunidad y el trabajo continuo sobre la significación de las conductas y el proyecto de vida personal es una experiencia correctora que favorece la autoestima del paciente.

**Metodología:** Se estudia la evolución de los pacientes ingresados durante los primeros 100 días. Descripción de la población asistida. Datos de historia, psicopatología, escalas funcionales. Datos evolu-

tivos de las actividades, trabajo vincular en el grupo. Evaluación del trabajo con el entorno y de reinserción al medio habitual.

**Discusión y conclusiones:** Valoración de la evolución de calidad de vida de los pacientes en este entorno rehabilitador. Evaluación de la orientación terapéutica y rehabilitadora de este entorno asistencial.

## PO-354

## VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN REINGRESADORES ESQUIZOFRÉNICOS

J.M. Pascual Paño y J.M. Mongil Sanjuan

**Introducción:** El presente poster revisa los ingresos de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia en una unidad de hospitalización de salud mental, durante los años 2007, 2008, 2009 y 2010, y se compara esta valoración de los pacientes esquizofrénicos reingresadores (menos de 3 meses del ingreso anterior en un periodo de 1 año) con no reingresadores. Objetivo principal: el análisis de la funcionalidad en pacientes esquizofrénicos que ingresan en una unidad de agudos, establecer si hay diferencias entre los pacientes esquizofrénicos que reingresan antes de 3 meses del alta y los que no reingresan.

**Metodología:** Se lleva a cabo un análisis comparativo de las muestras (reingresadores y no reingresadores) por medio del análisis de la varianza (ANOVA), en todos los pacientes esquizofrénicos que ingresan en la unidad de hospitalización en los últimos 4 años completos (2007, 2008, 2009 y 2010). Se utiliza la escala PSP como comparativo, las historias clínicas, el paquete estadístico STATPLUS para Mac, Excel.

**Resultados:** El total de pacientes que reingresan con diagnóstico de Esquizofrenia durante los 4 años es del 73% de media. Análisis de la varianza, del grupo de no reingresadores vs reingresadores, el nivel  $p$  de aceptación de la hipótesis es el siguiente: ANOVA entre grupos: 0,00071; prueba B de Tukey para contrastes sobre medias ordenadas: 0,00087; prueba de Tukey-Kramer para diferencias entre medias: 0,00087; Fisher LSD: 0,00022.

**Conclusiones:** En resumen, el análisis realizado confirma que una peor funcionalidad es motivo suficiente por sí mismo para que se produzca un mayor número de reingresos, lo que tendría que contrastarse en otro estudio prospectivo, que valorase si al reducir la disfuncionalidad en los pacientes que son reingresadores, dejan de serlo.

## PO-357

## SALUD FÍSICA, COGNICIÓN Y FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

B.O. Plasencia García de Diego, P. Aguilar Valseca, E. García Henche, P. Vaquero Casado y S.L. Romero Guillena

**Introducción:** En numerosos estudios muestran que la esquizofrenia se asocia a una peor salud física, a déficit cognitivos y a dificultades funcionales que ocasionan diversos grados de discapacidad.

**Objetivos:** Explorar la asociación entre salud física, cognición y funcionalidad.

**Metodología:** Estudio epidemiológico, retrospectivo y transversal. Se reclutaron 45 pacientes esquizofrénicos, según C.I.E. 10, atendidos en régimen ambulatorio y/o hospitalario. La salud física se evaluó mediante parámetros antropométricos, analíticos y clínicos, así como la presencia de síndrome metabólico (definido según la OMS) y riesgo cardiovascular (determinado mediante Framingham). El deterioro cognitivo se determinó mediante la escala Screen for Cognitive Impairment in Psychosis (SCIP) y la funcionalidad se evaluó con la escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP).

**Resultados:** Se observaron las siguientes correlaciones significativas medidas por el coeficiente de correlación de Pearson. Correlación inversa entre puntuación final en la PSP y puntuación total en la SCIP,  $p < 0,05$ . Correlación inversa entre puntuación final en la PSP y el riesgo cardiovascular (Framingham),  $p < 0,05$ . Correlación inversa

entre puntuación final en la PSP y el número de ingresos,  $p < 0,01$ . Correlación directa entre puntuación total en la SCIP y el número de ingresos,  $p < 0,05$ . Correlación directa entre riesgo cardiovascular (Framingham) y años de evolución de enfermedad,  $p < 0,05$ .

**Conclusiones:** Una baja funcionalidad se asoció con mayor deterioro cognitivo, mayor riesgo cardiovascular y mayor número de ingresos. Así mismo, un mayor deterioro cognitivo se relacionó con un mayor número de ingresos. En nuestro estudio no observamos relación estadística significativa entre funcionalidad y deterioro cognitivo con el síndrome metabólico.

#### Bibliografía

1. Leifker FR, et al. Determinants of everyday outcomes in schizophrenia: The influences of cognitive impairment, functional capacity, and symptoms. *Schizophr Res.* 2009;115:82-7.
2. Nasrallah HA. Linkage of cognitive impairments with metabolic disorders in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2010;67:1155-7.

#### PO-358

#### ¿ES POSIBLE MEJORAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS CRÓNICOS?

S.L. Romero Guillena, P. Vaquero Casado, E. García Henche, P. Aguilar Valseca y B.O. Plasencia García de Diego

**Introducción:** Diversos estudios orientan sobre la importancia de la funcionalidad como factor predictor de la evolución de los pacientes esquizofrénicos.

**Objetivos:** Evaluar si se produce mejoría en la clínica y en la funcionalidad de pacientes esquizofrénicos, tras la puesta en marcha de nuevas estrategias farmacológicas, a 24 meses de seguimiento.

**Metodología:** Estudio prospectivo y longitudinal. Se reclutan 30 pacientes esquizofrénicos, en el ámbito ambulatorio, los pacientes están distribuidos en 2 grupos: Grupo A: 15 pacientes, con falta de adherencia al tratamiento, estando previamente en tratamiento con antipsicóticos orales y que aceptaron el cambio a risperidona inyectable de larga duración. (R.I.L.D.) Grupo B: 15 pacientes, que estando previamente en tratamiento con antipsicóticos convencionales de larga duración aceptan el cambio a R.I.L.D. Durante un periodo de 24 meses, se realiza semestralmente, visitas de seguimiento, donde se les realiza las siguientes escalas: Escala de Impresión Clínica Global, gravedad de la enfermedad (ICG-SI), Escala PANSS, Criterios de Remisión del grupo de la Dra. N. Andreassen, Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP), Escala de satisfacción del tratamiento por parte del paciente y familiares.

**Resultados:** En ambos grupos, se observa una mejoría clínica y funcional, mostrando una diferencia estadísticamente significativa antes y después de los 24 meses de seguimiento ( $p < 0,05$ ), en todas las escalas analizadas.

**Conclusiones:** Analizados estos resultados a 24 meses, podemos concluir que en tras el cambio a R.I.L.D., se produce una mejoría tanto en la clínica y en la funcionalidad de los pacientes esquizofrénicos.

#### Bibliografía

1. San L, et al. Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study. *Eur Psychiatry.* 2007;22:490-8.
2. Ciudad A, et al. Resultados clínicos relevantes en esquizofrenia: Remisión y recuperación. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental.* 2011;4:53-65.

#### PO-362

#### EL DELIRIO SENSITIVO

M.J. Fernández Carbonell, N. Alberola Legorburu, P.I. González Valls y L. Ros Mora

**Introducción y objetivos:** El delirio puede manifestarse en cuadros clínicos muy diversos, apreciándose ocasionalmente en personalidades tímidas, con baja autoestima y extremadamente sensibles a las críticas ajenas; Kretschmer las llamó “personalidades sensitivas”, donde el delirio surge como vivencia de ser moralmente despreciado por los otros, desencadenado por experiencias de frustración y humillación. El siguiente caso clínico ilustra el peso clave del carácter y las vivencias psicológicas en la formación del delirio así como la necesidad de retomar conceptos clásicos de la psiquiatría para describir realidades clínicas de plena actualidad.

**Metodología:** Mujer de 53 años, soltera, vive con la madre. Ingresada en una Unidad de Larga Estancia por un cuadro delirante de treinta años de evolución. Presenta la convicción delirante de que la gente la persigue con intención de perjudicarla por cobrar una pensión debido a su enfermedad mental, realizando continuas interpretaciones delirantes de gestos, miradas y comentarios de la gente. La paciente presenta asociada una ideación delirante de culpa por ser compensada económicamente sin trabajar. Manifiesta cogniciones depresivas, baja autoestima, ansiedad, insomnio y aislamiento social secundarios al delirio. La clínica delirante apareció a los 28 años, siendo la muerte del padre el factor precipitante. El curso ha sido crónico, resistente al tratamiento antipsicótico y apreciándose una progresiva cristalización del delirio, donde las vivencias de frustración amorosa y laboral han constituido un papel clave para su consolidación.

**Discusión:** El caso clínico propuesto resulta ilustrativo de la importancia de la personalidad premórbida y de las vivencias emocionales en el desarrollo y la comprensión del delirio. Este es un claro ejemplo de cómo conceptos de la psiquiatría clásica como el de la personalidad sensitiva de Kretschmer siguen teniendo plena vigencia en la actualidad.

#### Bibliografía

1. Diez Patricio, A. La psicogénesis del delirio en la obra y la época de E. Kretschmer. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2001;XXI:73-97.
2. Kretschmer E. *El delirio sensitivo de referencia. Contribución al problema de la paranoia y a la teoría psiquiátrica del carácter.* Madrid: Triacastela, 2000.

#### PO-363

#### ENSAYO CLÍNICO PARA EVALUAR LA FARMACOCINÉTICA, LA SEGURIDAD Y LA TOLERABILIDAD DE DOSIS ÚNICAS DE RISPERIDONA ADMINISTRADAS MEDIANTE LA NUEVA TECNOLOGÍA DE LIBERACIÓN PROLONGADA ISM® EN SUJETOS SANOS

F. Fonseca, M. Farré, J. Martínez, P. Cordero, C. Pérez-Mañá, F. Martínez, I. Ayani, L. Ochoa, J.L. Pedraz e I. Gutierrez

**Introducción y objetivos:** ISM® (“in situ microparticles”) es una novedosa plataforma tecnológica para la liberación prolongada de fármacos. Presentamos los resultados del primer estudio fase I de risperidona-ISM®, para demostrar si dicha tecnología mejora su perfil farmacológico, permitiendo una administración mensual de risperidona, sin necesidad de suplementación oral inicial, ni conservación en frío.

**Metodología:** Estudio unicéntrico, abierto, de dosis únicas en 2 cohortes de varones sanos, de 18-38 años. Los sujetos de la cohorte I ( $n = 9$ ) y la II ( $n = 8$ ), recibieron una única inyección intraglútea de Risperidona-ISM® 25 mg y 37,5 mg, respectivamente. Se recogieron muestras de sangre basalmente y desde las 2h hasta 45-59 días. Se calcularon los parámetros farmacocinéticos a partir de las concentraciones plasmáticas de risperidona, 9-OH-risperidona y la porción activa (risperidona + 9-OH-risperidona). También se valoraron seguridad y tolerabilidad mediante ECG, signos vitales, bioquímica sanguínea/urinaria, hemograma, prolactina y acontecimientos adversos.

**Resultados:** Las concentraciones plasmáticas medias de la porción activa a las 2h y día 30 fueron, correspondientemente, 4,37 y 2,90 ng/mL tras la inyección de 25 mg, y de 10,43 y 7,34 ng/mL tras la de 37,5 mg. Las medias (DE) de Tmax, Cmax y AUC0-t de la porción activa fueron 104,00 (152,74)h, 9,60 (3,53) ng/mL y 4.284,12 (1.407,36)ng·h/mL en la cohorte I, y 93,00 (131,73)h, 18,28 (6,39) ng/mL y 8.598,97 (2.872,75)ng·h/mL en la cohorte II, respectivamente. Las reacciones adversas registradas fueron conocidas y esperadas para risperidona.

**Conclusiones:** Tras la inyección de dosis únicas de risperidona-ISM® 25 y 37,5 mg se obtiene una liberación sostenida del fármaco desde las primeras horas que podría permitir una pauta mensual y consecuentemente facilitaría el cumplimiento terapéutico en esquizofrénicos, suponiendo una mejora sobre las formulaciones actualmente disponibles.

#### Bibliografía

1. Sistemas de Liberación prolongada. Micropartículas "in situ" (ISM®). Disponible en: [http://www.rovi.es/index\\_tecnologias.html](http://www.rovi.es/index_tecnologias.html) (acceso 19/04/2011).
2. Risperdal Consta®. Resumen de las características del Producto. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/especialidad.do?método=verFichaHtml&codigo=65213&fichaCompleta=S> (acceso 19/04/2011)

#### PO-364

#### ESTABILIDAD TEMPORAL Y CAMBIO DE DIAGNÓSTICO EN PACIENTES INGRESADOS POR PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS Y PSICOSIS NO ESQUIZOFRÉNICAS

M.A. Harto Cea, C. Almonacid Folch, A. Castillo Ramón, P. García Iglesias, I. Llácer Viel, M. Lloret Díez-Canseco y R. Calabuig Crespo

**Introducción:** La estabilidad diagnóstica en el tiempo constituye una de las principales pruebas para validar diagnósticos psiquiátricos. El DSM-IV recoge diagnósticos de cuadros psicóticos no esquizofrénicos cuya evolución clínica, en general, muestra una estabilidad diagnóstica baja.

**Objetivos:** Describir la estabilidad temporal y evolución diagnóstica de los pacientes diagnosticados de primeros episodios psicóticos y de otros trastornos psicóticos no esquizofrénicos recogidos en el DSM-IV.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se recoge como muestra todos los pacientes ingresados por primera vez en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del H.U. Doctor Peset entre los años 1996 y 2010, a los que se les diagnosticó al alta de algún tipo de trastorno psicótico reflejado en el grupo de otras psicosis no esquizofrénicas del DSM-IV, y con un mínimo de 2 reingresos hospitalarios con el fin de valorar la estabilidad temporal y cambio diagnóstico de dichos trastornos a lo largo de la evolución de la enfermedad a través de los diagnósticos de posteriores ingresos.

**Resultados:** Se obtiene una muestra de 105 pacientes que se agrupa en diferentes categorías diagnósticas con una media de 4 reingresos hospitalarios. El cambio de diagnóstico fue elevado en todos los grupos de pacientes a lo largo de los reingresos manteniendo el mismo diagnóstico un pequeño porcentaje de los mismos.

**Conclusiones:** En la muestra estudiada, se objetiva una baja estabilidad temporal diagnóstica tras el seguimiento de los pacientes a lo largo de los ingresos hospitalarios, siendo frecuente el cambio de diagnóstico y la excepción el mantenerlo desde el primer ingreso.

#### Bibliografía

1. Fennig S, Kovaszny B, Rich C, Ram R, Pato C, Miller A, et al. Six-month stability of psychiatric diagnoses in first-admission patients with psychosis. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1200-8.
2. Baca-García E, Pérez-Rodríguez MM, Basurte-Villamor I, Fernández-Moral A, Jiménez-Arriero MA, González-Rivera JL, et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatry*. 2007;190:210-6.

#### PO-374

#### EVOLUCIÓN DEL DETERIORO NEUROCOGNITIVO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO BIPOLAR

A.I. Aparicio Leon, E. Jiménez López, J.C. Guillén Izquierdo, M.L. Alcalde Martínez, R. Solano Ruipérez, J.L. Santos Gómez y E.M. Sánchez Morla

**Introducción:** Los pacientes con trastorno bipolar presentan un déficit cognitivo que afecta distintos dominios neuropsicológicos

(Sánchez Morla et al, 2009), si bien su evolución a largo plazo no ha sido bien establecida.

**Objetivos:** Examinar el curso longitudinal de la función cognitiva durante un período de cinco años en pacientes con trastorno bipolar (TB) con relación a pacientes con esquizofrenia y a un grupo control (CN).

**Metodología:** Fueron estudiados 80 ESQ (DSM-IV/SCID) estabilizados, 80 TB eutípicos (DSM-IV/SCID) y 40 CN. Se realizó una evaluación neuropsicológica basal (EV1) y otra al cabo de 5 años (EV2); en las dos ocasiones, las evaluaciones fueron realizadas durante los períodos de eutimia. Se examinaron los siguientes dominios neuropsicológicos: función ejecutiva, memoria de trabajo, rapidez de procesamiento, memoria verbal, memoria visual y atención sostenida. El estado clínico fue evaluado mediante las versiones españolas de las siguientes escalas: PANSS, YMRS, HRSD. Asimismo, la funcionalidad fue examinada mediante WHO's Disability Assessment Scale, Quality of Life Scale (QLS) y GAF. El análisis estadístico fue realizado mediante ANOVA para medidas repetidas.

**Resultados:** 1) No se observaron diferencias significativas en ninguna de las medidas, neuropsicológicas y funcionales, entre las evaluaciones EV1 y EV2. 2) Asimismo, no se observó interacción grupo (ESQ, TB, CN) × tiempo (EV1, EV2) ni para las medidas neuropsicológicas, ni para las medidas funcionales.

**Conclusiones:** Tanto el deterioro neuropsicológico, como el nivel de funcionamiento social permanecen estables en pacientes diagnosticados de trastorno bipolar. No se observaron diferencias en la evolución entre los pacientes con trastorno bipolar y los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

#### PO-375

#### EVOLUCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN REMISIÓN

S. Pardo Sáez, A.I. Aparicio León, A. Montón Page, M. Moreno-Ortega, A. Bagney, E.M. Sánchez-Morla y J.L. Santos Gómez

**Introducción:** Los pacientes con trastorno esquizofrénico presentan un déficit en su nivel de funcionamiento psicosocial (Sánchez-Morla et al, 2009). El objetivo de este estudio fue examinar la evolución de la funcionalidad en pacientes con esquizofrenia en remisión (ES-R) con relación a pacientes sintomáticos (ES-S) a lo largo de un seguimiento de 2 años.

**Metodología:** Fueron estudiados 91 pacientes con Esquizofrenia (DSM-IV/SCID). Los pacientes fueron clasificados en ES-R y ES-S según criterios de Andreasen et al (Am J Psychiatry, 2005). Se realizó una evaluación clínica basal (EV1) y otra al cabo de 2 años (EV2). El estado clínico fue evaluado mediante las versiones españolas de las siguientes escalas: PANSS, Quality of Life Scale (QLS), GAF y LSP-20. El análisis estadístico fue realizado mediante ANOVA.

**Resultados:** 1) Los pacientes en remisión presentaron un mejor nivel de funcionamiento, tanto a nivel basal, como tras 2 años de seguimiento, en todas las medidas realizadas. 2) Cuando las medidas de funcionalidad fueron consideradas como variables dependientes, el ANOVA para medidas repetidas no mostró la existencia de un efecto del tiempo (EV1 vs EV2), ni una interacción significativa grupo (ES-R, ES-S) × tiempo. El mismo resultado fue obtenido para las variables psicopatológicas. 3) No se observaron diferencias significativas en el número de exacerbaciones psicóticas/número de ingresos entre los ES-R y los ES-S.

**Conclusiones:** No se observaron diferencias en la evolución del funcionamiento psicosocial entre pacientes con esquizofrenia en remisión o sintomáticos; en ambos casos, el déficit funcional se mantuvo estable.

#### Bibliografía

1. Heldin et al. Schizophrenia Research. 2007;93:160-8.

## PO-378

## FUNCIONALIDAD Y RENDIMIENTO COGNITIVO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN REMISIÓN

C.M. Villanueva Romero, M.L. Alcalde Martínez, A.I. Aparicio León, M. Moreno-Ortega, A. Bagney, J.L. Santos Gómez y E.M. Sánchez Morla

**Introducción:** Pocos estudios han examinado la función neurocognitiva en pacientes con esquizofrenia en remisión (Hedlin et al, 2009). El objetivo de este estudio fue examinar la cognición y la funcionalidad en pacientes con esquizofrenia en remisión (ES-R) con relación a pacientes sintomáticos (ES-S).

**Metodología:** Fueron incluidos en el estudio 91 pacientes con esquizofrenia y 40 controles (CN). Los pacientes fueron clasificados en ES-R y ES-S Andreasen et al (2005). Se examinaron los siguientes dominios cognitivos: función ejecutiva, memoria de trabajo, rapidez de procesamiento, memoria verbal, memoria visual y atención sostenida. El estado clínico y la funcionalidad fue evaluado mediante: PANSS, YMRS, HRSD, WHO's Disability Assessment Scale, Quality of Life Scale (QLS) y GAF.

**Resultados:** 1) 22 pacientes (24,2%) cumplieron criterios de ES-R. 2) Memoria verbal, visual y memoria verbal de trabajo: Los ES-R y los ES-S presentaron peor rendimiento que los CN. No se observaron diferencias entre ES-R y ES-S. 3) Atención sostenida: No se observan diferencias entre ES-R y CN. Los ES-S rindieron peor que los CN. 4) Rapidez de procesamiento: Los ES-R rindieron peor que los CN aunque mejor que los ES-S. 5) Función ejecutiva: Los ES-R presentaron un peor funcionamiento que los CN; los ES-R rindieron mejor que los ES-S en algunas medidas ejecutivas. 6) Los ES-R obtuvieron una mejor puntuación que los ES-S en todas las medidas de funcionalidad.

**Conclusiones:** Los ES-R presentan un deterioro neuropsicológico que afecta a todos los dominios neurocognitivos con excepción de la atención sostenida; sólo presentaron mejor rendimiento que los ES-S en algunas medidas ejecutivas y de rapidez de funcionamiento. Sin embargo, su nivel de funcionamiento fue significativamente mejor que el de los ES-S.

## Bibliografía

1. Andreasen NC, et al. Am J Psychiatry. 2005;162:441-9.
2. Hedlin L, et al. J Psychiatric Res. 2006;40:738-45.

## PO-384

## INSIGHT, DIMENSIONES SINTOMÁTICAS Y COGNICIÓN EN PACIENTES PSICÓTICOS EN FASE AGUDA

J. Cobo Gómez, M.L. Nieto García, E. Pousa Tomás, J. Blas Navarro, G. García Parés, D. Palao y J. Obiols Llaundrich

**Introducción:** Evaluar la relación entre el insight, la severidad de la psicopatología psicótica y el perfil sintomático en una muestra de pacientes en fase aguda. Además, explorar el rol de las habilidades cognitivas generales en estas relaciones.

**Metodología:** Estudio transversal de 96 pacientes psicóticos en fase aguda. Para evaluar la psicopatología usamos la escala PANSS, para el insight y sus dimensiones la escala SUMD (Scale of Unawareness of Mental Disorder) y para las habilidades cognitivas generales la escala SCIP (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry).

**Resultados:** El insight mostró correlaciones estadísticamente significativas con la sintomatología positiva y general pero no con la negativa. En el subgrupo con perfil sintomático positivo la conciencia de trastorno y la conciencia de los efectos de la medicación estuvieron positivamente relacionadas con la severidad de los síntomas psicóticos positivos y generales. La conciencia de las consecuencias sociales del trastorno fue positivamente asociada con los síntomas positivos. En el subgrupo con perfil sintomático negativo, la conciencia de trastorno y la conciencia de los efectos de la

medicación estuvieron positivamente relacionadas con la severidad de los síntomas psicóticos positivos y generales. En este subgrupo, las relaciones no estuvieron afectadas de manera estadísticamente significativa por las habilidades cognitivas generales.

**Conclusiones:** El insight no estuvo relacionado con la severidad de la sintomatología psicótica negativa. El perfil sintomático de los sujetos jugó un importante rol, determinando las relaciones entre el insight, sus dimensiones y la severidad de los síntomas psicóticos. La función cognitiva moderó estas relaciones en el subgrupo con perfil sintomático negativo.

## Bibliografía

1. Aleman A, et al. Insight in psychosis and neuropsychological function. Br J Psychiatry. 2006;189:204-12.
2. Mintz RA, et al. Insight in schizophrenia: a metaanalysis. Schizophr Res. 2003;61:75-88.

## PO-390

## ÁNGEL O DEMONIO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME

M.J. Jaén Moreno, G.M. Chauca Chauca y J.M. Jaquotot Arnaiz

El término “psicosis esquizofreniforme” fue introducido por primera vez por el psiquiatra noruego Gabriel Langfeld en el año 1937 para referirse a un grupo de pacientes con un trastorno psicótico parecido a la esquizofrenia pero con mejor pronóstico, mejor adaptación premórbida y un inicio más agudo y relacionado con eventos traumáticos. Según el DSM-IV las características de buen pronóstico son: 1. Inicio de síntomas psicóticos acusados dentro de las primeras cuatro semanas del primer cambio importante en el comportamiento o en la actividad habitual. 2. Confusión o perplejidad a lo largo del episodio psicótico. 3. Buena actividad social y laboral premórbida. 4. Ausencia de aplazamiento o embotamiento afectivos. En este póster vamos a presentar el caso de un varón de 32 años, ingeniero informático en activo que dos meses previos al ingreso comienza a presentar alucinaciones auditivas con delirios de contenido místico y de perjuicio, “soy un elegido de Dios que vengo a eliminar las diferencias entre el cielo y el infierno”. Alteraciones de la percepción del tipo sensación de presencia. Conductas desorganizadas y perplejidad. Presentando una rápida mejoría con tratamiento farmacológico con desaparición de la sintomatología al poco de su inicio. El interés científico de este caso reside no tanto en la originalidad del diagnóstico como en el gran acercamiento que puede hacerse a la psicopatología, siendo esta muy florida en detalles. Así mismo llama la atención la rápida respuesta que presentó al tratamiento.

## Bibliografía

1. Pérez R, Escartí MJ, Ramos Quiroga JA, Corripio I, Pérez Blanco J, Álvarez E. Trastorno esquizofreniforme. Estudio prospectivo de 5 años de seguimiento. Rev Psiquiatría Fac Med Barna. 2004;31:235-41.
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico; de los trastornos mentales, 2002.

## PO-391

## SÍNDROME DE REFERENCIA OLFACTORIO

M.J. Jaén Moreno, J.M. Jaquotot Arnaiz y R. Luque Luque

A comienzos del siglo XX diversos autores sugirieron la existencia de un A comienzos del siglo XX diversos autores sugirieron la existencia de un síndrome en el que existían alucinaciones olfativas primarias a las que posteriormente se asociaba un estado delirante secundario que pasaba a ocupar el primer plano. La psiquiatría francesa lo definió como délire à bâse olfactive. Así mismo, desde la psiquiatría alemana se describieron algunos casos de lo que se creía era una nueva categoría diagnóstica, las “alucinaciones olfativas monosintomáticas”. Con estos antecedentes, Pryse-Phillips introdujo el

término de síndrome de referencia olfatorio diferenciándolo del resto de entidades clínicas en las que podían aparecer alucinaciones olfativas como en la esquizofrenia, la depresión o la epilepsia del lóbulo temporal. El “síndrome de referencia olfativo” se caracteriza por la presencia de alucinaciones olfativas intrínsecas y desagradables que aparecen en un primer momento produciendo una reacción de vergüenza, culpa y malestar. Puede acompañarse de síntomas de la esfera depresiva, así como, de ideas sensitivas de referencia y/o delirios, todos ellos secundarios. El sentimiento de vergüenza lleva en ocasiones al paciente a evitar las relaciones sociales, lo que fue definido por Pryse-Phillips como *constrite reaction*. El grupo de estudio para el DSM-V ha planteado una propuesta de actualización de dicho síndrome, dado que actualmente no se encuentra recogido como tal en las clasificaciones diagnósticas. El objetivo y la relevancia del póster radica en plantear una revisión del concepto desde su origen hasta la actualidad dando a conocer la propuesta actual del grupo de trabajo. En este póster presentamos un caso de este síndrome. Una mujer de 30 años convencida de desprender mal olor corporal, que no consigue eliminar a pesar de sus continuas conductas de limpieza y que le lleva progresivamente a una evitación de las relaciones sociales. Se acompaña de ideas delirantes secundarias en las que piensa que alguien está causándole dicho trastorno de forma intencionada.

#### Bibliografía

1. Luque R. Alucinaciones olfativas: análisis histórico y clínico. Archivos de Psiquiatría. 2003;66:213-30.

### PO-405

#### FUNCIONALIDAD Y REINGRESO PSQUIÁTRICO

F. Mayoral Cleries

**Introducción:** La hospitalización es una de las medidas más ampliamente utilizadas en la evaluación de resultados de salud mental. En la investigación clínica, especialmente en las patologías severas de curso persistente, su aparición constituye un evento adverso que indica el agravamiento o la aparición de un nuevo episodio. El estudio analiza la relación existente entre reingreso y funcionalidad, comparándolo con otras variables clínicas, sociales y demográficas, con la hipótesis de que la funcionalidad es el factor que mejor predice el reingreso psiquiátrico.

**Objetivos:** Objetivo principal: comprobar la relación entre Funcionamiento social y el reingreso psiquiátrico. Objetivos secundarios: comprobar la relación entre reingreso y otras variables: sintomatología, diagnóstico y variables sociodemográficas.

**Metodología:** Como medida de resultado se utilizaron los siguientes instrumentos: Funcionamiento social: PSP, Necesidades sociosanitarias: CAN, Sintomatología clínica: BPRS, y cuestionario sociodemográfico. Diseño: estudio prospectivo, observacional de pacientes con TMG ingresados consecutivamente en una unidad de hospitalización comparando un grupo de reingresos con otro de no reingresos durante 10 meses. Población: la población incluida en el estudio fue de 150 en dos grupos: reingresos = 100 y no reingresos = 50 (control). El reingreso fue definido como aquel producido en un plazo inferior a 30 días del anterior ingreso.

**Resultados:** El 66% de los pacientes fueron hombres, con edad media de 41a (DS = 10), el 50% solteros, el 56% con nivel bajo de estudios, el 56% vivía con la familia y el 90% no trabajaba. El 81% ingresaron de forma involuntaria. Resultados: la puntuación del PSP total fue de 49,49 en el control (DE = 22) y en el de reingresos 36,23 (DE = 18),  $p = 0,003$ . Cuando se compararon el resto de medidas (BPRS, diagnóstico, CAN y variables sociodemográficas) no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de ingresos y no reingresos.

**Conclusiones:** La medida de funcionalidad fue la única variable significativa asociada al reingreso hospitalario.

### PO-406

#### ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EVOLUCIÓN SINTOMÁTICA DIMENSIONAL EN PACIENTES CON PSICOSIS SEGÚN DIAGNÓSTICO

J. Quilis Olivares, T. de Vicente Muñoz y M. Cuenca Torres

**Introducción:** En la práctica clínica psiquiátrica se realiza diagnóstico categorial sin valoración sintomática dimensional. En el desarrollo del DSM-V se está estudiando la posibilidad de incorporar una valoración dimensional para las psicosis no afectivas, permitiendo una comparativa evolutiva.

**Objetivos:** Conocer la evolución dimensional según diagnóstico de síntomas positivos, según diagnóstico, desde el ingreso al alta mediante la escala PANSS-P.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo realizado durante 6,5 meses. Se estudiaron 36 pacientes diagnosticados de psicosis no afectiva, ingresados en psiquiatría, utilizando la escala PANSS-P para la evaluación dimensional clínica al ingreso y al alta. Las variables fueron grupo diagnóstico, puntuación síntomas positivos y % de mejoría. La comparación de las medias de las puntuaciones entre grupos diagnósticos se realizó con la prueba U de Mann-Whitney. Valores  $p < 0,05$  se consideraron significativos.

**Resultados:** De los 36 pacientes, 55,6% varones, con edad media 40,61 años. El 64% fueron diagnosticados de esquizofrenia (91% paranoides) y el 36% de psicosis. La puntuación global media al ingreso fue de 23,25 (22,81 para esquizofrenia y 26 psicosis) y al alta 14,81 (14,52 para esquizofrenia y 16,6 psicosis). No se observaron diferencias significativas en la puntuación al ingreso ( $p = 0,506$ ) ni al alta ( $p = 0,259$ ) entre ambos grupos. La mejoría global de los síntomas fue del 33,6% (33,49% para esquizofrenia y 34,7% para psicosis),  $p = 0,945$ .

**Conclusiones:** Los síntomas positivos son inespecíficos en el grupo de las psicosis no afectivas, la respuesta a los antipsicóticos no ofrece diferencias significativas en ambos grupos. La evaluación dimensional complementa el diagnóstico categorial, existiendo propuestas para renombrar a las psicosis.

#### Bibliografía

1. Van Os J. Salience syndrome replaces schizophrenia in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century. Acta Psychiatr Scand. 2009;120:363-72.
2. Stip E. Psychosis: a category or a dimension? Canadian Journal of Psychiatry. 2009;(3):152-9.

### PO-407

#### EVALUACIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PSICOSIS NO AFECTIVA CON ESCALA PANSS COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL HOSPITALARIA

J. Quilis Olivares, T. de Vicente Muñoz y M. Cuenca Torres

**Introducción:** La utilización de escalas acreditadas como la escala PANSS, permite conocer la evolución clínica del paciente y puede ser empleada como un indicador de calidad asistencial.

**Objetivos:** Describir la calidad en la atención al paciente con psicosis en una unidad de hospitalización con el empleo de la escala PANSS.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo realizado durante 6,5 meses. Se estudiaron 36 pacientes diagnosticados de psicosis no afectiva utilizando la escala PANSS para la evaluación dimensional de síntomas positivos y negativos al ingreso y al alta. Se consideraron cumplidos los estándares de calidad si se aplicaba la escala en el 85% de los casos al ingreso y al alta y la mejoría clínica se estableció si la puntuación en la escala disminuía al menos el 25% de la puntuación inicial. El análisis de los resultados se efectuó con el programa SPSSv19.0.

**Resultados:** De los 36 pacientes 56% fueron varones; la edad media 40 años (rango 22-58). La mayoría (86,1%) diagnosticados de psi-

cosis especificada. La aplicación de la escala se efectuó en el 100% de los casos, al ingreso y al alta. El 69,44% de los pacientes cumplieron el estándar (77,2% para los síntomas positivos y 47,2% para los negativos). La puntuación total en la escala disminuyó para todos los casos un 33% (36% para síntomas positivos, 27% para síntomas negativos).

**Conclusiones:** El empleo de la escala PANSS dimensiona la sintomatología en diferentes momentos del proceso y puede emplearse como indicador de calidad asistencial en pacientes diagnosticados de psicosis no afectiva.

#### Bibliografía

- Levine SZ, Rabinowitz J, Rizopoulos D. Recommendations to improve the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) based on item response theory. *Psychiatry Res.* 2011 [Epub ahead of print].
- Kay S, Fiszbein A, Opler L. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13:261-76.

#### PO-411

#### TRASTORNO DELIRANTE CON ALTERACIONES SENSORIALES: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A PROPÓSITO DE UN CASO

C. López Martínez, A. Sanz Santos, J.M. Bertolín Guillén, L. Giménez Orts y R. Sáez Povedano

**Introducción:** A lo largo de la historia ha existido importante controversia entre los autores clásicos en cuanto a la delimitación entre cuadros esquizofrénicos y de paranoia. El caso clínico que aquí se presenta entraña dificultad diagnóstica derivada de la riqueza, sutileza y complejidad sintomatológica presentada.

**Metodología:** Estudio descriptivo de una paciente tratada en nuestra unidad de hospitalización psiquiátrica.

**Resultados:** Se trata de una mujer de 54 años de edad que presenta ideas delirantes persistentes y crónicas. Ha estado en seguimiento por su psiquiatra habitual durante unos 13 años manteniéndose estable, pero en estos últimos meses la ideación delirante ha provocado repercusión conductual grave. En la exploración psicopatológica se evidencia en las alteraciones sensoriales presentes una dificultad en cuanto a la diferenciación entre lo que serían distorsiones de las auténticas alteraciones perceptivas primarias. Se lleva a cabo el estudio de las características de las ideas delirantes con foco en la clásica diferenciación entre las formas de delirios primarios y secundarios. Todo ello permite la conceptualización diagnóstica del caso.

**Conclusiones:** Con este caso clínico hemos querido constatar que la sutileza en la exploración psicopatológica plantea una barrera fronteriza entre ambos diagnósticos que sigue suscitando dudas hoy en día en nuestra práctica diaria. La búsqueda de criterios válidos para realizar un diagnóstico diferencial entre el trastorno esquizofrénico y el trastorno por ideas delirantes sigue actualmente siendo objeto de controversia.

#### PO-418

#### POLIFARMACIA ANTIPSICÓTICA PRESCRITA A PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS EN UN CSMA

J.C. Franquelo Cruz, A. Solivellas Gorchs, D. Chesa Vela, A. Monllau Martínez, F. Almansa Cruz y A. Córdoba Rodríguez

**Introducción:** La asociación de dos o más antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis es una práctica clínica cada vez más extendida.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro trabajo es determinar la prevalencia de polifarmacia antipsicótica en pacientes con diagnóstico de psicosis no afectiva en nuestro centro y detectar qué factores pueden estar relacionados con la realización de esta práctica.

**Metodología:** Estudio transversal retrospectivo de la prescripción de tratamiento antipsicótico a pacientes ambulatorios mayores de 18 años, con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, de más de dos años de evolución, durante los últimos doce meses. Se recogen entre otros datos sociodemográficos, diagnóstico, consumo de tóxicos, hospitalizaciones, programas especiales de tratamiento, psicopatología actual, efectos secundarios y prescripción farmacológica.

**Resultados:** Del total de la muestra de 122 pacientes, un 38,5% tenían prescrito dos o más neurolépticos (polifarmacia antipsicótica). Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de polifarmacia versus el de monoterapia antipsicótica en los siguientes factores analizados: Número de ingresos: 3,32 vs 1,95. Número de visitas psiquiátricas no programadas (urgentes): 1,13 vs 0,45. Mayor puntuación global en la escala BPRS: 17,77 vs 13,39 y en la subescala de síntomas positivos: 6,01 versus 4,68. Puntuación EEAG menor: 50,11 vs 57,95. Toman un mayor número de psicofármacos distintos a neurolépticos: 4,15 vs 2,25. Presentan una mayor puntuación global en la escala UKU 10,36 vs 6,61.

**Discusión y conclusiones:** La polifarmacia antipsicótica es un hecho habitual en la práctica clínica ambulatoria en pacientes esquizofrénicos. Los pacientes que reciben polifarmacia suelen ser más graves respecto a los pacientes en monoterapia.

#### Bibliografía

- Flórez Menéndez G, et al. Polifarmacia en la prescripción de antipsicóticos en consultas de psiquiatría. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2004;32:333-6.

#### PO-423

#### PAPEL DE LOS ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS DE LARGA DURACIÓN EN LA TASA DE RETENCIÓN EN UN PROGRAMA DE TRASTORNOS MENTALES GRAVES

J.J. Fernández Miranda, V. Carames García, A. Sánchez García y J. Díaz Leiguarda

**Objetivos:** la adhesión al tratamiento de personas con enfermedades mentales graves (TMG) es importante para conseguir estabilidad clínica y rehabilitación. El propósito de este estudio era conocer la retención en tratamiento de pacientes con TMG y el papel de los antipsicóticos atípicos de larga duración.

**Metodología:** Estudio prospectivo, observacional, desarrollado entre septiembre 2007-septiembre 2010, con pacientes en programa específico (integral y comunitario) de TMG en Asturias (N = 319). La evaluación incluyó: escala de gravedad de Impresión Clínica Global (ICG), de discapacidad de la OMS, la Camberwell de evaluación de necesidades (CAN), pruebas de laboratorio y peso, al principio y tras tres años. Se registraron el tiempo en tratamiento, los motivos de alta y los psicofármacos utilizados.

**Resultados:** La ICG basal fue de  $5,72 \pm 0,8$ . Despues de tres años continuó a tratamiento el 35,7% ( $ICG = 4,1 \pm 0,9$ ;  $p < 0,01$ ); el 40,4% fueron altas médicas ( $ICG = 3,1 \pm 1,3$ ;  $p < 0,001$ ); la escala de discapacidad disminuyó en las cuatro áreas ( $p < 0,01$ ) y también la CAN ( $17,2 \pm 2,8$  vs  $9,3 \pm 3,1$  ( $p < 0,01$ ); el 8,5% se había trasladado; el 14,1% fueron altas voluntarias. Murieron cuatro pacientes. El tiempo en el programa fue  $23 \pm 7,1$  meses. El 43% recibió antipsicóticos atípicos de larga duración, con alta tolerancia y pocas pérdidas (4,2%) debidas a efectos secundarios o alteraciones analíticas relevantes.

**Conclusiones:** La retención de pacientes con enfermedades mentales graves en un programa específico fue muy alta, sirviendo para conseguir mejorías notables tanto clínicas como de funcionalidad. Y el uso de antipsicóticos atípicos de larga duración parece ser útil para mejorarlala, debido a su alta tolerabilidad.

#### Bibliografía

- Lieberman JA, et al. Effectiveness of antipsychotics in patients with schizophrenia. *N Engl J Med.* 2005;353:1209-23.
- Bobes J, et al. Recovery from schizophrenia: Results from a 1-year follow-up. *Schiz Res.* 2009;115:58-66.

## PO-424

## RELACIÓN ENTRE ADHERENCIA TERAPÉUTICA, FUNCIONALIDAD Y USO DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS DE LARGA DURACIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

J.J. Fernández Miranda, A. Sánchez García, V. Carames García e I. Gancedo Álvarez

**Objetivos:** Conocer la relación entre adherencia terapéutica, funcionalidad (incluida actividad laboral) y uso de risperidona de larga duración (RILD) en personas con trastornos mentales graves (TMG).

**Metodología:** Estudio prospectivo, observacional, realizado en pacientes (n = 60) con TMG que recibieron RILD (dosis:  $109,7 \pm 19$  mg/14 días). La valoración incluyó al inicio y tras 18 meses de tratamiento, las siguientes escalas: de gravedad Impresión Clínica Global (ICG), de discapacidad de la OMS, de adherencia farmacológica (ADHES) y de necesidades de Camberwell (CAN). La tolerabilidad fue medida con análisis de sangre, peso y motivos de alta. Se registraron los ingresos en la unidad de agudos (18 meses previos vs estudio), y la situación formativa y laboral al inicio y al final del seguimiento.

**Resultados:** La tolerabilidad fue buena (apenas efectos secundarios o alteraciones sanguíneas relevantes ni ganancia de peso significativa:  $74,7 \pm 8,9$  vs  $77,2 \pm 10,4$  kg). La retención tras 18 meses fue del 95%. Las escalas mostraron cambios estadísticamente significativos: ICG de  $5,5 \pm 0,7$  a  $4,2 \pm 0,9$  ( $p < 0,01$ ); ADHES de  $3,6 \pm 0,7$  a  $8,4 \pm 0,9$  ( $p < 0,001$ ); CAN de  $16,7 \pm 2,1$  a  $10,9 \pm 2,9$  ( $p < 0,01$ ); la de discapacidad disminuyó en las 4 áreas ( $p < 0,01$ ); así como los ingresos hospitalarios:  $1,9 \pm 1,3$  vs  $0,4 \pm 0,2$  ( $p < 0,001$ ). El 80% realizó cursos formativos laborales y el 34,8% trabajó durante más de 6 meses (16,5% normalizado y 18,3% protegido).

**Conclusiones:** La adherencia al tratamiento fue muy alta. La tolerabilidad a dosis altas de RILD fue buena, siendo ambos factores importantes para conseguir la estabilización clínica en pacientes graves diagnosticados de esquizofrenia, facilitando de este modo un mejor funcionamiento social y su incorporación al mundo laboral.

## Bibliografía

1. Kane J, et al. Longacting injectable risperidone: efficacy and safety. *Am J Psych*. 2003;160:1125-32.
2. Mohamed S, et al. Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009;35:336-46.

## PO-426

## PROYECTO FUNCIONA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA SOBRE FUNCIONALIDAD A PSIQUETRAS ESPAÑOLES

F. Cañas, J.M. Olivares y E. Velasco Díez

Proyecto FUNCIONA tiene como objetivo formar, investigar y desarrollar sobre el concepto de funcionalidad en pacientes con esquizofrenia. Incluye, entre otras actividades, encuestas a psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajadores sociales, pacientes y familiares. Recoger la opinión de los psiquiatras españoles sobre la funcionalidad de pacientes con esquizofrenia, para identificar diferencias y coincidencias en la práctica clínica sobre la medida y tratamiento de esta Encuesta de 14 preguntas a psiquiatras de España entre mayo y septiembre de 2010. Las respuestas se basaron en la percepción de los psiquiatras y no se recogieron datos de pacientes individuales. Encuesta completada por 613 psiquiatras. La mayoría considera que el objetivo fundamental del tratamiento es el control de los síntomas psicóticos y que modificar el tratamiento farmacológico es la acción más importante cuando un paciente presenta una funcionalidad que requiere un apoyo intensivo. Están de acuerdo/muy de acuerdo en que es necesario distinguir entre mejoría de síntomas y funcionalidad y que el deterioro funcional disminuye si se combina diagnóstico precoz con tratamiento efectivo, el 93%. La funcionalidad debería ser evaluada y registrada en la historia clínica, (el 92% de los encuestados; sólo el 14% usa escalas específicas) menos del

40% de sus pacientes presentan un buen nivel de funcionamiento, el 89% se debería cambiar el tratamiento antipsicótico cuando la funcionalidad de los pacientes se pueda mejorar, el 81% mejorar la tolerabilidad y seguridad de los antipsicóticos conduce a una mejor funcionalidad, el 96%. El deterioro funcional disminuye combinando diagnóstico precoz con tratamiento efectivo. Sería así útil desarrollar un consenso sobre funcionalidad para los pacientes con esquizofrenia que facilite la evaluación de esta y la elección del tratamiento más efectivo.

## PO-429

## PERFIL DE ASOCIACIÓN CON PALIPERIDONA: MEJORA EN LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN PACIENTES CON RESPUESTA SUBÓPTIMA A OTROS TRATAMIENTOS

M.L. Zamarro, A. Cordero, R. Gutiérrez, I. Millán y E. Suárez

La satisfacción del paciente con esquizofrenia con la medicación antipsicótica está asociada con una mejor adherencia, mejor resultado clínico y calidad de vida. La opinión de los pacientes sobre su tratamiento es importante y contribuye al éxito de la intervención terapéutica. 1. Estudio patrón de asociación de paliperidona en muestra de pacientes con esquizofrenia en tratamiento ambulatorio. 2. Análisis motivo principal del cambio y de la satisfacción con medicación, en pacientes con respuesta subóptima al tratamiento antipsicótico previo. Estudio naturalístico. Muestra de 20 pacientes > 18 años con diagnóstico clínico de Esquizofrenia, (criterios ICD-9). Criterios de inclusión: 1. Pacientes > 18 años con Esquizofrenia (295.0-295.9) con CGI  $\geq 4$  en tratamiento con medicación antipsicótica. 2. Paciente que manifiesta insatisfacción con medicación actual, o en opinión del investigador podría beneficiarse de cambio en medicación antipsicótica. Instrumentos: satisfacción con medicación evaluada mediante cuestionario MSQ administrado en visita basal. Gravedad clínica mediante CGI. Se diseñó cuestionario de recogida de datos sociodemográficos, tratamiento previo y tras cambio realizado. Del total de pacientes con esquizofrenia (70% paranoide, 15% esquizoafectivo), más de la mitad tiene CGI de 5 o más, un 60% están insatisfechos con la medicación (muy insatisfechos el 40%). El motivo del cambio es en el 55% por efectos adversos y en un 35% por ineficacia. En el 60% se pauta paliperidona como antipsicótico principal (en el 50% de estos, se asocia otro antipsicótico, el 15% a un depot). Cuando se necesita un 2º antipsicótico, paliperidona es el elegido en el 80%. La paliperidona se plantea como un antipsicótico alternativo para disminuir los efectos secundarios mejorando la satisfacción y adherencia al tratamiento en estos casos, siendo avalado por la diferencia de satisfacción tras el cambio a paliperidona tanto como antipsicótico principal, como en asociación.

## PO-442

## MEGACISTERNA MAGNA Y PSICOSIS

N. Parga Soler, J.M. Padilla Alonso, M.L. Martín Calvo y C. Ruiz Toro

**Introducción y objetivos:** Presentamos el caso de una paciente de 28 años, portadora de una megacisterna magna de Dandy-Walker, con psicosis esquizofreniforme con predominio de síntomas negativos y deterioro cognitivo fulminante. La megacisterna magna es una malformación congénita de fosa posterior. En la variante de Dandy-Walker existe también hipoplasia cerebelosa. Nos parece un caso relevante ya que encontramos tan solo 3 casos en la literatura de asociación entre megacisterna magna y psicosis, en los que se detectó un deterioro social, académico y/o laboral precoz y severo. También parece de interés el análisis de la utilidad de los Inhibidores de acetilcolinesterasa en el tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia. El objetivo es evaluar si la psicosis en pacientes afectados de megacisterna magna o con alteraciones en la línea media, presentan clínica similar. También se

pretende evaluar opciones de tratamiento dada la ausencia de respuesta al tratamiento estándar.

**Metodología:** Se expone un caso clínico y se hace una búsqueda bibliográfica en Pubmed, analizando los casos de psicosis y megacisterna magna.

**Resultados:** Encontramos 3 casos publicados con megacisterna magna y psicosis.

**Discusión y conclusiones:** Este caso cumple con la descripción previa en la literatura de que las alteraciones cerebelosas congénitas o adquiridas en pacientes con esquizofrenia podrían estar asociadas a déficit cognitivos predominantes o clínica refractaria. Se analiza la posibilidad de que tanto la megacisterna como el trastorno psicótico sean la expresión de una alteración subyacente en el neurodesarrollo. Otra posibilidad alternativa es considerar a las alteraciones del neurodesarrollo como un factor de riesgo de presentar un trastorno psicótico. Se analiza la utilidad de los inhibidores de acetilcolinesterasa en el tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos.

#### Bibliografía

1. Turner SJ, et al. Schizophrenia-like psychosis and Dandy-walker variant. *Schizophr Res.* 2001;48:365-7.
2. Langarica M, Peralta V. Psicosis asociada a megacisterna magna. *Ann Sist Sanit Navarra.* 2005;28:119-21.
3. Ferentinos PP. Refractory psychosis and prominent cognitive deficit in a patient with megacisterna magna. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry.* 2007;31:561-3.

#### PO-451

#### ESQUIZOFRENIA DEFICITARIA Y NO DEFICITARIA: EVOLUCIÓN DEL DÉFICIT NEUROCOGNITIVO. ESTUDIO LONGITUDINAL DE 5 AÑOS DE DURACIÓN

R. Solano Ruipérez, A.I. Aparicio León, M. Moreno-Ortega, A. Bagney, J.L. Santos Gómez y E. Sánchez-Morla

**Introducción:** Los pacientes con esquizofrenia presentan un deterioro cognitivo que afecta a múltiples dominios neuropsicológicos (Sánchez-Morla et al, 2009).

**Objetivos:** Examinar la evolución del funcionamiento cognitivo en pacientes diagnosticados de esquizofrenia con síndrome deficitario (ED) y sin síndrome deficitario (END) a lo largo de un período de cinco años.

**Metodología:** Fueron estudiados 40 controles (CN) y 80 pacientes con esquizofrenia clínicamente estabilizados que fueron clasificados en deficitarios y no deficitarios según la versión española de la SDS. Se realizó una evaluación neuropsicológica basal (EV1) y otra al cabo de 5 años (EV2). Se examinaron los siguientes dominios neurocognitivos: función ejecutiva, memoria de trabajo, rapidez de procesamiento, memoria verbal, memoria visual y atención sostenida.

**Resultados:** 1) El perfil del déficit neurocognitivo de los ED y de los END tuvo características similares si bien, la gravedad del déficit fue mayor en los ED. Ambos grupos de pacientes rindieron peor que los CN en todos los dominios neurocognitivos. 2) El ANOVA para medidas repetidas mostró un efecto de la evaluación en las medidas neuropsicológicas relacionadas con los siguientes dominios: función ejecutiva, memoria verbal (aprendizaje) y memoria de trabajo. El rendimiento en EV2 fue superior al de la EV1. 3) No se observó interacción evaluación x grupo (ED, END, CN) en ninguna de las medidas neurocognitivas.

**Conclusiones:** El perfil del deterioro neuropsicológico fue similar en ED y END. Además no se observó progresión del déficit en ninguno de los dos grupos de pacientes con esquizofrenia; por el contrario se encontró una mejoría en algunas de las tareas realizadas. Los datos neuropsicológicos no sustentan la distinción entre formas deficitarias y no deficitarias de esquizofrenia.

#### Bibliografía

1. Sánchez-Morla E, et al. Psychiatry Res. 2009;169:220-8.
2. Bernardo, et al. Med Clin (Barc). 2007;129: 91-3.

#### PO-453

#### ¿EXISTE UN FENOTIPO COGNITIVO DE LA PSICOSIS?

C. Tapia Casellas, G. Chiclana Actis, T. Sánchez Gutiérrez, M. Rapado Castro, P. Rodríguez la Torre, I. Bombín González y C. Arango López

**Introducción:** La alteración cognitiva inherente a las psicosis se ha documentado también en familiares sanos de pacientes con psicosis, sugiriendo un componente genético de ambos fenómenos, lo que avalaría el papel del afección cognitiva como endofenotipo de las psicosis.

**Objetivos:** Comparar el rendimiento neuropsicológico de una muestra de pacientes con psicosis de inicio temprano, sus familiares y sujetos sanos.

**Metodología:** Se administró una amplia batería neuropsicológica que incluía medidas de Atención, Memoria de trabajo y Funciones Ejecutivas (FFEE) a una muestra de 63 pacientes con un primer episodio psicótico, 47 familiares sanos de esos pacientes, 60 controles adolescentes pareados con la muestra de pacientes y 18 controles adultos pareados con la muestra de familiares sanos. Para realizar las comparaciones, los grupos se redistribuyeron en tres: controles (n = 78), familiares de pacientes (n = 47) y pacientes (n = 63). Las puntuaciones directas de los diferentes test se convirtieron a puntuaciones z según el rendimiento de sus homólogos sanos, para obtener las puntuaciones globales de las áreas cognitivas y controlar el efecto de la edad y el nivel educativo.

**Resultados:** Se encontraron diferencias significativas en todas las áreas cognitivas entre pacientes y controles sanos ( $p < 0,001$ , diferencia de medias: A: -1,104, MT: -1,614, FFEE: -7,782). Los familiares rindieron peor que los controles sanos y mejor que los pacientes en el área de FFEE, sin diferencias significativas con los controles sanos en atención y memoria de trabajo.

**Conclusiones:** En nuestra muestra los familiares de pacientes han obtenido resultados neurocognitivos en el dominio de FFEE intermedios entre los sujetos controles y los pacientes, datos que apoyan la conceptualización de las mismas como endofenotipo de la psicosis.

#### Bibliografía

1. Schulze KK, et al. Executive functioning in familial bipolar I disorder patients and their unaffected relatives. *Bipolar Disord.* 2011;13:208-16.

#### PO-454

#### PREDICTORES DE REMISIÓN A UN AÑO EN PACIENTES CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

I. Díaz Fernández-Alonso, V. Saiz Alarcón, M.J. Fernández Carbonell, N. Alberola Legorburu, J.M. Pelayo Terán y B. Crespo Facorro

**Introducción:** En pacientes con un primer episodio psicótico la tasa y los predictores de remisión varían ampliamente en los estudios previos. Menor duración de psicosis no tratada, menor psicopatología inicial, mejor ajuste premórbido, buena adherencia a la medicación, y mejoría precoz sintomática y funcional se han asociado con más frecuencia con tasas más altas de remisión sintomática. El objetivo de este estudio es identificar predictores clínicos, demográficos y premórbidos de no remisión en pacientes con un primer episodio psicótico.

**Metodología:** Los datos del presente estudio se obtuvieron del programa asistencial de fases iniciales de psicosis (PAFIP). Estudio prospectivo, aleatorizado y abierto, llevado a cabo en pacientes hospitalizados y ambulatorios durante un año de seguimiento. Se determinó la tasa de remisión sintomática de acuerdo con los criterios de Andreasen et al (2005).

**Resultados:** Se incluyeron 174 pacientes. La tasa de abandono al año fue pequeña ( $N = 21$ ; 12,1%). Al año, el 31% de los pacientes cumplieron criterios de remisión. Se realizó un análisis de regresión logística obteniendo un modelo en el que la menor duración de la psicosis no tratada, la menor puntuación en la escala SANS al inicio y el mayor nivel educacional, se asociaron al grupo de pacientes que alcanzaron la remisión sintomática.

**Conclusiones:** Pacientes con mayor duración de psicosis no tratada, mayor sintomatología negativa al inicio y menor nivel educacional tuvieron menor probabilidad de remitir tras un primer episodio psicótico.

#### Bibliografía

1. Lambert M, Karow A, Leucht S, Schimmelmann BG, Naber D. Remission in schizophrenia: validity, frequency, predictors, and patients' perspective 5 years later. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12:393-407.
2. Andreasen NC, Carpenter WT, Jr., Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry.* 2005;162:441-9.

#### PO-456

#### CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y FUNCIONAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

B. Carrasco Calvo, A.I. Aparicio León, M.L. Alcalde Martínez, J.L. Santos Gómez, M. Moreno Ortega, A. Bagney y E.M. Sánchez Morla

**Introducción:** El objetivo de nuestro estudio ha sido objetivar si hay relación entre la conciencia de enfermedad y variables demográficas, clínicas, cognitivas y funcionales en los pacientes esquizofrénicos.

**Metodología:** Se han incluido 91 pacientes con esquizofrenia (DSM-IV/SCID) y 41 controles. Para valorar la conciencia de enfermedad, se ha usado la escala SUMD, y esto se ha comparado con: Función neuropsicológica mediante la valoración de distintos dominios cognitivos (función ejecutiva, velocidad de procesamiento, memoria de trabajo verbal y atención sostenida). Estado clínico y funcional (PANSS, GAF, QLS, WHO's Disability Assessment Scale). Datos demográficos (edad, sexo, educación). El análisis estadístico se realizó mediante ANOVA.

**Resultados:** A nivel neurocognitivo, hemos encontrado diferencias significativas en memoria verbal, función ejecutiva y velocidad de procesamiento. No se han hallado en atención sostenida y memoria visual. A nivel clínico los hallazgos han sido estadísticamente significativos (a menor insight, mayor puntuación en la PANSS). Se han encontrado diferencias significativas en todas las escalas de funcionalidad. Sin embargo no hemos encontrado ningún dato estadísticamente significativo en las variables demográficas.

**Conclusiones:** La falta de insight es una característica frecuentemente observada en la esquizofrenia. Se trata de un fenómeno complejo, multidimensional y continuo, que conlleva un peor pronóstico. En los últimos años, un número creciente de estudios han encontrado hallazgos similares a los nuestros, objetivando una relación entre el insight y otras variables de la enfermedad. El reto actual será averiguar si esta falta de insight está determinado de alguna forma por los déficit neurocognitivos propios de la enfermedad o por la psicopatología (y podría ser abordada trabajando sobre estos), o si por el contrario, es parte de la fenomenología de la esquizofrenia y hay que trabajar sobre un tratamiento específico.

#### Bibliografía

1. Smith TE, et al. *Schizophr Bull.* 2000;26:193-200.
2. Stefanopoulou E, et al. *Psychiatr Q.* 2009;80:155-65.

#### PO-463

#### EFFECTO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA COMPARADO CON LA APLICACIÓN DE PSICOESTIMULACIÓN EN LOS PROCESOS ATENCIONALES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE ESQUIZOFRENIA

B. López Luengo, A. González Andrade, C. Sánchez Arribas, M.F. y M. García Cobo

**Introducción y objetivos:** La investigación ha demostrado la existencia de procesos neurocognitivos alterados en la esquizofrenia. Durante los últimos años se han desarrollado numerosas intervenciones de la rehabilitación neurocognitiva si bien no llega a estar claro los componentes efectivos de los entrenamientos (López-Luengo y Vázquez, 2003; Medalia y Richardson, 2005). El objetivo de este es-

tudio es analizar el efecto de un programa de rehabilitación neurocognitiva en los procesos atencionales de personas diagnosticadas de esquizofrenia comparado con la aplicación de psicoestimulación.

**Metodología:** Se emplearon tres grupos de pacientes con diez participantes por grupo: uno de ellos recibió entrenamiento con el programa de rehabilitación neurocognitiva Rehacom, otro grupo llevó a cabo sesiones de psicoestimulación con el programa Brain Training de Nintendo y el tercero no recibió ningún tipo de intervención. En los dos primeros grupos las intervenciones se realizaron dos veces por semana durante tres meses. Todos los pacientes fueron evaluados antes y después de la intervención (en un intervalo de tres meses en el caso del grupo control) con el CPT de Conners, el Color Trail, y una prueba de cancelación y de escucha dicótica aplicadas por separado y en conjunto.

**Resultados y conclusiones:** Se realizó un análisis de varianza con los resultados de las diferentes pruebas encontrándose mejoría significativa en el grupo entrenado con el Rehacom, con respecto a los otros dos grupos, en el porcentaje de errores del CPT y los TR de los aciertos de la prueba de cancelación. Esto permite concluir que la rehabilitación neurocognitiva es más efectiva que la psicoestimulación.

#### Bibliografía

1. López Luengo B, Vázquez C. Effects of Attention Process Training (APT) on cognitive functioning of schizophrenic patients. *Psychiatry Research.* 2003.
2. Medalia y Richardson. What predicts a good response to cognitive remediation interventions? *Schizophrenia Bulletin.* 2005;31:942-53.

#### PO-465

#### COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA EN DOS MODALIDADES DE CONTINUOUS PERFORMANCE TEST

B. López Luengo, A. González Andrade y M. García Cobo

**Introducción y objetivos:** Los problemas atencionales son uno de los principales déficit neurocognitivos presentes en las personas diagnosticadas de esquizofrenia (Barch, 2005). El Continuous Performance Test (CPT) es una de las pruebas más utilizadas en la investigación sobre déficit neurocognitivos en pacientes con esquizofrenia, sin embargo, poco se sabe sobre las diferencias en las ejecuciones asociadas a las distintas versiones de la tarea (Greenberg y Waldman, 1993).

**Metodología:** Este estudio investigó las diferencias en la ejecución entre el CPT-II de Conners y el CPT-IP de Cornblatt en una muestra de cuarenta y cinco pacientes con esquizofrenia. **Resultados/conclusiones:** Se compararon cinco índices de respuesta ( $d$  = como medida de la sensibilidad,  $Ln$  = como criterio de respuesta, tasa de aciertos y de falsas alarmas, y tiempo de reacción de los aciertos) encontrándose diferencias significativas en todas las medidas estudiadas. Las diferencias en las tasas de aciertos y de falsas alarmas junto con el criterio de respuesta podrían indicar que cada CPT mide diferentes procesos neurocognitivos.

#### Bibliografía

1. Barch DM. The cognitive neuroscience of schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology.* 2005;1:321-53.
2. Greenberg LM, Waldman ID. Developmental normative data on the Test of Variables of Attention (TOVA). *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 1993;34:1019-30.

#### PO-472

#### MODELO DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE PALIPERIDONA LP PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN ESPAÑA

M.A. Franco Martín, B. González Martín-Moro, E. Gratacós Ballesca, I. Oyagüez Martín y M.A. Casado Gómez

**Objetivos:** Estimar el impacto presupuestario del uso de paliperidona de liberación prolongada (LP) en el tratamiento de la esquizofrenia, desde la perspectiva del Sistema Sanitario Español.

**Metodología:** Se utilizó un modelo para evaluar el coste anual del tratamiento de la esquizofrenia en España. El cálculo de los pacientes susceptibles de tratamiento se realizó aplicando la prevalencia de la esquizofrenia a la población española, así como el porcentaje de pacientes diagnosticados y tratados. Las alternativas analizadas fueron los antipsicóticos convencionales, los depot y los atípicos. Se analizaron dos escenarios diferentes: sin y con disponibilidad de Paliperidona LP, considerando que la incorporación de Paliperidona LP afecta al uso de antipsicóticos orales. Los costes evaluados fueron coste farmacológico de antipsicóticos, de hospitalización, de visitas médicas y de complicaciones derivadas del uso de antipsicóticos. Se realizaron análisis de sensibilidad determinísticos modificando la cuota de utilización de Paliperidona LP, la probabilidad de hospitalizaciones por recaídas y el coste de los recursos unitarios considerados.

**Resultados:** Considerando 216.735 pacientes susceptible de tratamiento, el coste de la esquizofrenia en el escenario sin Paliperidona LP asciende a 408.060.000 € anuales. La introducción de Paliperidona LP como alternativa terapéutica reduciría el impacto presupuestario anual a 405.960.000 €, lo que significa un ahorro de 2.100.000 €/año (-0,5%). La utilización de Paliperidona LP incrementa la partida de coste farmacológico en 7.773.360 €/año, pero disminuye un 3,77% (-9.873.360 € anuales) el resto de los costes, principalmente el asociado con las hospitalizaciones (-6.216.840 €/año) y las pruebas médicas (-3.363.180 €/año). Los análisis de sensibilidad realizados confirman la robustez de los resultados obtenidos, obteniendo ahorros del coste total que oscilan entre -2.916.000 € y -585.517 € anuales.

**Conclusiones:** En España, la introducción de Paliperidona LP como alternativa terapéutica para el tratamiento de la esquizofrenia se asocia con disminuciones del impacto presupuestario que genera un ahorro de costes para el SNS. Modelo validado por IMS

#### PO-480

#### MEJORA SIGNIFICATIVA DE LA FUNCIONALIDAD TRAS EL TRATAMIENTO A CORTO PLAZO DE PALIPERIDONA DE LIBERACIÓN SOSTENIDA (PLS) EN PACIENTES CON PSICOSIS AGUDA Y SU RELACIÓN CON VARIABLES CLÍNICAS Y COGNITIVAS

N. Ortuño, M. Llorens, M. Porter, E. Aguilar, I. Falgàs, M. Giró, J. Cobo y R. Coronas

**Introducción:** En la actualidad, los objetivos terapéuticos en el manejo de la Esquizofrenia buscan no sólo eliminar los síntomas sino capacitar para el desarrollo de una vida funcionalmente plena.

**Objetivos:** Realizar un seguimiento prospectivo a corto plazo de los pacientes tratados con PLS, determinando su efectividad a nivel clínico y cognitivo, así como su repercusión en la funcionalidad.

**Metodología:** Diseño prospectivo naturalístico. Sujetos: pacientes en seguimiento en CSUPT y tratados con PLS. Período: noviembre 2010-abril 2011. Variables: sociodemográficas, clínicas y evolutivas. Evaluación: versión castellana de las Escalas PANSS, Personal and Social Performance (PSP), GAF y Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP).

**Resultados:** Muestra 16 casos (62,5% hombres), edad media 32 años (rango 23-40), tiempo de evolución de la enfermedad 7,9 años (rango 0-26), ingresos previos 3,03 (rango 0-15). Diagnósticos: Esquizofrenia paranoide 43,8% (7 casos), TEA 25% (4), T. Piscótico-NoE 18,8% (3) y T. esquizofreniforme 12,5% (2). Dosis PLS inicial 7,6, final 8,1 mg/d. PANSS total inicial 86,6, final 59,5 (sig. 0,0001). PSP inicial total 45,38, final 59,5 (sig. 0,0001). GAF inicial 47, final 65 (sig. 0,0001). SCIP inicial 66,3, final 66,7. SCIP dentro de la normalidad inicial 18,8% (3 casos), final 50% (7).

**Conclusiones:** Los pacientes tratados con PLS presentan una importante y significativa mejoría clínica (PANSS) y funcional (PSP) a corto plazo. En la evaluación final, más pacientes son incluidos cognitivamente dentro de la normalidad (SCIP). En cuanto a variables

pragmáticas, ningún paciente requirió ingreso o reingreso y la impresión clínica global fue muy positiva.

#### Bibliografía

1. Canuso et al. Paliperidone extended-release tablets in patients with recently diagnosed schizophrenia. *Early Intervention in Psychiatry*. 2010;4:64-78.
2. Morosini et al. Development reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Scale (SOFAS) to assess routine social routine. *Acta Psychr Scand*. 2000;101:233-9.

#### PO-485

#### LA RISOTERAPIA COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA PARA EL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

J.M. Manzano Callejo, J. Lancho María y F. Castellanos Prada

**Introducción:** Las personas con enfermedad mental grave tienen un deterioro en su vida emocional. Hemos visto la necesidad de trabajar con estos pacientes la esfera de las emociones a través de un taller de risoterapia a nivel grupal.

**Metodología:** Muestra: 15 pacientes (8 varones y 7 mujeres) con un diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, que realizan tratamiento de hospital de día. De edades comprendidas entre 25 y 45 años. Material: se han aplicado a los pacientes los cuestionarios SHRQ (Cuestionario situacional de respuestas de humor) y el EBP (dos subescala-escala de bienestar psicológico, P y la de bienestar material, M) tanto al inicio como a la finalización del taller (pre y post). Una Hoja de Registro (HR) de cada sesión (5 ítems de valoración positiva (VP) de la sesión y 5 ítems de valoración negativa (VN) y por último un Cuestionario de Satisfacción (CS) al final de la última se Desarrollo: 10 sesiones, con 2 sesiones piloto iniciales; divididos en dos grupos, con una duración por sesión de 1 hora.

**Resultados:** En SHRQ no hay diferencias significativas en el pre y post al estudio. En la EBP, la subescala P mejora significativamente del pre al post taller: pre 94,07 (DT 16,46), post 100,35 (DT 19,02) (p < 0,05). En la HR en los ítems de VP hay una diferencia estadísticamente significativa entre el pre y el post taller: pre 6,21 (DT 4,09), post 9,42 (DT 3,87) (p < 0,05). Por último en el CS el 59,2% de la muestra puntuó por encima de la media el mismo (= 23,46; rango 12-36).

**Conclusiones:** Este taller nos ha confirmado la importancia de la utilización de la risa y el humor en estos pacientes para reducir tensiones y ansiedades que generan su propia enfermedad; ayudándoles a desdramatizar las diferentes situaciones de su vida.

#### Bibliografía

1. Castellví E. Taller práctico de Risoterapia. Barcelona: Alba, 2010.
2. Elias J. Guía de Risoterapia. Orión Ediciones, 2006.

#### PO-493

#### SALUD FÍSICA Y ESQUIZOFRENIA

J. L. Hernández Fleta

**Introducción:** Al menos un 50% de los esquizofrénicos tienen comorbilidad con patología médica. Se estima entre el 46% al 80% de los pacientes ingresados y del 20% al 43% de los pacientes ambulatorios. Particularmente importantes son las enfermedades cardiovasculares, infecciosas y respiratorias. Los profesionales de la Salud Mental suelen desatender las enfermedades orgánicas. La necesidad de atender la psicopatología grave y la creencia de que los exámenes físicos pueden interferir la relación transferencial contribuye a ello. El estigma de la enfermedad mental, aspectos contratransferenciales y la atribución de las quejas corporales a cenefostopatías o síntomas psicosomáticos también contribuyen.

**Metodología:** Revisión bibliográfica (Medline-PubMed y Embase-Excerpta Médica) sobre el concepto "Salud física y esquizofrenia".

**Resultados:** Un 3% de nuevos casos que se presentan como esquizofrenia se deben a patologías médicas: epilepsia, TCE, tumores cerebrales, enfermedades desmielinizantes y autoinmunes (E. de Wilson, LES), infecciones (VIH, lúes), corea de Huntington y porfiria aguda. En los esquizofrénicos la mortalidad duplica o triplica a la esperada para la población de referencia ajustada por sexo y edad. Mueren más precozmente (edad media 61 años). 60% de la mortalidad total es debida a enfermedad médica, siendo las causas más frecuentes: respiratorias, cardiovasculares, y neoplasias. Los esquizofrénicos podrían padecer el síndrome metabólico hasta cuatro veces más que el resto de la población.

**Conclusiones:** El profesional de la Salud Mental que atiende a esquizofrénicos tiene que pensar que son personas con alto riesgo de comorbilidad médica. Hay que transmitir a los médicos de familia que deben intensificar el abordaje de la patología médica en pacientes esquizofrénicos, especialmente del riesgo cardiovascular.

#### Bibliografía

1. Hennekens, et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J.* 2005;150:1115-21.
2. Conthe P, Serrano M. Grupo de síndrome metabólico de la SEMI. Claves en el abordaje práctico del síndrome metabólico. Madrid: Jarpyo editores, 2006. p. 107-27.

#### PO-496

#### EN TREN HACIA EL APOCALIPSISS

A. Muñoz Selva y S. Mayero Mariscal de Gante

**Introducción:** El trastorno esquizotípico de la personalidad se caracteriza por: afectividad fría, comportamiento y apariencia extravagante, tendencia al retramiento social, ideas de referencia, creencias fantásticas, rumiaciones obsesivas, lenguaje circunstancial y metafórico entre otros. La esquizofrenia paranoide supone una mayor gravedad de la clínica psicótica y deterioro cognitivo y social.

**Metodología:** Se estudia el caso de un paciente de 41 años, traído a urgencias tras tentativa autolítica mediante inhalación de gas, en el contexto de ideas delirantes referentes al fin del mundo. Sin antecedentes psiquiátricos. Personalidad: introvertido, con tendencia al aislamiento consecuencia de intentos frustrados de integración social. Buen ajuste laboral premórbido. Al ingreso: delirio de perjuicio hacia su familia, realizando numerosas denuncias, de contenido apocalíptico, con tintes mágico-religiosos y episodios heteroagresivos hacia sus padres, de años de evolución con nula conciencia de enfermedad. Ingreso involuntario, realizándose RMN cerebral y analítica, siendo éstas normales.

**Resultados:** Se trata con antipsicóticos atípicos y ansiolíticos, mejora progresivamente y disminuye la angustia psíquica realizando crítica parcial del episodio.

**Conclusiones:** Nuestro paciente presenta numerosos intentos fallidos a la hora de integrarse socialmente, tendiendo al retramiento con un estilo de vida excéntrico y solitario. Lo que hace especial a nuestro caso es el hecho de presentar un funcionamiento adaptado principalmente a nivel laboral, no requiriendo intervención por nuestra parte hasta los 41 años. Posteriormente, consecuencia de la lectura de la Biblia y visualización de películas de contenido apocalíptico se produce una ruptura biográfica. Ésta condiciona su funcionamiento provocando un deterioro abandonando su puesto laboral y llegando a desnutrirse, aparecen ideas delirantes y otros fenómenos de primer rango. Todo ello compatible con un trastorno de personalidad esquizotípico premórbido que ha desembocado en una esquizofrenia.

#### Bibliografía

1. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Masson, 2005.
2. Chinchilla Moreno A. Las esquizofrenias. Masson, 2007.

#### PO-502

#### DOCTOR, YA SABE, ESTO ES UN JUEGO

J.L. Fortes Álvarez, E. Landa Contreras, A. Benito Ruiz y M.D. la Torre Pulido

**Introducción:** Se trata de un paciente de 32 años que presentando una personalidad previa muy peculiar, ha desarrollado al menos en el tiempo de sus dos ingresos una psicopatología y una alteración de conducta bastante llamativa.

**Objetivos:** Exponer la evolución del paciente a modo de caso clínico.

**Metodología:** Aplicando los criterios de CIE 10 Y DSM-IV en la psicopatología del paciente y ver los diferentes diagnósticos diferenciales que nos podemos plantear.

**Resultados:** Desde el primer momento llama la atención la incongruencia de la clínica que el paciente manifiesta al contacto con los familiares, en la consulta dice que no los conoce de nada pero al despedirse llama a su cuñada por su nombre, cuando ve a su madre, se adelanta a afirmar el paciente: No señora, usted no es mi madre. Se eligen el test de Bender y algunos subtests de la Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos (WAIS-III) para obtener información acerca de su actitud ante la evaluación. Se elige el test de Bender para observar la reacción del paciente a una prueba no verbal, donde tendría menos control sobre el significado de su respuesta. Se eligen los subtests de Figuras incompletas y de Dígitos porque evalúan habilidades que no deberían verse afectadas por una amnesia disociativa.

**Conclusiones:** El paciente ha tenido dos ingresos separados por un espacio breve de tiempo, mostrando una psicopatología diferente en ambos, de ahí el interés de este caso.

#### Bibliografía

1. Leonard K. Cycloid psychoses-endogenous psychoses which are neither schizophrenic nor manic-depressive. *J Ment Sci.* 1967;107:632-48.
2. Monchablon A, Pfuhlmann B. El Concepto Leonhard de las Psicosis Cicloides. Criterios Diagnósticos, significado clínico y resultados recientes de la investigación. *Revista argentina de clínica neuropsiquiatría.* 1997;7:1.

#### PO-522

#### ESQUIZOFRENIA Y NICOTINA

M.E. Rodríguez Rodríguez, J.L. González Margalef, M. Rodríguez Redolat y F. Bellver Pradas

**Introducción:** Diversos trabajos apuntan a que los pacientes con esquizofrenia consumen más nicotina que la población general y tienen más problemas para abandonar el consumo. Esto se ha justificado desde distintas hipótesis: correlaciones etiopatogénicas o con factores asociados al tabaquismo, una mayor vulnerabilidad al efecto reforzador de la nicotina mediado dopamínérgicamente, automedicación para compensar alteraciones de la enfermedad o de los neurolépticos. Aunque la nicotina pueda producir beneficios en esta población, los problemas derivados de su consumo son su segunda causa de mortalidad tras el suicidio. La Ley 42/2010 de 30 de Diciembre (conocida popularmente como ley Antitabaco) mantiene como una de sus escasas excepciones la posibilidad de fumar en centros psiquiátricos.

**Objetivos:** Revisar críticamente en la literatura las evidencias a favor y en contra de permitir el consumo de tabaco en centros psiquiátricos.

**Metodología:** Revisión en la literatura de los posibles beneficios y perjuicios tanto del consumo de tabaco como de sus tratamientos en el caso concreto de la población esquizofrénica.

**Resultados:** Aunque existe evidencia de beneficios derivados del consumo de nicotina en pacientes esquizofrénicos, los perjuicios sobre su salud somática son superiores por lo que debe considerarse como un objetivo terapéutico más el lograr el abandono del tabaquismo.

**Conclusiones:** Se sugiere la necesidad de contemplar la deshabituación nicotínica como un objetivo terapéutico de primer orden en las instituciones psiquiátricas.

#### Bibliografía

1. Lohr JB, Flynn K. Smoking and schizophrenia. *Schizophr Res.* 1992;8:93-102.
2. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry.* 1997;4:231-44.

#### PO-529

#### ESTUDIO SE SEGUIMIENTO A 10 AÑOS DE LA INFLUENCIA DEL CONSUMO DE CANNABIS EN EL RENDIMIENTO COGNITIVO DE PACIENTES PSICÓTICOS Y SUS HERMANOS SANOS

A.M. Sánchez Torres, L. Moreno Izco, V. Basterra Gortari, L. Fañanás Saura, V. Peralta Martín y M.J. Cuesta Zorita

**Introducción:** Aunque el consumo de cannabis se asocia con una disminución en los rendimientos cognitivos en individuos sanos (Fernández-Serrano et al, 2010), los resultados en pacientes con Psicosis son controvertidos (Rabin et al, 2011).

**Objetivos:** Estudiar la influencia del consumo evolutivo de cannabis en el rendimiento cognitivo en pacientes psicóticos y sus hermanos sanos.

**Metodología:** Se realizó el seguimiento de más de 10 años de una muestra de 42 pacientes con psicosis y 35 de sus hermanos sanos, que fueron evaluados en el seguimiento mediante una amplia batería clínica y neurocognitiva. El consumo de cannabis y otras drogas fue recogido mediante una adaptación de la entrevista CIDI en cuatro momentos evolutivos: previo al inicio de la enfermedad o a la evaluación inicial en los hermanos (t0), previo al episodio que motivó el ingreso 10 años antes (t1, sólo en pacientes), consumo predominante durante 10 años (t2) y consumo actual (t3).

**Resultados:** En los pacientes, no se encontró una asociación significativa entre el consumo de cannabis en los cuatro períodos evaluados y el rendimiento cognitivo. Sin embargo, se observaron asociaciones estadísticamente significativas en los hermanos entre algunos de los patrones de consumo de cannabis en t0, t2 y t3 y las puntuaciones en Vocabulario (WAIS-III) ( $r =$  entre 0,46 y 0,52,  $p < 0,05$ ), CI estimado (WAIS-III) ( $r =$  entre 0,35 y 0,42,  $p < 0,05$ ); rendimientos de aprendizaje verbal, recuerdo libre, demorado y aprendizaje total del TAVEC ( $r =$  entre 0,35 y 0,59,  $p < 0,05$ ) y rendimientos en el TMT-B ( $r = 0,38$  y  $r = 0,34$ ,  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** El consumo de cannabis a lo largo del seguimiento de 10 años se asocia a un peor rendimiento en aprendizaje verbal, velocidad visuomotora, funciones ejecutivas y a un menor CI en los hermanos sanos pero no en los pacientes. La heterogeneidad en los rendimientos cognitivos del grupo de pacientes pudo afectar a la falta de asociaciones significativas entre el consumo de cannabis y las alteraciones cognitivas.

#### PO-531

#### ESTUDIO LONGITUDINAL DE SEGUIMIENTO A 10 AÑOS DE LA RELACIÓN ENTRE LOS SIGNOS NEUROLÓGICOS MENORES Y EL FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO EN PACIENTES PSICÓTICOS Y SUS HERMANOS SANOS

L. Moreno Izco, A.M. Sánchez Torres, V. Basterra Gortari, L. Fañanás Saura, V. Peralta Martín y M.J. Cuesta Zorita

**Introducción:** Los signos neurológicos menores (SNMs) se han relacionado con las alteraciones cognitivas observadas en los trastornos psicóticos (Cuesta et al, 2002).

**Objetivos:** Evaluar longitudinalmente la asociación entre la presencia de SNMs y los rendimientos en pruebas de funcionamiento ejecutivo en una cohorte de pacientes diagnosticados de Psicosis y sus hermanos sanos.

**Metodología:** Seguimiento a 10 años de una cohorte de pacientes diagnosticados de Psicosis ( $n = 41$ ) y sus hermanos sanos ( $n = 35$ ). Los SNMs se evaluaron mediante la Escala de Evaluación Neurológica (NES, Buchanan y Heinrichs, 1989). Las funciones ejecutivas se evaluaron mediante el Trail Making Test-B (TMT-B) y el Wisconsin Card Sorting Test (WCST).

**Resultados:** En el grupo de pacientes en t0, se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la NES y el TMT-B ( $r = 0,53$ ,  $p < 0,001$ ) y el WCST (número de categorías, aprender a aprender y fallos para mantener la actitud;  $r =$  entre 0,38 y 0,42). Dichas asociaciones significativas se mantuvieron a los 10 años para los rendimientos en el TMT-B ( $r = 0,52$ ,  $p < 0,001$ ) y se ampliaron a todas las puntuaciones del WCST ( $r =$  entre 0,36 y 0,55), excepto en fallos para mantener la actitud. Sin embargo, en los hermanos no se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones de la NES y el rendimiento ejecutivo en t0; únicamente existió una asociación significativa en el seguimiento a 10 años entre la puntuación de la NES y los rendimientos en el TMT-B ( $r = 0,49$ ,  $p = 0,003$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con Psicosis presentaron mayores puntuaciones en los SNMs que se asociaron significativamente con las disfunciones ejecutivas tanto inicialmente como en el seguimiento. La asociación entre los SNMs y el rendimiento ejecutivo en los hermanos sanos fue parcial, lo cual se explicaría por las bajas puntuaciones en los SNMs y la ausencia de alteraciones ejecutivas a nivel de grupo. Agradecimientos: Plan Nacional sobre Drogas (2008/I/30).

#### PO-537

#### ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN EL PACIENTE PSICÓTICO

M.LI. García Ullán, C. Leal Sánchez, V. González de María y A. Caldero Alonso

**Objetivos:** Investigar las sensaciones subjetivas de los pacientes psicóticos hacia la medicación y los conocimientos o creencias con respecto al tratamiento.

**Metodología:** Inventario de Actitudes hacia la Medicación (Drug Attitude Inventory, DAI 30) respondido por 23 pacientes con sintomatología psicótica.

**Conclusiones:** 1. Diversos estudios aseguran que el incumplimiento terapéutico está presente en casi la mitad de los pacientes psicóticos y, de forma aislada, es el predictor más importante de las recaídas en estos trastornos. 2. Los pacientes de nuestra muestra no perciben como positivo el efecto de la medicación psicofarmacológica que tienen prescrita, considerando que los efectos negativos de su tratamiento no son superados por sus beneficios. 3. Más de la mitad de los integrantes del presente estudio consideran que las pautas psicofarmacológicas son impuestas por sus psiquiatras sin tener en cuenta su opinión. 4. Es de resaltar, como posibles variables intermedias en el incumplimiento que, un tercio de los participantes presentan efectos secundarios derivados de la medicación psicofarmacológica llegando a calificarla de dañina e incluso venenosa. 5. Más de un tercio de los pacientes asegura preferir seguir enfermo que tomando el tratamiento pautado y más de la mitad no considera que los psicofármacos ayuden a normalizar su vida, sin embargo reconocen un mejor autocontrol y una menor probabilidad de recaídas cuando cumplen de forma correcta con las pautas prescritas por su psiquiatra.

#### Bibliografía

1. Byerly MJ, Fisher R, Carmody T, Rush AJ. A trial of compliance therapy in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:997-1001.
2. Diaz E, Neuse E, Sullivan MC, Pearsal HR, Woods SW. Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discharge. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:354-60.

## PO-539

## CONCIENCIA DE ENFERMEDAD EN EL PACIENTE PSICÓTICO

M.L. García Ullán, V. González de María, C. Leal Sánchez y P. Franco Romo

**Objetivos:** Estudiar en pacientes psicóticos la conciencia de enfermedad, de sus síntomas y de los efectos del tratamiento y de las consecuencias sociales del trastorno a través de la Escala de Evaluación del Insight (Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD).

**Metodología:** Escala de Evaluación del Insight (Scale Unawareness of Mental Disorders, SUMD) respondida por 23 pacientes con sintomatología psicótica.

**Resultados:** La mayoría de los pacientes de nuestra muestra presentan marcadas dificultades en la identificación de los síntomas analizados en la Escala de Evaluación del Insight, lo que unido a su escasa conciencia de enfermedad, justifica los bajos porcentajes obtenidos en la atribución de esos síntomas a su patología mental.

## Bibliografía

1. David AS. The clinical importance of insight: an overview. En: Amador XF, David AS, eds. *Insight and Psychosis*, 2<sup>nd</sup> ed. London: Oxford University Press, 2004.
2. Robinson DG, Woerner MG, Alvir JMJ, Bilder RM, Hinrichsen GA, Lieberman JA. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophrenia Res.* 2002;57:209-19.

## PO-548

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS INGRESADOS EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

F.J. Ortega Ruibal, L. Ramírez Pérez, B. Sánchez Menéndez, M.C. García Mahía, D. Miguel Arias y J.C. Díaz del Valle

**Introducción:** La detección y el tratamiento precoz de un primer episodio psicótico son de vital importancia en el pronóstico y prevención de recaídas. Buscamos estudiar un conjunto de variables que permitan identificar y describir con mayor exactitud a estos pacientes.

**Objetivos:** Estudiar las características clínicas de interés en pacientes con un primer episodio psicótico ingresados en nuestra Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

**Metodología:** Estudio descriptivo de una muestra de 45 pacientes con un primer episodio psicótico ingresados en nuestra Unidad de Hospitalización Psiquiátrica durante los últimos 18 meses. La información es recogida mediante cuestionario con variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas. Los datos se analizan con el programa SPSS 17.0.

**Resultados:** Edad de inicio media de 32,78 años. Síntomas prodromicos: 71,1%. De ellos, 51,1% irritabilidad; 51,1% conductas extrañas; 47,7% insomnio; 46,7% ansiedad. La DUP tenía una media de 8,72 semanas. El 95,5% padecía delirios; 81% alteraciones del sueño; 77% ansiedad; 68% conducta desorganizada; 45,5% alucinaciones; 45,5% pensamiento desorganizado. Conciencia de enfermedad: conciencia parcial 37,2%; conciencia total 51,2%; sin conciencia de enfermedad 11,6%. Diagnóstico Eje I: Esquizofrenia 14%; T. esquizofreniforme 2,3%; Esquizoafectivo 9,3%; Psicótico breve 7%; T. psicótico inducido 23,3%; T. psicótico no especificado 9,3%; Otro 16,3%.

**Conclusiones:** Los delirios, las alteraciones del sueño y la ansiedad son los síntomas más frecuentes en un primer episodio psicótico. También cabe destacar las alucinaciones y conducta y pensamiento desorganizado. Los pacientes presentan una media de DUP (duración de psicosis sin tratar) de casi nueve semanas.

## Bibliografía

1. Larsen TK, Melle I, Auestad B, et al. Early detection of first-episode psychosis. *Schizophr Bull.* 2006;32:758-64.
2. International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry.* 2005;48 Suppl:s120-4.

## PO-550

## ESQUIZOFRENIA PSEUDONEURÓTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Manzano Balsera, R. Pérez Asenjo, L. Fernández Clemente, F.J. Piedra Tutor, C. González Lezcano, A. Barroso Cañizares, A. Hidalgo Borreguero y F.J. González Díaz

**Introducción y objetivos:** A partir de la descripción de un caso clínico, el cual destaca por su inusual inicio como un trastorno de la esfera neurótica, se realiza un posterior diagnóstico de Esquizofrenia. Analizando el caso más en profundidad hallamos un nexo común en esta aparente "inconexión" de síntomas, observando una similitud del caso con la ya casi olvidada "Esquizofrenia pseudoneurótica". Tras una búsqueda bibliográfica de esta entidad recordamos la utilidad de algunos términos psicopatológicos del pasado que ya no se utilizan y que han sido incluidos de una forma casi improvisada en las clasificaciones actuales.

**Metodología:** Paciente varón de 25 años con buen funcionamiento premórbido, que consulta durante años en nuestro hospital por clínica persistente de alteraciones anímicas y del comportamiento, dificultades de comprensión del lenguaje hablado o escrito, suspicacia al medio, intensa ansiedad con temores hipocondriacos y síntomas fóbicos evitativos. Los síntomas son resistentes a la medicación antidepresiva y psicoestimulante. Al final de la evolución se observan ideas delirantes de perjuicio poco consistentes.

**Resultados:** En principio el diagnóstico fue de Trastorno de personalidad mixto, apreciándose rasgos de inestabilidad emocional y alto grado de neuroticismo. Posteriormente se añade el diagnóstico de Trastorno por déficit de atención. Dada la mala evolución por deterioro del funcionamiento autónomo y social que obligan a ingresar al paciente en una unidad psiquiátrica de media estancia y la mejoría clínica con antipsicóticos, se plantea el diagnóstico de Esquizofrenia.

**Discusión y conclusiones:** El término Esquizofrenia pseudoneurótica de Hoch y Polatin nació para designar el trastorno límite de la personalidad, frontera entre lo neurótico y lo psicótico. Casi no se utiliza y está incluida dentro de la definición del Trastorno esquizotípico de la CIE-10. Se caracteriza por «pan-fobia, pan-ansiedad, pan-sexualidad, pan-ambivalencia; y en la que aparecen síntomas psicóticos sútiles con sólo episódicas manifestaciones psicóticas francas, además de ansiedad constante y síntomas depresivos, vegetativos, fóbicos, obsesivo-compulsivos e histéricos. Con este caso clínico se quiere poner en guardia contra el error diagnóstico que consistiría en tomar por trastornos neuróticos (depresivos, obsesivos, fóbicos, etc.) ciertas formas de inicio (y de estado) de la(s) esquizofrenia(s).

## Bibliografía

1. Hoch D, Polatin P. Pseudo-neurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr. Quart.* 1949;23:248.
2. Kraepelin E. *Psychiatrie*, 8<sup>th</sup> ed., Leipzig. 1909-1913;16.

## PO-557

## NEUROLÉPTICOS DEPOT. PERCEPCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE Y FUNCIONALIDAD

M. Martínez Morán, S. Ocio León, M. Gómez Simón, M.J. Hernández González y L. García González

**Introducción:** El uso de neurolépticos inyectables en la clínica ambulatoria ha influido en dos aspectos poco valorados en los estudios hechos al respecto: La satisfacción clínica autopercebida y la funcionalidad.

**Objetivos:** Estudio longitudinal y observacional sobre una muestra de 93 pacientes psicóticos tratados en CSM, sometiéndoles a un programa usando antipsicóticos depot para hipotéticamente mejorar su calidad de vida. Se comparan también inyectables atípicos frente a clásicos.

**Metodología:** Los datos se recogen con protocolo específico. Se aplican diferentes escalas: PSP, MSQ, ICG, y BPRS. Se analizan los datos mediante el SPSS y la PSP.

**Resultados:** De los 93 pacientes de la muestra, el 60,3% son tratados con risperidona consta, 24,7% con decanoato de flufenazina, 6,4% con palmitato de pipotiazina y 8,6% decanoato de zuclopentixol. Edad media:  $44,47 \pm 14,7$  años. El 60% son varones, solteros 76,7%, parados 41,4%, pensionados 41,4% y con nivel de estudios primarios 63,3%. La escala analógico-visual de percepción de mejoría del paciente presenta una puntuación basal de 7,41. Al mes 5,23. A los 3 meses 2,91. Para la familia la puntuación basal es 8, al mes 6,95 y a los 3 meses 3,91.

**Conclusiones:** Se evidencia una clara percepción de mejoría clínica así como mayor funcionalidad personal vinculada al uso de neurolépticos depot. Hay mejor respuesta a la risperidona consta.

#### Bibliografía

- Prieto Cerdón ML, Noriega Morán ML. Satisfacción del paciente y la familia con Risperidona de acción prolongada.
- Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona, Elsevier Masson, 2006.

### PO-563

#### INICIO DE UNA METAMORFOSIS

M.P. Ferreira Frías

**Introducción:** Los pródromos aparecen como un grupo heterogéneo de signos y síntomas, que aparecen de forma gradual en el tiempo y que incluyen cambios en la conducta externa, pero originariamente en la experiencia interna y el pensamiento del sujeto, destacando la dificultad que tiene el paciente para percibir, interpretar y expresar estos cambios pre psicóticos, incluso cuando los rememora retrospectivamente al cabo de los años.

**Objetivos:** Demostrar en la práctica clínica actual la dificultad existente en la detección precoz de la sintomatología prodromática.

**Metodología:** Varón de 33 años, soltero, reside con su madre y abuela. No antecedentes psiq. Hijo único. Desarrollo psicomotoriz (n). Estudios primarios y secundarios. Se dedica a la jardinería. En paro hace 3 años. No consumo de tóxicos. Con sintomatología de tipo neurótico e ideas autorreferenciales con inicio en agosto 2010. Diagnosticado de T. depresivo por su MAP, tratado con escitalopram, la sintomatología ansiosa mejora poco con el tratamiento, y es referido a nuestro CSM por persistencia de ideas autorreferenciales, hipervigilia y trastorno del sueño.

**Resultados:** Dx: trastorno psicótico de tipo esquizofreniforme o T. psicótico atenuado. En tratamiento con risperdal comp. 2 mg. Mejoría notable (dormir mejor, menor aplanamiento afectivo). Sin ideas autoreferenciales, aunque siente temor de volver a presentarlas, evita ver la tv y escuchar la radio.

**Conclusiones:** La detección de esta fase de la esquizofrenia es un gran desafío por el porcentaje de falsos positivos, es decir, personas que son clasificadas como "de alto riesgo mental" o "con sintomatología prodromática" y no desarrollan la enfermedad.

#### Bibliografía

- Amaro F. Presentación clínica y evaluación de los pródromos de la esquizofrenia. Master en Psicopatología. Universidad Autónoma de Barcelona. 2009
- AAVV Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente en Guías de Práctica Clínica, Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona, 2009.

### PO-568

#### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON PRIMER EPISODIO PSICÓTICO INGRESADOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

M.A. Buján López, M. González Santos, F.J. Ortega Ruibal, M.C. García Mahía, D. Miguel Arias y J.C. Díaz del Valle

**Introducción:** Los pacientes con primer episodio psicótico (PEP) constituyen un grupo heterogéneo. Interesa describir las variables sociodemográficas que los definen y posibiliten una mejor identificación, para un diagnóstico y tratamiento precoces.

**Objetivos:** Estudiar las variables sociodemográficas de los pacientes ingresados en la UHP con un PEP.

**Metodología:** Se estudian 45 pacientes ingresados en UHP en los últimos 18 meses con un PEP. Se obtiene información mediante un cuestionario con variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas. Los datos se analizan con el programa SPSS 17.0.

**Resultados:** 53,3% varones, 46,7% mujeres. Edad media: 32,78 años. Son solteros 60%, con pareja 22,2%, separados o divorciados 11,1%, viudos 6,7%. Convivencia: 53,3% con familia de origen, 24,4% con pareja o familia propia, 13,3% solos, 6,7% con amigos y 2,2% en Residencia. Nivel socioeconómico: medio (82,2%), bajo (11,1%) y alto (6,7%). 52,3% tenían estudios básicos y 29,5% tenían Bachillerato o FP. Situación laboral: ILT en 37,8%, 24,4% estudiantes, 24,4% inactivos, 8,9% labores domésticas, 2,2% jubilados y 2,2% con ILP. El 73,3% vivían en medio urbano, 13,3% en rural y 13,3% en semiurbano. 84,4% eran españoles, 13,3% extranjeros.

**Conclusiones:** El perfil del paciente ingresado con un PEP es un varón (53,3%), soltero (60%), que vive con su familia de origen (53,3%). Está laboralmente activo, con ILT (37,8%). Tiene estudios básicos (52,3%) y nivel socioeconómico medio (82,2%). Vive en medio urbano (73,3%) y es español (84,4%). Estos resultados coinciden con la bibliografía consultada.

#### Bibliografía

- Peck E, Mythily S, Chong S A. Clinical and social correlates of duration of untreated psychosis in first-episode psychosis patients. Ann Acad Med Singapore. 2006;35:24-6.
- Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. Cochrane Database Syst Rev. 2006;18(4).

### PO-570

#### ESQUIZOFRENIA DE INICIO EN LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Serván Rendón-Luna, M.R. Montoya, M. Machín Vázquez-Illá, A. Montes Montero, R. Fernández García Andrade, T. Montalvo Calahorra y K. Tajima Pozo

**Objetivos:** Enfatizar la importancia del diagnóstico precoz de la Esquizofrenia de inicio en la infancia para mejorar la funcionalidad y el pronóstico. Nos valemos de un caso clínico que ejemplifica un inicial diagnóstico erróneo y el adecuado abordaje posterior.

**Metodología:** Varón que a los 6 años es valorado por Psiquiatría por retraso psicomotor, dificultades de lectoescritura, aislamiento, conducta hiperquinética con déficit de atención y reacciones negativistas. Recibe diagnóstico de Trastorno negativista desafiante. Posteriormente se objetivan importantes problemas de atención y concentración, tristeza, angustia, irritabilidad, apatía, abulia, anhedonia, embotamiento afectivo y retramiento social, siendo diagnosticado de depresión. A los 15 años se añade ideación delirante de referencia y perjuicio centradas en el ámbito escolar, de filiación, hipocondriaca y megalomaniaca, fenómenos de difusión, lectura y bloques del pensamiento, y pseudoalucinaciones auditivas comentadoras e imperativas.

**Resultados:** No es hasta la aparición de la sintomatología psicótica cuando el paciente es diagnosticado de Esquizofrenia de inicio en la infancia y se inicia tratamiento con antipsicóticos atípicos. Con este abordaje, presenta una llamativa mejoría de la sintomatología negativa, afectiva y cognitiva, persistiendo la sintomatología positiva pero de menor intensidad, no estructurada y no le genera angustia. Finaliza sus estudios universitarios de ingeniería, y mantiene un buen círculo de amistades.

**Discusión:** La edad de aparición de la esquizofrenia está comprendida entre los 15 y los 35 años, aunque hay casos de aparición en la infancia que suelen enmascararse con problemas escolares o mal comportamiento. La esquizofrenia de inicio en la infancia se caracteriza por un pobre funcionamiento premórbido y precoces retrasos del desarrollo, siendo en la fase prodromática menos frecuente la sintomatología positiva y más frecuentes los síntomas negativos y afectivos. Con frecuencia presentan signos de trastornos conductua-

les y depresivos, dificultades en el lenguaje, las funciones motoras y las relaciones sociales. El diagnóstico precoz puede ser muy difícil, ya que las alteraciones cognitivas y sociales premórbidas pueden ensombrecer los síntomas prodromicos antes del inicio de los síntomas psicóticos activos, y además los niños sufren cambios esporádicos de ánimo y comportamiento que forman parte de su desarrollo integral. La rapidez del diagnóstico y de instauración de tratamiento son factores fundamentales para mejorar el pronóstico.

#### Bibliografía

1. Soutullo C, Mardomingo MJ. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Madrid: Médica Panamericana, 2010.
2. Ey H, Bernard P, Brisset CH. Tratado de psiquiatría. 8<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson, 1978.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría, 10<sup>a</sup> ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

#### PO-579

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

J. Vicente Alba

**Introducción:** Se ha descrito ampliamente la importancia del abordaje terapéutico precoz del primer episodio psicótico, ya que se ha definido como un momento de inflexión en la evolución de patologías graves, como la esquizofrenia. No existe, en la literatura actual, una recomendación de un antipsicótico atípico específico, aunque si se recomienda la utilización de éstos como primera opción frente a los típicos. Se aconseja la individualización del caso, valorando otras variables, además del cuadro clínico.

**Objetivos:** Estudiar las distintas variables de interés en pacientes ingresados en una unidad de hospitalización.

**Metodología:** Se estudian 45 pacientes ingresados durante los últimos 18 meses en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del CHUAC con un Primer episodio psicótico de menos de un año de evolución. Los datos se recogen mediante un cuestionario elaborado al efecto en el que se incluyen distintas variables.

**Resultados:** Diagnóstico en eje I: 23,3% Psicosis tóxica, 18,6% Esquizoafectivo, 14% Esquizofrenia, 9,3% Episodio psicótico breve, 2,3% Esquizofreniforme, 9,3% Trastorno psicótico no especificado, 16,3% Otros. Tratamiento: el 75% no necesitaron tratamiento parenteral. Antipsicótico principal: 35,6% risperidona, 24,4% paliperidona 24,4% olanzapina, 4,4% amisulpride, aripiprazol 4,4%, quetiapina 4,4%, ziprasidona 2,2% antipsicótico secundario: 43,2% no precisó, 18,9% antipsicótico típico, 13,5% quetiapina, 8,1% olanzapina, 8,1% aripiprazol, 8,1% paliperidona. El 86% no precisaron de correctores extrapiramidales. El 87,5% si precisaron benzodiacepinas. El 75% no requirieron antidepresivos. El 91,1% no precisaron anticonvulsivantes. La media de días de estancia fue de 20,02.

**Conclusiones:** 1) El diagnóstico más frecuente en nuestra muestra es el de Psicosis tóxica. 2) Los antipsicóticos más utilizados son: risperidona, paliperidona y olanzapina.

#### Bibliografía

1. Olivares Díez JM. Perfiles clínicos del paciente con esquizofrenia. Consideraciones sobre su tratamiento. Madrid: Lujan 5 ediciones, 2009.
2. Norman RM. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. Psychol Med. 2001;31:381-400.

#### PO-589

#### RISPERIDONA DEPOT EN CSM DE BUÑOL

C. Iranzo Tatay, S. Arques Egea, F. Arnau Peiró, T. Rubio Granero, A. Pino Pino y L. Livianos Aldana

**Introducción:** A la presentación inyectable de larga duración de risperidona se le atribuyen diversas ventajas; mejora de efectos se-

cundarios, mayor adhesión al tratamiento y disminución de ingresos hospitalarios entre otras.

**Objetivos:** Descripción de los pacientes de la USM de Buñol (Valencia) que cumplimentan pauta de risperidona depot (RD); motivos de introducción de depot, diagnóstico, tiempo de evolución de enfermedad, tiempo de tratamiento con RD, evaluación de la posible reducción de pauta oral.

**Metodología:** Muestra; pacientes en USM Buñol en tratamiento con RD. N = 32, 3 Mujeres, 29 hombres. Variables; edad, sexo, diagnóstico, tiempo de evolución, dosis RD, número pastillas/d al iniciar RD y en la actualidad. Análisis estadístico. SPSS.

**Resultados:** Diagnóstico; 65% Trastornos psicóticos; (47% Esquizofrenia, 15% T. esquizoafectivo, 3% Trastorno de ideas delirantes), 12,5% T. personalidad, 9,5% R. mental, 12,5% Otros diagnósticos. Tiempo de evolución medio de enfermedad; 14,6 años, rango 1-32. Causa de introducción RD; 47% incumplimiento, 37% efectos 2º del tratamiento con otro depot o NL oral. Tiempo de tratamiento con RD; 5 años, rango 1-14. Dosis media de RD; 68 mg, rango 25-150 mg N° de pastillas/d (media) al inicio de RD; 5,5 rango 1-13. Número de pastillas/d (media) en la actualidad; 4, rango 0-11 Se pudo retirar el tratamiento con antipsicóticos orales en; 37,5%.

**Conclusiones:** La discontinuación del tratamiento antipsicótico es un fenómeno común; el estudio CATIE reveló que el 74% abandona el tratamiento. Asegurar la cumplimentación es esencial para conseguir una adecuada eficacia terapéutica. Si bien en numerosas ocasiones resulta complicado alcanzar una monoterapia, simplificar la pauta oral con un depot ayuda tanto a los profesionales como a los pacientes a luchar contra la enfermedad.

#### Bibliografía

1. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al. Effectiveness of anti-psychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. N Engl J Med. 2005;353:1209-23.
2. Rainer MK. Risperidone long-acting injection: a review of its long term safety and efficacy. Neuropsychiatr Dis Treat. 2008;4:919-27.

#### PO-592

#### ESTILO ATRIBUTIVO EN EL TRASTORNO DELIRANTE Y SU RELACIÓN CON CORRELATOS CLÍNICOS Y NEUROPSICOLÓGICOS

M. González Iglesias, A. Gutiérrez Vozmediano, C. Martínez Díaz-Caneja, M. González Molinier, E. de Portugal del Rivero, V. del Amo Rubio y D. Fraguas Herráez

**Introducción:** Cada vez es más frecuente encontrarse en la literatura médica artículos relacionados con el uso incontrolado de Internet. Los "nuevos trastornos" o patrones de conducta pueden no ser más que una expresión alternativa de diversas entidades psicopatológicas. Se ha debatido si el uso problemático de internet representa condición preliminar por sí misma o si se puede comprender como manifestación de una psicopatología subyacente.

**Metodología:** Varón de 18 años, sin antecedentes psiquiátricos conocidos, que acude a consulta acompañado por su madre, presentando un cuadro clínico consistente en ánimo bajo, aislamiento social, absentismo escolar, conductas heteroagresivas hacia su progenitora e insomnio. Todo ello en el contexto de un uso abusivo de un juego bélico a través de la red mediante el cual, y con la creación de un "yo virtual", se relaciona con los demás usuarios en línea.

**Resultados:** Se plantea el diagnóstico de Juego patológico (312.31) y trastorno de Personalidad por evitación (301.82). Durante su seguimiento se inicia tratamiento psicofarmacológico con ISRS y benzodiacepinas con buena tolerancia al mismo. Al mismo tiempo se realiza psicoterapia de orientación cognitivo conductual con énfasis en la prevención, las destrezas de control del tiempo, la comunicación afectiva, autoestima y la reestructuración cognitiva.

**Conclusiones:** Son numerosas las propuestas, en la literatura médica revisada, sobre las recomendaciones de conceptualizar el uso proble-

mático de internet como un trastorno mental e incluirlo como entidad diagnóstica en el DSM-V. Pero este nuevo constructo de “adicciones conductuales”, al igual que ocurre con otras entidades de “nueva aparición”, podría incrementar peligrosamente la tasa de trastornos mentales, con la complejidad que esto supondría. Quizás habría que enfatizar el concepto de enfermedad mental como fenómeno morbo-so que tiene lugar en el tejido particular de un medio social y cultural específico y no como una entidad nosológica aislada.

#### Bibliografía

1. Pies R. Should DSM-V designate Internet addiction” a mental disorder? Psychiatry. 2009;6:3-17.
2. Yang CK. Sociopsychiatric characteristics of adolescence who use computers to excess. Acta Psychiatrica Scandinavica. 104;217-22.

#### PO-594

#### DIFERENCIAS EN EL FUNCIONAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO ENTRE TRASTORNO DELIRANTE Y ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

I. Vicente Sánchez, A.T. Laorden Nieto, V. del Amo Rubio, I. García Cabeza y E. de Portugal Fernández del Rivero

**Introducción:** Desde tiempos de Kraepelin se asume que el Trastorno delirante (TD) no presenta un déficit cognitivo relevante, a diferencia de la Esquizofrenia paranoide (EP). Sin embargo, la evidencia empírica es muy limitada.

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio fue comparar el funcionamiento neuropsicológico entre pacientes con TD y EP.

**Metodología:** Se llevó a cabo un estudio transversal en una muestra compuesta por 43 sujetos con TD, 12 con EP y 23 controles sanos diagnosticados según el SCID-I (DSM-IV). Los tres grupos fueron pareados por sexo, años de educación, nivel socioeconómico y CI premórbido, pero no por la edad. La evaluación cognitiva se realizó mediante una batería neuropsicológica diseñada para evaluar cuatro dominios neuropsicológicos: atención, aprendizaje-memoria verbal, memoria de trabajo y funciones ejecutivas. La puntuación del funcionamiento neuropsicológico global se calculó como la media aritmética de los cuatro dominios mencionados. El análisis comparativo del funcionamiento cognitivo entre TD, EP y controles se realizó mediante técnicas estadísticas uni-multivariantes.

**Resultados:** Aunque las puntuaciones en el funcionamiento neuropsicológico global fueron más altas en el TD que en la EP, no se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Sin embargo, en el análisis por dominios neuropsicológicos hallamos que los pacientes con TD presentaron un rendimiento significativamente más alto en atención que los pacientes con EP. Para el resto de dominios neuropsicológicos (aprendizaje-memoria verbal, memoria de trabajo y funciones ejecutivas) no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos.

**Conclusiones:** Nuestros resultados no apoyan que el TD presente mejor funcionamiento cognitivo que la EP, excepto en el dominio atención.

#### Bibliografía

1. Kendler KS. Kraepelin and diagnostic concept of paranoia. Comprehensive Psychiatry. 1998;29:4-11.
2. Evans JD, Paulsen JS, Harris MJ, Heaton RK, Jeste DV. A clinical and neuropsychological comparison of delusional disorder and schizophrenia. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1996;8:281-6.

#### PO-596

#### ESTUDIO DE VARIABLES CLÍNICAS Y SOCIODEMOGRÁFICAS DETERMINADAS POR LA DUP EN PACIENTES CON PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

E. Aguilar Morales, C. Hernández Rambla, J.M. Crosas Armengol y R. García Collell

**Introducción:** La DUP es el tiempo de psicosis no tratada. Diversos estudios intentan determinar si podría ser un factor pronóstico

importante en la evolución de los trastornos psicóticos. Se ha asociado con la severidad de síntomas, la respuesta al tratamiento, el pronóstico a largo plazo, pero con resultados controvertidos.

**Objetivos:** Analizar diferencias sociodemográficas y clínicas entre pacientes que presentan DUP < 12 semanas y DUP ≥ 12 semanas.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con primer episodio psicótico que acuden a Psiquiatría del Hospital Parc Taulí entre enero 2010 y marzo 2011. División en 2 grupos: DUP < 12 semanas y DUP ≥ 12. Análisis de variables sociodemográficas y clínicas para ambos grupos y toda la muestra.

**Resultados:** El número de pacientes es de 25, 18 hombres y 7 mujeres. Edad media de 26 años. DUP media de 15,39 semanas. El 44% presentan Trastorno psicótico n.e. El 56% consumo activo de tóxicos. El 72% requiere ingreso por el episodio agudo, con media de ingresos en los 6 meses siguientes de 0,76. Mayor prevalencia de sexo masculino en DUP < 12. Edad media en ambos grupos similar. T. psicótico n.e es el diagnóstico más prevalente en ambos grupos. En el grupo con DUP > 12 se observa mayor consumo de tóxicos y mayor número de ingresos en los 6 meses posteriores. No diferencias de ingresos por episodio agudo entre los 2 grupos.

**Conclusiones:** DUPs menores asociadas con sexo masculino, menor tasa de ingresos en los 6 meses siguientes y menor consumo de tóxicos. DUP menor podría ser factor de buen pronóstico.

#### Bibliografía

1. Thomas SP, et al. Early Intervention in Psychosis: A Retrospective Analysis of Clinical and Social Factors Influencing Duration of Untreated Psychosis. J Clin Psychiatry. 2009;11:212-4.
2. Perkins D, et al. Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatry. 2005;162:785-804.

#### PO-597

#### ADHERENCIA EN EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO: ¿BASTA CON EL CUMPLIMIENTO?

M. Suárez Gómez, A. de Luxán de la Lastra y R. Manuel Gordillo Urbano

**Introducción:** Diferenciar entre los conceptos de adherencia y cumplimiento es interesante ya que cada uno alude a una conducta diferente del paciente respecto a su implicación en el proceso terapéutico.

**Objetivos:** Valorar la actitud del paciente ante el tratamiento como marcador diferencial entre adherencia y cumplimiento. Partiendo de una muestra con cumplimiento 100%, valorar la actitud del paciente hacia el tratamiento como una parte del concepto de adherencia en función del tipo de tratamiento (oral vs inyectable). Planteamos la hipótesis de que el tratamiento inyectable mejora la actitud hacia la medicación y, por tanto, mejora la adherencia.

**Metodología:** Se seleccionó una muestra de 26 pacientes que acuden regularmente al equipo de salud mental para la toma de tratamiento. 6 toman tratamiento oral, 10 tratamiento inyectable (modafinil o RILD) y 10 tratamiento combinado, supervisado por enfermería y agrupados según vía de administración. Se les administró el Inventory of Attitudes hacia la Medicación (Drug Attitude Inventory, DAI).

**Resultados:** La puntuación media del grupo de tratamiento oral fue 18,16; la del grupo de tratamiento inyectable fue 17,2; la del grupo de tratamiento combinado fue 17,8, no apreciándose diferencias significativas.

**Discusión:** No se aprecia diferencia significativa entre los tres grupos. La actitud del paciente ante la medicación no depende del tipo de tratamiento administrado. El cumplimiento, asegurado en nuestra muestra, es solo una parte de la adherencia, motivada esta por otros muchos factores. Un sesgo a considerar es el tiempo de tratamiento en cada grupo, mucho mayor en los pacientes de tratamiento oral, lo que puede resultar un factor de confusión.

**Bibliografía**

1. Novak Grubic V. Predictors of noncompliance in males with first-episode schizophrenia, schizophreniform and schizoaffective disorder. European Psychiatry, ed esp. 2002;9(6).
2. Jónsdóttir H. Beliefs about medications: measurement and relationship to adherence in patients with severe mental disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2009;119:78-84.

**PO-599****¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA TEORÍA DE LA MENTE ENTRE EL TRASTORNO DELIRANTE Y LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE?**

A.T. Laorden Nieto, I. Vicente Sánchez, V. del Amo Rubio, E. de Portugal Fernández del Rivero e I. García Cabeza

**Introducción:** La Teoría de la Mente (ToM) es la capacidad para inferir creencias, emociones e intenciones (estados mentales) en el otro. Aunque el déficit en la ToM es una alteración de la cognición social que se ha relacionado sólidamente con la Esquizofrenia paranoide (EP), no hay evidencia empírica de que sea un fenómeno diferenciador del Trastorno delirante (TD).

**Objetivos:** El objetivo de nuestro estudio fue investigar las diferencias en la capacidad de inferir estados mentales (ToM) entre TD y EP.

**Metodología:** El estudio se basó en una muestra de 43 sujetos con TD, 12 con EP y 23 controles sanos diagnosticados según el SCID-I (DSM-IV). La ToM se evaluó mediante el test de “meteduras de pata” - “Faux-Pas Task” - (sensibilidad social) y el “Eyes Test” (percepción de la expresión emocional a través de la mirada). Los tres grupos fueron pareados por sexo, años de educación, nivel socioeconómico y CI premórbido, pero no por edad y funcionamiento neuropsicológico global. El análisis comparativo de la ToM entre TD, EP y controles se realizó mediante técnicas estadísticas uni- multivariantes.

**Resultados:** Los pacientes esquizofrénicos presentaron una peor sensibilidad social ( $p < 0,05$ ) que los pacientes con TD para cometer “meteduras de pata”, asociación que fue independiente de la edad y del funcionamiento neuropsicológico. Sin embargo, los pacientes esquizofrénicos no presentaron una peor capacidad que los pacientes con TD para percibir la expresión emocional a través de la mirada, tras ajustar esta relación por edad y funcionamiento neuropsicológico global.

**Conclusiones:** Nuestro estudio sustenta que la EP presenta mayor déficit en ToM que el TD independientemente del funcionamiento neuropsicológico global.

**Bibliografía**

1. Böömer I, Brüne M. Social cognition in “pure” delusional disorder: Cognitive Neuropsychiatry. 2006;11:493-503.
2. Garety P, Freeman D. Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. Br J Clin Psychol. 1999; 8:113-54.

**PO-602****PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS: FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSQUIÁTRICA**

E. Román Fernández, T. Ferrero Álvarez, A. Ramos Caneda, M.C. García Mahía, D. Miguel Arias y J.C. Díaz del Valle

**Introducción:** Los factores de riesgo (FR) para el desarrollo de un primer episodio psicótico (PEP) implican tanto factores genéticos como factores ambientales. La herencia no puede explicar por sí sola la aparición de un PEP, por lo que las variables ambientales podrían ser determinantes. Buscamos estudiar los FR que influyen en estos pacientes.

**Objetivos:** Estudiar los FR en pacientes ingresados en una UHP con PEP.

**Metodología:** Se estudian pacientes ingresados en UHP los últimos 18 meses con un PEP de menos de un año de evolución (n = 45). La información se recoge mediante un cuestionario con variables socio-demográficas, clínicas y terapéuticas. Los datos se analizan con el programa SPSS 17.0.

**Resultados:** AF grado I: 97,8%. De ellos, 71,1% T. afectivos; 15,6% T. psicóticos; 2,2% T. personalidad; 6,6% dependencia alcohólica u otras drogas. AF grado II: 97,8%. De ellos, 84,1% T. afectivos; 11,4% T. psicóticos. Sufrieron complicaciones obstétricas: 10,6% (5,3% parto y 5,3% neonatales). El 31,8% nacieron durante los meses de invierno: 18,2% enero. Infancia: 7,5% maltrato físico; 7,3% T. conducta; 20,9% fracaso escolar. TCE previo: 7,3% ingresados. AP psiquiátricos Eje I: 95,2%. De ellos, 61,9% afectivo; 11,9% ansiedad; 2,4% tóxicos. El 86% no presentaba AP psiquiátricos Eje II.

**Conclusiones:** Los antecedentes en familiares grado I y grado II más habituales son los afectivos, al igual que ocurre en los antecedentes personales psiquiátricos del Eje I. Las complicaciones obstétricas y el fracaso escolar destacan frente a otras variables. Los resultados se relacionan con estudios previos consultados.

**Bibliografía**

1. Isohanni M, Isohanni I, Koponen H, Koskeni J, Laine P, Lauronen E, et al. Developmental precursors of psychosis. Curr Psychiatry Rep. 2004;6:168-75.
2. Mäki P, Veijola J, Jones PB, Murray GK, Koponen H, Tienari P, et al. Predictors of schizophrenia - A review. Br Med Bull. 2005;73:1-15.

**PO-603****¿QUÉ OCURRE CON EL ASPECTO DEFICITARIO DE LA ESQUIZOFRENIA A LARGO PLAZO?**

V. Amez Cepeda, K. Matilla, R. Hernando, F. Chuquelin, S. Pérez, L.A. González, B. Peláez, M. Vicente, A. Gutiérrez y R. González

**Introducción:** Los síntomas deficitarios de la esquizofrenia han sido objeto de estudio desde la creación misma de dicha entidad diagnóstica. Actualmente, continúan siendo un reto desde el punto de vista psicofarmacológico y psicoterapéutico, pero también desde su implicación decisiva en la definición misma de la esquizofrenia, como heredera de la demencia precoz. Si Kraepelin transformó la «paranoia» clásica en “demencia precoz” porque predecía un futuro funcionamiento deficitario en estos pacientes, consideramos que debería ser de gran interés conocer los resultados de los estudios a largo-plazo en esta materia.

**Metodología:** Análisis histórico del papel de los síntomas deficitarios en la psicosis. Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (pubmed, medline, etc.) utilizando criterios como Schizophrenia, Negative symptoms, Residual symptoms, Long-term studies, Chronic psychosis, Deficitary symptoms, etc., para comprobar los resultados de los diferentes estudios llevados a cabo en este ámbito, desde la investigación pionera de Manfred Bleuler publicada en 1972, hasta nuestros días.

**Conclusiones:** Se han llevado a cabo un limitado número de estudios de seguimiento a largo plazo en pacientes esquizofrénicos. A pesar de los estrictos criterios utilizados para considerar la recuperación (como ausencia de sintomatología, mantenimiento del trabajo a tiempo completo, no necesidad de medicación actual, integración socio-familiar completa, etc.), en todas las investigaciones se desvela un aspecto no tan deficitario como el que normalmente se suele plantear para estos pacientes que están siempre tan vinculados con la idea de “cronicidad”. La tasa promedio de recuperación podríamos cifrarla entre el 40 y el 50%. Consideraremos que la importancia de estos resultados reside en que el clínico pueda contemplar otro desenlace que el del estancamiento del cuadro.

## PO-608

## SÍNDROMES DELIRANTES DE IDENTIFICACIÓN ERRÓNEA Y CONTEXTO PSICOSOCIAL: EL CASO DEL ROBO DE NIÑOS

J. García Ormaza, E. Marín Díaz-Guardamino, R. Segarra Echebarria, I. Eguílez Uruchurtu, N. Ojeda, L. Larrañaga Rementeria, I. Hervella Garces y T. Aldasoro Carcedo

**Introducción:** Los síndromes delirantes de identificación errónea (SDIE) son trastornos del reconocimiento de las personas (menos habitualmente lugares u objetos) e incluyen entre otros los síndromes de Capgras y Fregoli, la intermetamorfosis y el cuadro de los dobles subjetivos. Estos trastornos psiquiátricos pueden ver aumentada su frecuencia en el contexto de acontecimientos sociales inductores.

**Objetivos:** Estudiar la asociación entre los SDIE y la aparición en medios de comunicación de noticias referentes al robo de niños acaecido en el pasado en diferentes poblaciones del País Vasco.

**Metodología:** Se analizan los casos de dos primeros episodios psicóticos varones que ingresan por primera vez en el Hospital Universitario de Cruces, Vizcaya, por la presencia de un SDIE, en el marco temporal y social de debate por los casos de robo de niños descubiertos recientemente. Se realiza una clasificación categorial de la tipologías delirantes y se recogen las frecuencias anterior y actual de los mencionados trastornos. Análisis estadístico mediante STATA.

**Resultados:** En el periodo 2005-2010 se contabilizaron 4 casos. Durante los dos meses que discurren desde la noticia inductora (febrero-marzo 2011) los casos observados (2) superan los esperados (0,13). Un seguimiento mayor es necesario para la confirmación de nuestra hipótesis.

**Conclusiones:** Los pacientes psicóticos presentan una elevada tendencia a establecer conclusiones aceleradas y atribuciones erróneas, que desembocan frecuentemente en delirios. En este estudio analizamos la frecuencia del síndrome delirante de identificación y concluimos que los complejos mecanismos etiopatogénicos subyacentes a la psicosis facilitan que una idea no necesariamente extraña y que puede estar influida por el contexto psicológico y social acabe distorsionándose y dando lugar al delirio.

## Bibliografía

1. Gipps R. The intelligibility of delusion. *Current Opinion in Psychiatry*. 2010;23:556-60.
2. Bentall R, Fernyhough C. Social Predictors of Psychotic Experiences: Specificity and Psychological Mechanism. *Schizophrenia Bulletin*. 2008;34:1012-20.

## PO-615

## EL CAMINO HACIA LA FUNCIONALIDAD: ESTUDIO DE LA PALIPERIDONA EN TRASTORNOS PSICÓTICOS

C. Vila Navarro

**Introducción:** En los trastornos psicóticos el tratamiento con antipsicóticos es fundamental tanto para el control de los síntomas positivos como para mejorar la funcionalidad, entendida como la capacidad de adaptación del paciente a las necesidades personales, familiares y sociales.

**Objetivos:** Analizar las diferencias en Trastornos psicóticos en aspectos de cognición, funcionalidad y calidad de vida, antes y después del inicio del tratamiento con paliperidona, como único antipsicótico.

**Metodología:** Pacientes con diagnóstico de Trastorno psicótico según DSM-IV, mayores de 18 años y uso único de paliperidona durante al menos un mes. La muestra total es 18 pacientes. Se realizó estudio comparativo en espejo, evaluando la funcionalidad Personal y Social (Escala PSP), funciones cognitivas básicas y sociales (Escala GEOPTE de Cognición social para la Psicosis) y la Calidad de vida (QLS), previa y posterior al tratamiento con paliperidona,

siendo la dosis media utilizada de 9,8 mg/día y el seguimiento medio de 10 meses.

**Resultados:** En la comparación de medias pre-post tratamiento de las diferentes escalas se observa una mejoría estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) en todos los factores de Funcionalidad de PSP (diferencia de medias = DM pre-post PSP Total ajustada = 32,56) y de Calidad de vida (DM pre-post QLS Total = 30,34). En la Escala GEOPTE se objetiva una mejoría significativa de funciones cognitivas básicas (CB) y aspectos de cognición social (CS), tanto de pacientes (DM pre-post CB = 8,28, CS = 6,94), como familiares (DM pre-post CB = 7,55, CS = 9), siendo la correlación entre paciente-familiar mayor tras el tratamiento ( $r$  pre = 0,68,  $r$  post = 0,96), indicando que la paliperidona mejora la autopercepción del paciente sobre sus propias capacidades.

**Conclusiones:** La paliperidona es un tratamiento eficaz, al ayudar a mejorar la capacidad funcional, cognitiva y la calidad de vida. El estudio sigue abierto, reclutando mayor número de pacientes para aportar mayor rigurosidad.

## Bibliografía

1. Richelson E, Sander T. Binding of antipsychotic drugs to human brain receptors focus on newer generation compounds. *Life Sci*. 2000;68:29-39.
2. Kane J, et al. Treatment of schizophrenia with Paliperidone extended-release tablets: A six week placebo-controlled trial. *Schizophrenia Research*. 2007;90:147-61.
3. Kramer M, Simpson G, Maciulis V, et al. Paliperidone extended-release tablets for prevention of symptom recurrence in patients with schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27:6-14.

## PO-618

## DIFERENCIAS CLÍNICAS EN FUNCIÓN DEL SEXO EN PSICOSIS

M. Sánchez Román

**Objetivos:** Observar las diferencias existentes en función del género en una muestra de pacientes ingresados en una unidad de agudos con el diagnóstico de trastorno psicótico. Evaluar elementos pronósticos en función del género y clínica.

**Metodología:** Estudio retrospectivo en muestra de 79 pacientes del área asistencial del hospital universitario de Guadalajara ingresados con diagnóstico de trastorno psicótico entre 1999-2004.

**Resultados:** Prevalencia de pacientes de la muestra diagnosticados de trastorno psicótico que han precisado ingreso es mayor en hombres que en mujeres (H: 59,5; M: 40,5). No se han encontrado diferencias significativas en la edad del primer ingreso y la estancia media entre hombre y mujeres. El consumo de tóxicos es más frecuente en varones (44,68%) que en mujeres (31,25%). La evolución a esquizofrenia a los diez años fue mayor en hombres que en mujeres (H: 51,06%; M: 46,87%).

**Conclusiones:** hasta el comienzo del siglo XXI la posición más generalizada sostenía que no había diferencias significativas entre ambos géneros en los valores totales acumulados a lo largo de la vida de los pacientes con esquizofrenia, aunque ya desde la época de Kraepelin se había detectado un perfil diferencial en cuanto que al inicio de la enfermedad es más temprana en los hombres que en las mujeres [1]. Häfner y cols demostraron que el primer ingreso hospitalario debido a esquizofrenia se producía a una edad más temprana para los varones que para las mujeres [2]. Sin embargo, en nuestro estudio no observamos diferencias significativas.

## Bibliografía

1. Warner R, De Girolamo G. Epidemiología de los trastornos mentales y de los problemas psicosociales: Esquizofrenia. Madrid: Meditor, 1996. p. 33-36.
2. Häfner H, Riecher A, Maurer K, Löffler W, Punk-Jorgensen P, Steormgren E. How does gender influence age at first hospitalization for schizophrenia? A transnational case register study. *Psychol Med*. 1989;19:903-18.

## PO-622

## ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS EN TEORÍA DE LA MENTE EN PACIENTES CON TRASTORNO DELIRANTE RESPECTO A CONTROLES SANOS

C. Martínez Díaz-Caneja, M. González Molinier, M. González Iglesias, A. Gutiérrez Vozmediano, V. del Amo Rubio, D. Fraguas Herráez y E. de Portugal Fernández del Rivero

**Introducción:** Se describe la Teoría de la mente (ToM) como la capacidad para inferir estados mentales en el otro. Se ha planteado que déficit en ToM pueden estar implicados en la génesis y mantenimiento del delirio. Aunque numerosos estudios realizados en esquizofrenia detectan alteraciones en ToM, existen pocos estudios sobre ToM en trastorno delirante (TD) y tienen muestras pequeñas.

**Objetivos:** Detectar si existen diferencias en la realización de las pruebas de ToM entre pacientes con TD y controles.

**Metodología:** Se administró a 43 pacientes con diagnóstico de TD confirmado con el SCID-I y 23 controles un cuestionario sociodemográfico, una escala de propensión al delirio (PDI), escalas estandarizadas de psicopatología, una batería de pruebas neuropsicológicas y las siguientes pruebas de ToM: test de creencias de segundo orden (“dog test”), test de “meteduras de pata” (“Faux-Pas test”) y el “Eyes Test”. Los resultados fueron analizados de forma univariante y multivariante con el SPSS-17.

**Resultados:** Los pacientes con TD presentan un funcionamiento peor que los controles sanos en las tres pruebas de ToM de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Tras controlar por variables sociodemográfica, psicopatología, CI premórbido y pruebas neuropsicológicas sólo las diferencias en la realización del test de Faux Pas siguen siendo estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con TD no presentan alteraciones en las pruebas más básicas de ToM (“dog test”), resultados que concuerdan con los de Bömer et al. Sin embargo, sí se detectan diferencias en la realización de tareas de ToM complejas (“faux pas”), lo que indicaría la presencia de alteraciones más sutiles en la cognición social en este grupo de pacientes.

## Bibliografía

1. Brüne M. “Theory of Mind” in Schizophrenia: A Review of the Literature: *Schizophr Bulletin*. 2005;31:21-42.
2. Bömer I, Brüne M. Social cognition in “pure” delusional disorder: *Cogn Neuropsychiatry*. 2006;11:493-503.

## PO-628

## FUNCIONALIDAD Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR EN LA ESQUIZOFRENIA

M. Lliteras Araño, F. Pérez Fernández, T. Alorda Quetglas, B. Hernández Herrera, A.R. Simoni e I. Ollé Llopis

**Introducción:** La funcionalidad es un objetivo en el tratamiento de la esquizofrenia, pues se ha relacionado en varios estudios con una menor severidad clínica (síntomas positivos y severidad clínica global) y con una mejor calidad de vida de los pacientes; por lo que probablemente pueda aliviar la “sobrecarga del cuidador”, que se define como el impacto a nivel emocional, físico, social y económico de las personas a cargo de estos pacientes.

**Objetivos:** Evaluar si hay relación entre el grado de funcionalidad de los pacientes esquizofrénicos y el nivel de sobrecarga de sus cuidadores.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal con 23 pacientes, diagnosticados en el espectro de esquizofrenia, de la Unidad de Salud Mental de Manacor. Para valorar la funcionalidad se utilizó la escala Personal and Social Performance (PSP) y para el nivel de sobrecarga del cuidador se empleó la escala de Zarit, por ser validadas, sencillas y aplicables en pacientes y cuidadores.

**Resultados:** La distribución de la muestra cumple supuestos de Normalidad, con una edad media de 48 años ( $\pm 17,26$ ), un 30,4% de mujeres y 69,6% de hombres. El 21,6% están casados, el 87% vive con su familia y el 72,7% están desempleados. La puntuación media en

PSP es de 63,7 ( $\pm 22,19$ ) y en Zarit es de 29,3 ( $\pm 13,18$ ). Existe una correlación negativa ( $R_{xy} = -0,684$ ) entre la Puntuación en PSP y Zarit estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). No hay diferencias significativas en la puntuación de la escala PSP comparando entre sí los fármacos orales, intramusculares y combinados

**Conclusiones:** Cuando los pacientes tienen menos grado de funcionalidad, el nivel de sobrecarga de sus cuidadores es mayor; por ello debemos trabajar hacia una mejoría global (psicosocial) de los pacientes, que repercute positivamente en sus cuidadores.

## PO-664

## VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD EN EL COLECTIVO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

L. San Molina, A. Rodríguez Martínez y M. Pereira Llobet

**Introducción:** En los últimos años los objetivos terapéuticos para la esquizofrenia han ido evolucionando para alcanzar objetivos más ambiciosos como la recuperación funcional.

**Objetivos:** Resumir la opinión que el colectivo de enfermería tiene sobre la importancia de la recuperación funcional del paciente con Esquizofrenia y resaltar aquellos aspectos más relevantes para dicho colectivo en cuanto la funcionalidad.

**Metodología:** Se evaluaron los resultados obtenidos mediante una encuesta a 226 enfermeros

**Resultados:** Según los encuestados, el 76% de los pacientes tendrían un nivel de funcionalidad por debajo de un 40% (en un continuum de 0 a 100 como se define en escalas como la GAF o la PSP). La mayoría de los enfermeros, 90%, coinciden en diferenciar entre la mejoría de los síntomas y la mejoría funcional. Valorando los criterios más relevantes en pacientes con esquizofrenia, un 58% piensa que el objetivo principal es el control de síntomas, seguido de la prevención de recaídas y mejora de la funcionalidad con un 17% y 16% respectivamente. El 85% de los enfermeros estarían de acuerdo en que la fórmula más efectiva para frenar el deterioro funcional sería: Diagnóstico precoz con tratamiento farmacológico efectivo, siendo lo más importante la efectividad del fármaco seguido de la adherencia al tratamiento. Según este colectivo, después de modificar el tratamiento, la mejor opción sería valorar la funcionalidad mediante escalas, aún y así solo el 16% de los enfermeros lo hacen. Por contrapartida, 3 de cada 4 encuestados evalúan a los pacientes respecto al grado y nivel de dependencia.

**Conclusiones:** Los enfermeros, cree que la funcionalidad es una variable de eficacia y aunque, falta consensuar los protocolos para su aplicación valoran la mejoría de la funcionalidad como un concepto diferente a la mejoría sintomática.

## PO-680

## EXCESO DE NACIMIENTO EN INVIERNO EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DURANTE EL PERÍODO DE POSGUERRA DE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA

J.M. Martínez Ortega

**Introducción:** El mecanismo etiológico que subyace al exceso de nacimientos en invierno entre pacientes con esquizofrenia en países del hemisferio norte (Torrey et al, 1997) permanece sin resolver, aunque podría ser expresión de diversos agentes nocivos tales como infección vírica, complicaciones obstétricas, estrés o malnutrición materna durante el embarazo. El objetivo de este estudio fue comparar la proporción de nacimientos en invierno entre pacientes con esquizofrenia nacidos durante el período de postguerra de la guerra civil española y aquellos nacidos posteriormente.

**Metodología:** La muestra incluyó 321 pacientes con esquizofrenia ( criterios CIE-10), mayores de 18 años, consecutivamente ingresados en la Unidad de Agudos del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, de Granada, durante un período de nueve años (1998-2006). La proporción esperada de nacimientos en invierno fue calculada a partir de la población

general nacida en la provincia de Granada (Instituto Nacional de Estadística, INE). Dado que el INE dispone de estos datos a partir del año 1941, los pacientes de nuestra muestra nacidos antes de 1941 ( $n = 11$ ) fueron excluidos. La muestra se dividió en dos grupos según período de nacimiento: aquellos nacidos entre 1941 y 1959 [momento considerado final de la postguerra (Payne, 2000)] y aquellos nacidos entre 1960 y 1986.

**Resultados:** La proporción de pacientes con esquizofrenia nacidos en invierno fue significativamente mayor entre aquellos nacidos en 1941-1959 que entre los nacidos en 1960-1986 [40,5% (45/111) vs 28,6% (60/210); OR ajustada por sexo = 1,7; IC 95%: 1,05-2,7;  $p = 0,030$ ]; y significativamente mayor que lo esperado entre pacientes nacidos en el primer período de tiempo ( $\chi^2 = 15,85$ ;  $gl = 1$ ;  $p < 0,001$ ) pero no entre los nacidos en el segundo ( $\chi^2 = 1,85$ ;  $gl = 1$ ;  $p = 0,17$ ). **Conclusión:** Entre pacientes con esquizofrenia nacidos en invierno parecen existir diferencias según cohorte de nacimiento, probablemente debido al efecto aditivo de otros factores como la escasez económica y/o la malnutrición materna.

#### PO-684

#### ASOCIACIÓN ENTRE INSIGHT Y FUNCIONALIDAD, RELACIÓN MEDIADA POR LA ADHERENCIA Y ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO: UN ESTUDIO LONGITUDINAL EN PSICOSIS

N. Ojeda del Pozo, J.I. Eguílez Uruchurtu, A. García Guerrero Guerrero, M. Fernández Hernández, Y. Ballorca Arnáiz, E. Bengoetxea Noreña, L. Martín Otaño, J. García Ormaza y M. Gutiérrez Fraile

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue analizar qué tipo de interacciones y mediaciones existen entre las variables que predicen funcionalidad en psicosis y por tanto, identificar mejor cual es el rol específico de cada una de ellas en el modelo.

**Metodología:** Se llevó a cabo un estudio longitudinal con 30 pacientes PEP procedentes de 3 hospitales principales del País Vasco. Se realizaron evaluaciones clínicas y funcionales en el momento basal y longitudinal a los 6 meses y al año de seguimiento. Las medidas incluidas fueron: SUMD, GAF, DAI y la escala de adhesión al tratamiento Morinski-Green.

**Resultados:** En nuestra muestra, el insight inicial sobre los efectos de la medicación predijo la funcionalidad a los 12 meses de seguimiento. Sin embargo, esta relación resulta estar mediada completamente por la adherencia al tratamiento ( $a = -0,586$ ;  $p < 0,05$ ). Adicionalmente, el insight sobre los efectos de la medicación a los 6 meses de seguimiento predice la funcionalidad al año de seguimiento, mediando completamente la relación la actitud hacia la medicación a los 6 meses ( $a = -0,660$ ;  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** En nuestros resultados, el insight sobre los efectos de la medicación predice la funcionalidad; pero, la participación de las variables mediadoras: actitud hacia la medicación y adhesión al tratamiento, ayudan a definir mejor la relación entre insight y funcionalidad. De acuerdo con nuestros resultados, un bajo insight sobre los efectos de la medicación puede predecir la funcionalidad de manera longitudinal, siempre y cuando estén presentes una pobre adherencia al tratamiento y una mala actitud hacia la medicación. Por lo tanto, señalamos el insight, la adherencia al tratamiento y la actitud hacia el mismo como intervenciones clave específicas para mejorar la funcionalidad a largo plazo.

#### PO-685

#### EL ESTILO ATRIBUCIONAL MODERA LA RELACIÓN ENTRE EL DUP Y LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS: UN ESTUDIO LONGITUDINAL EN PSICOSIS

N. Ojeda del Pozo, R. Segarra Echevarría, A. García Guerrero, M. Alonso Pinedo, A. Ugarte Ugarte, J. Peña Lasas, K. Haidar, J. Cartón Costa, I. Querejeta Ayerdi y M. Gutiérrez Fraile

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue analizar el papel del estilo atribucional (EA) en el DUP, la evolución clínica de la enfermedad, y la adherencia al tratamiento.

**Metodología:** Se llevó a cabo un estudio longitudinal con 30 pacientes con un primer episodio psicótico procedentes de 3 hospitales principales del País Vasco. Se realizaron evaluaciones clínicas y funcionales en el momento basal y longitudinal a los 6 meses de seguimiento. Las medidas incluidas fueron: PANSS, SUMD, escala de depresión Montgomery-Asberg, escala de Manía de Young y ASQ.

**Resultados:** Los resultados mostraron como el DUP predecía significativamente el insight, la manía, los síntomas positivos y la psicopatología general a los 6 meses. La  $r$  de Pearson abarcaba desde 0,29 a 0,46 (excepto para depresión, la que no fue significativa). Al explorar el papel del EA en estas relaciones, se obtuvo cómo el estilo internalizante actúa de manera significativa como una variable moderadora en la relación entre el DUP y las siguientes variables dependientes (todas tras 6 meses de seguimiento): insight ( $a = 2,178$ ;  $< 0,05$ ), síntomas positivos de la PANSS ( $a = 1,358$ ;  $< 0,05$ ), síntomas generales de la PANSS ( $a = 1,389$ ;  $< 0,05$ ), y manía ( $a = 2,047$ ;  $< 0,05$ ). Sin embargo, el efecto moderador no fue significativo para las variables dependientes: síntomas negativos de PANSS ( $a = 0,706$ ;  $< 0,05$ ), y síntomas depresivos ( $a = 0,996$ ;  $< 0,05$ ).

**Conclusiones:** Nuestros resultados enfatizan el papel del EA de los pacientes en el curso longitudinal de la enfermedad. Los datos sugieren que el EA de pacientes con un PEP juega un papel importante modificando su nivel de insight y gravedad psicopatológica. Sin embargo, estas relaciones se acentúan cuando los pacientes han presentado un DUP mayor. Finalmente, los síntomas negativos y depresivos parecen que mantienen un patrón diferente en el curso longitudinal de la enfermedad, en lo que respecta a su relación con el EA y el DUP.

#### PO-689

#### ABORDAJE PSICOFARMACOLÓGICO Y CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES

M. Pérez García, A. Mozos Ansorena, B. Portela Traba y M. Páramo Fernández

**Introducción:** Los pacientes diagnosticados de Trastorno de ideas delirantes presentan una escasa adherencia terapéutica, por lo que una de las ventajas de los antipsicóticos de liberación prolongada es asegurar, en parte, el cumplimiento terapéutico y facilitar un seguimiento más estrecho del paciente de forma ambulatoria.

**Objetivos:** Determinar características sociodemográficas y clínicas relacionadas con el riesgo de recaída y establecer estrategias que ayuden a mejorar el cumplimiento terapéutico. Se analizan variables mediante un paquete estadístico SPSS 17.

**Metodología:** Análisis retrospectivo y de seguimiento de 279 pacientes con Trastorno de ideas delirantes y al menos un ingreso en la Unidad de Agudos de Psiquiatría (1997-2008).

**Resultados:** 54,1% mujeres. Edad media: 58 años. 33,7% solteros. 25,8% viven solos. 34,4% han reingresado al menos en una ocasión (media de ingresos:  $2,93 \pm 1,55$ ). Entre los que reingresan: 54,2% mujeres, 36,5% solteros, 30,2% viven solos. Tiempo medio hasta el reingreso: 15,16 meses (relación inversa entre el número de internamientos y el tiempo entre ellos). En el 57%, el motivo es reactivación de la sintomatología psicótica por incumplimiento terapéutico. Tipo de formulación antipsicótica prescrita: 56,4% oral, de acción prolongada 3,2% (67,2% típicos y 32,8% atípicos) y ambos 38,9%. En el grupo de pacientes con historia de un único ingreso: 54,1% mujeres, sin hallarse diferencias en el estado civil, donde un 32,2% son solteros. 35,2% conviven con familia de origen y sólo el 23,6% viven solos. El motivo principal de internamiento es el debut o reagudización de la clínica psicótica (63,4%) sin estar asociado a un abandono de la medicación antipsicótica prescrita. Siendo el porcentaje de incumplimiento un 32,2%. Duración media del internamiento: 25,09 días. Tipo de formulación antipsicótica al alta: 66,7% oral, 2,2% de liberación prolongada (78,46% típicos, 21,53% atípicos) y 31,1% ambas.

**Conclusiones:** La falta de adherencia al tratamiento ( $> 30\%$  en nuestra muestra), ha motivado el desarrollo de estrategias farmaco-

lógicas para incrementar el cumplimiento terapéutico, y entre estas, destaca el desarrollo de antipsicóticos de acción prolongada.

#### Bibliografía

1. Gutiérrez, et al. En el mundo paranoide. Madrid: Aula Médica Ediciones, 2009.
2. Valenstein, et al. Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. *Schizophr Bull.* 2004;30:255-64.

#### PO-692

#### EVALUACIÓN DE LA MEJORA DE LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS TRAS EL TRATAMIENTO CON PALIPERIDONA DE LIBERACIÓN PROLONGADA (LP) EN UNIDADES DE AGUDOS

F. Mora Minguez, S. Fernández Rojo, E. Luján Pérez, F. Pascual Pinazo y S. García Jorge

**Introducción:** El principal reto en el tratamiento de la esquizofrenia es la recuperación funcional, siendo importante para lograrlo la elección del tratamiento antipsicótico adecuado. La escala PSP ha sido validada permitiendo cuantificar específicamente este parámetro. Paliperidona LP ha demostrado ser eficaz para conseguir la mejoría funcional durante los ensayos clínicos, pero poco existe publicado sobre en la práctica clínica.

**Objetivos:** Valorar la mejoría de la funcionalidad del paciente con esquizofrenia tratado con paliperidona LP durante su ingreso en las U.H.B., en condiciones habituales de práctica clínica, de los Hospitales Infanta Leonor, del Sureste y del Henares (Madrid).

**Metodología:** Aplicamos la escala PSP a los pacientes que ingresan en la U.H.B. y van a seguir tratamiento con paliperidona durante su hospitalización, al ingreso y al alta. Criterios de inclusión: diagnóstico de Esquizofrenia; edades comprendidas entre 18 y 75 años. Paliperidona LP a dosis flexibles (en función de necesidades clínicas) en monoterapia antipsicótica, permitiéndose el uso de benzodiacepinas durante la hospitalización.

**Resultados:** N = 19. Media edad pacientes:  $40,9 \pm 10,4$ . Mejoría media en la puntuación de la escala PSP de 11,81 puntos (puntuaciones medias: PSP ingreso  $42,3 \pm 15,1$ , PSP alta  $54,2 \pm 15,8$ ), con una diferencia estadísticamente significativa  $p < 0,001$ , tras los días de ingreso (media días  $10,9 \pm 2,9$ ).

**Conclusiones:** Paliperidona LP ha demostrado mejorar la funcionalidad del paciente con esquizofrenia en nuestras unidades de agudos.

**Resultados:** Concordantes con los descritos en ensayos clínicos previos. La PSP se refiere a la funcionalidad durante el último mes, limitando los resultados de nuestro estudio. Habitualmente las escalas utilizadas en ensayos clínicos se centran en medir variables de eficacia, seguridad y tolerabilidad de los fármacos. Fármacos como paliperidona LP que han demostrado mejorar la funcionalidad del paciente con esquizofrenia suponen una alternativa de primera elección desde el inicio del tratamiento.

#### PO-697

#### UTILIZACIÓN DE PALIPERIDONA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA

J.A. Guisado, M. Bolívar, F. Zamora, I. Baltasar y A. Leal

**Introducción:** Nuestro objetivo es analizar el perfil y dosis de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Agudos y valorar si la dependencia de sustancias psicoactivas modifica dicho patrón de consumo.

**Metodología:** Se estudian 58 pacientes ingresados en nuestro centro en el último año y analizamos las siguientes variables: edad, sexo, estancia media, diagnóstico clínico, dosis media de PLP y consumo de sustancias psicoactivas.

**Resultados:** El 47% de la muestra fueron hombres y el 53% mujeres, con una edad media de 40 años. La dosis media de PLP fue de 12 mg/día. La estancia hospitalaria media ha sido de 19 días. Los pacientes con Patología Dual fueron más jóvenes (34 años frente a 44,

necesitaron dosis más altas de PLP (14 mg frente a 12), con estancias hospitalarias más prolongadas (22 días frente a 17).

**Conclusiones:** PLP es eficaz y segura en pacientes ingresados en Unidad Agudos de Psiquiatría sin haber encontrado ningún efecto adverso significativo. PLP es eficaz en el manejo de las alteraciones de conducta en esquizofrenia y otras patologías psiquiátricas. El paciente que presenta asociado una adicción a sustancias requiere de dosis más altas de PLP para un adecuado manejo.

#### PO-700

#### FUNCIONALIDAD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA REALIZADA EN ESPAÑA

J. Bobes García, M.P. García-Portilla González y A. de Prado González

**Introducción:** La esquizofrenia se asocia frecuentemente a deterioro funcional significativo, constituyendo éste una característica nuclear de la enfermedad desde el DSM-III. A pesar de ello, este indicador de gravedad y evolución de la enfermedad no se evalúa con el rigor y la precisión necesarios. En la actualidad, aprobadas las modificaciones de los procedimientos de valoración (BOE 12/03/2010) y el baremo (BOE 12/07/2010) de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, resulta obligado para los clínicos conocer apropiadamente la limitación funcional de los pacientes con esquizofrenia.

**Objetivos:** Determinar el nivel percibido de funcionamiento socio-familiar en los pacientes con esquizofrenia en tratamiento ambulatorio por los pacientes y sus familiares.

**Metodología:** Estudio observacional, transversal, multicéntrico español. Fueron incluidos 163 pacientes (1) diagnóstico esquizofrenia (2)  $> 18$  años, (3) consintieron participar y 77 familiares. Pacientes y/o familiares cumplimentaron un cuestionario ad-hoc sobre el funcionamiento socio-personal del paciente.

**Resultados:** Funcionamiento personal -aseo-: 34% diario, 56%  $> 1$  vez/semana, 10%  $< 1$  vez/semana. Funcionamiento social -amistades-: 11% relacionarse diariamente, 33%  $> 1$  vez/semana, 27%  $< 1$  vez/semana, 29% nunca. Funcionamiento ocupacional: 45% no realizaba actividad ocupacional. El 39% fue evaluado para la Ley de Dependencia; el 23% (n = 21) obtuvo G1, el 61% (n = 57) G2, y el 16% (n = 15) G3. El 84% atribuye sus limitaciones de funcionamiento a la enfermedad, el 80% reconoce que debería ser menos dependiente. El 73% considera que sus relaciones sociales se ven afectadas por su estado de ánimo.

**Conclusiones:** Los pacientes con esquizofrenia identifican limitaciones funcionales importantes y necesidad de altos niveles de monitorización. El grado de dependencia reconocido oficialmente reportado por los pacientes es inferior a los datos nacionales (marzo 2011). Es necesario que los psiquiatras emitamos los Informes de Salud apropiados a efectos de que obtengan un reconocimiento del grado de dependencia ajustado a la realidad.

#### PO-711

#### EVALUACIÓN DEL INSIGHT EN LOS PACIENTES CON TRASTORNO PSICÓTICO EN EL EMSE

D. Córcoles Martínez, L. Gozalo Esteve, M.A. Malagón Amor, M. Bellsolà González, A.S. Murcia Juárez, L. Badenas Orts, L.M. Martín López y A. Bulbena Vilarrasa

**Introducción:** El insight en los pacientes psicóticos está relacionado con factores psicológicos, biológicos y psicosociales.

**Objetivos:** Determinar el nivel de insight en pacientes con Trastornos psicóticos y buscar su relación con factores psicosociales, biológicos y con ciertas características clínicas.

**Metodología:** El estudio incluye a 246 pacientes con Trastorno psicótico que han sido visitados por el EMSE (Equipo Multidisciplinar de

Soporte Especializado) entre los años 2007 y 2010. Para medir la conciencia de enfermedad se ha utilizado la Escala de Evaluación del Insight SUMD (suma de los 3 primeros ítems) y se ha dividido en 2 grupos, insight (>8 puntos) o no insight (< 8 puntos).

**Resultados:** No hay diferencias estadísticamente significativas en la edad media, en la vinculación o no previa, en el consumo de tóxicos, en la convivencia, en la presencia o no de antecedentes psiquiátricos, en si existen ingresos psiquiátricos previos, y en la puntuación de la Escala de Evaluación de la Actividad global. Sí existen diferencias estadísticamente significativas en mayor proporción de varones, menor nivel de estudios, mayor necesidad de intervención de Fuerzas del Orden Público, puntuación mayor en la escala de Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica, y mayor puntuación en la Escala de Impresión Clínica Global en pacientes con menor insight.

**Conclusiones:** El 80,9% de los pacientes de nuestra muestra presenta falta de insight, hecho que podría relacionarse directamente con el tipo de paciente estudiado (trastornos psicóticos) y con las características del equipo EMSE, dedicado fundamentalmente a la detección y vinculación del trastorno mental severo.

#### Bibliografía

1. Wiffen BD et al. Insight: Demographic differences and associations with one-year outcomes in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2010;4:169-75.
2. Wiffen BD et al. Correlates, change and "state or trait" properties of insight in schizophrenia. *Schizophrenia Res*. 2010;122:94-103. Epub 2010 Apr 10.

#### PO-712

#### VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL SCHIZOPHRENIA OBJECTIVE FUNCTIONING INSTRUMENT (SOFI) EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

M.J. Casares López, G. Galván, M. Garrido, M.T. Bobes Bascarán, F. Rodríguez Pulido, M.J. Jaén Moreno, F. Toledo Romero, C. Alcaraz, A. Durán y P.A. Sáiz Martínez

**Introducción y objetivos:** La esquizofrenia se asocia con déficit funcionales en las áreas de actividades de la vida diaria, independencia, y actividades sociales y ocupacionales (Harvey et al, 2004). Se necesitan instrumentos psicométricamente válidos para evaluar estos aspectos. El objetivo de este estudio es validar la SOFI (Kleinman et al, 2009) en español.

**Metodología:** Diseño: estudio observacional, multicéntrico, prospectivo de 6 meses de seguimiento, de adaptación y validación de un instrumento de evaluación del funcionamiento para pacientes con esquizofrenia. Pacientes: 136 con: (1) >17 años, (2) diagnóstico esquizofrenia, (3) tratamiento de mantenimiento, (4) consentimiento informado firmado. Instrumentos: SOFI, PANSS, ICG-ESQ, EEAG y PSP. SOFI: entrevista estructurada que evalúa 4 dominios: autonomía personal (SOFI-D1), actividades instrumentales vida diaria (SOFI-D2), actividades productivas/desempeño de rol (SOFI-D3), y funcionamiento social/recreativo (SOFI-D4). Proporciona puntuaciones en los 4 dominios desde 1 (necesidad de ayuda/supervisión constante) a 100 (desempeño excelente).

**Resultados:** Edad media 40,1 ( $\pm$  10,8) años, varones 64,4%, nunca casados 74,3%, estudios de bachiller 29,4%. Gravedad esquizofrenia (ICG-ESQ): 51,1% leve. Consistencia interna: alfa de Cronbach entre 0,62 (SOFI-D1) y 0,94 (SOFI-D3b). Validez convergente: coeficientes de correlación de Pearson entre puntuaciones dominios SOFI y: - puntuación PSP global: desde 0,563 (SOFI-D3) a 0,804 (SOFI-D1); - puntuación EEAG: desde 0,598 (SOFI-D3) a 0,793 (SOFI-D1). Validez discriminante: puntuaciones dominios SOFI en pacientes leves (ICG-ESQ 1-3) vs moderados (ICG-ESQ 4) vs graves (ICG-ESQ 5-7): SOFI-D1: 76,3 vs 59,6 vs 41,2,  $p < 0,001$ ; SOFI-D2: 71,5 vs 54,4 vs 37,0,  $p < 0,001$ ; SOFI-D3: 63,3 vs 45,1 vs 25,4,  $p < 0,001$ ; SOFI-D4: 69,5 vs 51,7 vs 41,4,  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** Las propiedades psicométricas de la versión española de la SOFI, en términos de consistencia interna, validez convergente y discriminante, han demostrado ser buenas.

#### Bibliografía

1. Harvey PD, Green MF, Keefe RS, Velligan DI. *J Clin Psychiatry*. 2004;65:361-72.
2. Kleinman L, Lieberman J, Dube S, et al. *Schizophr Res*. 2009;107:275-85.

#### PO-714

#### TRASTORNO ESQUIZOAFFECTIVO Y USO DE PSICOFÁRMACOS: SEGUIMIENTO A UN AÑO EN UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

M.A. Harto Cea, A. Zafra Villena, A. Castillo Ramón, F.J. González Díaz y A. González d'Huicque

**Introducción y objetivos:** La Unidad de Media Estancia es un dispositivo hospitalario para la asistencia en régimen de ingreso orientado en dar respuestas a las necesidades de pacientes con enfermedad psiquiátrica severa que precisan abordajes de tipo rehabilitador. El objetivo es revisar la frecuencia del uso de psicofármacos en la UME de pacientes diagnosticados de trastorno esquizoaffective.

**Metodología:** Se realiza un estudio descriptivo realizando la revisión de la historia clínica de pacientes con Trastorno esquizoaffective (F25 CIE-10) y datos de alta en la UME del Área de Salud Mental del Hospital Pare Jofré durante el año 2010 (12 meses).

**Resultados:** De los 136 pacientes dados de alta, 92 de ellos cumplen criterios diagnósticos de Esquizofrenia (F20-29 CIE-10) y de éstos, 17 cumplen criterios diagnósticos de Trastorno esquizoaffective; sexo: hombres (n = 7) y mujeres (n = 10); Edad: Media (x = 37,52 años). Terapia psicofarmacológica: antipsicóticos (n = 17): monoterapia: n = 4 (atípicos: n = 4; típicos: n = 0) (atípico/oral: n = 2; atípico/inyectable de larga duración: n = 2). Politerapia: n = 13 (2 antipsicóticos: n = 10; 3 antipsicóticos: n = 3); atípico inyectable de larga duración más otro/s antipsicótico n = 10. Antipsicótico oral más frecuentemente utilizado: 1º olanzapina (dosis más frecuente utilizada: 20 mg/día). Eutimizantes (n = 14): monoterapia: n = 10 (Litio: n = 6); politerapia n = 4 (asociación más frecuente: litio + oxarbazepina (n = 2)). Antidepresivos (n = 6): monoterapia: n = 4; (antidepresivo más frecuente: venlafaxina: 50%); politerapia n = 2.

**Conclusiones:** En nuestra muestra, el 100% de los pacientes diagnosticados de trastorno esquizoaffective se les prescribió al menos un antipsicótico. Destacan las formulaciones que facilitan una posología sencilla y que incide directamente en un menor número de tomas.

#### Bibliografía

1. Marneros A, Deister A, Rohde A. Comparison of long-term outcome of schizophrenic, affective and schizoaffective disorders. *Br J Psychiatric*. 1992;161(Suppl 18):44-51.
2. Bernabarre A. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic clinical and prognostic differences. *Eur Psychiatry*. 2001;16:167-72.

#### PO-725

#### BDNF COMO MARCADOR NEUROBIOLÓGICO Y DE FUNCIONALIDAD GLOBAL EN LA ESQUIZOFRENIA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

A. Valiente Gómez, M. Bernardo Arroyo, C. Oliveira, A. Meseguer, M. Bioque, B. Cabrera, C. García Rizo, A. Durán y A. Lafuente

**Introducción:** Actualmente la investigación en esquizofrenia busca biomarcadores para entender mejor la neurobiología, pronóstico y consecuencias de este trastorno. El factor neurotráxico derivado del cerebro (BDNF) podría tener un papel importante en la etiología y evolución del trastorno. Se han encontrado niveles de BDNF séricos disminuidos en pacientes, tanto en tratamiento antipsicótico previo como drug naïve. **Hipótesis:** los niveles de BDNF séricos en la esquizofrenia están disminuidos respecto a con-

troles. Se correlacionan positivamente con mejor funcionalidad global en la esquizofrenia.

**Objetivos:** Estudiar la relación entre BDNF sérico y esquizofrenia y entre sintomatología psicótica y funcionalidad global con el BDNF sérico.

**Metodología:** Estudio de casos y controles con 17 casos (esquizofrenia y otros trastornos psicóticos) y 20 controles sanos. Se determinaron niveles de BDNF séricos a través de técnica ELISA. Se ha empleado la escala PANSS (para valorar síntomas psicóticos) y la PSP (para funcionalidad).

**Resultados:** Se han encontrado niveles disminuidos de BDNF en casos respecto a controles sin significación estadística. No se halló correlación entre los niveles de BDNF y las subescalas de la PANSS. Tampoco se ha encontrado correlación entre las puntuaciones de la escala PSP y los niveles de BDNF ( $p = 0,627$ ).

**Conclusiones:** A pesar de las limitaciones asociadas a una muestra de tamaño reducido se han evidenciado niveles de BDNF reducidos, sin significación estadística, en las personas con esquizofrenia respecto a controles. El BDNF podría tener un papel clave como marcador neurobiológico en la esquizofrenia. Se deberían incrementar el tamaño muestral a fin de mejorar la potencia estadística del estudio.

#### PO-727

#### ENCUESTA DE OPINIÓN DE LOS TRABAJADORES SOCIALES ACERCA DE LA FUNCIONALIDAD DE LOS PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

J. Bobes García, M. Martínez Roig y M. Flores Dorado

**Introducción y objetivos:** Los tratamientos psicosociales, ocupacionales y farmacológicos de la esquizofrenia están en continua evolución en un intento de atenerse a la definición de la Food and Drug Administration (FDA) de “beneficio del tratamiento”, es decir, el efecto del tratamiento sobre la supervivencia, los sentimientos o las funciones del paciente. Es el trabajador social en salud mental el profesional cualificado para valorar, interpretar y actuar sobre estos ámbitos de influencia para la persona. El objetivo del presente estudio fue conocer la opinión de los trabajadores sociales acerca de la funcionalidad del paciente con esquizofrenia.

**Metodología:** Estudio transversal realizado entre mayo y septiembre de 2010, con 50 trabajadores sociales de toda España. Se aplicaron encuestas estructuradas con 14 preguntas.

**Resultados:** Cuando observa un paciente que presenta una funcionalidad que requiere apoyo intenso, la prioridad para el 26% de los encuestados es la modificación en el tratamiento frente a pasar una escala de valoración funcional que se considera lo menos importante para el 38%. Aunque la mejoría de los síntomas psicóticos del paciente es el objetivo principal en los pacientes con esquizofrenia (72%) según los encuestados, consideran fundamental la distinción entre mejoría sintomática y funcional (92%). El 84% de los trabajadores sociales consideró que la funcionalidad es el mejor indicador a medio-largo plazo para valorar la eficacia del tratamiento de la esquizofrenia. Muy pocos encuestados utilizan las escalas para medir la funcionalidad de los pacientes (24%) aunque el 72% sus pacientes han sido evaluados de grado y nivel de dependencia. Para el 86% sería aconsejable la elaboración de un consenso sobre funcionalidad en esquizofrenia.

**Conclusiones:** Los trabajadores sociales consideran fundamental la evaluación de la funcionalidad del paciente aunque no suelen utilizar escalas para valorarla.

#### Bibliografía

1. Food and Drug Administration (FDA). [http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceCompliance2.GPC/esquizofrenia/http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_443\\_Esquifrenia\\_Murcia.pdf](http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceCompliance2.GPC/esquizofrenia/http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquifrenia_Murcia.pdf)

#### PO-741

#### CYP2D6 PHARMACOGENETICS FOR ANTIPSYCHOTIC DRUG INTERACTIONS IN PSYCHIATRIC PATIENTS TREATED WITH ARIPIPRAZOL IN CLINICAL SETTINGS

A. de la Rubia, I. González, S. de la Rubia, P. Dorado y A. Llerena

**Introduction:** Aripiprazole (ARI) is an antipsychotic drug which is metabolized to a pharmacologically active metabolite dehydroaripiprazole (DARI) by the polymorphic enzyme CYP2D6.

**Objectives:** To investigate the influence of the CYP2D6 genotype on plasma concentrations of ARI and DARI in psychiatric patients during steady state conditions with aripiprazole in order to evaluate relevance for drug-drug interactions.

**Methodology:** The CYP2D6 genotype was analysed by PCR and PCR Real-Time for the CYP2D6 \*3, \*4, \*5, \*6, \*10, \*17, \*35, \*41 and duplicated alleles. Plasma concentrations of ARI and DARI were measured by a new developed HPLC. The plasma concentrations of ARI, DARI and ARI+DARI (active moiety) were compared between CYP2D6 genotype subgroups in 22 psychiatric patients treated with aripiprazole.

**Results:** The patients were stratified in four subgroups according to CYP2D6 active genes and concomitant treatment with CYP2D6 inhibitors: 7 and 5 patients with one and two active genes without inhibitors and 3 and 7 with one and two active genes with inhibitors. The patients studied showed a large variability in plasma concentrations ranging between 2 and 189 ng/ml for ARI and between 11 and 359 ng/ml for DARI. The mean ( $\pm$  SD) ARI/DARI ratio in the group of patients with one active genes and with inhibitors ( $2.96 \pm 2.75$ ) was higher than patients with one ( $0.50 \pm 0.38$ ;  $p < 0.05$ ) or two ( $0.66 \pm 0.68$ ;  $p < 0.05$ ) active genes without inhibitors, and patients with two active genes with inhibitors ( $0.58 \pm 0.38$ ;  $p < 0.05$ ). Furthermore, there was not found differences in the means between two subgroups without CYP2D6 inhibitor.

**Conclusions:** The present study shows the influence of concomitant treatment with CYP2D6 inhibitors and the CYP2D6 genotype on the formation of DARI from ARI in patients treated with this antipsychotic.

**Financial Support:** Instituto de Salud Carlos III-FIS and European Union (FEDER) CP/06/0030 (P. Dorado), PI10/02758, CIBERSAM. The collaboration of Inés López-Ferrer is greatful acknowledged.

#### PO-755

#### PERFIL COGNITIVO Y PERSONALIDAD EN CONSUMIDORES DE CANNABIS DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

R. Gutiérrez Labrador, M.T. González Salvador, M. Álvarez Prieto, M. Llavona Serrano, P. Rojano Capilla y P. García Benito

**Introducción:** El consumo de cannabis puede duplicar el riesgo de padecer esquizofrenia, adelanta el inicio de la psicosis en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, empeora el pronóstico de la enfermedad y puede acompañarse de afectación del funcionamiento cognitivo.

**Objetivos:** Analizar perfil cognitivo y dimensiones de personalidad de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y comparar dos grupos de pacientes según hayan consumido o no cannabis antes del primer brote.

**Metodología:** Se analiza una muestra de 39 pacientes diagnosticados esquizofrenia paranoide tras administración de consentimiento informado, cuestionario sociodemográfico y clínico, batería WAISIII, test Stroop y cuestionario de personalidad NEO-EFI.

**Resultados:** 74% de varones, de edad media 31 años, 84% de solteros, 65% trabajando o estudiantes, con edad media de inicio de la psicosis de 25 años, tiempo medio de evolución de 5,38 años y un tiempo medio de psicosis no tratada de 12 meses. Un 66% consumía cannabis antes del primer brote. Puntuaciones de figuras incompletas, vocabulario y dígitos del WAISIII y en las palabras leídas del Stroop difieren significativamente entre los dos grupos. Dos dimen-

siones de personalidad, amabilidad y responsabilidad, se manifiestan con mayor intensidad en el grupo de pacientes con esquizofrenia paranoide no consumidor.

**Conclusiones:** En la muestra analizada el consumo de cannabis antes del primer brote psicótico es elevado entre los pacientes con esquizofrenia paranoide, habiendo diferencias en el perfil cognitivo y dimensiones de personalidad respecto a los no consumidores. Ambas variables podrían ser factores de vulnerabilidad para el consumo de cannabis o consecuencias del mismo. Comparar con un grupo control consumidor de cannabis sin otra patología psiquiátrica podría esclarecer la interpretación de resultados.

#### Bibliografía

1. Souza, DC et al. Delta-9-tetrahydrocannabinol effects in schizophrenia: implications for cognition, psychosis, and addiction. *Biol Psychiatry*. 2005;57:594-608.
2. Hale RL, et al. Tridimensional personality traits of college students marijuana users. *Psychol Rep*. 2003;92:66-71.

#### PO-756

#### ESTUDIO CASO-CONTROL SOBRE EL FUNCIONAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN EL TRASTORNO DELIRANTE

I. Ibáñez Casas, B. Gutiérrez Martínez, E. de Portugal, K. McKenney, J.M. Haro, M. Pérez García y J. Cervilla Ballesteros

**Introducción:** El trastorno delirante, anteriormente denominado paranoia, es un síndrome poco frecuente que se caracteriza por creencias falsas mantenidas con una gran convicción, resistentes a cualquier información que las contradiga, que generalmente se refieren a una temática única y que no son bizarras o extrañas. Tradicionalmente el trastorno delirante se ha descrito como un cuadro que no cursa con deterioro cognitivo.

**Objetivos:** Poner a prueba la hipótesis de que el trastorno delirante cursa sin deterioro cognitivo.

**Metodología:** Se evaluó a una muestra de 86 pacientes con trastorno delirante y a 343 controles sanos con una batería neuropsicológica que incluía el Trial Making Test, el Stroop de palabras y colores, el Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC) y el Wisconsin Card Sorting Test. Los análisis estadísticos fueron ajustados por sexo, edad, nivel educativo y CI premórbido.

**Resultados:** Los resultados mostraron que los pacientes puntuaron significativamente por debajo que los controles en la mayoría de test y subtests. Los déficit en flexibilidad cognitiva mostrados por los resultados en el Trail Making Test, el Stroop y el Wisconsin Card Sorting Test, podrían explicar la resistencia al cambio en las creencias delirantes. Por otro lado, el sesgo de "saltar a las conclusiones" (Jumping to conclusions JTC), que ha sido encontrado consistentemente en los pacientes con trastorno delirante podría depender, al menos en parte, de los déficits de memoria que sugieren las bajas puntuaciones de estos pacientes en el Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC).

**Conclusiones:** Nuestros resultados no apoyan la concepción original de que los pacientes con trastorno delirante están cognitivamente intactos.

#### Bibliografía

1. Abdel-Hamid M, Brune M. Neuropsychological aspects of delusional disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10:229-34.
2. Kunert, HJ, Norra, C, Hoff, P. Theories of delusional disorders - An update and review. *Psychopathology*. 2007;40:191-202.

#### PO-758

#### ANÁLISIS DE LA FUNCIONALIDAD EN ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

M.T. González Salvador, M. Álvarez Prieto, R. Gutiérrez Labrador, P. Rojano Capilla, P. García Benito y M. Llavona Serrano

**Introducción:** Uno de los objetivos del tratamiento de la esquizofrenia es la recuperación funcional: personal, familiar, social y laboral.

**Objetivos:** Analizar la influencia de variables clínicas y cognitivas en la funcionalidad de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide con evolución comprendida entre 2 y 10 años.

**Metodología:** Muestra de 39 pacientes. Aplicación de consentimiento informado por escrito, cuestionario sociodemográfico y clínico, escalas: PSP de funcionalidad, de insight, de cumplimiento terapéutico, de ajuste premórbido, WAIS III y Stroop. Análisis estadístico mediante SPSS.

**Resultados:** Un 74% varones, con edad media 31 años, 84% solteros, 65% trabajando o estudiantes, con edad media de inicio de la psicosis de 25 años, tiempo medio de evolución de 5,38 años y un tiempo medio de psicosis no tratada de 12 meses. Se correlacionaron de forma significativa con la funcionalidad: cumplimiento terapéutico, ajuste premórbido, W-vocabulario, W-semejanzas, W-cubos, W-comprensión, W-rompecabezas y CIV. Hubo tendencia a la significación en insight- atribución y tiempo de psicosis inicial no tratada.

**Conclusiones:** Mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes con esquizofrenia paranoide y emplear técnicas de rehabilitación cognitivas específicas, puede ayudar a favorecer su funcionalidad. Otras medidas podrían ser acortar el tiempo de psicosis de inicio no tratada y mejorar la atribución sintomática.

#### Bibliografía

1. Green MF: What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*. 1996;153:321-30.
2. Robinson D, Woerner M, Mayerhoff D, Lieberman JA. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatr*. 1999;56:241-7.

#### PO-762

#### SESGO DE NECESIDAD DE CONCLUSIÓN EN EL TRASTORNO DELIRANTE

A. Gutiérrez Vozmediano, M. González Iglesias, M. González Molinier, M.C. Martínez Díaz-Caneja, V. del Amo Rubio, D. Fraguas Herráez y E. de Portugal Fernández del Rivero

**Introducción:** El Sesgo de Necesidad de Conclusión - SNC (Need For Closure, NFC) se caracteriza por la preferencia por cualquier respuesta antes que la presencia de confusión o ambigüedad. Se ha implicado en la patogénesis de la ideación delirante de la esquizofrenia. No ha sido estudiado en el trastorno delirante (TD), el cual se caracteriza por la presencia de ideas delirantes en ausencia de sintomatología negativa/alteraciones cognitivas.

**Objetivos:** Investigar si existen diferencias en el SNC entre pacientes con TD y controles sanos y explorar la relación de este sesgo con otras variables (socio-demográficas, propensión al delirio y malestar afectivo).

**Métodos:** Estudio transversal de SNC en 31 pacientes con TD según el DSM-IV (SCID-I) y 24 controles sanos mediante la Escala de la Necesidad de Conclusión, además de instrumentos estandarizados para las variables mencionadas (CI premórbido, propensión al delirio, ansiedad, depresión y estrés percibido). Se analizó según técnica estadística uni/multivariante (ANCOVA).

**Resultados:** El TD se asoció con un mayor SNC ( $p = 0,00$ ). Cuando esta asociación se controló por variables socio-demográficas, CI premórbido, propensión al delirio y por alteraciones afectivas, el SNC dejó de asociarse al TD ( $p = 0,20$ ). El SNC se asoció en el análisis multivariante a mayor edad ( $p = 0,00$ ) y propensión al delirio ( $p = 0,00$ ).

**Conclusiones:** No se evidenció que el TD presentara un mayor SNC que los controles sanos, aunque sí se halló que el SNC está asociado a una mayor propensión al delirio.

#### Bibliografía

1. Garety PA, Freeman D. Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*. 1999;38:113-54.
2. Garety PA, Freeman D, Jolley S, et al. Reasoning, emotions and delusional conviction in psychosis. *Journal of Abnormal Psychology*. 2005;114:373-84.

## PO-769

## PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MULTIFAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA EN UN CSM. PROGRAMA DE ADULTOS

M.A. Albacete Belmonte, V. Munuera García, M. Pérez García, J.J. García Arenas y J.A. Jiménez Barbero

**Introducción y objetivos:** La familia se ha convertido en un elemento imprescindible dentro de la atención comunitaria para pacientes con enfermedades mentales graves, entre ellos los esquizofrénicos. El objetivo principal de este estudio es comprobar que las intervenciones familiares (módulo psicoeducativo, módulo de habilidades de comunicación y resolución de problemas) son eficaces en el sentido de que ayudan a reducir el número de recaídas de sus familiares enfermos y además les ayuda a ellos a reducir el estrés y la carga que les supone el cuidado de los mismos.

**Metodología:** Diseño cuasi-experimental pre-post, no controlado (aplicado a nueve familias). Mediante entrevista familiar, pre y post intervención familiar, se recogen tanto los indicadores: nº de ingresos hospitalarios y nº de consultas al servicio de urgencias hospitalarias, en los últimos doce meses; como el nivel de estrés que padece el cuidador principal en relación al trastorno mental, en los últimos tres meses, mediante escala Likert. Además, al finalizar la intervención, respondieron a una encuesta de satisfacción.

**Resultados:** Los resultados obtenidos tras la intervención han sido positivos: no ha habido ningún ingreso hospitalario, ni consultas al servicio de urgencias en los últimos doce meses; el nivel de estrés del cuidador disminuyó significativamente. Además, las familias expresaron su satisfacción en los cuestionarios pasados. Hubo tres abandonos justificados en el seguimiento.

**Conclusiones:** Ha sido posible poner en marcha este tipo de Intervención Multifamiliar en un CSM, en el programa de adultos y ha resultado eficaz ya que se han alcanzado los objetivos propuestos. Por último, que el formato sea multifamiliar contribuye a que sea menos costoso económicamente y esto facilite su aprobación y su puesta en marcha.

## Bibliografía

1. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW. Family care for schizophrenia. Guilford Press: New York, 1984.
2. Touriño R, Inglott R, Baena E, Fernández J. Guía de Intervención familiar en la esquizofrenia. Barcelona: Glosa, 2004.

## PO-783

## EL SESGO DE SALTO A LAS CONCLUSIONES EN EL TRASTORNO DELIRANTE

M. González Molinier, C. Martínez Díaz-Caneja, A. Gutiérrez Vozmediano, M. González Iglesias, V. del Amo Rubio, D. Fraguas Herráez y E. de Portugal Fernández del Rivero

**Introducción:** El Sesgo de Salto a las Conclusiones-SSC (Jumping To Conclusion) es una alteración del razonamiento probabilidad que conduce a: 1) necesitar menos información para tomar una decisión 2) tener un mayor grado de certeza y 3) tender a cambiar las decisiones ante datos disconfirmatorios. El SSC se ha implicado sólidamente en la patogénesis de la ideación delirante en esquizofrenia. Su estudio en el trastorno delirante (TD) ha sido limitado.

**Objetivos:** Investigar si existen diferencias en el SSC entre pacientes con TD y controles sanos. **Métodos:** Se evaluó transversalmente el SSC en 43 pacientes con TD según el DSM-IV (SCID-I) y 28 controles sanos. El grupo de TD y de controles sanos fueron pareados en sexo, IQ, nivel educacional y socioeconómico, pero no por edad. El SSC se evaluó mediante la Tarea de Bolas, que mide recogida de información, grado de certeza y efecto disconfirmatorio. También se administraron instrumentos estandarizados que miden propensión al delirio y depresión. Los datos se analizaron con técnicas estadísticas uni y multivariantes (ANCOVA).

**Resultados:** Los pacientes con TD no precisaron menos información para tomar decisiones ni lo hicieron con mayor certeza. Si se observó que cambiaron más las decisiones ante evidencia disconfirmatoria que los controles ( $p < 0,05$ ). Cuando esta asociación se controló por edad, propensión al delirio y depresión, el SSC dejó de asociarse al TD ( $p = 0,20$ ).

**Conclusiones:** Nuestros resultados no apoyan que el SSC sea un fenómeno cognitivo relevante en el TD.

## Bibliografía

1. Garety PA, Hemsley DR, Wessely S. Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients: Biases in performance on a probabilistic inference task. *Journal of Nervous and Mental Disorder*. 1991;179:194-201.
2. Conway CR, Bollini AM, Graham BG, Keefe RS, Schiffman SS, McEvoy JP. Sensory acuity and reasoning in delusional disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2002;43:175-8.

## PO-808

## ESQUIZOFRENIA Y SORDERA CONGÉNITA: MECANISMOS DE PRODUCCIÓN DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS

A.I. Sanz Santos, C. López Martínez, J.M. Bertolín Guillén, G. Esteve Blasco, S. Hernández Campos y E. Ferrer Sánchez

**Objetivos:** Descripción de la hipótesis del pensamiento subvocal como mecanismo de producción de las alucinaciones auditivas en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y sordera congénita.

**Metodología:** Revisión bibliográfica en PubMed de trece artículos de revisión y estudios de caso-control publicados desde el año 1995 al año 2011 bajo los descriptores Congenital Deafness and Schizophrenia, y Congenital Deafness and Auditive hallucinations.

**Resultados:** 1. El origen de las alucinaciones auditivas corresponde a un trastorno en la interpretación del pensamiento subvocal o discurso interno. 2. El pensamiento subvocal en personas sanas y en pacientes con sordera congénita activa las mismas áreas cerebrales: giro frontal izquierdo, incluyendo el área de Broca; corteza prefrontal dorsolateral y córtex temporal derecho. 3. Las alucinaciones auditivas en pacientes esquizofrénicos sin déficit auditivo y en pacientes esquizofrénicos con sordera congénita activan las mismas áreas citadas.

**Conclusiones:** 1. El pensamiento subvocal está representado en el cerebro como un código de articulación motor en lugar de un código de audición. 2. Los mecanismos de formación de las alucinaciones auditivas en los pacientes esquizofrénicos con sordera congénita parecen ser los mismos mecanismos que intervienen en pacientes esquizofrénicos sin sordera.

## Bibliografía

1. Landsberger SA, Díaz DR. Identifying and assessing psychosis in deaf psychiatric patients. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13:198-202.
2. Atkinson JR. The perceptual characteristics of voice-hallucinations in deaf people: insights into the nature of subvocal thought and sensory feedback loops. *Schizophr Bull*. 2006;32:701-8.

## PO-810

## SÍNDROME METABÓLICO ASOCIADO AL TRATAMIENTO CON NAP DE UN PROGRAMA TMS

M. Garriga Carrizosa

**Introducción:** Los Servicios de Salud Mental Comunitaria han focalizado su atención en mantener la adherencia al tratamiento farmacológico del Trastorno mental severo (TMS). Los neurolépticos de acción prolongada (NAP) han demostrado mejorar la adherencia al tratamiento en estudios a corto plazo. Se ha documentado aumento de riesgo de síndrome metabólico con respecto a la población general, especialmente en los antipsicóticos orales (AP) de segunda generación.

**Objetivos:** Identificar los patrones de uso de NAP de una muestra de pacientes TMS y delimitar si existe relación entre el tipo de NAP y el riesgo metabólico. **Metodología** La muestra de la componen 60 pacientes TMS tratados con NAP en los Centros de Salud Mental del

área de influencia del HUMT. La edad media era de 44,5 años, de los que un 68,3% (n = 41) eran hombres. El diagnóstico más frecuente era Esquizofrenia paranoide (45%). El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados:** El NAP más usado fue risperidona (42,4%) con dosis medias de 53 mg cada 15 días. El 37,1% cumplían criterios de síndrome metabólico. El aumento de perímetro abdominal fue el más frecuentemente afectado (77,1%). No se encontraron diferencias significativas entre el tipo de NAP y la presencia de síndrome metabólico, aunque sí en la presencia de hipertrigliceridemia ( $p = 0,032$ ).

**Conclusiones:** Nuestros resultados no encontraron diferencias significativas en el riesgo de síndrome metabólico según el tipo de NAP excepto en el nivel de triglicéridos encontrados en los NAP de primera generación.

#### PO-820

#### ÚLTIMOS HALLAZGOS MEDIANTE IMAGEN POR TENSOR DE DIFUSIÓN (DTI) EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

J.L. Villegas Martínez, G. Cabús Piñol, J.A. Blanco Garrote, F. Uribe Ladrón de Cegama y J. Coullaut-Valera García

**Introducción:** Imágenes por tensor de difusión (DTI) es una técnica de imágenes por resonancia magnética que se utiliza cada vez más para la evaluación no invasiva de anomalías de la sustancia blanca (SB). Varios estudios sugieren que la integración normal de la función cerebral puede estar comprometida en la esquizofrenia. Las anomalías en los tractos de SB podrían tener una implicación relevante en la neuropatología de la esquizofrenia.

**Objetivos:** Discutir los estudios publicados sobre DTI en la esquizofrenia y su análisis metodológico.

**Metodología:** La búsqueda bibliográfica se ha realizado con el motor de búsqueda PubMed de la U.S. National Library of Medicine. La estrategia de búsqueda se basó en la técnica de revisión de Cochrane, limitada entre 1998 (fecha de publicación del primer artículo sobre DTI en esquizofrenia) y enero de 2011. Restringida a "Título/Abstract". Referencias bibliográficas de estos estudios se utilizaron para identificar estudios adicionales.

**Resultados:** Existe una notable heterogeneidad en los resultados obtenidos, en probable relación a problemas metodológicos (tamaño muestral, resolución de los equipos, software de procesamiento). Regiones cerebrales como cíngulo, cuerpo calloso y áreas de SB de los lóbulos frontal y temporal tienen una proporción mayor de resultados positivos en los estudios efectuados. Además, tractos de la SB como el fascículo longitudinal superior, fascículos longitudinales fronto-occipitales, fascículo uncinado, fascículo frontal longitudinal y el fascículo arciuato también presentan hallazgos positivos en pacientes con esquizofrenia. Otras estructuras cerebrales como los pedúnculos cerebelosos, el fórnix, el hipocampo y la circunvolución del hipocampo, el tálamo y las radiaciones ópticas también presentan hallazgos positivos. Sin embargo, estos resultados no están presentes en todos los estudios. Anomalías DTI en primeros episodios de pacientes esquizofrénicos son menos robustos que en pacientes crónicos.

**Conclusiones:** Los recientes hallazgos mediante DTI parecen apoyar la hipótesis de desconexiones estructurales en la SB de pacientes esquizofrénicos.

#### PO-829

#### ASOCIACIÓN ENTRE LA DISFUCIÓN NEUROCOGNITIVA Y LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN UNA MUESTRA DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

J. Fernández Aurrecoechea, R. Fernández García-Andrade, C. Ortiz Sánchez-Expósito, R. Molina Ruiz y M. Velao Valerio

**Introducción:** El defecto cognitivo en la esquizofrenia es un deterioro frecuente, duradero, multidominio y nítidamente descrito

en la literatura. Los estudios diseñados ya en el primer episodio psicótico (PEP), confirman estos déficit cognitivos, pero la correlación con variables clínicas y funcionales es aún objeto de controversia.

**Metodología:** Se compararon, mediante una batería de exámenes neurocognitivos, 25 pacientes con un PEP sin exposición previa a antipsicóticos y sin historia vital de abuso de sustancias con 19 voluntarios sanos. Por otro lado, se evaluó la relación entre disfunción neurocognitiva, manifestaciones clínicas y funcionamiento global en los pacientes con un PEP. La batería neuropsicológica incluía los siguientes tests: Trail Making Test A y B, FAS, Evocación Categorial Semántica, Symbol Digit Modality Test y Stroop.

**Resultados:** Los pacientes puntuaron significativamente peor que los controles en todos los tests (con resultados que deparan la mayor significación estadística encontrada hasta la fecha; desde -1,37 hasta -2,89 Z-scores). La correlación encontrada con la psicopatología fue débil, y se centró en una peor atención y velocidad de procesamiento con la presencia de síntomas positivos más acusados y en deterioro en la fluencia verbal con síntomas negativos más marcados. Los pacientes que sufrían un déficit neuropsicológico más pronunciado tenían un peor funcionamiento global.

**Conclusiones:** Los pacientes con un PEP presentan un deterioro cognitivo moderado/grave en funciones de fluencia verbal, atención, velocidad de procesamiento, flexibilidad cognitiva, organización y capacidad de panificación, y resistencia a la interferencia. Este defecto está de algún modo relacionado con la psicopatología y claramente asociado con un peor funcionamiento global.

#### Bibliografía

1. Palmer BW, et al. What Do We Know About Neuropsychological Aspects Of Schizophrenia? *Neuropsychol Rev*. 2009;19:365-84.
2. Galderisi S, et al; EUFEST group. Correlates of cognitive impairment in first episode schizophrenia: the EUFEST study. *Schizophr Res*. 2009;115:104-14.

#### PO-832

#### INFLUENCIA DEL USO DE TÓXICOS EN INGRESOS DE PACIENTES PSICÓTICOS

M.E. James Sosa, J. Gómez-Arnau Ramírez, P. Sánchez Páez, L. García Calvo, J. Andrada Meyer e I. Durán Cristóbal

**Introducción:** La prevalencia de trastornos por uso de sustancias es más alta de lo estadísticamente esperable en pacientes psiquiátricos. Sin embargo no existen demasiados datos acerca de la influencia que tiene este consumo en los ingresos de pacientes psicóticos, así como su relación con el incumplimiento terapéutico, o la importancia sobre las variables de edad y género.

**Metodología:** Se analiza una muestra de 104 pacientes psicóticos ingresados en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal durante el año 2010, recogiendo las variables de edad, sexo, consumo de tóxicos y cumplimiento terapéutico, utilizando los test estadísticos chi-cuadrado de Pearson y t de Student para el análisis de las variables.

**Resultados:** 41 sujetos (39,4%) presentaban consumo de tóxicos al ingreso, y 54 (51,9%) habían abandonado el tratamiento psicofarmacológico. Los tóxicos más comunes fueron cannabis (23,1%), alcohol (18,3%) y cocaína (8,7%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas que relacionen el sexo o la edad con el consumo de tóxicos, ni éste con la interrupción del tratamiento.

**Conclusiones:** El consumo de tóxicos en nuestra muestra, y las proporciones de alcohol, cannabis y cocaína son similares a los resultados de otros estudios previos. Se observa en la muestra un uso muy restringido de otros tóxicos muy utilizados en otros medios, especialmente metanfetaminas o hidrocarburos aromáticos. No se han observado diferencias estadísticamente significativas entre las variables comparadas de edad, sexo, consumo activo e incumplimiento terapéutico. Se confirma en la muestra la elevada prevalencia de patología dual presente al ingreso.

**Bibliografía**

1. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:892-909.
2. Szerman N, Álvarez CM, Casas M. Patología dual en esquizofrenia. Opciones Terapéuticas. Glosa. Barcelona, 2007.

**PO-849****EFEKTOS DE LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN UN CENTRO ESPECÍFICO DE ENFERMOS MENTALES**

J.M. Valls Nieto, M.D. Gaspar Alfonso y S. Gómez Martínez

**Introducción y objetivos:** El presente trabajo se realizó partir de la intervención terapéutica en un Centro Específico de Enfermos Mentales. Este centro ha puesto en marcha una serie de programas en aras de conseguir la estabilización y mejora de sus residentes dentro de su patología mental. Dichos programas son implementados por un equipo interdisciplinario. El objetivo del trabajo es ver la utilidad de dichos programas, en la evolución de los residentes.

**Metodología:** Población de 30 residentes. Para ello se tiene en cuenta el nivel de participación de los residentes en las actividades, y el aprovechamiento de las mismas mediante medidas psicométricas que nos dan la escala MMSE (de deterioro cognitivo), la escala NPI-Q. Se comparó la medida de los residentes en dichas escalas en dos trimestres distintos, obteniéndose así la diferencia entre ambas.

**Resultados:** Los resultados muestran la evolución de los residentes en un período de seis meses. Mostrándose una clara mejoría en la emisión de conductas disruptivas, como muestra la media de las puntuaciones de la subescala general de la escala NPI-Q, con un promedio al primer corte de 26,5 y en el segundo corte de 22,5, significando una mejoría media de 4 puntos. No existen signos de mejoría en las capacidades cognitivas, aunque se ha conseguido la estabilización de las mismas, no se ha logrado mejorarlas. Como muestra la media de puntuación en la escala MMSE, siendo 24 al inicio del primer corte, manteniéndose en el segundo corte.

**Conclusiones:** Destacar la importancia de las intervenciones terapéuticas no farmacológicas y la necesidad de seguir trabajando dichos programas en el CEEM, mejorando aquellos que no obtienen la respuesta adecuada por parte de los residentes; así como la necesidad de seguir observando la conducta de los mismos para diseñar programas específicos que ayuden a mejorarla.

**PO-851****TRASTORNO ESQUIZOAFFECTIVO. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS**C. Parro Torres, J. Andrada Meyer, R. Manzanero Estopiñán,<sup>1</sup> M. James Sosa, M. Serrano Díaz de Otálora y P. Sánchez Páez

**Introducción:** El trastorno esquizoaffective es una entidad nosológica cuya independencia está en continuo debate. Entre el trastorno bipolar y la esquizofrenia, es difícil excluir su pertenencia a uno u otro espectro, a pesar de los múltiples estudios que han intentado demostrar su independencia.

**Metodología:** Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo con 27 pacientes hospitalizados diagnosticados de trastorno esquizoaffective, entre los años 2005 y 2010. Se recogieron las variables y se analizaron con SPSS.

**Resultados:** La edad media de inicio fue 23,5 años (la actual 43,37 años). El 30% eran mujeres, y un 70% varones. Sólo un 18% de los pacientes se mantenían activos laboralmente. En un 25,92% de los casos el trastorno esquizoaffective fue el primer diagnóstico recibido. Del resto un 35% había sido diagnosticado de trastorno bipolar, un 45% de esquizofrenia y un 20% recibió otro diagnóstico. El 55% tenían antecedentes familiares de primer grado, siendo el trastorno depresivo el más frecuente (33%). La media de ingresos fue de 6 por

paciente. El 70% tuvo evolución crónica. El 25,5% pertenecía al polo depresivo, el 55,5% al maníforme y en un 19% no había predominio.

**Conclusiones:** El alto porcentaje de evolución crónica, la mutación diagnóstica, la edad de inicio más tardía que en la esquizofrenia y la predominancia de síntomas afectivos entre los familiares de primer grado; nos hace pensar que es una psicosis de etiología compartida, más cercana a lo afectivo, sin claras diferencias para un diagnóstico bien diferenciado al comienzo; precisando la evolución para establecerlo.

**Bibliografía**

1. Pini S, et al. Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaffective disorder and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic features. *Eur Psychiatry*. 2004;19:8-14.
2. Rojas K. Diagnóstico y estabilidad diagnóstica de pacientes egresados como Trastorno Esquizoafectivo en el año 2005 en el Hospital Nacional Psiquiátrico, 2009.

**PO-860****DENSIDAD DE RECEPTORES D2 ESTRIATALES Y CONSUMO DE CANNABIS EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS NO TRATADOS: ESTUDIO CON IBZM SPECT**

R.B. Sauras Quetcuti, I. Corripio, G. Safont, M.J. Escartí, A. Alonso, E. Grassa, M. Portella, V. Pérez Sola, B. Arranz y E. Álvarez

**Introducción y objetivos:** Los mecanismos mediante los cuales el cannabis aumenta el riesgo de psicosis son poco conocidos. Múltiples factores genéticos y ambientales intervienen en la hiperdopaminergia estriatal presináptica de la psicosis, pero las regiones postsinápticas apenas han sido estudiadas. El objetivo del estudio es determinar mediante (123)I-IBZMSPECT si el consumo de cannabis en un primer episodio psicótico (PEP) implica variaciones en la densidad de los receptores de dopamina D2 (RD2) postsinápticos.

**Metodología:** Se realiza un estudio comparativo multicéntrico con 37 pacientes con PEP naïves y 18 controles sanos, a los que se realiza un SPECT utilizando (123)I-iodobenzamide (IBZM) determinando la ratio de captación específica/no-específica, estriado/frontal (S/F) de los RD2 postsinápticos. Los pacientes se dividen entre consumidores de cannabis y no consumidores.

**Resultados:** Los consumidores de cannabis eran más jóvenes que los no consumidores ( $p = 0,012$ ). No se encontraron diferencias significativas en la ratio S/F ( $p = 0,447$ ), entre el grupo de consumidores el de no consumidores. El análisis posthoc muestra una ratio S/F significativamente menor en controles que en consumidores de cannabis ( $p = 0,02$ ).

**Conclusiones:** En nuestra muestra el consumo de cannabis está relacionado con un debut más precoz de la psicosis. La captación de RD2 estriatales en PEP consumidores de CNN era comparable a la de aquellos pacientes no expuestos a la sustancia pero aumentada con respecto a controles sanos. Estos hallazgos sugieren la presencia de una regulación compensatoria del sistema dopamínérigo en pacientes con un PEP. Son necesarias más investigaciones para confirmar dicha hipótesis y poder clarificar la implicación dopamínérigo en el consumo de cannabis y el desarrollo de psicosis.

**Bibliografía**

1. Howes K. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III--the final common pathway. *Arseneault*, 2009.
2. Cannon M. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence, 2004.
3. Voruganti LN, Cannabis induced dopamine release: an in-vivo SPECT study. *Slomka*. 2001.

**PO-865****EVALUACIÓN DE LA CONCIENCIA DE ENFERMEDAD EN LA ESQUIZOFRENIA**

M. Moreno Ortega, J. Díez, A. Bagney, P. Holgado, J. de la Oliva, N. Mesa, R. Rodríguez-Jiménez y M.A. Jiménez-Arriero

**Introducción y objetivos:** La escasa conciencia de enfermedad es una característica frecuente en la esquizofrenia. Se ha descrito su

asociación con una baja adherencia al tratamiento, deterioro neuropsicológico y empobrecimiento de la funcionalidad, por lo que ha sido incluida como objetivo terapéutico en los programas de rehabilitación psicosocial. Se han propuesto diferentes escalas para su evaluación, entre ellas la SUMD. Por otra parte, el ítem PG12 de la PANSS se ha señalado como medida útil de conciencia de enfermedad. El objetivo del trabajo fue examinar la relación entre la SUMD y el ítem PG12 de la PANSS.

**Metodología:** Se realiza el estudio en 70 pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide/residual DSM-IV-TR, clínicamente estabilizados. Para evaluar la conciencia de enfermedad se utilizaron las versiones españolas de la Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) y el ítem PG12 de la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Para determinar la relación entre ambas variables se realizó una correlación de Pearson.

**Resultados:** Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre SUMD-Conciencia global y PG12 ( $r = 0,821$ ;  $p < 0,01$ ), SUMD-Conciencia/síntomas y PG12 ( $r = 0,402$ ;  $p < 0,01$ ) y SUMD-Atribución/síntomas y PG12 ( $r = 0,628$ ;  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** En nuestra muestra, obtuvimos una fuerte correlación entre SUMD-Conciencia global y PG12, así como entre las subescalas SUMD-Conciencia y SUMD-Atribución y PG12. Nuestros resultados son consistentes con otros estudios que observan altas correlaciones entre diferentes medidas de conciencia de enfermedad, y apuntan al ítem PG12 como herramienta a considerar en la práctica clínica habitual dados sus beneficios en términos de eficiencia frente a otras medidas más costosas.

#### Bibliografía

1. Lysaker PH, Buck KD, et al. Lack of awareness of illness in schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2009;9:1035-43.
2. Gharabawi G, Bossie C, et al. The impact of insight on functioning in patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195:976-82.

#### PO-866

#### CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y FUNCIÓN EJECUTIVA EN ESQUIZOFRENIA

M. Moreno Ortega, J. Díez, P. Holgado, A. Bagney, M. Caballero, J. de la Oliva, N. Mesa, R. Rodríguez-Jiménez y M.A. Jiménez-Arriero

**Introducción y objetivos:** Entre el 50 y el 80% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia tienen escasa conciencia de enfermedad, lo que ha sido asociado con baja adherencia al tratamiento y funcionamiento/adaptación empobrecidos. Por otro lado, los pacientes diagnosticados de esquizofrenia tienen un rendimiento cognitivo inferior comparado con sujetos sanos en varios dominios cognitivos, como la función ejecutiva. Se ha descrito que los pacientes esquizofrénicos que son escasamente conscientes de su enfermedad tienen peor rendimiento cognitivo, apoyando la posibilidad de que la falta de conciencia esté asociada a déficit en la cognición. El objetivo del trabajo fue estudiar la relación entre conciencia de enfermedad (y sus diferentes componentes) y función ejecutiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

**Metodología:** Se realiza el estudio en 70 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide o residual según DSM-IV-TR, clínicamente estabilizados. Para evaluar la función ejecutiva se utilizó el Trail Making Test (diferencia de tiempo entre realización de la parte B y la parte A) y para evaluar la conciencia de enfermedad se utilizó la Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD). Para determinar la relación entre ambas variables, se realizó una correlación de Pearson.

**Resultados:** Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre SUMD-Conciencia global y TMT ( $r = 0,026$ ,  $p < 0,05$ ); y entre SUMD-Conciencia atribución y TMT ( $r = 0,32$ ,  $p < 0,01$ ); no encontrándose correlación entre SUMD-Conciencia síntomas.

**Conclusiones:** En nuestra muestra, el peor funcionamiento cognitivo se asoció a una menor atribución de la sintomatología a la en-

fermedad y no a la conciencia de los síntomas, apuntando a la necesidad de estudiar de manera diferencial la relación entre función cognitiva y los diferentes componentes de la conciencia de enfermedad.

#### Bibliografía

1. Baier M. Insight in schizophrenia: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12:356-61.
2. Shad MU, Tamminga CA, et al. Insight and frontal cortical function. *Schizophr Res*. 2006;86:54-70.

#### PO-877

#### EVALUACIÓN DE LA COGNICIÓN EN LA PSICOSIS: CONCORDANCIA ENTRE UNA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA Y UNA ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN NEUROCOGNITIVA

A.M. Sánchez Torres, L. Moreno Izco, V. Basterra Gortari, L. Fañanás Saura, V. Peralta Martín y M.J. Cuesta Zorita

**Introducción:** Las alteraciones cognitivas son manifestaciones nucleares de los trastornos psicóticos, que repercuten en el funcionamiento diario de estos pacientes (Ventura et al, 2009).

**Objetivos:** Evaluar la concordancia entre la estimación clínica de las alteraciones cognitivas mediante una entrevista semiestructurada y los rendimientos cognitivos objetivados mediante un test breve de evaluación neurocognitiva en una muestra de pacientes diagnosticados de psicosis.

**Metodología:** Se evaluó a 34 pacientes estabilizados con diagnóstico de psicosis de más de 10 años de evolución mediante la entrevista semiestructurada CGI-CogS (Clinical Global Impression of Cognition in Schizophrenia; Bilder, 2003). La CGI-CogS evalúa clínicamente las alteraciones cognitivas en siete áreas (memoria operativa, atención, aprendizaje verbal y espacial, resolución de problemas, velocidad de procesamiento y cognición social), a través de su repercusión en el funcionamiento del paciente. También se les administró el SCIP (Screening for Cognitive Impairment in Psychiatry), test breve adaptado y validado en población psiquiátrica española, que evalúa el rendimiento en aprendizaje verbal inmediato y diferido, memoria operativa, fluencia verbal y velocidad de procesamiento.

**Resultados:** Se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre la puntuación total del SCIP y la CGI-CogS en memoria operativa ( $r = 0,50$ ,  $p = 0,002$ ), atención ( $r = 0,35$ ,  $p = 0,043$ ), aprendizaje verbal ( $r = 0,45$ ,  $p = 0,007$ ), resolución de problemas ( $r = 0,64$ ,  $p < 0,001$ ), velocidad de procesamiento ( $r = 0,49$ ,  $p = 0,003$ ), cognición social ( $r = 0,45$ ,  $p = 0,007$ ) y estado neurocognitivo global ( $r = 0,53$ ,  $p = 0,001$ ), GAF-Cogs ( $r = 0,56$ ,  $p < 0,001$ ) e impresión clínica global ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,001$ ). No se alcanzó significación estadística en aprendizaje espacial.

**Conclusiones:** Nuestros resultados muestran una elevada correspondencia entre la estimación clínica de las alteraciones cognitivas mediante la entrevista semiestructurada de la escala CGI-Cogs y la evaluación del rendimiento cognitivo de manera objetiva mediante el SCIP. La escala CGI-CogS, por lo tanto, representa una medida complementaria para evaluar las alteraciones cognitivas a partir de su repercusión en el funcionamiento de personas con trastornos psicóticos.

Agradecimientos: Plan Nacional sobre Drogas (2008/I/30).

#### PO-880

#### CANNABIS Y PSICOSIS: EL PAPEL MODULADOR DE LOS GENES CANDIDATOS COMT, AKT1 Y CNR1

M. Fatjó-Vilas Mestre, B. Arias, M.J. Muñoz, S. Miret, G. Estrada, S. Campanera, M. Martín, M.L. Miralles, G. Pulido y L. Fañanás

**Introducción:** Diferentes estudios han confirmado la asociación entre el consumo de cannabis y el riesgo para desarrollar psicosis (Henquet et al, 2005). Se ha sugerido que esta relación podría estar me-

diada por variabilidad en genes relacionados con los sistemas de neurotransmisión dopamínérigo y cannabinoides, entre otros (Agrawal et al, 2008). El objetivo del presente estudio fue analizar el efecto de polimorfismos localizados en los genes COMT, AKT1 y CNR1 en el consumo de cannabis y/o la aparición de síntomas psicóticos.

**Metodología:** La muestra se compuso de 163 pacientes jóvenes (50% trastornos psicóticos, 50% trastornos afectivos o de la conducta (DSM-IV-TR)) y 205 sujetos sanos de la población general. Para todos ellos se obtuvo información sobre el consumo de cannabis (escala UNICA-A/DIGS) y una muestra sanguínea para la extracción de ADN. Se genotiparon tres SNPs usando sondas TaqMan (AB): COMT (rs4680), AKT1 (rs1130233), CNR1 (rs1049353).

**Resultados:** El efecto combinado del genotipo Val/Val (rs4680-COMT) y la exposición al cannabis incrementa el riesgo para desarrollar trastornos psicóticos ( $p = 0,04$ ). Por otro lado, el genotipo GG (rs1049353-CNR1) se asocia a un mayor riesgo para consumir cannabis ( $p = 0,016$ ).

**Conclusiones:** La variabilidad en genes implicados en los sistemas dopamínérigo y cannabinoides parece modular los fenómenos de correlación e interacción gen-ambiente analizados. En este sentido, los resultados obtenidos indican el efecto combinado del gen COMT, implicado en la catabolización de la dopamina en el espacio intersináptico, y la exposición al cannabis sobre el riesgo para desarrollar trastornos psicóticos, de manera similar a lo descrito previamente por Caspi et al (2005). Asimismo, el gen CNR1, directamente implicado en la señalización cannabinoides, parece modular la tendencia a consumir cannabis; efecto que ya había sido anteriormente observado (Leroy et al, 2001).

Agradecimientos. Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Salud (2008/090). Fundación Alicia Koplowitz (2006). CIBERSAM. Comissionat Universitats i Recerca del DIUE, Generalitat de Catalunya (2009SGR827).

## PO-886

### PRESCRIPCIÓN DE PALIPERIDONA EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

D. Miguel Arias, M.J. Ávila González, J.C. Díaz del Valle y M. Serrano Vázquez

**Introducción y objetivos:** Paliperidona es un nuevo antipsicótico atípico que presenta interesantes aportaciones a nivel farmacocinético y farmacodinámico, que se traducen a nivel clínico en un perfil de mejor tolerabilidad, menos interacciones y mayor seguridad. Pretendemos analizar la prescripción de paliperidona en pacientes ingresados en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) a lo largo de un año, así como el perfil clínico y sociodemográfico de los mismos.

**Metodología:** Se estudian todos los pacientes en los que se prescribe tratamiento con paliperidona en el momento de su alta (n = 58, 12,1% del total de altas) a lo largo del año 2010. Los datos son recogidos mediante cuestionario que incluye datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos, y se analizan con el SPSS18.0.

**Resultados:** La edad media es de 37,5 años, 51% mujeres, 53% conviven con familia de origen. El diagnóstico más habitual era Esquizofrenia (33%), otro T. psicótico (24%), T. esquizoafectivo (16%) y T. bipolar (14%). La dosis en el momento del alta oscilaban entre 3 y 36 mg/día, siendo la más habitual 18 mg/día. Un 33% de casos tenían también prescrito tratamiento con RILD, y un 54% con otro AP oral. Únicamente en un 12% se indicaba biperideno. Su estancia media fue de 19,5 días.

**Conclusiones:** Paliperidona LP es un nuevo antipsicótico con eficacia clínica probada, junto con un perfil más favorable de efectos secundarios.

## Bibliografía

1. Canuso CM, et al. Medication satisfaction en schizophrenia: a blinded-initiation study of paliperidone extended release in patients suboptimally responsive to risperidone. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008;23:209-215.
2. Berwerts J, Xu H, Nuamah I, Lim P, Hough D. Evaluation of the efficacy and safety of paliperidone extended-release in the treatment of acute mania: A randomized, double-blind, dose-response study. *J Affect Disorders*. 2010.

## PO-889

### ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE FUNCIONALIDAD PERSONAL Y SOCIAL EN PACIENTES AFECTADOS DE ESQUIZOFRENIA Y EL TRATAMIENTO CON PALIPERIDONA

D. Mejías Verdú, M.A. Antelo Lorenzo y J.M. López Navarro

**Objetivos:** Relación entre el grado de funcionalidad personal y social, pacientes con esquizofrenia y tratamiento con paliperidona. Muestra formada por 10 sujetos varones, edades entre 23 y 45 años, diagnosticados de esquizofrenia, 8 con consumo actual o anterior de drogas.

**Metodología:** Aplicamos Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP), Morosini et al (2000), validada en España por Bobes et al (2010), Subescalas: a) Autocuidado b) Actividades sociales habituales, incluyendo trabajo y estudio c) Relaciones personales y sociales d) Comportamientos perturbadores y agresivos

**Resultados:** Grado de funcionamiento de los pacientes entre 41 sobre 100 y 74 sobre 100. Media grado funcionamiento muestra: 58 sobre 100. Encima de la media: 8 sujetos, debajo de la media, 2 sujetos. Resultados para las subescalas a) Autocuidado: 4 sujetos no disfunción, 4 disfunción grado leve, 2 disfunción grado manifiesto. b) Actividades sociales habituales, incluyendo trabajo y estudio: 3 sujetos disfunción leve, 5 grado disfunción manifiesto, 2 grado disfunción marcado. c) Relaciones personales y sociales: 4 sujetos disfunción grado leve, 2 disfunción grado manifiesto, 4 grado disfunción marcado. d) Comportamientos perturbadores y agresivos: 6 sujetos no disfunción, 4 grado disfunción leve Tratamiento farmacológico con paliperidona, dosis 12 mg a 3 mg. Duración media 14,4 meses; de 7 a 31 meses.

**Conclusiones:** 1. El tratamiento con paliperidona disminuye los trastornos del comportamiento y/o agresividad. 2. Pacientes con patología dual por consumo de sustancias, mejor grado de funcionalidad tras tratamiento con paliperidona. 3. Por pluripatología sobre todo a nivel hepático, resultan beneficiados por el tratamiento con paliperidona, sobre todo con respecto al área del sueño.

## PO-897

### ACTIVIDAD DEPORTIVA EN LAS MEJORAS DE LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADOS EN PACIENTES ADULTOS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

J.J. García Arenas, M. Pérez García, J.A. Jiménez Barbero, V. Munuera García, A. Albacete Belmont y M.M. García Arenas

**Objetivos:** Conocer la influencia del ejercicio físico en el autocuidado de pacientes con trastorno mental grave no institucionalizados. Evaluar las actividades de autocuidados en pacientes con trastorno mental grave no institucionalizados.

**Metodología:** Tamaño muestral: el tipo de estudio es un ECI con asignación de grupos. N = 21. Los instrumentos de medida utilizados: Hemos utilizado dos escalas de valoración de autocuidados denominadas Barthel y Bels que están validadas. Recogida de datos mediante base de datos "Selene". Los datos clínicos-asistenciales serán recogidos por el terapeuta ocupacional encargado de dicho programa en la Unidad de Rehabilitación que está formado para ello. Criterios de inclusión: personas con trastorno mental grave, preferentemente con diagnóstico de F20 según los criterios de la CIE 10 u otros trastornos psicóticos, que presentan dificultades significativas en el funcionamiento psicosocial y para el desarrollo de las actividades básicas de autocuidados. Estabilizado psicopatológicamente. Sin trastornos graves de comportamiento.

**Resultados:** Los resultados obtenidos en la actualidad son positivos hasta la fecha del estudio con un número elevado de mejoras. Hemos observado una mejora en las actividades de autocuidado en los pacientes que realizan esta actividad deportiva comparándolo con los que no la realizan en las tres áreas de estudio. Se han valo-

rado más de 40 pacientes de cada centro por posibles pérdidas en el estudio y hasta la fecha mejora un 75% de los pacientes después de volver a valorar con las diferentes escalas. Estamos continuando con el estudio en la fecha.

**Conclusiones:** Con el presente estudio se pretende analizar el impacto de un programa de ejercicio físico estructurado, aplicado en pacientes con trastorno mental grave no institucionalizados y que presentan una limitación en sus actividades básicas de la vida diaria para mejorar la salud.

#### Bibliografía

1. Mckibbing CL, Paterson TL. A lifestyle intervention for older schizophrenia patients with diabetes a randomized controlled trial. *Schizophr Res.* 2006;86:36-44.
2. Navarro F, Aznar JA. Guía para la coordinación, intervención, atención y derivación entre salud mental y atención primaria. Plan de Salud Mental 1999-2001;MU-185-2000.

### PO-899

#### VARIABLES DE POBRE EVOLUCIÓN EN ESQUIZOFRENIA: ESTUDIO DE CASOS

M.I. Durán Cristóbal, P. Sánchez Páez, J. Gómez-Arnau Ramírez, J. Andrade Meyer, G. Martínez Portillo y M. James Sosa

**Introducción:** No hay criterios uniformes de respuesta terapéutica en las esquizofrenias. El 25-30% suelen ser resistentes. La efectividad, tolerancia y la adherencia son fundamentales dado que en general el tratamiento será en la gran mayoría de los casos para toda la vida.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es buscar empíricamente variables que tengan posible valor pronóstico y de respuesta terapéutica, en un grupo de 100 esquizofrénicos.

**Metodología:** En 100 esquizofrénicos ingresados estudiamos variables sociodemográficas, clínicas, terapéuticas y evolutivas. De ellos, 24 pacientes (24%) tuvieron peor evolución y 76 (76%) buena a los 3 años.

**Resultados:** En los de buena evolución a destacar: 64% eran varones; 77% solteros; 75% vivían en medio urbano; 66% vivían en familia; 15% no trabajaban. Tenían mejor adaptación familiar, sociolaboral y mayor dependencia económica previa; menos antecedentes en familiares de 1<sup>er</sup> grado de psicosis afectivas y esquizofrénicas, menor edad de inicio en primer episodio y mayor forma de comienzo agudo (29% vs 16%); igual porcentaje de formas sindrómicas paranoides; mejor respuesta terapéutica en primer episodio (64% vs 29%); mejor soporte familiar posterior 78% vs 50%; mayor actividad laboral a los 3 años 72% vs 50%; mayor cumplimiento a los 3 años, 89% vs 42%; menor número de reingresos y menor sintomatología negativa a los 3 años de seguimiento, más tratamientos complementarios psico-socio-rehabilitadores.

**Conclusiones:** Cuadros de inicio procesual, insidiosos, con peor respuesta terapéutica en primeros episodios, menor adherencia, menor soporte familiar, mayores reingresos y con clínica de predominio amotivacional, y menos tratamientos mixtos psico-socio-reabilitadores son factores, entre otros, de peor evolución.

#### Bibliografía

1. Chinchilla Moreno A. Las esquizofrenias. Barcelona: Elsevier-Masson, 2009.
2. Chinchilla Moreno A. Tratado de Terapéutica Psiquiátrica. Barcelona: Elsevier-Masson, 2010.

### PO-901

#### COMORBILIDADES EN ESQUIZOFRENIA

I. Durán Cristóbal, M. James Sosa, M. Serrano Díaz de Otálora, M. García Dorado, L. García Calvo y P. Artieda Urrutia

**Introducción:** En tratamiento de Esquizofrenia resulta fundamental prevenir efectos secundarios del tratamiento psicofarmacológico, manteniendo la salud física de los pacientes. Debemos coordinar

efectividad y eficacia de antipsicóticos a corto y largo plazo, tolerancia, seguridad y mejora de adherencia.

**Objetivos:** Valorar efectividad, seguridad y tolerancia de los antipsicóticos así como algunos aspectos pronósticos del tratamiento.

**Metodología:** En 50 pacientes con Esquizofrenia hemos estudiado en 6 meses, la salud física valorando: presión sanguínea, temperatura, pulso, peso, IMC, hemograma, bioquímica, radiografía tórax, EKG y registro de sustancias tóxicas. Usamos escala UKU (evaluación de efectos secundarios antipsicóticos) y CGI.

**Resultados:** 56% varones, 80% solteros, media de edad 34 años varones y 38 años mujeres, media de edad primer episodio 22,7% hombres y 24,5% mujeres, 14% personalidad esquizoide y 8% antecedentes familiares de Esquizofrenia. Comorbilidad médica previa al primer episodio en 30%: 2 sobrepeso, 3 DM, 9 abuso alcohol, 8 abuso cannabis, 10 ambas sustancias, 98% subtipo Paranoide. 60% tratados primer episodio con antipsicóticos segunda generación. En un episodio actual, 22% tenía comorbilidades médicas. Risperidona fue antipsicótico más utilizado. Los efectos secundarios más preocupantes fueron aumento peso y disfunción sexual.

**Conclusiones:** La salud física de pacientes con tratamientos antipsicóticos a largo plazo puede comprometerse por el aumento de peso y síndrome metabólico. Se observan diferencias entre distintos antipsicóticos. Se necesita orientación específica futura para controlar estos aspectos y garantizar formas de vida saludables.

#### Bibliografía

1. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale.* 2009;35:330-9.
2. Newcomer JW. Metabolic syndrome and mental illness. *Am J Manag Care.* 2008;14:76.

### PO-904

#### CLOZAPINA Y SÍNTOMAS OBSESVOS EN ESQUIZOFRENIA

N. Cantero Rodríguez, E. Martín Martínez, R. Domínguez Bootello, J. Guzman Parra y F. Mayoral Cleries

**Introducción:** La presencia de síntomas obsesivos en pacientes con esquizofrenia ha sido muy documentada a lo largo de la historia, cifrándose su prevalencia entre el 1 y el 50% según diferentes estudios. Se ha asociado la aparición de estos síntomas con el tratamiento con antipsicóticos atípicos, y en particular la clozapina.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia y el significado clínico de síntomas obsesivo-compulsivo entre un grupo de 25 pacientes ambulatorios estables con diagnóstico de esquizofrenia y en tratamiento con clozapina en comparación con otro grupo de pacientes de similares características en tratamiento con otros AP.

**Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se estudiaron 50 pacientes estabilizados clínicamente en una unidad de rehabilitación de la UGC Salud Mental de Carlos Haya utilizando escalas de síntomas clínicos: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), BPRS así como variables sociodemográficas. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS.

**Resultados:** El 65% de la muestra son varones y en un 95% solteros, 65% llevaba más de 15 años en tratamiento en Salud Mental y un 15% con más de 15 años en tratamiento con clozapina frente a un 35% que llevaba menos de 5 años. Un 30% de nuestra muestra presentaron una puntuación en la escala Y-BOCS > 18 puntos que correspondería a un TOC clínico. Entre las puntuaciones de la escala BPRS destacaron con puntuaciones de moderado a grave un 30% en el ítem suspicacia un 35% presentaron en contenido inusual del pensamiento y 20% en conducta bizarra.

**Conclusiones:** Nuestro estudio avala la alta prevalencia de sintomatología obsesiva entre los pacientes diagnosticados de Esquizofrenia en tratamiento con clozapina no tanto la relación con sintomatología depresiva y sintomatología positiva. Debería de hacerse una screening sistemático de sintomatología obsesiva en este tipo de pacientes.

## PO-905

## EFICIENCIA DE LOS ANTIPSICÓTICOS EN EL TRATAMIENTO DE RECAÍDAS POR ESQUIZOFRENIA

A. García-Ruiz, L. Pérez Costillas, A. Montesinos, J. Alcalde, I. Oyagüez y M.A. Casado

**Objetivos:** Evaluar la eficiencia de los antipsicóticos usados en España para reducir las recaídas por esquizofrenia.

**Metodología:** Se desarrolló un modelo analítico de decisión para explorar la relación coste-efectividad frente a haloperidol del tratamiento anual de 5 antipsicóticos: amisulprida, aripiprazol, olanzapina, paliperidona de liberación prolongada (LP) y risperidona. El análisis utilizó la perspectiva del Sistema Nacional de Salud incluyendo los siguientes costes: farmacológicos de los antipsicóticos, de hospitalización por recaídas, de visitas médicas y de manejo de acontecimientos adversos (AA) y complicaciones metabólicas derivadas del tratamiento (síntomas extrapiramidales, ganancia de peso, intolerancia a glucosa o diabetes). Las probabilidades de transición de las terapias evaluadas se obtuvieron de un metaanálisis realizado por el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Para confirmar la robustez de los resultados se realizaron análisis de sensibilidad (AS) determinísticos modificando  $\pm 20\%$  las probabilidades de recaída y de interrupción del tratamiento (por AA u otras razones) de las medicaciones evaluadas.

**Resultados:** Paliperidona LP fue la opción con más años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados por paciente (0,7573). Además fue la estrategia con menor coste (3.062 €), seguida por risperidona (3.194 €), haloperidol (3.322 €), olanzapina (3.893 €), amisulprida (4.247 €) y aripiprazol (4.712 €). En el análisis coste-efectividad incremental (CEI) frente a haloperidol, paliperidona LP y risperidona resultaron estrategias dominantes. Las relaciones CEI frente a haloperidol del resto de alternativas fueron 23.621 €/AVAC ganado para olanzapina, 91.584 €/AVAC ganado para amisulprida y 94.558 €/AVAC ganado para aripiprazol. El AS confirmó la dominancia de risperidona frente a haloperidol. Paliperidona LP también resultó dominante, excepto en el escenario que contemplaba una disminución del 20% de la probabilidad de recaída.

**Conclusiones:** Paliperidona LP y risperidona son opciones dominantes frente a haloperidol para tratar pacientes con recaídas por esquizofrenia en España. Este trabajo ha contado con una ayuda para su realización de Janssen.

## PO-908

## SÍNDROME FEBRIL POR CLOZAPINA. REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO

J.C. Vázquez Caubet, O. Bautista Garrido, I.M. Castillo García, E. Soria García-Rosel, L. del Nido Varo y F.J. Sanz Fuentenebro

**Introducción:** La clozapina ve su indicación limitada por el riesgo de efectos adversos, algunos de ellos graves e infrecuentes (agranulocitosis) y otros más comunes pero de escasa relevancia clínica, como el síndrome febril. Se revisa la literatura existente sobre el tratamiento con clozapina, el desarrollo de fiebre como síntoma aislado y las estrategias de manejo. Se contextualiza el caso de un paciente que sufrió un episodio de síndrome febril por clozapina durante su ingreso en nuestra unidad.

**Metodología:** Exponemos el caso de un varón de 20 años que ingresó en nuestro centro por presentar un primer episodio psicótico que fue tratado con clozapina como primera opción en el contexto de un ensayo clínico.

**Resultados:** El paciente presentó un pico febril de hasta 40° a las dos semanas de iniciarse el tratamiento con clozapina, persistiendo durante 4 días en torno a valores de 38-40°. Se suspendió temporalmente la administración de dicho fármaco y recibió tratamiento sintomático con paracetamol. Las pruebas complementarias fueron normales. Tras la remisión de la fiebre el fármaco pudo ser reintroducido de forma progresiva sin más incidencias.

**Conclusiones:** El estudio de ensayos clínicos y series de casos refleja que el síndrome febril por clozapina es una complicación relativamente frecuente (43%), si bien de buen pronóstico, ya que carece de consecuencias graves una vez se han descartado la agranulocitosis y el síndrome neuroléptico maligno. Un abordaje sintomático de la fiebre resulta el más beneficioso para el paciente. La aparición de fiebre como síntoma aislado durante el tratamiento con clozapina no justifica la suspensión del mismo.

## Bibliografía

1. Lowe C, Arthur-Grube R, Scates A. Characterization and Clinical Management of Clozapine-Induced Fever. *The Annals of Pharmacotherapy*. 2007;41:1700-4.
2. Jeong SH, et al. The characteristics of clozapine-induced fever. *Schiz Res*. 2002;56:191-3.

## PO-914

## EXTERNALIZACIÓN EN UNIDADES DE LARGA ESTANCIA: UNA POSIBILIDAD NECESARIA

L. Granell Ninot

**Introducción:** Las Unidades de Larga estancia de hospitales psiquiátricos actualmente funcionan como un recurso de rehabilitación de pacientes graves que no han podido adaptarse adecuadamente al ámbito comunitario y para los que los recursos externos no han cumplido sus objetivos. Dado el deterioro progresivo que sufren estos pacientes en sus funciones vitales, se hace difícil la externalización, de forma que el recinto hospitalario pasa a ser el ámbito en el que el paciente se desenvuelve. Sin embargo, los avances tanto a nivel farmacológico, como en programas rehabilitadores, hacen que muchos pacientes mejoren y sea posible el alta progresiva. Hemos creado hace 1 año en el Complejo Asistencial Benito Menni (CABM) un programa de externalización multidisciplinar integrado por: psiquiatra, psicólogo, enfermera, trabajadora social y terapeuta ocupacional.

**Objetivos:** Lograr que aquellas pacientes externalizables (programa centrado en 15 pacientes). Estables psicopatológicamente de forma continuada. Mejoran HHSS específicas en el medio comunitario. Más contacto con el medio externo. Mejor ajuste del paciente con la familia y/o agentes de apoyo social externo al hospital. Coordinación continuada con recursos externos.

**Metodología:** Intervenciones: Psicoterapéuticas: grupales, individuales y familiares centradas HHSS y relaciones fuera del ámbito hospitalario. Psicoeducación. Atenciones domiciliarias: trabajo con familia y desempeño en medio comunitario. Terapia ocupacional: trabajo individualizado de las AVBDs básicas e instrumentales. Enfermería: capacitar al paciente en automedicación. Sociales: coordinación con recursos externos (CSM, y a través de este: recursos de rehabilitación comunitaria).

**Resultados:** A lo largo del último año hemos conseguido con las pacientes del programa: mayor autonomía en el medio externo (medido LSP). Mejoría en habilidades sociales (medido Rehab). Más permisos de fin de semana con familia. Más altas por año.

## Bibliografía

1. Cañamares JM, Castejón MA, Florit A, González J, Hernández JA, Rodríguez, A Esquizofrenia. Madrid: Síntesis, 2001.
2. Marks et al. Home based versus hospital based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 1994;179-94.

## PO-928

## CONDICIONES PREPSICÓTICAS EN ESQUIZOFRENIA

M. Serrano Díaz de Otálora, M. García Dorado, L. García Calvo, P. Artieda Urrutia, R. Manzanero Estopiñán y E. Martínez Portillo

**Introducción y objetivos:** El sustrato biológico en la etiopatogenia de la esquizofrenia es evidente, pero existen factores personales, sociales y medioambientales que determinan el desarrollo de la enfer-

medad. Distintas investigaciones clínicas han observado frecuentemente estresantes previos al primer episodio de esquizofrenia.

**Metodología:** Empleamos variables clínico-evolutivas y estresantes previos con potencial valor patogénico, analizando la probable relación con una forma específica de evolución de la enfermedad; sobre una muestra de 50 pacientes esquizofrénicos de la unidad de antipsicóticos depot de un hospital general.

**Resultados:** Previamente al inicio de la enfermedad (6 meses) hallamos los siguientes condicionantes: en áreas sociofamiliares solo eran adecuados el 32% de la muestra a nivel social y el 24% a nivel familiar. El 22% tenían francas dificultades sociales. El 32% de la muestra tenían hobbies bizarros, el 20% se definían a sí mismos como raros y el 22% como tímidos. Respecto a los estresares previos al primer episodio: el 12% poseían estresares escolares, 6% del servicio militar, 8% conflictos familiares, 4% cambiaron de residencia, 4% realizaron un proceso migratorio a otro país, 4% perdieron el trabajo o a un miembro familiar y 6% tenían problemas de pareja. En el 52% no se encontraron estresantes previos. Respecto a la evolución, el 80% eran respondedores al tratamiento (48% en el seguimiento a 9,2 años), el 42% cursaba de forma procesual y el 12% con defecto. Conclusiones No existen estresantes específicos para el desarrollo de la enfermedad, si bien es fácil encontrar antes de su inicio alguna situación relacionada con la comunicación o interacción social alteradas. Nuevamente la esquizofrenia se presenta como una enfermedad biopsicosocial.

#### Bibliografía

1. Chinchilla Moreno A. Las Esquizofrenias. Barcelona: Elsevier-Masson, 2009.
2. Agius M, et al. The staging model in schizophrenia, and its clinical implications. Psychiatr Danub. 2010;22:211-20.

#### PO-930

#### PALIPERIDONA LP FRENTE A RISPERIDONA PARA DISMINUIR LA PREVALENCIA DE PARKINSONISMO ASOCIADO AL USO DE ANTIPSICÓTICOS

R. Camarneiro, A. Rodríguez Quiroga, L. Oviedo, L. Pavón y R. Fernández García-Andrade

**Introducción:** La respuesta de hombres y mujeres a antipsicóticos puede variar por diferencias biológicas en la farmacocinética o la farmacodinamia. Las mujeres presentan mayor riesgo de efectos secundarios neurológicos a largo plazo y de acatisia, mientras que los hombres de efectos neurológicos agudos y síndrome neuroléptico maligno.

**Objetivos:** Evaluar el parkinsonismo secundario en pacientes tratados con paliperidona y risperidona, y las diferencias encontradas según el sexo.

**Metodología:** Estudio multicéntrico, transversal, observacional, de pacientes en tratamiento ambulatorio, psicopatológicamente estables, en monoterapia antipsicótica con risperidona o paliperidona LP. Sintomatología extrapiramidal secundaria si tratamiento con biperideno. Muestra dividida según: tratamiento antipsicótico y sexo. Análisis de datos realizado con SPSS (versión 17.0). Comparación de las muestras independientes: test t (para igualdad de medias en variables con distribución normal), test de U Mann-Whitney (variables sin distribución normal). Chi-cuadrado para datos categóricos y ordinales.

**Resultados:** N = 163. N risperidona = 82; N paliperidona = 81. N varones = 99, n mujeres = 64. Dosis mediana risperidona = 5 mg RIQ (4-6). Dosis mediana paliperidona = 9 mg RIQ (6-17). Inicialmente, 30,7% de pacientes presentaron sintomatología extrapiramidal secundaria a antipsicóticos, requiriendo tratamiento con biperideno. Diferencias significativas ( $p = 0,001$ ) en pacientes que presentaron SEP: 43,9% con risperidona frente a 17,3% con paliperidona. Según sexo, en pacientes con risperidona, diferencias significativas ( $p = 0,047$ ): mayor presencia de SEP en mujeres (56,25%). Sin diferencias con paliperidona ( $p = 0,39$ ).

**Conclusiones:** Mayor frecuencia de aparición de SEP en pacientes tratados con risperidona, que con paliperidona LP. Las mujeres tra-

tadas con risperidona, presentan con mayor frecuencia SEP que los varones. Estas diferencias encontradas en ambos sexos, se disipan con el uso de paliperidona LP. La mayor prevalencia de sintomatología extrapiramidal por antipsicóticos en mujeres puede influir negativamente en el cumplimiento terapéutico, yendo en detrimento de la funcionalidad de la paciente. La utilización de fármacos antipsicóticos con perfil de efectos neurológicos más favorable, como paliperidona LP, podría disipar estas diferencias.

#### PO-937

#### HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS: INFLUENCIA DEL ANTIPSICÓTICO

E. Román Fernández, M.C. García Mahía, M. Vidal Millares, F.J. Ortega Ruibal y A. Buján López

**Introducción:** La falta de adherencia al tratamiento es una de las principales razones de recaída en pacientes esquizofrénicos. Estudios previos destacan potenciales beneficios de los antipsicóticos inyectables de larga duración.

**Objetivos:** Analizar la influencia del tipo de tratamiento antipsicótico en la hospitalización de pacientes esquizofrénicos.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de internamientos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia, según criterios CIE-10, tratados en una unidad de agudos en un hospital general entre 2003 y 2009. N = 194. Se dividió a la muestra en 4 subgrupos según el tipo de tratamiento: 1. Risperidona inyectable de larga duración (RILD). 2. Antipsicóticos atípicos orales (AA) 3. Antipsicóticos típicos orales (AT) 4. Decanoato de flufenazina (DF) Se revisaron las prescripciones al alta, analizando las variables edad, sexo, número de episodios previos, tipo de tratamiento farmacológico, dosis, duración de estancias, tiempo entre recaídas. Análisis estadístico con el programa SPSS v.13.0 para Windows.

**Resultados:** El 61% de la muestra estaba constituida por varones y el 39% por mujeres con media de edad 37,4 años (desviación típica 14,2). Las menores estancias correspondieron al grupo tratado con RILD (16,4 días), seguidos por el grupo de pacientes tratados con AA (18,9 días), con mayores estancias en los grupos tratados con AT y DF (20,2 y 21,1 respectivamente), con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ). La media de reingresos fue menor en los grupos tratados con antipsicóticos inyectables. La estrategia de tratamiento con antipsicóticos fue distinta dependiendo del número de recaídas previas, y los años de enfermedad.

**Conclusiones:** Los pacientes esquizofrénicos tratados con RILD presentan menores estancias medias, y menor necesidad de hospitalización que los tratados con antipsicóticos orales o depot.

#### Bibliografía

1. Goff DC, et al. Treatment adherence in schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2011;72: 4.
2. Goff DC. Strategies for improving treatment adherence in schizophrenia. J. Clin Psychiatry. 2010;71(Suppl2):20-6.

#### PO-941

#### ANÁLISIS DE POLIMORFISMOS EN LOS GENES FAAH, CNR2 Y GRM3 EN ESQUIZOFRENIA Y PATOLOGÍA DUAL

J.R. Dávila Píriz, J.L. Santos Gómez, E.M. Sánchez Morla, F. Arias Horcajadas, E. Ochoa Mangado, R. Molina Prado, C. Tosio González, S. Sánchez Romero, J.A. Ramos Atance e I. Ampuero Sánchez

**Introducción y objetivos:** Existen evidencias de la presencia de factores de riesgo genético en esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se plantea el estudio de genes de interés para esquizofrenia y patología dual en población española.

**Metodología:** Determinaciones alélicas y genotípicas mediante Single Strand Conformation Polymorphism, análisis de fragmentos, discriminación alélica y secuenciación directa, de polimorfismos:

rs324420 (C/A) - gen FAAH, rs35761398 (CC/TT) y rs12744386 (C/T) - gen CNR2, y en gen GRM3, rs1468412 (A/T) y rs7804100 (G/A). Poblaciones: control: 237, de los cuales 35 presenta consumo habitual de cannabis. Pacientes: 310 diagnosticados según criterios DSM-IV. De ellos: 202 sin consumo, 57 cumplen criterios de patología dual por consumo de cannabis exclusivamente y 51 presentan patología dual por consumo de cannabis y al menos otra sustancia.

**Resultados:** FAAH: reducción de la frecuencia del genotipo heterocigoto (CA) en poblaciones consumidoras: controles 35,15%; consumidores no psicóticos 14,28%; patología dual (cannabis) 15,79%; patología dual (varias sustancias) 24,44%. Estas diferencias resultaron significativas,  $p = 0,0007$  (consumo),  $p = 0,014$  (consumidores no psicosis) y  $p = 0,005$  (patología dual-cannabis). CNR2: 1. Se establece haplotipo entre los dos polimorfismos. 2. Aumento en la frecuencia de heterocigotos y homocigotos rs35761398 (TT/TT) en esquizofrenia: diferencias significativas ( $p = 0,011$ ) siguiendo un modelo de herencia dominante. En patología dual  $p = 0,0023$ . -No existen diferencias en GRM3.

**Conclusiones:** Los resultados indican que la vinculación entre FAAH y el consumo es dependiente del genotipo, siendo el heterocigoto (CA) protector frente al abuso de cannabis. La vinculación de CNR2 y el trastorno dual es dependiente del alelo, siendo el alelo TT un posible factor de riesgo (modelo de herencia dominante).

#### Bibliografía

1. Ishiguro H, et al. Brain Cannabinoid CB2 Receptor in Schizophrenia, *Biological Psychiatry*. 2009;9:24-33.
2. Tyndale RF, et al. The Fatty Acid Amid Hydrolase C385A (P129T) Missense Variant in Cannabis Users, *American Journal of Medical Genetics*. 2007;144:660-6.

#### PO-950

#### COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA Y NO PSIQUIÁTRICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS PSICÓTICOS

E. Román Fernández, M.C. García Mahía, M. Vidal Millares, A. Buján López y F.J. Ortega Ruibal

**Introducción:** Estudios previos señalan que las tasas de mortalidad y morbilidad en pacientes psicóticos son superiores al resto de la población general, empeorando el pronóstico de pacientes con este tipo de patología psiquiátrica.

**Objetivos:** Análisis de comorbilidad psiquiátrica y no psiquiátrica en pacientes diagnosticados de trastornos psicóticos y su relación con variables sociodemográficas y clínicas.

**Metodología:** Revisión de historias clínicas de pacientes tratados en un período de 3 meses en una Unidad de Salud Mental, con diagnóstico de esquizofrenia, psicosis afectiva, trastorno delirante y otras psicosis funcionales, incluidos en el Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD) 430. N = 62.

**Resultados:** 63% de la muestra estaba constituida por varones y 37% por mujeres, con edad media 32 años (desviación típica 9,4) años. 42% de la muestra presentaba comorbilidad psiquiátrica, siendo el diagnóstico más frecuente abuso o dependencia de alcohol u otras drogas, seguida por episodios depresivos y trastorno de personalidad, con mayor frecuencia en varones ( $p < 0,01$ ). La comorbilidad no psiquiátrica más frecuente fue diabetes (21,5%) seguida de hipercolesterolemia (18,2%), entre otras, con mayor prevalencia en mujeres. El grupo de pacientes esquizofrénicos fue el que presentó mayor comorbilidad con otras patologías orgánicas.

**Conclusiones:** Los pacientes con trastornos psicóticos tienen elevadas tasas de comorbilidad psiquiátrica y no psiquiátricas potencialmente tratables. La sensibilización en Atención Primaria y Especializada hacia la detección y tratamiento de la comorbilidad mejoraría el pronóstico de pacientes con trastorno mental severo.

#### Bibliografía

1. Kane JM. Addressing side effects from antipsychotic treatment in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2011;72:e07.
2. Nasrallah HA. Likage of cognitive impairments with metabolic disorders in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2010;167:1155-7.

#### PO-967

#### ESTUDIO DEL POLIMORFISMO RS4680 DEL GEN COMT EN POBLACIÓN CONTROL, PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR

J.R. Davila Píriz, I. Ampuero Sánchez, E. Ochoa, E. Salvador, A. Soto, D. Baño, C. Tosío, R. Molina, F. Arias Horcajadas y J.A. Ramos Atance

**Introducción y objetivos:** El polimorfismo rs4680 perteneciente al gen COMT ha sido estudiado habitualmente por su vinculación a diferentes patologías psiquiátricas. Se plantea el estudio de la epidemiología del gen en población española.

**Metodología:** Se realizan determinaciones alélicas y genotípicas rs4680 (G/A) - COMT mediante secuenciación directa y discriminación alélica por sondas Taqman. Población control: 238 voluntarios de población española. Pacientes con trastorno bipolar: 102 diagnosticados según criterios DSM-IV. Pacientes con esquizofrenia: 310 **Resultados:** Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en población control dependiendo del sexo Hombres: 34,1% GG - 54,1% GA - 11,8% AA Mujeres: 27,8% GG - 45,2% GA - 27,0% AA ( $p = 0,031$  en la distribución genotípica y  $p = 0,0085$  cuando se evalúan homocigotos AA). En población con esquizofrenia existe inversión de frecuencias: Mujeres: 37% GG - 47,5% GA - 15,5% AA ( $p = 0,01$  por genotipos y  $p = 0,0009$  evaluando frecuencia de genotipo AA) Hombres: 25,3% GG - 50,5% GA - 24,2% AA ( $p = 0,048$ ;  $p = 0,013$ ) En trastorno bipolar las frecuencias encontradas eran similares a las de los controles.

**Conclusiones:** Estas diferencias dentro de la población control requieren ser explicada antes de abordar su posible vinculación a la esquizofrenia, pues el gen COMT no se encuentra en los cromosomas determinantes del sexo. Aunque aparece vinculado en ambos sexos, las diferencias son mayores en mujeres que en hombres. En ocasiones trastorno bipolar y esquizofrenia parecen poseer factores genéticos comunes, es este caso puede observarse una diferencia entre una y otra patología.

#### Bibliografía

1. Goghari VM, et al. Differential association of the COMT Val158Met polymorphism with clinical phenotypes in schizophrenia and bipolar disorder, *Schizophrenia Research*. 2008;103:186-91.
2. Porteus D. Genetic causality in schizophrenia and bipolar disorder: out with the old and in with the new, *Current Opinion in Genetics & Development*. 2008;18:229-34.

#### PO-974

#### ESTUDIOS DE FILTRAJE SENSORIAL MEDIANTE MAGNETOENCEFALOGRAFÍA EN ESQUIZOFRENIA

J. Tarragó Bofarull

**Introducción:** El filtraje sensorial es la habilidad de las redes neuronales del cerebro humano de transmitir únicamente una pequeña parte de la información entrante y así filtrar los estímulos irrelevantes. El paradigma del doble click P50 es una técnica electrofisiológica utilizada para el estudio de los mecanismos de filtraje que puede verse alterada en pacientes esquizofrénicos, e incluso se ha postulado como posible marcador fenotípico, ya que se ha detectado también en familiares de estos. Por razones técnicas las técnicas electroencefalográficas no pueden identificar generadores lateralizados de P50 si en cambio la magnetoencefalografía que a su vez podría aportar alta resolución temporal y espacial.

**Metodología:** Realizamos búsquedas bases de datos Pub Med para detección y revisión de estudios y artículos.

**Resultados:** Se obtienen múltiples artículos que abordan temática con diferentes resultados.

**Conclusiones:** A pesar de las discrepancias y los pocos ensayos detectados la magnetoencefalografía puede aportar hallazgos prometedores al estudio del filtraje sensorial y su aplicación en pacientes esquizofrénicos.

## PO-979

## GÉNERO Y ESQUIZOFRENIA: IMPLICACIONES CLÍNICAS, EVOLUTIVAS Y TERAPÉUTICAS

J. Andrada Meyer, J. Gómez-Arnau Ramírez, M. García Dorado, R. Manzanero Estopiñán, L. García Calvo y C. Parro Torres

**Introducción:** Si bien la incidencia para padecer esquizofrenia es equiparable para sexos, la clínica nos dice, aunque no invariablemente, que la mujer está más protegida en la evolución y que tiene mejor pronóstico y respuesta terapéutica. Las supuestas hipótesis que podrían diferenciarlas, entre otras, protección estrogénica; edad de inicio, mejor respuesta a antipsicóticos; menos síntomas negativos; mayor tolerancia social con ellas, mayores síntomas afectivos, etc. Datos no aceptados por todos.

**Objetivos:** Estudiar en 25 mujeres y 25 hombre esquizofrénicos posibles diferencias clínico-evolutivas y pronósticas para valorar el papel del sexo.

**Metodología:** Comparamos en los 2 grupos variables sociodemográficas, clínicas, personalidad previa, edad media de inicio, forma sindrómica de inicio, ajuste premórbido, AF 1º Grado de psicosis, tiempo en tratamiento, adherencia, efectos secundarios, nº de ingresos, tratamientos empleados e ICG.

**Resultados:** Encontramos una menor edad de inicio en los hombres pero no significativa; mayor domicilio rural en la mujer, 40% frente al 16% (¿factor socioambiental protector?). No diferencias en personalidad previa; si mayor incidencia familiar de esquizofrenia en los varones, 16% frente al 4%; si mayor consumo de tóxicos previos en hombres 24% frente al 4% en mujeres ( $p < 0,05$ ). No hubo diferencia en forma de inicio, sindrómica. Si mejor cumplimiento terapéutico y menos efectos secundarios en mujeres, aunque no significativos. No encontramos diferencias en la evolución, reingresos, recaídas, así como el estado clínico actual.

**Conclusiones:** Nuestros datos no aportan claras diferencias por sexo en la evolución y pronóstico de la esquizofrenia. Creemos necesario casuísticas más amplias y mayor tiempo de seguimiento.

## Bibliografía

1. Nicole L, et al. Gender differences in schizophrenia. In: Contemporary issues in the treatment of schizophrenia. Shriqui ChL, Nasrallah HA, eds. Washington: American Psychiatric Press, 1995:225-43.
2. Chinchilla Moreno A. Tratado de Terapéutica Psiquiátrica. Barcelona: Elsevier-Masson, 2010.

## PO-994

## PARÁMETROS DE SALUD FÍSICA Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA ESQUIZOFRENIA

J. Andrada Meyer, P. Sánchez Páez, C. Parro Torres, M. Serrano Díaz de Otálora, M.I. Durán Cristóbal y M. James Sosa

**Introducción y objetivos:** El tratamiento de la esquizofrenia debería ser enfocado no solo en la efectividad de los fármacos antipsicóticos sino también en la prevención de efectos secundarios, prestando especial atención a la salud física del paciente. Deberíamos buscar eficacia, eficiencia, seguridad, tolerancia y aumento de la adherencia. Estamos interesados en conocer estas características de los antipsicóticos debido a la gran vulnerabilidad de los pacientes esquizofrénicos a desarreglos funcionales y somáticos.

**Metodología:** En 50 pacientes diagnosticados de esquizofrenia (DSM-IV-Tr) hemos estudiado, a través de 6 meses, la salud física midiendo los parámetros vitales y analíticos, ECG, Rx de tórax y registro de sustancias de abuso. Fueron utilizadas las escalas ICG y la UKU.

**Resultados:** 56% de los pacientes fueron hombres, promedio de edad de 34 años en hombres y 38 en mujeres. 22% presentaba comorbilidad física previa y el 28% abusaba de sustancias. 98% eran paranoides. Del episodio actual 40% fueron recaídas, 24% eran crónicos, 4% resistentes y el 32% estaba en remisión con tratamiento continuo. 60% fueron tratados con antipsicóticos de segunda genera-

ción, 40% con los de primera y el 52% con ambos. El fármaco más utilizado fue la risperidona. Los efectos secundarios más preocupantes fueron la subida de peso y las disfunciones sexuales.

**Conclusiones:** A pesar de que la muestra fue pequeña, pudimos concluir que la salud física podría estar comprometida en el tratamiento antipsicótico crónico, con especial preocupación centrada en el peso y el síndrome metabólico, encontrándose diferencias entre los diferentes antipsicóticos. Se podría argumentar que la esquizofrenia aumenta por si misma algunos riesgos metabólicos y predispone a diabetes mellitus en comparación con la población de control.

## Bibliografía

1. Chinchilla Moreno A. Las Esquizofrenias. Barcelona: Elsevier-Masson, 2009.
2. Sadock BJ, Sadock VA. En: Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría Clínica, 10º ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2008.

## PO-995

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CONCIENCIA DE ENFERMEDAD EN UNA MUESTRA DE PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

E. Bravo Barba

**Introducción y objetivos:** Adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad, son dos aspectos básicos para la buena evolución de los pacientes que padecen un TMG. Ambas son elementos fundamentales que influyen de manera especial en la recaída de los pacientes a los que se les ha diagnosticado de un primer episodio psicótico. En los últimos años numerosos estudios han intentado mediar la relación entre la conciencia de enfermedad o la adherencia al tratamiento y la evolución de los pacientes. La mayor parte de resultados destacan como variable de mayor importancia la adherencia al tratamiento, siendo independiente la conciencia de enfermedad. Estudio longitudinal, retrospectivo y descriptivo de una muestra de pacientes con un primer episodio psicótico en los últimos 5 años. Se valora tanto la conciencia de enfermedad como la adherencia al tratamiento en el momento actual.

**Metodología:** Se obtuvo una muestra total de 53 pacientes a lo largo de los 5 años, de los cuales 44 presentaban diagnósticos del espectro de la esquizofrenia y 9 del espectro bipolar. En cuanto a la adherencia al tratamiento un 77,35% (41) presenta una buena adherencia al tratamiento frente al 22,65% (12) que no. En relación a la conciencia de enfermedad un 54,71% (29) de los pacientes presentan una buena conciencia de enfermedad frente a un 45,29% (24) que tienen nula conciencia de enfermedad.

**Resultados y conclusiones:** En nuestra muestra vemos como los pacientes presentan una aceptable adherencia al tratamiento, aunque sólo poco más de la mitad muestran conciencia de estar enfermos. Deberíamos dar una mayor importancia al trabajo sobre la adherencia al tratamiento para evitar las recaídas y asegurar una mejor evolución.

## Bibliografía

1. Birchwood M. Early intervention in psychosis. Br Journal Psychiatry. 1998;172(Suppl. 33):53-9.
2. DeQuardo JR. Pharmacologic treatment of first episode schizophrenia: early intervention is key to outcome. J Clin Psychiatry. 1998;59(Suppl. 19):9-17.

## PO-998

## IMPACTO DEL AUMENTO DE PESO Y SU RELACIÓN CON LA ACTITUD HACIA EL TRATAMIENTO

M.J. Jaén Moreno, A. Padilla Mata y L. Moyano Castro

**Introducción:** Tanto las enfermedades psiquiátricas graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) así como los fármacos que empleamos para su tratamiento se asocia con un incremento de los parámetros metabólicos (peso, IMC, colesterol, tensión arterial...). Nuestro estudio se basa en comprobar la existencia de alteraciones de dichos parámetros y la actitud de los pacientes hacia el tratamiento.

**Metodología:** Estudio observacional, prospectivo de 6 meses de seguimiento. La muestra se recoge en una Unidad de Salud Mental Comunitaria. Pacientes: 15 (continuamos ampliando la muestra) con: > 18 años, diagnosticados de esquizofrenia, en tratamiento con antipsicóticos orales o intramusculares. Instrumentos: DAI, ICG, B-WISE.

**Resultados:** Varones 10 (66%), Mujeres 5 (33%), la media de edad de los varones fue de 37 años, todos ellos solteros, la de las mujeres fue de 55 años todas casadas. El tiempo medio de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico fue de 14 años  $\pm$  2,5 años. Puntuación media ICG 2,75, puntuación media DAI 15 puntos, Media B-WISE 22,7. Obtuvimos una correlación positiva estadísticamente significativa entre las puntuaciones de las escalas DAI y B-WISE (significación 0,01%).

**Conclusiones:** Va a ser necesario el aumento de la muestra para poder dar mayor validez a los resultados obtenidos hasta el momento, como datos preliminares podemos exponer que existe relación entre el impacto psicosocial del peso que presentan los pacientes y su actitud hacia el tratamiento.

#### Bibliografía

1. Meyer JM; Stahl SM, The metabolic syndrome and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119:4-14.

#### PO-1000

#### PERSONALIDAD PREMÓRBIDA EN EL TRASTORNO DELIRANTE: PREVALENCIA E INFLUENCIA EN LOS CORRELATOS CLÍNICOS

E. de Portugal Fernández del Rivero, N. Esteve Díaz, N. Román Avezuela, E. Mérida Casado, M. Caamaño Burgués y C. Martínez Díaz-Caneja

**Objetivos:** Los objetivos principales de este estudio fueron investigar la prevalencia de Trastornos de la personalidad premórbidos (TPP) en el Trastorno delirante (TD) y evaluar su influencia en los correlatos clínicos.

**Metodología:** Se evaluó la personalidad premórbida en 86 pacientes ambulatorios diagnosticados de TD (SCID-I) mediante la Standardized Assessment of Personality (SAP). La sintomatología psicótica positiva y negativa se midió con la PANSS y el funcionamiento psicosocial mediante la Sheehan Disability Scale (SDS). También se midió el CI premórbido y se incluyó un cuestionario clínico-sociodemográfico.

**Resultados:** El 64% de los sujetos tenían al menos un diagnóstico de TPP, siendo el más común el paranoide (38,4%), seguido del esquizoide (12,8%). La presencia de TPP se asoció significativamente con mayor gravedad en la psicopatología (en particular, con sintomatología negativa y afectiva), pero no con un peor funcionamiento psicosocial. En un análisis por tipos de los TPP, el paranoide se asoció significativamente con mayor frecuencia en mujeres, inicio insidioso y curso crónico. El TPP esquizoide se asoció con inicio agudo y curso fáscico, alucinaciones auditivas no prominentes y sintomatología negativa. El TPP esquizotípico se asoció significativamente con varones, inicio más precoz, alucinaciones auditivas no prominentes y con el TD subtipo persecutorio. El TPP obsesivo se asoció con inicio insidioso, ideas delirantes somáticas y sintomatología afectiva. Por último, el TPP evitativo se asoció significativamente con alucinaciones olfativas e ideas delirantes de referencia.

**Conclusiones:** Nuestros resultados revelan que la personalidad premórbida es un fenómeno relevante en el TD debido a su alta prevalencia y a su influencia en la expresión clínica del mismo.

#### Bibliografía

1. Kretschmer E. A Textbook of Medical Psychology. Oxford: Oxford University Press, 1934.
2. Cuesta MJ, Gil P, Artamendi M, Serrano JF, Peralta V. Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis. *Schizophr Res.* 2002;58:273-80.

#### PO-1003

#### LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO DELIRANTE EN RELACIÓN CON LOS FACTORES CLÍNICOS Y COGNITIVOS IMPLICADOS

N. Esteve Díaz, N. Román Avezuela, E. Mérida Casado, M. Caamaño Burgués, A. Gutiérrez Vozmediano y E. de Portugal Fernández del Rivero

**Objetivos:** Examinar el grado de adherencia a la medicación antipsicótica en el Trastorno delirante (TD) e identificar factores clínicos, neurocognitivos y psicofarmacológicos que se asocian a la no adherencia al tratamiento farmacológico.

**Metodología:** Se evaluó el grado de adherencia a la medicación en 86 pacientes ambulatorios diagnosticados de TD (SCID-I) mediante la Bäuml Treatment Adherence Scale (BTAS). La personalidad se evaluó con la Standardized Assessment of Personality (SAP), el tipo de ideas delirantes y alucinaciones mediante el Módulo B del SCID-I, el tipo TD según el DSM-IV, la intensidad de la idea delirante, insight, sintomatología positiva y negativa se midió mediante las PANSS-P1, PANSS-PG12, PANSS-P y PANSS-N, respectivamente, y la intensidad de la depresión con la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS). La evaluación neurocognitiva se realizó empleando una Batería Neuropsicológica (CI pre-mórbido, atención, memoria verbal y función ejecutiva). El apoyo social se valoró mediante la Social Support-Sheehan Disability Inventory (SS-SDI). También se registró el tipo de antipsicótico utilizado. Se realizaron técnicas de análisis bi-múltivariante (regresión logística).

**Resultados:** Un 37,2% de los pacientes presentaron nula adherencia a la medicación antipsicótica. El TD tipo somático, las alucinaciones olfativas, la intensidad del delirio, el insight, la sintomatología positiva, y el escaso apoyo psicosocial se asociaron bivariantemente con la no adherencia. Tras realizar una regresión logística, la falta de insight y el delirio somático fueron los únicos factores que se asociaron con la no adherencia a la medicación.

**Conclusiones:** La no adherencia a la medicación es un fenómeno clínico muy frecuente en el TD en el que influye relevantemente el bajo insight y la presencia del TD tipo somático.

#### Bibliografía

1. Manschreck TC. Delusional disorder: The recognition and management of paranoia. *J Clin Psychiatry.* 1996;57:32-8.
2. Marder SR. Overview of partial compliance. *J Clin Psychiatry.* 2003;64:3-9.

#### PO-1007

#### RIESGO CARDIOVASCULAR Y DIABETES EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS INSTITUCIONALIZADOS

P. de Usabel Guzmán, M.J. Mota Rodríguez, I. Veiga Ramos, A. Arauxo Vilar y J.B. Brenlla González

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte en los pacientes con esquizofrenia, siendo superior a la de la población general.

**Objetivos:** Estudiar el riesgo cardiovascular (RCV) en una muestra de pacientes esquizofrénicos institucionalizados. Estimar la prevalencia de DM y su comparación entre sexos. Analizar el impacto de la edad y la DM con el RCV global y con el RCV moderado/alto. Estudiar la odds ratio.

**Metodología:** Se seleccionaron todos los pacientes del Hospital Psiquiátrico de Conxo con criterios de esquizofrenia según DSM-IV y edad entre 35 y 75 años (n = 129). La ecuación para el cálculo del RCV fue la del REGICOR(2). El RCV se codificó en bajo, ligero, moderado, alto y muy alto (> 39%) según las tablas REGICOR.

**Resultados:** El valor promedio del RCV es de 6,26%. El 16% de los pacientes son diabéticos, más prevalente en mujeres (24%) que en hombres (12%) aunque sin diferencias estadísticamente significativas. En los diabéticos el RCV alto es del 16%, moderado del 37%, ligero del 26% y bajo del 21% mientras que en no diabéticos el RCV bajo fue del 47%, ligero del

43%, moderado del 9% y alto del 1% ( $p = 0,000$ ). El 53% de diabéticos presenta un RCV alto/moderado frente un 10% en pacientes no diabéticos ( $p = 0,000$ ). Las variables con más impacto cardiovascular son edad y DM, con una odds ratio de 26,95 y 10 respectivamente.

**Conclusiones:** La salud física de los pacientes con esquizofrenia puede y debe mejorarse interviniendo sobre los factores de riesgo como la DM para reducir el RCV.

#### Bibliografía

- Casey DE. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am J Med.* 2005;118:155-225.
- Marrugat J, et al. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56:253-61.

#### PO-1008

#### PALIPERIDONA: SU MANEJO EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

A. Chinchilla Moreno, P. Artieda Urrutia, M. García Dorado, M. Serrano Díaz de Otálora, J. Gómez-Arnau Ramírez y J. Andrada Meyer

**Introducción y objetivos:** Tolerancia, adherencia y efectividad son aspectos fundamentales en el tratamiento de la esquizofrenia. Nos proponemos estudiar la respuesta de un grupo de pacientes esquizofrénicos al tratamiento con paliperidona, último antipsicótico incorporado a nuestro arsenal terapéutico y de formulación novedosa (absorción osmótica gradual, niveles estables en plasma).

**Metodología:** Estudiamos la respuesta de un grupo de 46 pacientes diagnosticados de esquizofrenia (DSM-IV-TR) sometidos a tratamiento con paliperidona en un rango de dosis de 12 a 18 mg/día. 39 casos eran cuadros crónicos, mientras que los 7 restantes eran primeros episodios psicóticos. Se dieron benzodiacepinas en 26% de los casos y en 4% anticolinérgicos por antecedentes de extrapiramidalismo. Se lavaron antipsicóticos previos. Evaluamos la respuesta mediante las escalas PANSS y CGI, comparando cifras basales y a los 3 meses. Se registró la aparición de efectos adversos del tratamiento.

**Resultados:** La puntuación global media en la PANSS descendió de 89 puntos a 67 al mes y a 45 a los 3 meses. La CGI basal media fue de 4,5 y a los 3 meses de 2,5. Los efectos secundarios fueron escasos y bien tolerados y no causaron abandonos.

**Conclusiones:** La mejoría experimentada y traducida en los considerables descensos en escalas PANSS y CGI tras el tratamiento con paliperidona corroboran la efectividad de la misma, que se consolida como un antipsicótico con buena tolerancia y adherencia, de primera elección en el tratamiento de la esquizofrenia. El uso de paliperidona constituye actualmente una estrategia acertada para alcanzar y mantener la mejoría tanto a nivel clínico como social en el paciente esquizofrénico.

#### Bibliografía

- Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 6<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson & Elsevier, 2006.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Breviario: Criterios diagnósticos. Barcelona: Masson, 2003.

#### PO-1009

#### PRIMEROS CASOS DE PSICOSIS E IMPRESIÓN CLÍNICA OBSERVADA

G. Pardo Castillo

**Introducción y objetivos:** Realizamos una representación de los primeros casos de psicosis de los últimos cinco años (2005-2010) en un área, relacionados con los valores obtenidos en las escalas CGI y HoNOS.

**Metodología:** Estudio retrospectivo y descriptivo sobre una muestra de 53 pacientes que debutaron con un primer episodio psicótico entre 2005-2010. Se incluyen pacientes que cumplen un diagnóstico de trastorno psicótico después de los 6 primeros meses de tratamiento, con edades comprendidas entre los 18 y los 40 años. Se

aplican a todos los pacientes de la muestra las escalas CGI y HoNOS en el momento actual. Los pacientes de nuestra muestra resultan con una puntuación de leve a moderadamente enfermos (3-4) y sin cambios (4) según la escala CGI.

**Resultados y conclusiones:** La puntuación más frecuente dada en cada una de las áreas de la escala HoNOS, ha sido 2-3. En los casos en los que las puntuaciones han resultado extremas ambas medidas han resultado equiparables. Podemos comprobar cómo ambas mediciones resultan equiparables en los pacientes de nuestra muestra. La escala HoNOS posee una mayor dispersión de valores por lo que los cambios en la evolución resultan más fácilmente valorables. Consideramos que la escala HoNOS sería un instrumento de evaluación apropiado para comprobar la evolución de la enfermedad en pacientes con un primer episodio psicótico, y así elaborar estrategias de intervención más específicas según las áreas de mayor afectación.

#### Bibliografía

- Scully PJ, Owena JM, Kinsella A, Waddington JL. Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder within an epidemiologically complete, homogeneous population in rural Ireland: small area variation in rate. *Schizophrenia Research.* 2004;67:143-55.

#### PO-1014

#### PRIMEROS CASOS DE PSICOSIS Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE TÓXICOS

G. Pardo Castillo

**Introducción y objetivos:** Realizamos análisis descriptivo de primeros casos de psicosis en los últimos cinco años (2006-2010) en un área, en relación con el consumo de sustancias tóxicas actual, excluido el tabaco.

**Metodología:** Estudio retrospectivo y descriptivo sobre muestra de 53 pacientes que debutaron con un primer episodio psicótico a lo largo de 2005-2010. Se incluyen pacientes que cumplen un diagnóstico de trastorno psicótico después de los 6 primeros meses de tratamiento, con edades comprendidas entre los 18 y los 40 años. Se recogen el consumo de tóxicos previo al debut de la enfermedad y el actual.

**Resultados y conclusiones:** De los 53 pacientes de la muestra que debutaron con un primer episodio de psicosis el 39,62% de ellos (21) habían consumido tóxicos previamente al inicio de la sintomatología frente al 60,28% (32) en los que no se recogía este dato en su historial. En el momento actual un 20,75% (11) de los pacientes siguen consumiendo tóxicos frente al 79,25% (42) que no lo hacen. Desde que se inició la enfermedad se ha reducido casi a la mitad el consumo de tóxicos en los pacientes en los que este elemento había influido como precipitante de la enfermedad. No se recoge en nuestra muestra de datos ningún paciente que actualmente consuma tóxicos y que previamente no lo hiciera. El consumo de tóxicos continua siendo importante en el inicio de los primeros episodios de psicosis. Cerca de la mitad de los pacientes de nuestra muestra los habían consumido y muchos continúan con el consumo. Son necesarias intervenciones específicas para intentar evitar la participación de tóxicos como factor predisponente de psicosis.

#### Bibliografía

- Muesera KT. Rural and urban differences in patients with a dual diagnosis Schizophrenia Research. 2001;48:93-107.
- Häfner H. The early course of schizophrenia. 2002; p. 207-28.

#### PO-1015

#### PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS Y RELACIÓN CON EL CONSUMO DE TABACO

G. Pardo Castillo

**Introducción y objetivos:** Realizamos un análisis descriptivo de los primeros casos de psicosis de los últimos cinco años (2006-2010) en un área rural en relación con el consumo de tabaco.

**Metodología:** Estudio retrospectivo y descriptivo sobre una muestra de 53 pacientes que debutaron con un primer episodio psicótico a lo largo de 2005-2010. Se incluyen pacientes que cumplan un diagnóstico de trastorno psicótico después de los 6 primeros meses de tratamiento, con edades comprendidas entre los 18 y los 40 años. Se recoge el consumo de tabaco previo al inicio de la sintomatología compatible con un primer episodio psicótico junto con el consumo de tabaco actual de los pacientes de la muestra.

**Resultados y conclusiones:** En nuestra muestra, de los 53 pacientes que debutaron con un primer episodio de psicosis el 50,94% de ellos (27) habían consumido tabaco previamente al inicio de la sintomatología frente al 49,06% (26) en los que no se recogía este dato en su historial previo al debut. En el momento actual un 47,16% (25) de los pacientes siguen consumiendo tabaco frente al 52,84% (28) que no lo hacen. Desde que se inició la enfermedad apenas se ha reducido el consumo de tabaco en los pacientes. El tabaco continúa siendo un importante elemento involucrado en los pacientes que debutan con una enfermedad psicótica y así se reproduce en nuestra muestra, en un área rural.

#### Bibliografía

1. Goff DC, Henderson DC. Psychopathology and medication side effects. *American Journal of Psychiatry*. 1992;149:1189.
2. Smith GN, Wong H. Predictors of starting to smoke cigarettes in patients with first episode psychosis. *Schizophr Research*. 2009;108:258-64.

#### PO-1025

#### PROYECTO SALUD FÍSICA EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE TRATADOS CON ANTIPSICÓTICOS

J.M. Pelayo Terán, Y. Zapico Merayo, P. Trabajo Vega, M. Martínez Pérez, J. Martínez Díez, M.A. Aulestia Martínez, S. Tonnissen Hoppe y P. Muella de Blas

**Introducción:** Las personas con Esquizofrenia y Trastorno bipolar presentan una menor esperanza de vida alta. Una de las causas más frecuente de morbimortalidad en estos pacientes es el síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovasculares. La alta frecuencia de factores de riesgo metabólico se relaciona con estilos de vida inadecuados, peor acceso a los servicios de salud y el tratamiento con antipsicóticos.

**Objetivos:** Implantación de un programa de seguimiento de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno bipolar, así como evaluar el estado de salud física de los pacientes en tratamiento con antipsicóticos y la eficacia de medidas psicoeducativas.

**Metodología:** El estudio se realizó en el Área Sanitaria El Bierzo (SACYL, Castilla y León) y en el Área Sanitaria VI (SESPA, Principado de Asturias). Se incluyeron pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia y psicosis relacionadas (F20-29) o trastorno bipolar (F31) con edades de 18 a 60 años, tratados con antipsicóticos y seguimiento regular en el área. Se excluyeron pacientes con retraso mental y enfermedad cardio/cerebrovascular previa al diagnóstico. El protocolo consistió en una evaluación inicial de estado clínico (ICG) y antecedentes, consumo de sustancias, datos biométricos (peso, talla, perímetro abdominal, tensión arterial) y analíticos (glucosa, HDL y LDL colesterol, triglicéridos). Esta evaluación se repitió a los 3, 9 y 12 meses tras la inclusión. Los pacientes que a los 9 meses presentaron diagnóstico de síndrome metabólico o enfermedades cardiovasculares fueron aleatorizadas para entrar en un grupo de Psicoeducación para la salud o un grupo inespecífico, para comparar los efectos de los mismos.

**Resultados:** De septiembre de 2010 a febrero de 2011 fueron incluidos 204 pacientes, que cumplimentaron la recogida de datos.

**Conclusiones:** La implantación de un protocolo de seguimiento de factores de riesgo metabólico es posible en un medio de tratamiento habitual.

#### PO-1027

#### ESQUIZOFRENIA PSEUDONEURÓTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Manzanero Estopiñán, R. González Lucas, M.I. Durán Cristóbal, J. Gómez-Arnau Ramírez y A. Chinchilla Moreno

**Introducción:** La esquizofrenia seudoneurótica hace referencia a las psicosis que debutan o evolucionan como una neurosis. Se presenta a continuación un caso que ilustra este concepto.

**Metodología:** Varón de 23 años, en seguimiento psiquiátrico desde los 21 años por TOC. Niega antecedentes médicos o consumo de tóxicos. Desde los 15 años describe la aparición de obsesiones y rituales motivados ante la presencia de pensamientos catastróficos. Presenta compulsiones, motoras y mentales, de orden, comprobación y limpieza, así como intrusión de imágenes de contenido desagradable, con intensa angustia asociada. Se inicia tratamiento con sertralina hasta 200 mg/día, apreciándose una mejoría inicial. Posteriormente se reactiva la clínica, y a pesar de probar diversas opciones terapéuticas no se logra alcanzar la estabilidad mantenida. Un año tras el diagnóstico aparecen alucinaciones auditivas y visuales, vivencias de referencia y síntomas de automatismo mental, con importante repercusión afectiva, introduciéndose tratamiento con dosis bajas de risperidona. En los meses siguientes, los pensamientos obsesivos se mitigan y los rituales disminuyen, pero la sintomatología psicótica se intensifica, requiriendo finalmente ingreso, durante el que recibe el diagnóstico de Trastorno psicótico con características de Esquizofrenia, instaurándose tratamiento con risperidona 9 mg/día, con buena respuesta y remisión de la clínica, apreciándose un leve defecto residual.

**Discusión:** En 1949, Hoch y Polatin describen esta entidad, que clínicamente se manifestaría como una pan-neurosis, observándose posteriormente la aparición progresiva del defecto procesual típico de la esquizofrenia, en ocasiones incluso sin aparición de sintomatología psicótica positiva durante la evolución. Algunos autores explican estas formas de presentación como reacciones defensivas de la personalidad aún preservada del sujeto en estadios iniciales, que utiliza sus recursos para ejercer resistencia ante el proceso esquizofrénico.

#### Bibliografía

1. Cabaleiro Goas M. Esquizofrenias seudoneuróticas. En: Esquizofrenia, cuadros afines y cuadros delirantes. Cmpilador: Barcia D. ELA: Madrid, 1997.

#### PO-1028

#### FUNCIONALIDAD EN ESQUIZOFRENIA: IMPLICACIONES EN EL DESARROLLO DE SÍNDROME METABÓLICO

J.M. Pelayo Terán, Y. Zapico Merayo, N. Martín Navarro, M.J. Castealo Lorenzo, A. Hurtado Casanova, P. Trabajo Vega, C. Fernández Borregán, V. Quintana González, P. Álvarez Tejeiro y A. Sierra Basante

**Introducción:** Los pacientes con esquizofrenia tienen menor esperanza de vida, explicable por enfermedades cardiovasculares, asociadas a la enfermedad y su tratamiento.

**Objetivos:** Investigar la relación entre funcionalidad y factores de riesgo cardiovascular. Nuestra hipótesis fue que un funcionamiento inferior se asociaría a un mayor riesgo cardiovascular.

**Metodología:** El estudio fue parte de un protocolo de seguimiento longitudinal para el estudio del síndrome metabólico, desarrollado en los centros de Salud Mental del área El Bierzo (150.000 habitantes) y Arriondas (50.000 habitantes). Se incluyeron 65 pacientes con diagnóstico DSM-IV de esquizofrenia (n = 47), trastorno esquizofrénico (n = 7) u otras psicosis (n = 9). Las escalas Impresión Clínica Global (ICG) y la Escala de Funcionamiento Personal y Social (PSP) escalas, el perímetro abdominal y la tensión arterial fueron evaluadas. Los niveles de glucosa, LDL y HDL colesterol y triglicéridos fueron analizados en ayunas. El síndrome metabólico se definió me-

diante los criterios NCEP. Las relaciones entre PSP y Factores metabólicos se evaluaron mediante correlaciones parciales ajustadas por sexo y edad.

**Resultados:** 37,7% pacientes cumplieron criterios de síndrome metabólico. 73% presentaron aumento de perímetro abdominal, 15,9% hipertensión, 26,7% hiperglucemia, 47,5% hipertrigliceridemia y 46,7% descenso de HDL. Los niveles de glucemia se asociaron a las dimensiones Autocuidado ( $r = 0,390$ ;  $p = 0,006$ ) Actividad social ( $r = 0,322$ ;  $p = 0,024$ ), Comportamientos perturbadores ( $r = 0,468$ ;  $p = 0,001$ ) dimensiones y PSP total ( $r = -0,332$ ;  $p = 0,020$ ). Trigliceridemia se asoció a Actividad social ( $r = 0,320$ ;  $p = 0,025$ ), Relaciones personales ( $r = 0,304$ ;  $p = 0,034$ ) y PSP total ( $r = -0,344$ ;  $p = 0,015$ ). Perímetro abdominal se relacionó con Actividad social ( $r = 0,326$ ;  $p = 0,022$ ). La dimensión Autocuidado estuvo asociada al número de factores alterados ( $r = 0,324$ ;  $p = 0,017$ ). La ICG no se asoció a ningún factor.

**Conclusiones:** El síndrome metabólico es frecuente en esquizofrenia. Los factores de riesgo metabólico se asociaron con la funcionalidad. La evaluación y tratamiento de los déficits funcionales puede ayudar al tratamiento y prevención del riesgo metabólico y cardiovascular.

#### PO-1041

#### CUIDADOS INFORMALES ASOCIADOS A LA LIMITACIÓN DE LA AUTONOMÍA EN PERSONAS QUE PADECEN ESQUIZOFRENIA

A. Hidalgo, J. Oliva, A. González e I. Aranda

**Objetivos:** Valorar el coste social de los cuidados informales asociados a la limitación de la autonomía en personas que padecen esquizofrenia en España.

**Metodología:** Trabajo descriptivo que emplea datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) realizada por el instituto nacional de estadística de noviembre de 2007 a febrero de 2008 en hogares.

**Resultados:** La EDAD identifica a 78,8 mil personas que padecen esquizofrenia en España de las cuales 53.800 (68%) reciben cuidados personales debido a sus discapacidades. Centrándonos en el cuidador principal el 88,1% residen en el hogar y no están empleados. Un 29,6% de los cuidadores informales dedican 5 ó menos horas al día a prestar los cuidados personales referidos, un 17,76% prestan entre 6 y 10 horas, un 10,03% prestan entre 11 y 15 horas diarias y un 42,60% prestan 16 o más horas diarias de cuidados. El 53% de los cuidadores tienen como ocupación principal el control de la toma de medicación. Pese a estimar las horas de cuidado informal de manera conservadora, la cifra de horas de cuidados en el 2008 ascendió a 151,7 millones. Las valoraciones monetarias de dicho tiempo de cuidado oscilan entre los 1.163,3 y los 1.927,8 millones de euros, en función del escenario de valoración.

**Conclusiones:** Pese a que EDAD identifica a un número muy inferior de personas que padecen esquizofrenia en relación con las estimaciones de prevalencia señaladas para nuestro país, el análisis preliminar de los resultados nos indica la enorme cantidad de recursos dedicados por la red de apoyo afectiva de personas que padecen esquizofrenia. Cualquier programa, estrategia o política de promoción de la salud y atención a personas con limitaciones en su autonomía, no puede pasar por alto la importancia que tienen los cuidadores informales.

#### PO-1049

#### PATRONES DE TRATAMIENTO Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN UN ESTUDIO DE COHORTE OBSERVACIONAL DE 1 AÑO DE DURACIÓN EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN RIESGO DE NO ADHERENCIA TRATADOS CON ANTIPSICÓTICOS INYECTABLES DE ACCIÓN PROLONGADA (AIP)

M. Bernardo, L. San, J.M. Olivares, T. Dilla, P. Polavieja, I. Gilaberte, M. Álvarez y A. Ciudad

**Introducción y objetivos:** Describir: a) el perfil clínico y la utilización de AIPs en pacientes con esquizofrenia en riesgo de no adhe-

rencia a los antipsicóticos orales, y b) la utilización de recursos sanitarios y los costes asociados en aquellos pacientes que iniciaron tratamiento con un AIP.

**Metodología:** En un estudio multicéntrico, no intervencionista, observacional, prospectivo de 1 año de duración se reclutó a 597 pacientes ambulatorios con esquizofrenia que, según el criterio clínico del psiquiatra, presentaban riesgo de no adherencia. En un análisis post hoc, se describieron los perfiles clínicos de los pacientes que comenzaron tratamiento con AIPs frente a los que continuaron tratamiento oral, y, entre los primeros, los tratamientos, la utilización de recursos sanitarios y los costes directos asociados durante el seguimiento del estudio.

**Resultados:** Se modificó la medicación antipsicótica en 506/597 (84,8%) pacientes, principalmente por falta de eficacia del régimen anterior; 92/597 (15,4%) iniciaron tratamiento con AIPs, que fueron de primera generación tan solo en 13/92 (14,1%). Las incidencias acumuladas de recaídas entre los pacientes que iniciaron y no iniciaron AIPs al comienzo del estudio fueron, respectivamente, 16,3% y 14,9%; mientras que el 20,9% de los 597 pacientes había sido hospitalizado durante los 6 meses previos. Al cabo de 1 año, el 74,3% de los pacientes que iniciaron AIPs continuaba recibiendo antipsicóticos orales. El coste sanitario directo medio (desviación estándar) [mediana] total por paciente y mes entre los que iniciaron AIPs fue de 1.407#euro (1.519#euro) [897.7#euro]. Los costes de la medicación (antipsicóticos orales, AIPs y medicación concomitante) representaron algo menos del 44%, mientras que los tratamientos no farmacológicos representaron más del 55% del total de costes sanitarios directos.

**Conclusiones:** A pesar del riesgo de no adherencia, las prescripciones de AIPs fueron infrecuentes. El coste de los tratamientos no farmacológicos fue superior al de los tratamientos farmacológicos.

#### PO-1059

#### PALIPERIDONA LP EN UNA UNIDAD DE AGUDOS: EFECTIVIDAD, FUNCIONALIDAD Y TOLERABILIDAD

S. Arques Egea, M.A. Pino Pino, F. Arnau Peiró, T. Rubio Granero y C. Iranzo Tatay

**Introducción:** La aparición de nuevos antipsicóticos, como la paliperidona de liberación prolongada, requiere un esfuerzo constante por parte de los clínicos para trazar un perfil adecuado de aquellos pacientes que pueden verse más beneficiados, dado las diferentes características farmacológicas de los antipsicóticos disponibles en la actualidad. Lógicamente, contar con fármacos más seguros, eficaces y que puedan generar mejor calidad de vida, redundará en mejorar la funcionalidad e integración de nuestros pacientes en la sociedad.

**Objetivos:** Recabar datos clínicos y sociodemográficos para realizar un perfil del paciente en el que se ha utilizado paliperidona de liberación prolongada en nuestra unidad de hospitalización: patologías en las que se ha empleado con mayor frecuencia; sustituciones de otros antipsicóticos; dosis empleadas, dado la importancia de pautar dosis eficaces desde el inicio del tratamiento; efectos secundarios, que puedan interferir en una adecuada cumplimentación.

**Metodología:** Estudio naturalístico, descriptivo y retrospectivo; incluimos 36 pacientes ingresados en nuestra Unidad de Agudos. Los criterios de inclusión eran la necesidad de ingreso hospitalario e instauración de tratamiento antipsicótico; el único criterio exclusión era clínico (efectos adversos que motivaran retirar el fármaco o no poder emplearlo, así como una evolución clínica inadecuada). Se recabaron distintos datos clínicos y sociodemográficos (edad, sexo, diagnóstico, sintomatología predominante, fármacos previos, entre otros). El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v15.0.

**Resultados:** El 44,4% eran mayores de 40 años; predominaba la sintomatología positiva (52,8%) y las alteraciones de conducta (19,4%); el diagnóstico más frecuente era esquizofrenia (47,2%). Al

inicio, 13,9% no AP previo y 69,5% sí; las causas más frecuente de sustitución de otro AP fueron el incumplimiento terapéutico y la ineficacia. No existían diferencias estadísticamente significativas al comparar la efectividad del fármaco en función de si existía tratamiento previo o no, ni tampoco según la causa de sustitución del antipsicótico previo. En el 61,1% de los casos se asociaban con otros AP, sobre todo risperidona inyectable liberación de prolongada o antipsicóticos de perfil sedativo. El 83,3% no precisaron contención mecánica y 80,6% no presentaron efectos secundarios, siendo el más frecuente los síntomas extrapiramidales. La duración media de los ingresos era de  $19,60 \pm 12,07$  días. La dosis media de paliperidona liberación prolongada fue  $14,41 \pm 4,83$  mg/día; inicialmente se empleaba una dosis de  $13 \pm 4,42$  mg/día, mientras que la dosis máxima fue de 27 mg/día.

**Conclusiones:** Nuestra experiencia con paliperidona de liberación prolongada en el ámbito hospitalario nos permite afirmar que se trata de un fármaco con perfil de efectividad y seguridad-tolerabilidad muy positivo. Dado la fácil titulación para alcanzar dosis eficaces desde el inicio, podemos lograr una rápida acción antipsicótica que, unido a la baja incidencia de efectos secundarios, nos permite una pronta recuperación funcional del paciente. Por tanto, podemos considerar la paliperidona de liberación prolongada como un antipsicótico de primera línea terapéutica por sus aportaciones en las principales esferas del paciente, como son la funcionalidad, la eficacia clínica y la tolerabilidad.

#### PO-1058

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO EN CONSULTA AMBULATORIA EN TÉRMINOS DE EFICACIA Y FUNCIONALIDAD TRAS EL CAMBIO A PALIPERIDONA DE LIBERACIÓN PROLONGADA (LP)

E. Cebrián e I. Serrano

**Introducción:** Paliperidona de liberación prolongada (LP), es el primer antipsicótico (APS) que ha incluido en sus estudios la mejoría funcional y social del paciente como variable de eficacia. Sus ensayos clínicos no sólo dan muestras de su eficacia (PANSS, CGI) y recogen datos de tolerabilidad (similares a placebo a las dosis recomendadas), además ponen de manifiesto la recuperación funcional del paciente (PSP).

**Objetivos:** Observar la evolución del paciente con la nueva medicación en términos de eficacia, satisfacción del paciente con el tratamiento y de recuperación funcional.

**Metodología:** Estudio retrospectivo. Fueron observados los primeros 19 pacientes ambulatorios a los que se les pautó un cambio de tratamiento hacia paliperidona LP. La evolución de los pacientes fue determinada a través de la CGI y de la GAF (basal, 3 meses). Se evaluó la satisfacción del paciente (AVS 0-10) y la necesidad de medicación coadyuvante.

**Resultados:** Los pacientes (58% mujeres, 42% hombres; edad media 55 años, rango 39-83 años) presentaban diagnósticos muy diversos (26% esquizofrenia, 16% T. esquizofreniforme, 53% otros diagnósticos dentro del espectro psicótico) así como años de evolución de la enfermedad (31% 0-10 años, 31% 10-20 años, 26% 20-40 años, 10% > 40 años). El tratamiento previo era mayoritariamente olanzapina (47%) y risperidona (31%). Los motivos del cambio fueron tanto la ineficacia (58%) como los efectos adversos (42%, trastorno metabólico) del tratamiento anterior. La dosis media de paliperidona LP fue de 5 mg. La tolerabilidad fue buena, no hubo abandonos. Tanto la CGI como la GAF mostraron cambios importantes al final del estudio (CGI 5,6 vs 2,2, CGI basal > 5: 95% pac; CGI final < 2: 78% pac; GAF 55,8 vs 88,2). La valoración media de la satisfacción de los pacientes con la medicación fue de 9,5 sobre 10.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que paliperidona LP ofrece una nueva opción terapéutica un amplio espectro de perfil de pacientes que se pueden beneficiar de su marcada eficacia en el control de los síntomas. Permite al paciente una mayor recuperación

funcional y reduce los efectos adversos asociados al tratamiento en comparación con otros APS.

#### PO-1061

#### ESQUIZOFRENIA, FUNCIONALIDAD Y PALIPERIDONA

E. Bosch Casañas, E. Díaz Miranda, M. Florido Rodríguez, C Pascual Orellano y E. Santana

**Introducción:** La Esquizofrenia es una de las 10 enfermedades que más discapacidad asociada conlleva según datos de la OMS. El déficit en el funcionamiento social de los pacientes esquizofrénicos ya fue señalado por Kraepelin y Bleuler, y se incluye como uno de los criterios diagnósticos del DSM-IV y la CIE-10. Aproximadamente un 15-20% de los pacientes esquizofrénicos son absolutamente incapaces de funcionar de forma independiente y hasta un 40-50% muestran disfunciones importantes en su devenir cotidiano. Por ello, la recuperación funcional, se ha convertido en el objetivo final deseable en estos pacientes, quedando la remisión de los síntomas psicóticos en el primer paso de la recuperación. Los antipsicóticos atípicos han supuesto un hito en el tratamiento de la esquizofrenia, con mejor control de los síntomas negativos, significativa disminución en la interferencia cognitiva y menor aparición de efectos adversos. En el presente se persigue la recuperación funcional, convirtiéndose la evaluación de los antipsicóticos, con respecto a la mejoría de la funcionalidad, es un aspecto de señalada importancia. La escala de valoración funcional en la Esquizofrenia más recomendada es la PSP. La paliperidona es el antipsicótico de más reciente aparición con un perfil innovador que apuesta por la mejoría de la funcionalidad de los pacientes, con resultados estadísticamente significativos, en ensayos clínicos controlados, que evalúan el funcionamiento personal y social de estos pacientes, utilizando como sistema de medida la escala PSP.

**Objetivos:** Realizar un análisis descriptivo sobre funcionalidad.

**Metodología:** Estudio descriptivo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acuden a la Unidad de Salud Mental de Vecindario. La muestra global de evaluación será la constituida por los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, según criterios CIE-10, que acuden a la USM de Vecindario durante el mes de febrero, que mantengan dosis estable de tratamiento con paliperidona como mínimo en los 3 meses previos. Se recogerán en una única evaluación la valoración de la funcionalidad utilizando la escala PSP y la escala GAF, así como una escala de autoestima. Además en el mismo momento se recogerán variables sociodemográficas básicas: edad y sexo. El estudio no implica cambios en la práctica clínica habitual, ni de atención, ni en el tratamiento psicofarmacológico.

**Resultados:** El tamaño muestral fue de 17 pacientes, siendo la distribución según el sexo: 31% mujeres y 69% hombres. Con una edad media de 39 años; siendo el mínimo de edad 26 y el máximo 47 años. La dosis media de paliperidona pautada a estos pacientes es de 9,56, siendo lo mínimo pautado de 6 mg y lo máximo 18 mg. En cuanto a la evaluación de la funcionalidad la media de resultados de la escala PSP es de 44,93; dificultades marcadas en dos o tres áreas a-c (a: autocuidado; b: actividades sociales habituales, incluyendo trabajo y estudio; c: relaciones personales y sociales.) o dificultades graves en sólo un área a-c sin dificultades marcadas en las otras dos áreas; no dificultades marcadas en d (d: comportamientos perturbadores y agresivos). El mínimo de puntuación fue de 12 puntos lo que indica dificultades graves en la funcionalidad y el máximo e 90 puntos lo que indica un funcionamiento bueno en las 4 áreas principales y presencia tan sólo de problemas o dificultades comunes. El 50% de la muestra presenta una puntuación PSP mayor o igual a 36 puntos. En cuanto a la escala GAF, la puntuación media alcanzada por los pacientes ha sido de 55, 56 lo que implica presencia de síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar. El 50% de la muestra tiene una puntuación GAF igual o mayor a 51,5 puntos, por lo que el 50% restante tendría una puntuación que se correspondería con el espectro de síntomas graves hasta pe-

ligrosa. Por último, la media según la escala de autoestima administrada a cada paciente fue de 20 puntos, lo que indicaría una autoestima normal, lo que coincide con el percentil 50 de la muestra. En resumen, según la escala PSP el 50% de los pacientes presentan niveles de funcionalidad por debajo de 50 puntos lo que hace pensar en bajo nivel de funcionalidad; según la escala GAF, el 50% presentan puntuaciones por encima de 50 puntos, lo que implicaría niveles moderados y en cuanto a la autoestima, la mayoría de los pacientes presentan niveles normales de autoestima.

**Conclusiones:** Según los resultados expuestos todos los pacientes están tratados con dosis recomendadas del fármaco. Los niveles de funcionalidad aportados por las escalas PSP y GAF no son muy elevados, por lo que se podría concluir que las dosis de paliperidona no influyen en mejorar la funcionalidad de los pacientes. Si bien, el tamaño muestral es muy pequeño como para llegar a un resultado significativo y el tiempo con dosis estable del fármaco es corto. La conclusión más certera a la que llegamos es que necesitamos mayor número de pacientes a evaluar, más tiempo con tratamiento con paliperidona y más tiempo de observación.

## PO-1062

### PALIPERIDONA VS OTRO ANTIPSICÓTICO ATÍPICO EN LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD

E. Bosch Casañas, M. Florido Rodríguez, E. Díaz Miranda, C. Pascual Orellano y E. Santana

**Introducción:** La relevancia del funcionamiento personal y socio-laboral de los pacientes esquizofrénicos queda recogida como una de las características que definen la enfermedad en el DSM IV-TR. En la actualidad es considerada una variable del resultado terapéutico, ya que el objetivo principal en el tratamiento de la esquizofrenia es capacitar al paciente para que se incorpore a la sociedad de una forma más productiva y significativa. Una de las principales escalas de evaluación es la PSP, elaborada en el 2000 por Morosini et al. Permite una evaluación funcional global, incluyendo autocuidado, actividades sociales habituales, relaciones personales y sociales y comportamientos perturbadores y agresivos. Las directrices terapéuticas vigentes inciden en la importancia de la complementación del tratamiento farmacológico con medidas de corte psicosocial y psicoterapéutico. Con respecto a los fármacos se entiende que la evaluación de la eficacia de los antipsicóticos en la mejoría del déficit funcional, es de señalada importancia. En general, se reconoce que éste es uno de los principales retos de la psicofarmacología del siglo XXI. Teniendo en cuenta estos aspectos es destacable el papel de la paliperidona en la recuperación clínica de los pacientes esquizofrénicos, pues ha demostrado, en diversos ensayos clínicos controlados, su eficacia en la recuperación funcional y subjetiva de los pacientes.

**Objetivos:** Comparar las diferencias con respecto a la funcionalidad de los pacientes que toman paliperidona con los que toman otro antipsicótico atípico.

**Metodología:** Estudio descriptivo y analítico sobre las diferencias en funcionalidad según el antipsicótico pautado en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que acuden a la Unidad de Salud Mental de Vecindario. La muestra global de evaluación será la constituida por los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, según criterios CIE-10, que acuden a la USM de Vecindario durante el mes de febrero, que mantengan dosis estable de tratamiento con paliperidona u otro antipsicótico atípico como mínimo en los 3 meses previos en monoterapia. Se recogerán en una única evaluación la valoración de la funcionalidad utilizando la escala PSP y la escala GAF, así como una escala de autoestima. Además en el mismo momento se recogerán variables sociodemográficas básicas: edad y sexo; y la toma de otro antipsicótico. El estudio no implica cambios en la práctica clínica habitual, ni de atención, ni en el tratamiento psicofarmacológico.

**Resultados:** Muestra de N = 34. Compuesta de 17 pacientes tratados con paliperidona y 17 pacientes con otros antipsicóticos. Edad

media de 40 años, rango entre 25 y 50. Evaluación de la funcionalidad: puntuación media de la escala PSP: Grupo Paliperidona: 44. Grupo Otros antipsicóticos: 37. Puntuación media en la GAF: Grupo Paliperidona: 55,5. Grupo Otros antipsicóticos: 45. Valoración de la autoestima con la escala Rosenberg: Grupo Paliperidona: 20. Grupo Otros antipsicóticos: 19.

**Conclusiones:** Si bien los resultados de las escalas PSP y GAF no difieren de manera significativa entre los grupos, se observa una tendencia a la mejoría de las mismas. En cuanto a la escala de Rosenberg de Autoestima tampoco se recogieron diferencias significativas. Es preciso un estudio a más largo plazo de forma que consigamos comprobar si esa tendencia descrita en el análisis actual se corresponde con una mejoría en la funcionalidad de los pacientes con paliperidona.

## Bibliografía

1. Vallejo R, Cercós L. Tratado de Psiquiatría, 2<sup>a</sup> ed, Vol I. Barcelona: Ars Médica, 2010.
2. Grupo Geopte (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento de la Esquizofrenia). La Funcionalidad como Objetivo en el Tratamiento de la Esquizofrenia. Actas Españolas de Psiquiatría. 2002;30:312-5.

## PO-1063

### MEJORÍA DE LA FUNCIÓN COGNITIVA EN PACIENTES LABORALMENTE ACTIVOS TRAS EL CAMBIO A INVEGA

C. García Blanco, J. Martínez Arnaiz y C. Jiménez

**Introducción:** Mucho hincapié se ha hecho en la funcionalidad de los pacientes con esquizofrenia. Un porcentaje de los mismos son de buen pronóstico, manteniendo conservadas las actividades de la vida diaria y la vida laboral; es en estos casos cuando la elección de antipsicótico resulta crucial. Debemos ajustar el tratamiento con el fin de minimizar los síntomas negativos secundarios; aquí la paliperidona de liberación prolongada, con su buena tolerancia y mejoría de la función cognitiva, juega un importante papel.

**Metodología:** Se trata de una muestra de 12 pacientes, diagnosticados de esquizofrenia, que mantienen actividad laboral; en su mayor parte (10 sobre 12), en puestos de responsabilidad. La recogida de datos se lleva a cabo durante la entrevista semiestructurada; los ítems son subjetivos.

**Resultados:** Se cambia el antipsicótico principal a paliperidona de liberación prolongada (desde risperidona oral o amisulpride), observándose una franca mejoría de la función cognitiva, especialmente concentración y memoria. Los pacientes refieren sentirse más despiertos, más ágiles mentalmente.

**Conclusiones:** El tratamiento de los síntomas positivos de la esquizofrenia requiere mucho esfuerzo; pero una vez estabilizado el paciente, el tratamiento debe ir orientado a la normalización del mismo. Paliperidona de liberación prolongada ha resultado ser beneficiosa en ambos sentidos.

## PO-1064

### ANÁLISIS DE LA MEJORA FUNCIONAL EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS DEL HOSPITAL INFANTA CRISTINA DE PARLA Y A LOS QUE SE INSTAURÓ TRATAMIENTO CON PALIPERIDONA

A. Arribas Hernández, C. del Álamo Jiménez, A.I. Blanco Martos y D. Gómez Olmeda

**Introducción:** Se estudian las características de 20 pacientes ingresados en la UHB -H. Infanta Cristina de Parla, en el último año y que recibieron paliperidona, haciendo hincapié en la mejora de la funcionalidad de estos pacientes.

**Objetivos:** Realizar estudio naturalístico retrospectivo, valorando los aspectos de mejora de la funcionalidad en pacientes psicóticos tras introducir paliperidona en su tratamiento.

**Metodología:** Se recabó información de Servicio de Farmacia sobre 20 pacientes que recibieron paliperidona durante su ingreso en la UHB- Hospital Infanta Cristina y se analizaron las historias de todos los pacientes.

**Resultados:** La media de edad fue de 34 años, el 81% eran varones (media de 31,7) y el 19% eran mujeres (media de 44,5). El 27,7 estaban diagnosticados de Esquizofrenia paranoide, otro 27,3% de Episodio psicótico y abuso de sustancias, un 18,1% de T. esquizofrénico y otro 18,1% de Episodio psicótico. Y un 9% Trastorno delirante. La dosis media de paliperidona fue de 9 mg (d. máx. de 18 mg y mínima de 3). Se apreciaron efectos secundarios atribuibles a paliperidona sólo en el 9% y consistieron en distonía aguda, que cedió con tratamiento corrector. Todos los pacientes acudieron a actividades de terapia ocupacional. Se apreció mejora en actividades sociales y ocupacionales, autocuidados y manejo de la agresividad y comportamientos disruptivos. El 90% realizaron psicoterapia grupal. El 18% de los pacientes acudieron a recursos de rehabilitación (Unidad de Rehabilitación y Centro Rehabilitación Laboral) al alta.

**Conclusiones:** El perfil del paciente tratado con paliperidona fue un varón de 31 años, con varios ingresos previos, al que se había administrado anteriormente, al menos tres neurolépticos a dosis plenas. La paliperidona puede ser de ayuda a la hora de buscar una mejora en la funcionalidad del paciente psicótico, mejorando su implicación en las actividades terapéuticas, facilitando la sociabilidad del paciente.

#### PO-1066

#### EFFECTO DE LOS GENES SLC6A4, BDNF Y CNR1 EN LA GANANCIA DE PESO ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON ASGS DURANTE 6 SEMANAS: UN ESTUDIO PRELIMINAR

B. Arias, M. Mitjans, M. García, M. Álvarez, C. Tapia, P.A. Sáiz, J. Bobes, I. Corripio, A. García y C. Arango

**Introducción:** El tratamiento crónico con antipsicóticos de segunda generación (ASG) ha sido asociado con efectos adversos metabólicos como la ganancia ponderal. Los mecanismos subyacentes a estos procesos son actualmente desconocidos. Diferentes sistemas de neurotransmisión parecen influir en este aumento de peso mediado por el tratamiento con ASG. El sistema serotoninérgico, cannabinoides y factores neurotróficos podrían estar involucrados de manera relevante en este fenotipo.

**Metodología:** 62 pacientes de origen español (62% hombres) tratados con diferentes ASG (olanzapina -OLA-, risperidona -RIS-, quetiapina -QUE-). Se evaluó el aumento de peso tras 6 semanas de tratamiento. Se genotiparon los polimorfismos 5HTTLPR (SLC6A4 gene), rs1049353 (CNR1 gene), rs6265 (BDNF gene). El efecto de la variabilidad genética sobre el aumento de peso fue calculado utilizando un ANOVA (resultados corregidos por sexo, edad, tratamiento inicial, presencia de dieta o ejercicio físico e CGI mejoría).

**Resultados:** Aumento de peso (tras 6 semanas de tratamiento con ASG) = 3,86 kg (DE 3,9) (RIS = 3,56 (DE 2,9); OLA = 5,54 (DE 4,3) y QUE = 3,01 (DE 5,02)). Las diferencias entre el aumento de peso entre pacientes tratados con RIS y OLA se aproximaron a la significación ( $p = 0,075$ ). El aumento de peso no estuvo influido por: sexo, edad, presencia de dieta/ejercicio físico o CGI mejoría. No se detectó ningún efecto significativo de la variabilidad genética analizada en los genes SLC6A4, CNR1 o BDNF en el aumento ponderal.

**Conclusiones:** Los resultados preliminares muestran que todos los ASG incluidos en el estudio provocan un incremento de peso independientemente de otros factores como la presencia de dieta/ejercicio. Los pacientes tratados con OLA son los que presentarían un mayor aumento de peso. No se encontró ninguna asociación entre la variabilidad molecular y aumento de peso en esta muestra preliminar. Nuevos estudios con muestras más numerosas serán necesarios para investigar el posible rol de estos genes sobre el aumento de peso inducido por ASG.

Agradecimientos: FIS 06/1165, FIS 070815, FIS 070163 and PI 070452. CIBERSAM.

#### PO-1090

#### VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES BASADAS EN LA EJECUCIÓN (UPSA) EN PACIENTES CON TRASTORNO ESQUIZOFRÉNICO O BIPOLAR

I. Menéndez Miranda, M.P. García-Portilla González, G. Galván Patrignani, M.T. Bobes Bascarán, M. Arrojo Romero, P. Sánchez Gómez, F. Sarramea Crespo, J. Gomar, P. Sierra San Miguel y J. Bobes García

**Introducción y objetivos:** Esquizofrenia y Trastorno bipolar se asocian con déficit funcionales significativos en distintas áreas (Harvey et al, 2004). Se necesitan instrumentos psicométricamente válidos para evaluar estos aspectos. El objetivo del estudio es validar en español la UPSA (Patterson et al, 2001).

**Metodología:** Diseño: estudio observacional, multicéntrico, prospectivo de 6 meses de seguimiento. Pacientes: 140 con: 1) edad: 18-65 años, 2) diagnóstico esquizofrenia ( $n = 101$ ) o trastorno bipolar ( $n = 39$ ), 3) tratamiento de mantenimiento, 4) consentimiento informado firmado. Instrumentos: ICG-ESQ/TBP, EEAG, PSP, UPSA. UPSA: entrevista/role-play estructurado que evalúa la capacidad funcional mediante observación directa de la ejecución en finanzas, comunicación, comprensión/planificación, y movilidad/transporte. Proporciona puntuación total de 0 a 100 (a mayor puntuación mejor funcionamiento).

**Resultados:** Edad media 41,8 (11,1) años, varones 67,1%, nunca casados 70,0%, estudios de secundaria 22,9%. Gravedad: Esquizofrenia (ICG-ESQ): 3,5 (1,4), Trastorno bipolar (ICG-TBP): 2,9 (1,1). Capacidad funcional total (UPSA): Esquizofrenia: 68,6 (20,6) - Trastorno bipolar: 78,0 (12,2). Consistencia interna: #a de Cronbach: Esquizofrenia: 0,823 - Trastorno bipolar: 0,700. Validez convergente: coeficientes de correlación de Pearson entre puntuación UPSA total y: - puntuación PSP global: Esquizofrenia: 0,449 - Trastorno bipolar: 0,557; - puntuación EEAG: Esquizofrenia: 0,473 - Trastorno bipolar: 0,568. Validez discriminante: Esquizofrenia: puntuación UPSA total en pacientes leves (ICG-ESQ 1-3) vs moderados (ICG-ESQ 4) vs graves (ICG-ESQ 5-7): 77,0 vs 62,3 vs 58,2,  $p < 0,001$ ; Trastorno bipolar: puntuación UPSA total en pacientes leves (ICG-TBP 1-3) vs moderados (ICG-TBP 4-7): 77,9 vs 78,0,  $p = 0,977$ .

**Conclusiones:** Las propiedades psicométricas de la versión española de la UPSA, en términos de consistencia interna, validez convergente y discriminante, han demostrado ser buenas en los trastornos esquizofrénicos, no así en el trastorno bipolar.

#### Bibliografía

1. Harvey PD, Green MF, Keefe RS, Velligan DI. J Clin Psychiatry. 2004;65:361-72.
2. Patterson TL, Goldman S, McKibbin CL, Hughs T, Jeste DV. Schizophr Bull. 2001;27:235-45.

#### PO-1096

#### ESTUDIO PRELIMINAR: PAPEL DE SP1 EN LA SINTOMATOLOGÍA NEGATIVA EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

M. Fusté, I. Meléndez, R. Pinacho, N. Villalmanzo Francisco, V. Victoria Gil y B. Ramos Josemaría

**Introducción:** Estudios recientes sugieren que los factores de transcripción SP1 y SP4, proteínas del núcleo celular, podrían estar implicados en la patogénesis de la esquizofrenia. Se han descrito alteraciones de los niveles del ARNm de SP1 en linfocitos y en algunas áreas del cerebro de sujetos con esquizofrenia (SCZ). Además, estudios previos de nuestro laboratorio muestran que los niveles de SP1 y SP4 en sistema nervioso central se asocian con mayor gravedad en los síntomas negativos en pacientes con SCZ.

**Objetivos:** Evaluar en pacientes con un primer episodio psicótico (PEP) la relación de niveles de proteína de SP1 en linfocitos con sintomatología psicótica.

**Metodología:** Estudio transversal de sujetos con un PEP (n = 10). Determinación de niveles de SP1 periféricos y evaluación de la sintomatología mediante 3 escalas clínicas: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Young Mania Ratings Scale (YMRS) y Calgary Depression Scale (CDS). Análisis de los datos mediante correlaciones de Spearman.

**Resultados:** El 40% de la muestra son mujeres con edad media de  $25,6 \pm 6,27$  años. Aunque los datos no muestran ninguna asociación significativa entre los niveles de proteína SP1 y sintomatología, existe una tendencia inversa ( $r = -0,564$   $p = 0,090$ ) con la sintomatología negativa medida con la PANSS.

**Conclusiones:** Nuestro estudio muestra una tendencia a la asociación entre niveles bajos de SP1 periféricos y una mayor gravedad en sintomatología negativa en PEP. A pesar del tamaño muestral, los resultados en tejido periférico van en la línea de trabajos previos en tejido nervioso central.

## Trastornos del humor (afectivos)

### PO-40

#### ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO BIPOLAR INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

F.J. Zamora Rodríguez, J.A. Guisado Macías, C. Benítez Vega, A. Nivoli, E. Vieta Pascual y F. Colom Victoriano

**Introducción:** La adhesión al tratamiento farmacológico es un factor de buen pronóstico en la evolución del trastorno bipolar (TB), especialmente por la disminución en el número de recaídas y consumo de recursos sociosanitarios, incluyendo hospitalizaciones y visitas a los servicios de urgencias.

**Objetivos:** Analizar la adhesión terapéutica en una muestra de pacientes con el diagnóstico de T. B. ingresados en una unidad de agudos en los últimos 20 años.

**Metodología:** Se analizaron las historias clínicas de pacientes ingresados en una unidad de agudos de un hospital general en los últimos 20 años que recibieron al alta uno de los siguientes diagnósticos: trastorno bipolar de tipo I, trastorno bipolar de tipo II, trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar, trastorno ciclotímico, trastorno bipolar no especificado. Se realizó un estudio de casos-controles para evaluar las diferencias entre los pacientes con buena y mala adhesión, evaluada según había sido recogida en la historia clínica.

**Resultados:** 394 pacientes del total de 3.704 pacientes ingresados (10,64%) recibieron uno de los diagnósticos de inclusión. La edad media al último ingreso fue de 46,02 años, con un 59,9% de mujeres y un 40,1% de hombres. Del total de válidos (295), 194 (65,5%) fueron considerados como adherentes al tratamiento y en 102 casos (34,5%) se consideró la existencia como mala. Los 99 casos perdidos lo fueron por ser primer episodio, por encontrarse sin tratamiento en el momento del estudio o por no disponer de información suficiente acerca de la adhesión terapéutica. Relacionando la adhesión con distintos parámetros, encontramos diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo (63,7% del total de buenos cumplimentadores son mujeres vs 50% de los malos;  $p = 0,023$ ), tratamiento inyectable de larga duración (ninguno de los buenos cumplimentadores lo recibió vs 17,6% de los malos;  $p = 0,000$ ), edad media en el último ingreso (50,06 años en los buenos vs 43,89 en los malos;  $p = 0,000$ ) y nº total de ingresos (2,42 en los buenos vs 3,40 en los malos;  $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** El estudio confirma en nuestra muestra algunos de los datos referidos por la literatura, incluso en la literatura referida a pacientes ambulatorios. La adhesión al tratamiento se ve influen-

ciada por gran cantidad de variables, tanto clínicas como dependientes del propio paciente o del tratamiento.

### Bibliografía

1. Gutiérrez-Rojas L, Jurado D, Martínez-Ortega JM, Gurpegui M. Poor adherence to treatment associated with a high recurrence in a bipolar disorder outpatient sample. *J Affect Disord.* 2010.
2. Berk L, Hallam KT, Colom F, Vieta E, Hasty M, Macneil C, Berk M. Enhancing medication adherence in patients with bipolar disorder. *Hum Psychopharmacol.* 2010;25:1-16.

### PO-43

#### TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNO DE ABUSO DE SUSTANCIAS Y SU RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ADMINISTRADO

F.J. Zamora Rodríguez, C. Benítez Vega y J.A. Guisado Macías

**Introducción y objetivos:** El Trastorno bipolar (TB) se asocia con frecuencia a abuso de sustancias hasta en más del 50% de los pacientes. Los pacientes con TB y Trastorno por abuso de sustancias (TAS) presentan más episodios mixtos y ciclos rápidos, una recuperación más lenta, más hospitalizaciones, una edad de aparición más precoz, más intentos de suicidio, agresividad/criminalidad aumentada y mala adherencia al tratamiento.

**Metodología:** Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Infanta Cristina de Badajoz durante el periodo de 1988 a 2009, con los diagnósticos de TB tipo I, TB tipo II, ciclotimia, TB no especificado, Trastorno esquizoafectivo tipo bipolar y TB inducido por sustancias o por enfermedad médica, recogiendo datos sociodemográficos, de antecedentes de consumo de tóxicos y del último tratamiento administrado al alta.

**Resultados:** Del total de 3.704 pacientes analizados, 394 (10,63%) presentaban uno de los diagnósticos referidos. De ellos, el 51,7% presentaban o habían presentado abuso o dependencia de sustancias; el 36,1% de tabaco, el 28,8% de alcohol, el 13,1% de cannabis, el 8% de cocaína, el 2,2% de heroína, el 2,9% de drogas de síntesis y el 1,9% de otros tóxicos (cafeína, sedantes, benzodiacepinas, etc.). Respecto al sexo encontramos un 79,7% de hombres con abuso/dependencia de sustancias frente a un 34,2% de mujeres ( $p = 0,000$ ). Por edad, del grupo de menores de 25 años encontramos un 58,1% de pacientes con abuso/dependencia de sustancias, de 26 a 64 años encontramos un 58,4% y del grupo de más de 65 años un 16,7% ( $p = 0,000$ ). Comparando los pacientes que presentaban abuso o dependencia de sustancias con los que no, en relación al tratamiento farmacológico recibido al alta, los primeros recibieron un mayor número de fármacos psiquiátricos (3,30 vs 3,18;  $p = 0,300$ ), mayor número de estabilizantes del estado de ánimo (1,13 vs 0,92;  $p = 0,003$ ), mayor número de antipsicóticos (1,26 vs 1,13;  $p = 0,076$ ), y sin embargo menor número de antidepresivos (0,16 vs 0,30;  $p = 0,016$ ), benzodiacepinas (0,59 vs 0,64;  $p = 0,367$ ) e hipnóticos (0,03 vs 0,11;  $p = 0,017$ ). Dentro del grupo de bipolares con consumo de tóxicos, el 87,9% tomaban estabilizadores, frente al 77,0% de los bipolares no consumidores ( $p = 0,010$ ); el 92,7% tomaba antipsicóticos frente al 85,5% de los bipolares no consumidores ( $p = 0,038$ ); el 12,7% de los bipolares con consumo de tóxicos tomaba antidepresivos frente al 27,0% de los bipolares no consumidores ( $p = 0,001$ ). No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre bipolares consumidores y no consumidores respecto al consumo de benzodiacepinas (58,8% vs 63,2%;  $p = 0,426$ ), sí en cuanto al de hipnóticos (3,6% vs 9,9%;  $p = 0,026$ ). Comparando cada fármaco de manera individual, encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre bipolares consumidores y no consumidores en cuanto a los siguientes: litio (52,7% vs 39,5%;  $p = 0,018$ ), olanzapina (38,2% vs 23,0%;  $p = 0,004$ ), quetiapina (23,6% vs 12,5%;  $p = 0,010$ ), haloperidol (8,5% vs 18,4%;  $p = 0,009$ ), sertralina (0,6% vs 3,9%;  $p = 0,043$ ) y nortriptilina (0% vs 3,3%;  $p = 0,019$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con TB y TAS recibieron mayor número de estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos, y menor de antidepresivos, benzodiacepinas e hipnóticos que los pacientes con TB y sin TAS. A los pacientes bipolares con consumo de tóxicos les fueron pautados con mayor frecuencia tratamiento psicofarmacológico con estabilizantes y antipsicóticos, exceptuando haloperidol, y con menor frecuencia de antidepresivos e hipnóticos.

#### Bibliografía

1. Nolen W, et al. Am J Psychiatry. 2004;161:1447-54.
2. Simon NM, et al. J Clin Psychopharmacol. 2004;24:512-20.

### PO-208

#### MICROARNS EN EL TRASTORNO BIPOLAR: APLICACIÓN TRASLACIONAL DE LA GENÉTICA A LA CLÍNICA

M. Suárez Gómez

**Introducción y objetivos:** El trastorno bipolar es una enfermedad mental que afecta al 1% de la población. Se caracteriza por cambios del estado de ánimo, alternándose episodios de manía con estados depresivos. Los datos actuales sugieren que es un conjunto de trastornos con sintomatologías similares que se originan por la combinación de factores genéticos y ambientales. Los análisis genéticos han identificado varios genes cuya disfunción podrían predisponer a padecer el trastorno, aunque la mayoría de las veces los resultados no han sido confirmados en otros estudios. El objetivo de esta revisión es analizar las causas que originan el trastorno bipolar desde una perspectiva genética, haciendo hincapié en los genes que codifican miARNs.

**Metodología:** Se realizó una revisión de la literatura existente hasta 2010 sobre los estudios genéticos relacionados con el trastorno bipolar.

**Resultados:** La respuesta de los pacientes a fármacos como el litio y el valproato, y una serie de diferentes metodologías experimentales señalan que en el trastorno bipolar podrían estar implicados estos pequeños ácidos ribonucleicos que no se traducen a proteínas. Los miARNs regulan la expresión génica y participan en el desarrollo de enfermedades cancerígenas, inmunitarias, coronarias, mentales y neurológicas.

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta que la administración de estabilizadores del ánimo modifica la expresión de determinados miARNs, este trabajo sugiere que el conocimiento de las funciones de estos reguladores podría facilitar el diagnóstico de trastorno bipolar, cuantificando estos marcadores moleculares en plasma. Esta metodología permitiría además tratamientos más eficaces basados en el diseño de nuevas estrategias terapéuticas personalizadas en función de dianas específicas de miARNs.

#### Bibliografía

1. Kim AH, et al., MicroRNA expression profiling in the prefrontal cortex of individuals affected with schizophrenia and bipolar disorders. *Schizophr Res.* 2010.
2. Evidence for selective microRNAs and their effectors and common long-term targets for the actions of mood stabilizers. *Neuropsychopharmacology.* 2009;34:1395-405.

### PO-251

#### DEPRESIÓN ASOCIADA A TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Ros Mora, A.C. García Blanco, H. Echevarría Mateu y S. García Aznar

**Introducción y objetivos:** La depresión asociada a trastorno de personalidad en adolescentes, puede ser una indicación de terapia electroconvulsiva (TEC) cuando no ha habido una respuesta farmacológica a la sintomatología manifestada. El objetivo es describir las indicaciones de la TEC en pacientes adolescentes que presentan depresión y resaltar la importancia de la TEC como técnica terapéutica.

**Metodología:** Varón de 17 años remitido por su psiquiatra de referencia para administración de TEC por episodio depresivo mayor, de 9 meses de evolución, y rasgos caracteriales de personalidad cluster B junto con persistencia de un síndrome de despersonalización y desrealización.

**Resultados:** Bioquímica: AST/GOT 48 UI/L [0-40] ALT/GPT 66 UI/L [40] LDH 560 UI/L [0-480] CK 526 UI/L [0-270]. Resto normal. EEG: sin hallazgos patológicos (SHP). TAC craneal: SHP. RM cerebral: SHP. Aunque las posibilidades del tratamiento farmacológico de su depresión no se habían agotado en este paciente, sí se había agotado su disposición a esperar de nuevo un período de varios meses para encontrar una respuesta. En consideración a la eficacia de la TEC en el trastorno depresivo mayor, el riesgo autolítico de la depresión no tratada, se decidió la administración de 12 sesiones de TEC con mejoría parcial en gran parte de la sintomatología afectiva, de despersonalización y desrealización.

**Conclusiones:** La eficacia de la TEC en los trastornos depresivos se ha documentado con un importante número de investigaciones incluidos los ensayos abiertos de los años 40, los comparativos de TEC/farmacoterapia de los 60 y los recientes. El uso de la TEC como tratamiento de primera línea en niños y adolescentes es especialmente raro. A pesar de su baja utilización, la experiencia indica que cuando un trastorno afectivo está bien definido, es probable que la respuesta a la TEC sea favorable y por tanto, consideramos relevante su uso en casos de no respuesta farmacológica o riesgo autolítico elevado.

#### Bibliografía

1. Walter et al. 1999a, 1999b.
2. Willoughby et al. 1997.

### PO-293

#### INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA SUICIDA VIOLENTA EN LOS PACIENTES DEPRESIVOS UNIPOLARES INGRESADOS EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE AGUDOS

E. Nieto, M. Malo, M. Guitart, A. Pérez, M. Puig, M. Viladrich y E. Pons

**Introducción:** Faltan estudios que analicen específicamente en muestras amplias de pacientes depresivos unipolares ingresados, la incidencia y características de su conducta suicida.

**Objetivos:** 1. Determinar la incidencia de las diferentes formas de conducta suicida en depresivos unipolares ingresados. 2. Determinar específicamente los factores de riesgo de los intentos de suicidio violentos.

**Metodología:** Pacientes: se seleccionaron todos los ingresados en nuestra UHP durante los años 2009 y 2010 diagnosticados según DSM-IV de T. depresivo mayor recurrente, T. depresivo mayor episodio único y T. distímico. Método: 1. Se determinó la incidencia de conducta suicida en los pacientes unipolares 2-Se dividieron los intentos de suicidio en 1. No violentos (IMVA y venoclisis en antebrazo no dominante) y 2. Violentos (todo el resto de métodos). Análisis estadístico: se utilizó el programa estadístico SPSS y las pruebas adecuadas para cada tipo de variables para determinar las variables clínicas y sociodemográficas asociadas a los intentos violentos.

**Resultados:** De los 199 unipolares ingresados un 27,2% realizaron intento de suicidio, un 14,4% presentaron ideación suicida y un 10,8% realizaron amenazas o gesto autolítico. Del total de pacientes con intentos de suicidio (53), sólo 10 (19%) realizaron un intento de suicidio violento. El diagnóstico de depresión mayor ( $p < 0,01$ ), la presencia de síntomas psicóticos ( $p < 0,008$ ), de inhibición psicomotora ( $p < 0,05$ ), de conciencia parcial de enfermedad ( $p < 0,002$ ), el abandono del tratamiento previo ( $p < 0,03$ ) y la ausencia de comorbilidad con trastorno de personalidad ( $p < 0,006$ ) se asociaron significativamente a la conducta suicida violenta.

**Conclusiones:** La conducta suicida violenta se asocia a las formas más graves (con síntomas psicóticos y escaso insight) y puras (endogeniformes, sin trastorno de personalidad) de los episodios depresivos mayores.

#### PO-892

#### PSICOMOTRICIDAD, COGNICIÓN Y TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN PACIENTES INGRESADOS POR EPISODIO DEPRESIVO

N. Salvat Pujol, S. Ortiz Valen, E. Mur Milà, V. Gálvez Ortiz, V. Soria Tomás, P. Castellví Obiols, J.M. Menchón Magriña y M. Urretavizcaya Sarachaga

**Introducción:** La terapia electroconvulsiva (TEC) es eficaz, si bien existe controversia respecto al compromiso cognitivo asociado a su uso. Varios estudios demuestran las dificultades para establecer el nivel cognitivo basal de pacientes depresivos graves.

**Objetivos:** Comparar el estado cognitivo global de pacientes ingresados por episodio depresivo al ingreso y al alta según la realización de TEC. Evaluar la asociación del estado cognitivo con variables clínicas de depresión y cambio psicomotor.

**Metodología:** Diseño prospectivo de cohortes. N = 119 pacientes ingresados por episodio depresivo, divididos en dos grupos, según realización de TEC o no. Evaluación al ingreso y al alta del estado cognitivo global (MEC-35, Pfeiffer) y estado clínico (severidad de los síntomas depresivos: HDRS-21, cambio en el estado psicomotor: CORE). Análisis estadístico mediante SPSS15.0 (chi-cuadrado, variables cualitativas; t-Student, cuantitativas).

**Resultados:** La prescripción de TEC fue significativamente mayor en pacientes melancólicos y de mayor edad ( $p < 0,01$ ). El grupo de TEC presentó puntuaciones de CORE menores al alta, respecto al grupo de fármacos ( $p < 0,05$ ). Las puntuaciones en HDRS, MEC-35 y Pfeiffer fueron equivalentes en ambos grupos de tratamiento al ingreso y al alta ( $p > 0,05$ ). La puntuación CORE al ingreso se correlacionó negativamente con el rendimiento cognitivo en ambos grupos (MEC-35 i Pfeiffer,  $p < 0,05$ ), independientemente del sexo y el HDRS.

**Conclusiones:** La TEC no empeoró la cognición y mejoró la psicomotricidad. El cambio psicomotor observable (CORE) al ingreso se asoció inversa y significativamente al estado cognitivo global, independientemente del sexo y la severidad depresiva. El grado de inhibición motora podría ser una diana a estudio como marcador pronóstico del estado cognitivo futuro en pacientes depresivos.

#### Bibliografía

1. Gardner B, et al. A review of the cognitive effects of electroconvulsive therapy in older adults. *Journal of ECT*. 2008;24:68-80.
2. Read J, et al. The effectiveness of ECT: a literature review. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2010;19:333-47.

#### PO-319

#### DIFERENCIAS EN EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO ENTRE HOMBRES Y MUJERES CON TRASTORNO BIPOLAR

C. Valcárcel Huerga, P. Vega Pérez, A. Villamor García, B. García Lecumberri, M.T. Nebreda Conesa y A.M. González-Pinto Arrillaga

**Objetivos:** Describir las diferencias en la adherencia terapéutica según el género en personas con Trastorno bipolar y los factores relacionados con dicha adherencia.

**Metodología:** Pacientes diagnosticados de trastorno bipolar tipo I que fueron evaluados en 1994 y que comenzaron un largo tratamiento profiláctico. Se continuó el seguimiento durante 10 años con un régimen de visitas a 8 semanas en la que se revisó morbilidad, abuse de alcohol y otras sustancias, hospitalizaciones, intentos de suicidio y uso y dosis de medicación psiquiátrica para estimar la adherencia del estabilizador del humor. Realizamos análisis divariados para

comparar el cumplimiento terapéutico entre hombres y mujeres. Aplicamos modelos de regresión logística para estudiar los factores relacionados con la adherencia.

**Resultados:** Las mujeres son más adherentes que los hombres. Los hombres no adherentes tienen mayor índice de consumo de sustancias, más episodios mixtos y maníacos y mayor número de hospitalizaciones que los hombres que no cumplen con el tratamiento. En las mujeres no adherentes hay mayor índice de número de intentos de suicidio y la mayoría son solteras.

**Conclusiones:** Los resultados indican que hay importantes diferencias en la adherencia terapéutica según el género en el trastorno bipolar y que los hombres necesitan un especial tratamiento preventivo para las recaídas de manía y en especial con el cumplimiento terapéutico.

#### PO-328

#### ACTUALIZACIÓN EN LA NEUROBIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

F. Mora Mínguez

**Introducción:** El trastorno depresivo es una enfermedad de elevada importancia tanto por su alta prevalencia como por las consecuencias no sólo clínicas, sino también socioeconómicas que conlleva. Más allá de los cambios en la neurotransmisión serotoninérgica y noradrenérgica, sabemos que estructuras cerebrales como el hipocampo o sustancias como el BDNF se alteran el curso de una depresión. Profundizar en estas alteraciones así como su modificación en función del tratamiento, nos puede ayudar a entender mejor este trastorno y a optimizar su tratamiento.

**Metodología:** Realizamos una búsqueda en las principales fuentes de información científica (PubMed, MedLine) con las palabras clave: depresión, neurobiología, hipocampo, BDNF. Revisamos toda la literatura encontrada el respecto.

**Resultados:** La depresión se asocia a una disminución significativa del tamaño del hipocampo (8-10% del volumen). Esta disminución aumenta con la duración de la depresión sin tratar y a medida que hay nuevos episodios depresivos. Esta afectación produce una alteración neuroendocrina que da lugar a unos altos niveles de cortisol que actúan como tóxicos directamente sobre el hipocampo; y afectando a la plasticidad y a la supervivencia neuronal a través de la disminución del BDNF, factor neurotrófico asociado con la neurogénesis y el desarrollo neuronal. La intervención temprana (farmacológica o psicoterapéutica) previene los cambios estructurales en el hipocampo. El tratamiento antidepresivo ha demostrado restablecer los niveles de BDNF en 12 semanas de tratamiento.

**Conclusiones:** La depresión genera cambios neurobiológicos demostrados. Objetivos como la intervención precoz, conseguir la remisión y prevenir las recaídas no sólo tienen repercusión sobre la mejoría clínica y funcional sino que tiene un correlato estructural y neurobiológico a nivel cerebral.

#### Bibliografía

1. Videbæk P, Ravnkilde B. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1957-66.
2. Aydemir O, et al. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005;29:261-65.

#### PO-333

#### ETIOPATOGENIA DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Vicente Hernández, O. Porta Olivares, M. Sánchez García y B. Navarro Legorburu

**Introducción y objetivos:** El trastorno disfórico premenstrual es un trastorno cíclico del humor en mujeres que experimentan síntomas específicos al final de la fase luteínica del ciclo menstrual. Pretendemos destacar su origen orgánico a través de un caso.

**Metodología:** Paciente de 27 años, con antecedentes familiares y personales de trastorno depresivo mayor, actualmente asintomática y sin tratamiento, comienza con clínica compatible con una nueva

recaída, llamando la atención el carácter cíclico de la misma, de 4-5 meses de evolución.

**Resultados:** Se inicia tratamiento con fluoxetina 20 mg/día, de acuerdo con la paciente, y se dan pautas de estilo de vida. La paciente nota mejoría paulatina.

**Conclusiones:** El trastorno disfórico premenstrual existe, y cabe destacar la implicación hormonal y de neurotransmisión en sus causas. Su origen biológico nos sirve para entender el cuadro, para tratarlo eficazmente y para hacernos nuevas hipótesis y comprender mejor la etiopatogenia de los trastornos depresivos.

#### Bibliografía

1. Shah NR, Jones JB, Aperi J, Shemtov R, Karne A, Borenstein J. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: A Meta-Analysis. *Obstet Gynecol*. 2008;111:1175-82.
2. Schmidt PJ, Nieman LK, Danaceau MA, Adams LF, Rubinow DR. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *N Engl J Med*. 1998;338:209-16.

#### PO-344

#### PACIENTES CON DEPRESIÓN DERIVADOS POR VEZ PRIMERA A CONSULTAS DE PSIQUIATRÍA: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

M. Roca, N. Bauzá, M.J. Serrano, S. Armengol, M. García-García y M. Gili

**Introducción y objetivos:** Las consultas especializadas en Salud mental atienden sólo a un grupo de pacientes depresivos. Pese a la relevancia del impacto de esta patología, son escasos los estudios que analizan las tasas y los motivos de derivación de los pacientes depresivos hacia consultas especializadas de psiquiatría. El objetivo del estudio es conocer el perfil clínico-epidemiológico y los motivos de derivación de los pacientes con depresión atendidos por primera vez en una consulta de psiquiatría.

**Metodología:** Estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico de casos clínicos con una única evaluación. 650 psiquiatras incluyeron un total de 3.250 pacientes. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. La sintomatología depresiva se evaluó con la escala de depresión Montgomery-Asberg (MADRS).

**Resultados:** El 65% del total de pacientes presentaba su primer episodio depresivo y el 61% de los pacientes en estudio tenía otros trastornos psiquiátricos concomitantes (43% ansiedad). La puntuación media en la escala MADRS fue de 32,3. La mayoría de los pacientes habían sido derivados a psiquiatría desde Atención Primaria (63%). Los principales motivos de derivación a la consulta especializada fueron el empeoramiento de síntomas (72,3%) y la falta de respuesta al tratamiento (69,7%).

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes derivados a psiquiatría procede de las consultas de Atención Primaria. El empeoramiento de los síntomas y la falta de respuesta al tratamiento son los principales motivos de derivación. Un alto porcentaje de pacientes derivados están en su primer episodio depresivo. Los sistemas de derivación constituyen un elemento esencial de los modelos de organización en salud y su análisis puede contribuir a mejorar la calidad de los mismos.

#### PO-353

#### PSICOTERAPIA INTERPERSONAL EN DEPRESIÓN MAYOR

J.M. Manzano Callejo, L. Bixquert Pla, A.I. López Fraile y A.M. Fernández Navarro

**Introducción:** La depresión mayor es un trastorno psiquiátrico común que genera un grave impacto en el funcionamiento personal, social y laboral y tras un primer episodio, tiende a aparecer de nuevo a lo largo de la vida. Existen diferentes opciones de tratamiento, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas. La terapia interpersonal (TIP) ha mostrado a través de numerosos estudios ser un tratamiento eficaz en pacientes con depresión mayor.

**Metodología:** Se revisan diferentes estudios publicados en Medline de 2006 a 2011 sobre la eficacia de la terapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor, estudios comparados con terapia cognitivo-conductual (TCC), otras formas de psicoterapia, con farmacoterapia y terapia combinada.

**Resultados:** En fase aguda del trastorno depresivo la TIP presenta, en comparación con otros tratamientos psicoterapéuticos una eficacia superior a la media. En comparación con la TCC presenta una eficacia similar. En prevención de recaídas, la TIP sola es un tratamiento eficaz, y combinada con tratamiento psicofarmacológico muestra una eficacia superior al tratamiento farmacológico solo. Se muestra eficaz asimismo en el tratamiento de pacientes con otros trastornos del estado de ánimo y en aquellos con sintomatología comórbida.

**Conclusiones:** Se confirma la eficacia de la TIP en el tratamiento de la depresión mayor tanto en fase aguda como en la de mantenimiento, confirmándose como uno de los tratamientos psicoterapéuticos de elección en la depresión mayor, y resultando una útil alternativa en aquellos pacientes que no pueden o no desean recibir tratamiento psicofarmacológico.

#### Bibliografía

1. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2011.
2. Hollon SD, Ponniah K. A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depress Anxiety*. 2010;27:891-932.

#### PO-360

#### DISFUCIÓN EJECUTIVA Y DETERIORO DE LA MEMORIA EN EL TRASTORNO ESQUIZOAFFECTIVO: UNA COMPARACIÓN CON EL TRASTORNO BIPOLAR, ESQUIZOFRENIA Y CONTROLES SANOS

B. Amann, J. Gomar, J. Ortiz Gil, P. McKenna, R. Salvador, S. Sarró, M. Madre, R. Landín, J.M. Goikolea y E. Pomarol Clotet

**Introducción:** El deterioro de la memoria y la disfunción ejecutiva son características bien establecidas en la clínica del trastorno bipolar y de la esquizofrenia. Sin embargo, los datos sobre el deterioro cognitivo en el trastorno esquizoaffective son escasos y a menudo los resultados son conflictivos.

**Metodología:** Mediante la "Wechsler Memory Scale" (WMS III) y el "Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome" (BADS) hemos evaluado el deterioro de la memoria y de la función ejecutiva en 45 pacientes esquizofrénicos, 26 pacientes esquizomaníacos y 51 pacientes maníacos bipolares en comparación con 65 controles sanos. Los pacientes de los tres grupos fueron evaluados durante la fase aguda de su trastorno de base.

**Resultados:** Los tres grupos de pacientes tuvieron una ejecución peor que la de los controles sanos en las medidas globales de memoria y función ejecutiva aunque sin diferencias significativas entre los grupos de los pacientes en general. Sin embargo, se encontraron diferencias para las puntuaciones de un subtest de función ejecutiva y de memoria entre los grupos de los pacientes. No hubo diferencias destacables en ninguna puntuación de los tests entre los pacientes maníacos con o sin síntomas psicóticos.

**Conclusiones:** Los pacientes esquizofrénicos, esquizomaníacos y maníacos muestran un deterioro cognitivo similar durante la fase aguda de su trastorno de base. Nuestros resultados no apoyan una división categórica a través de grupos diagnósticos en cuanto al deterioro cognitivo.

#### Bibliografía

1. Malhi GS, Green M, Fagiolini A, Peselow ED, Kumari V. Schizoaffective disorder: diagnostic issues and future recommendations. *Bipolar Disorders*. 2008;10:215-30.
2. Bora E, Yucel M, Pantelis C. Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study. *British Journal of Psychiatry*. 2009;195:475-82.

## PO-368

## PREDICTORES DE RESULTADO FUNCIONAL EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR TRAS SEGUIMIENTO DE 2 AÑOS

E. Jiménez López, A.I. Aparicio León, A. Montón Page, J.L. Santos Gómez y E.M. Sánchez-Morla

**Introducción:** Factores clínicos y neurocognitivos han sido considerados como predictores del resultado funcional en pacientes con trastorno bipolar. (Balanzá et al, 2005). El objetivo de este estudio fue determinar qué factores predicen el resultado funcional tras un seguimiento de 2 años.

**Metodología:** 80 pacientes bipolares eutípicos y 40 controles sanos fueron evaluados basalmente (T1) y tras dos años de seguimiento (T2). Para la evaluación clínica se utilizaron las versiones españolas de la Hamilton Depression Rating Scale y Young Mania Rating Scale. Para la evaluación funcional fueron utilizadas: Quality of Life Scale, Global Assessment Functioning Scale, WHO-DAS-I y Living Skills Profile. Además, en T1 se realizó una evaluación neurocognitiva, examinando los siguientes dominios: función ejecutiva, memoria verbal de trabajo, memoria verbal, memoria visual, atención sostenida y velocidad de procesamiento. Para el análisis estadístico se realizó análisis de correlación.

**Resultados:** 1) El número total de ingresos, el número de ingresos por manía y la duración total de los episodios maníacos estuvieron correlacionados con la puntuación obtenida en las escalas de funcionalidad, en T1 y en T2. No se observó correlación entre medidas de funcionalidad y el número de ingresos/episodios depresivos. 2) Se encontró correlación entre la sintomatología depresiva subclínica y medidas de funcionalidad. 3) No se encontró correlación entre función ejecutiva, atención sostenida y velocidad de procesamiento y las medidas funcionales. 4) La memoria de trabajo, la memoria verbal (aprendizaje y recuerdo) y la memoria visual (recuerdo diferido), estuvieron correlacionadas con las puntuaciones en T1 y en T2.

**Conclusiones:** El número de episodios maníacos graves, la sintomatología depresiva subclínica y el rendimiento obtenido en tareas de memoria verbal y memoria de trabajo constituyen los principales predictores del funcionamiento psicosocial en pacientes con trastorno bipolar.

## Bibliografía

1. Balanzá-Martínez et al. Psychother Psychosom. 2005;74:113-9.

## PO-370

## ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS Y NEURÓTICOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

A. Castillo Ramón, A. Tatay Manteiga, P. García Iglesias, I. Llácer Viel, M. Lloret Díez-Cansciano, M.A. Harto Cea, C. Almonacid Folch y R. Calabuig Crespo

**Introducción:** La estabilidad diagnóstica ha sido definida como la medida en que un diagnóstico es confirmado en evaluaciones consecutivas. Podría considerarse como un indicador de validez diagnóstica.

**Objetivos:** Determinar si los trastornos afectivos y neuróticos presentan estabilidad diagnóstica en el contexto de hospitalización psiquiátrica.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo tomando como muestra los pacientes ingresados en al menos tres ocasiones a lo largo de los años 1996-2010, cuyo primer diagnóstico pertenecía a las categorías de la CIE-10 Trastornos afectivos (F30-39) y Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfolos (F40-489). Se considera que un diagnóstico se mantiene si el inicial coincide con el del último ingreso.

**Resultados:** Se obtiene una muestra de 213 pacientes, con 5 reingresos de media. El 40,8% de los pacientes no mantienen el diagnóstico frente al 59,2% que sí lo hace, la mayoría sin cambios intermedios. El trastorno bipolar es el de mayor estabilidad diagnóstica, seguido del trastorno obsesivo-compulsivo y la distimia. Los trastornos depre-

sivos presentan estabilidad y cambio por igual. Los trastornos de ansiedad y dissociativos son los de mayor inestabilidad en el diagnóstico.

**Conclusiones:** Existe una estabilidad diagnóstica en más de la mitad de la muestra estudiada, siendo el trastorno bipolar el más estable. Estos resultados no se contradicen con otras investigaciones<sup>2</sup> y nos hacen reflexionar sobre las características de los trastornos con mayor estabilidad diagnóstica y las posibles causas que llevan a un cambio de diagnóstico. Serían necesarios más estudios al respecto que ayudasen a aclarar estas cuestiones.

## Bibliografía

1. Fennig S, Kovasznay B, Rich C, Ram R, Pato C, Miller A, et al. Six-month stability of psychiatric diagnoses in first-admission patients with psychosis. Am J Psychiatry. 1994;151:1200-8.
2. Baca-García E, Pérez-Rodríguez MM, Basurte-Villamor I, Fernández-Moral A, Jiménez-Arriero MA, González-Rivera JL, et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. Br J Psychiatry. 2007;190:210-6.

## PO-381

## CRONOTERAPIA. SU LUGAR EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN BIPOLAR

L. Osa Fernández, E. Aristegui Ruesga, V. Blanco Rubio, E. Grande Argudo, A. Eguizábal Salterain y C. López Rodríguez

**Introducción:** La influencia de los estímulos externos sobre los ritmos cronobiológicos es universalmente conocida. Así mismo, es del dominio común la respuesta antidepresiva a la privación de sueño (PS), la estimulación lumínosa (LT) o al avance de fase del sueño (AF) en pacientes depresivos. No obstante, apenas está extendido en nuestro medio el uso de la Cronoterapia como herramienta terapéutica coadyuvante. Pretendemos exponer nuestro uso de estas técnicas, sus indicaciones, contraindicaciones, tratamiento concomitante, respuesta terapéutica y efectos adversos según nuestra experiencia clínica.

**Metodología:** Administramos terapia de privación parcial de sueño (PPS) con Avance de Fase tres noches sucesivas a una pequeña muestra de 5 pacientes bipolares tipo II, en fase depresiva, que seguían tratamiento convencional de base. Una vez despiertos, se les ubica en una zona bien iluminada (LT), bajo supervisión, realizando actividades ocupacionales diversas. Los pacientes son evaluados a diario por su psiquiatra.

**Resultados:** Los pacientes sometidos a la combinación de PPS, AF y LT en días sucesivos con tratamiento farmacológico convencional experimentaron mejoría en 48-72h manteniéndose eutípicos 8 semanas después, precisaron estancias de ingreso breves (72h), programables y menos días de hospitalización al año que la media de pacientes bipolares de nuestra unidad.

**Conclusiones:** La cronoterapia resulta un tratamiento coadyuvante efectivo en pacientes bipolares con sintomatología depresiva persistente. Asociado a un tratamiento farmacológico adecuado, consigue respuestas rápidas, persistentes, implica al paciente en su recuperación y acorta las estancias hospitalarias.

## Bibliografía

1. Benedetti F, Barbini B, Colombo C, Smeraldi E. Chronotherapeutics in a psychiatric ward. Sleep Medicine Reviews. 2007;11:509-22.
2. Wu JC, Kelsoe JR, Schatzbach C, Bunney BG, DeModena A, Golshan S, et al. Rapid and Sustained Antidepressant Response with Sleep Deprivation and Chronotherapy in Bipolar Disorder. Biol Psychiatry. 2009;66:298-301.

## PO-800

## INFLUENCIA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y LOS EPISODIOS DEPRESIVOS EN EL RIESGO SUICIDA EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR

I. Zorrilla Martínez, M.P. López Peña, O. Napal Fernández, F. Mosquera Ulloa, M. Alonso y A. González-Pinto Arrillaga

**Introducción y objetivos:** El objetivo de este estudio es investigar los factores relacionados con el suicidio en una muestra de pa-

cientes bipolares seguidos durante 10 años. La hipótesis inicial es que la edad y la edad de inicio, la mala adherencia al tratamiento, las tentativas suicidas previas, la severidad, y los episodios depresivos están relacionados con riesgo suicida.

**Metodología:** En 1994 se inició seguimiento ambulatorio de 169 pacientes diagnosticados de trastorno bipolar tipo I con criterios DSM basándose en la SCID-P. Se llevó a cabo un modelo de regresión logística con el fin de analizar los factores asociados al comportamiento suicida ajustándolo por la edad y las tentativas suicidas previas.

**Resultados:** De la muestra inicial, concluyeron el seguimiento de diez años 120 pacientes. Se observó que a lo largo del seguimiento, el riesgo suicida disminuía en un 74%, pero tan sólo en el grupo de pacientes con buena adherencia al tratamiento. Los pacientes con conducta suicida previa, recaían antes y presentaban mayor número de episodios depresivos. La depresión fue el segundo factor, tras la mala adherencia, asociado al riesgo suicida. La edad y la edad de debut estaban relacionadas con el riesgo de conducta suicida, pero tras realizar un análisis ajustando los factores de confusión, la edad actual era un factor de riesgo más fuerte que la edad de debut. Respecto al grupo de pacientes de alto riesgo suicida, la adherencia al tratamiento también les protegía.

**Conclusiones:** Los resultados resaltan la importancia del tratamiento de los episodios depresivos y la mejoría de la adherencia al tratamiento. La adherencia al tratamiento es el factor protector más importante y los episodios depresivos aumentan el riesgo tanto en el grupo de alto riesgo suicida como en la muestra general. La edad tiene un efecto pequeño y positivo para proteger frente a la tentativa suicida.

#### PO-434

#### HIPOESTESIA MALEOLAR COMO SIGNO NEUROLÓGICO MENOR EN PACIENTES CON SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO

L. Livianos Aldana, H. Tobella Llerena, P.I. González Valls, I. Díaz Fernández-Alonso y S. García Aznar

**Introducción y objetivos:** El estudio de signos neurológicos en las enfermedades mentales ha sido objetivo común de muchas investigaciones en psiquiatría. Aunque la mayoría de la literatura se centra en la esquizofrenia, se han realizado investigaciones enfocadas hacia el estudio de las alteraciones de la sensibilidad general en pacientes con trastornos afectivos. Nuestro objetivo es evaluar la hipostenesia maleolar externa en pacientes psiquiátricos y determinar si se asocia con depresión y/o ansiedad, tal y como señalaba López-Ibor.

**Metodología:** Con una muestra de pacientes visitados en un Centro de Salud Mental y diagnosticados de síndromes ansioso-depresivos según criterios CIE-10, se exploró la sensibilidad maleolar utilizando la rueda neurológica de Wartenberg. Se cuantificó la gravedad de la sintomatología con la Escala Hamilton para la Depresión y el Cuestionario State and Trait Anxiety Index (STAI). Los datos se analizan usando el paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 85 pacientes, de los cuales 30 estaban diagnosticados de síndrome depresivo, 32 de síndrome ansioso y 22 de síndromes mixtos. 19 pacientes presentaron hipostenesia maleolar externa y 11 interna. Se obtuvo significación estadística para la asociación entre hipostenesia maleolar externa y puntuaciones elevadas en la escala Hamilton para la depresión. Se sugiere además una asociación que tiende hacia la significación estadística entre hipostenesia maleolar y sintomatología tanto depresiva como mixta.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que tal y como sucede en la esquizofrenia, en síndromes depresivos existirían ciertos signos neurológicos menores relacionadas con la clínica y la gravedad del trastorno. Consideramos necesarias más investigaciones en esta línea con el fin de clarificar la relación entre dichos signos y la

psicopatología, para un mejor diagnóstico y tratamiento de nuestros pacientes.

#### Bibliografía

1. Bulb E, et al. Seeing gray when feeling blue? Depression can be measured in the eye of the diseased. 2010.
2. Hahn T, et al. Integrating neurobiological markers of depression. 2010.

#### PO-445

#### ¿INFLUYE EN EL NÚMERO DE REINGRESOS EL TRATAMIENTO INICIAL DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS PSICÓTICOS?

G. Córner Santiago, A. Cano Prous, J.A. Gómez Sánchez y G.A. Baquero Mahecha

**Introducción:** Los pacientes con trastorno afectivo psicótico (TAP) responden al tratamiento combinado con antipsicóticos y antidepresivos o estabilizadores del ánimo. Los datos disponibles indican que la terapia electroconvulsiva (TEC) está considerada como el tratamiento de elección en depresión psicótica, alcanzando tasas de remisión del 50%, aunque se reserva para casos refractarios a la farmacoterapia.

**Objetivos:** Analizar el número de reingresos en función del tratamiento aplicado al inicio de la enfermedad en una muestra de pacientes diagnosticados de TAP.

**Metodología:** Estudiamos los reingresos de una muestra de pacientes diagnosticados de TAP (F31.2; F32.3; F33.3) durante los últimos diez años. Se recogieron datos sociodemográficos y se dividió la muestra entre los pacientes que recibieron TEC y los que fueron tratados únicamente con farmacoterapia.

**Resultados:** Muestra constituida por 95 pacientes (58 mujeres y 37 varones) de entre 12 y 88 años de edad, de los que 30 fueron tratados con TEC. El 44,2% (N = 42) necesitaron reingresar, si bien no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el número de reingresos entre los tratados únicamente con psicofármacos y los tratados con TEC.

**Conclusiones:** En nuestra muestra, el número de reingresos en pacientes diagnosticados de TAP, no está relacionado con el tipo de tratamiento aplicado en el primer ingreso.

#### Bibliografía

1. Robert Davies SL, Dubovsky N. Trastornos del estado de ánimo. En: Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO. Tratado de psiquiatría clínica, 4<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 439-542.
2. Cinar S, Oude Voshaar RC, Janzing JGE., Birkenhäger TK, Buitelaar JK, van den Broek WW. The course of depressive symptoms in unipolar depressive disorder during electroconvulsive therapy: A latent class analysis. Journal of Affective Disorders. 2010;124:141-7.

#### PO-467

#### TRASTORNO ADAPTATIVO. PSICOTERAPIA GRUPAL BREVE

L. Tolosa Gutiérrez

**Introducción:** El incremento de derivaciones a los Equipos de Salud Mental de pacientes que presentan cuadros clínicos y subclínicos reactivos a situaciones vitales estresantes es, en los últimos años, notable. En algunos casos se trata de reacciones emocionales-vivenciales dentro del rango de la normalidad y en otros, se constata la presencia de un Trastorno adaptativo. Cada vez más se habla de una posible “medicalización” del sufrimiento psíquico frente a una también cada vez mayor “intolerancia” del paciente ante dicho dolor y demandante de un tratamiento psiquiátrico.

**Objetivos:** Entrenar a un grupo de pacientes en técnicas que le permitieran la adquisición de habilidades en el control y manejo de emociones negativas (ansiedad, tristeza, frustración, rabia) técnicas de resolución de problemas y de afrontamiento ante situaciones de estrés de la vida cotidiana.

**Metodología:** La intervención se realizó en 10 sesiones, semanales, de una hora y media de duración a un grupo de 8 pacientes, mujeres, diagnosticadas de Trastorno adaptativo (mixto) según DSM-IV y que durante más de 6 meses habían realizado tratamiento psiquiátrico sin presentar mejoría significativa. El programa se estructuró en una primera fase psicoeducativa, un módulo de reestructuración cognitiva y un módulo de entrenamiento en resolución de problemas. Se realizó evaluación pre y post intervención con las Escalas de Depresión de Beck (BDI-II) y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de C.D. Spielberger (STAI).

**Resultados:** Se confirmó una reducción significativa de la clínica motivo de consulta. Dichos resultados se mantuvieron en el período de seguimiento de 6 meses realizado tras la intervención grupal.

#### Bibliografía

1. Sank LI, Shaffer CS. Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitivo Conductual en Grupos. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1993.
2. Labrador FJ. El estrés. Nuevas técnicas para su control. Temas de hoy, 1992.

#### PO-473

#### PSICOMETRÍA E INTEGRACIÓN DE DATOS DE GRUPOS COOPERATIVOS DE LA VERSIÓN INFORMATIZADA DE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA ANHEDONIA

J.M. Olivares Díez

**Introducción:** Olivares, Berrios y Bousoño (2005) desarrollaron un instrumento de evaluación de la anhedonia (Escala Autoevaluación de la Anhedonia, EAA) que presenta diversas ventajas teóricas frente a sus predecesoras. En la actualidad se ha desarrollado una versión informatizada para facilitar su utilización sistemática.

**Objetivos:** Esta aplicación facilita la evaluación, procesamiento e integración de los datos pero también permite dar a conocer la escala y promover la investigación de esta temática a través de Grupos Cooperativos.

**Metodología:** Se colaborará con aquellos centros que quieran participar en los proyectos que se están desarrollando en estos momentos o que propongan proyectos de investigación. La propiedad de los datos es exclusiva de la Institución o Usuario que los haya dado de alta, garantizando la confidencialidad de los datos.

**Resultados:** Se dispone de los resultados del paciente y de sus grupos de enfermos lo que facilita conocer el estado clínico de los pacientes y su seguimiento.

**Conclusiones:** Esta aplicación informática resulta de gran utilidad para poner en contacto diversos/as profesionales que estén interesados/as en la evaluación de la anhedonia a partir de muestras amplias y de origen multicéntrico, así como, la puesta en marcha de iniciativas de investigación por parte de cualquiera de los integrantes de los Grupos Cooperativos.

#### PO-495

#### EVALUACIÓN DE LOS FACTORES PREDICTIVOS DE RECURRENCIA EN TRASTORNO BIPOLAR EN ESPAÑA (ESTUDIO PREBIS)

C. de Dios Perrino, J.M. Goikolea, A. González-Pinto, J.M. Montes, E. Prieto, J. Saiz y E. Vieta

**Introducción y objetivos:** El trastorno bipolar es una enfermedad compleja con una elevada tasa de recurrencia. El objetivo principal fue explorar los factores relacionados con la reaparición de un episodio afectivo agudo en pacientes bipolares tras un período de estabilización.

**Metodología:** Estudio observacional prospectivo de 1 año de seguimiento en pacientes con trastorno bipolar tipo I o II, después de un episodio afectivo de cualquier tipo en el año previo y en remisión parcial o total desde al menos 2 meses antes de la inclusión.

**Resultados:** Se incluyeron 595 pacientes y se analizaron 593 (237 hombres [40%]). 501 pacientes (84,5%) padecían trastorno bipolar tipo I y 92 (15,5%) tipo II. El número medio de episodios fue de 10,17 (IC95% 9,45-10,90), encontrándose una media de 3,64 (IC95% 3,32-3,96) episodios maníacos; 5,06 (IC95% 4,62-5,49) depresivos; 3,32 (IC95% 2,90-3,73) hipomaníacos y 1,07 (IC95% 0,82-1,32) mixtos. Apareció polaridad predominante maníaca en 165 casos (28,3%) y depresiva en 127 (21,8%). 141 pacientes experimentaron alguna recaída durante el estudio y a los 15 meses la tasa fue del 42%. Las variables asociadas a las recaídas fueron la situación laboral ( $p < 0,05$ ), el ámbito de residencia ( $p < 0,05$ ) y el número total de episodios previos ( $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** El tipo de episodio más frecuente fue el depresivo, incluso habiendo mayor proporción de pacientes con polaridad maníaca, destacando así la relevancia de la depresión en el TB, no solo en el tipo II sino también en el tipo I. La tasa de recurrencia fue elevada. Respecto al objetivo principal, los resultados obtenidos confirman lo observado en otros estudios internacionales. El número de episodios previos, la incapacidad laboral y el ámbito rural se asocian con mayor riesgo de recaída.

#### Bibliografía

1. Perlis, et al. Am J Psychiatry. 2006.
2. Sherazi, et al. Harvard Rev Psychiatry. 2006.

#### PO-497

#### CALIDAD DEL SUEÑO: SU IMPACTO EN EL FUNCIONAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR EUTÍMICAS

G. Galván, E. Díaz Mesa, S. Al-Halabí, P. Burón, M. Garrido, M.T. Bascarán, P.A. Sáiz, P. García-Portilla y J. Bobes

**Introducción:** La mala calidad de sueño estarían asociada a una presentación más grave de síntomas anímicos y un peor funcionamiento (Gruber, 2009; Harvey, 2008).

**Objetivos:** Determinar el impacto de la calidad de sueño en el funcionamiento de personas con trastorno bipolar (TB) en estado de eutimia.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. 50 personas diagnosticadas de TB evaluadas con protocolo ad hoc demográfico y clínico, YMRS, HDRS, FAST e Índice de Calidad de Sueño Pittsburgh [rango: 0-5 buena calidad de sueño (BCS), > 5 mala calidad de sueño (MCS)]. Se dividió la muestra según su calidad de sueño: BCS n = 5, MCS n = 45.

**Resultados:** Edad media (DE) (BCS) vs (MCS) 46,7 (10,47) años [48 (11,72) vs 46,55 (10,46)], 50% mujeres (60% vs 48,9%), 54% tenían pareja (40% vs 55,6%), 46% estudios secundarios [80% vs 42,2%], 24% trabajando [80% vs 73,4%]. Tiempo medio (DE) (BCS vs MCS) de eutimia 10,2 (15,10) meses [BCS 18,40 (17,03), MCS 9,2 (14,80)]. Las puntuaciones medias (DE) (BCS vs MCS) en las diferentes escalas fueron: FAST 29,76 (12,30) [22,4 (5,85) vs 30,57 (12,59)]; Calidad sueño Pittsburgh: 10,32 (3,88) [10% vs 90%], HDRS: 5,08 (2,66) [3,4 (2,96) vs 5,26 (2,59)], YMRS: 5,08 (2,66) [0,8 (1,09) vs 1,42 (2,59)]. Diferencias estadísticamente significativas ( $p = ,018$ ) entre BCS y MCS en relaciones interpersonales de FAST.

**Conclusiones:** La calidad de sueño no impacta el funcionamiento de manera global, quienes tienen una BCS tiene un mejor funcionamiento en relaciones interpersonales.

#### Bibliografía

1. Harvey AG Sleep and circadian rhythms in bipolar disorders: seeking synchrony, harmony, and regulation. American Journal of Psychiatry. 2008;165:820-9.
2. Gruber J, Harvey AG, Wang PW, Brooks JO 3rd, Thase ME, Sachs GS, Ketter TA. Sleep functioning in relation to mood, function, and quality of life at entry to the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorders (STEP-BD). Journal of Affective Disorders. 2009;114:41-9.

## PO-498

## DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. INCIDENCIA Y PREVALENCIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

J.L. Hernández Fleta

**Introducción:** La tasa de prevalencia-vida en Europa para los trastornos mentales comunes (incluyendo los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) es del 25% y la de prevalencia año del 9,8%. En España las tasas son del 20% (prevalencia-vida) y del 8,4% (prevalencia-año). El trastorno más frecuente fue el episodio de depresión mayor (10,5% de prevalencia-vida y 3,9% de prevalencia-año) y seguido de la fobia específica y de la distimia, con una prevalencia-vida de 4,52 y 3,65% respectivamente. Los Trastornos de ansiedad, en España, suponen el 9,3% de prevalencia-vida y el 5,1% de prevalencia-año. Los trastornos del estado de ánimo constituyen la principal causa de discapacidad entre los trastornos mentales, destacando la depresión mayor, que ocupa el cuarto lugar en cuanto a causa de discapacidad y se prevé que para 2020 pase a ser la segunda causa (por detrás de las enfermedades cardiovasculares). Uno de cada 5 casos nuevos que se reciben en AP presenta síntomas depresivos. Los principales factores de riesgo para este trastorno se relacionan con la situación laboral de la población (de 3 a 6 veces más riesgo que los que tienen empleo remunerado): Baja por enfermedad, descanso por maternidad, situación de desempleo, algún tipo de discapacidad.

**Metodología:** Presentamos tasas de incidencia y prevalencia asistida de los Trastornos del estado de ánimo y de los Trastornos de ansiedad y su relación con variables sociodemográficas en la CCAA de Canarias. Los datos se obtienen del Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP).

**Resultados:** En el año 2009, en todas las USM de Canarias se realizaron 40.762 consultas con el diagnóstico de Trastornos afectivos (el más prevalente fue la depresión monopolar con el 11,7%) y 38.664 con el diagnóstico de Trastornos de ansiedad, sobre un total de 210.365 consultas. En estas últimas el diagnóstico trastorno fóbico fue el más prevalente (2,4%) seguido del diagnóstico Trastorno de ansiedad generalizada (2%). En Atención primaria y en el período 1/9/2009 a 31/8/2010, el 1,9% recibieron un diagnóstico de Ansiedad o Depresión.

**Conclusiones:** Dado que la prevalencia de los trastornos afectivos y de ansiedad es elevada y que en muchos casos pueden ser tratados en el nivel asistencial de Atención Primaria, elaboramos un manual “Salud Mental en Atención Primaria, recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes”, habiéndose realizado sesiones conjuntas entre AP y SM para su implementación, así como talleres de psicoterapia para la formación de los profesionales de AP. Estamos pendientes de evaluar este programa.

## Bibliografía

1. Estudio ESEMED: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. OMS, 2001-2002.
2. Haro JM, et al. La Epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr*. 2003;31:182-91.

## PO-499

## DURACIÓN DEL SUEÑO: SU IMPACTO EN EL FUNCIONAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNO BIPOLAR EUTÍMICAS

G. Galván, E. Díaz Mesa, S. Al Halabi, M.T. Bascarán, P. Sáiz, P. García Portilla y J. Bobes García

**Introducción:** La duración del sueño puede impactar sobre el estado anímico (Harvey et al, 2008) y afectar el funcionamiento de personas con TB (Gruber et al, 2009).

**Objetivos:** Comparar el impacto de la duración del sueño en el funcionamiento de dos grupos de personas con trastorno bipolar (TB) en estado de eutimia.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. 50 personas con diagnóstico de TB evaluados con protocolo ad hoc demográfico y clínico, YMRS, HDRS, FAST. Pittsburgh. Se dividió la muestra en función de la duración del sueño en horas: duración normal (DN)  $7 > \text{hs}$  ( $n = 33$ ), duración breve (DB),  $7 < \text{hs}$  ( $n = 17$ ). Resultados: edad media (DE) 46,7 (10,47) años [DN 47,27 (11,57), DB 45,58 (8,12)], 50% mujeres (DN 54,5%, DB 41,2%), 54% tenían pareja (DN 51,5%, DB 58,8%), 46% estudios secundarios (DN 51,5%, DB 35,3%), 24% trabajando (DN 24,3%, DB 23,5%). Tiempo medio (DE) de eutimia 10,2 (15,10) meses [DN 9,36 (14,05), DB 11,82 (17,30)]. Puntuaciones medias (DE) en escalas: FAST (DE) 29,76 (12,30) [DN 27,06 (12,06), DB 35 (11,34)], HDRS (DE) 5,08 (2,66) [DN 4,60 (2,80), DB 6,00 (2,15)], YMRS (DE) 5,08 (2,66) [DN 1,03 (1,77), DB 2,00 (1,69)]. Diferencias estadísticamente significativas entre DN y DB puntuación global de FAST ( $p = 0,029$ ) y dominio de relaciones interpersonales ( $p = 0,002$ ).

**Conclusiones:** El funcionamiento general de los pacientes con TB se ve afectado por una DB de sueño, en particular el dominio de las relaciones interpersonales.

## Bibliografía

1. Harvey AG. Sleep and circadian rhythms in bipolar disorders: seeking synchrony, harmony, and regulation. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165:820-9.
2. Gruber J, Harvey AG, Wang PW, Brooks JO 3rd, Thase ME, Sachs GS, Ketter TA. Sleep functioning in relation to mood, function, and quality of life at entry to the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorders (STEP-BD). *Journal of Affective Disorders*. 2009;114:41-9.

## PO-500

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR Y ENFERMEDADES SOMÁTICAS COMÓRBIDAS

G. Galván, E. Díaz Mesa, S. Al Halabi, P. Burón, M. Garrido, M.T. Bascarán, P. Sáiz, P. García Portilla y J. Bobes García

**Introducción:** Las dolencias mentales y clínicas están estrechamente interconectadas (WMHF, 2010). Un aumento del número de comorbilidades médicas ha sido asociado con una peor calidad de vida (Kilbourne et al, 2009).

**Objetivos:** Determinar la influencia de las enfermedades comórbidas en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de personas con trastorno bipolar (TB). **Método:** Estudio descriptivo transversal. 50 personas con diagnóstico de TB evaluados con protocolo ad hoc demográfico y clínico, YMRS, HDRS, FAST y SF-36. Se dividió a la muestra entre pacientes con enfermedades comórbidas ( $n = 24$ ) (ENF) y pacientes no enfermos (NE) ( $n = 26$ ). **Resultados:** edad media (DE) 46,7 (10,47) años [ENF 47,20 (8,67); NE 46,23 (12,05)], 50% mujeres (ENF 41,7%, NE 57%), 54% tenían pareja (ENF 54,2%, NE 53,9%), 46% estudios secundarios (ENF 37,5%, NE 53,8%), 24% trabajando (ENF 25,1%, NE 26,8%). Tiempo medio (DE) de eutimia 10,2 (15,10) meses [ENF 9,5 (10,75), NE 10,84 (18,44)]. Puntuaciones medias (DE) en escalas: HDRS 5,08 (2,66) [ENF 5,58 (2,55); NE 4,6 (2,72)], YMRS 5,08 (2,66) [ENF 1,8 (1,98), NE 0,8 (1,47)]. Hallamos diferencias estadísticamente significativas en función física ( $p = ,005$ ), dolor corporal ( $p = 0,011$ ), salud general ( $p = 0,016$ ) y componente sumario físico ( $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** Las personas con TB comórbidos con afección somática refieren una peor CVRS física en general (componente sumario mental) y en particular en las subescalas de funcionamiento físico, dolor corporal y salud general.

## Bibliografía

1. World Mental Health Federation. Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. Edición electrónica, 2010. <http://www.wfmh.org/WMHD%202009%20Languages/SPANISH%20WMHD09.pdf>. (acceso el día 29 de abril de 2010).
2. Kilbourne AM, Perron BE, Mezuk B, Welsh D, Ilge, M, Bauer MS. Co-occurring conditions and health-related quality of life in patients with bipolar Disorder. *Psychosomatic Medicine*. 2009;71:894-900.

## PO-516

## LA DELECIÓN GENÉTICA DE LA PROTEÍNA HINT1 EN EL RATÓN INDUCE UN COMPORTAMIENTO SIMILAR A LA FASE DE MANÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR

P. Sánchez-Blázquez, E. Berrocoso, M. Rodríguez-Muñoz y J. Garzón

**Introducción:** El trastorno bipolar es una patología crónica que alterna episodios de depresión y manía, lo que dificulta disponer de modelos animales para su estudio. Su etiología, no bien definida, es multifactorial incluyendo alteraciones neuroendocrinas y en diferentes sistemas de neurotransmisión. La proteína HINT1, que es esencial para mantener la conexión entre los receptores acoplados a proteínas G y el receptor NMDA, es un candidato en la neuropatología del trastorno bipolar. El análisis genético revela una reducción de la expresión de esta proteína en la corteza prefrontal de estos pacientes.

**Metodología:** En este estudio se caracteriza el fenotipo de ratones deficientes en la proteína HINT1 (KO) y los correspondientes controles (WT). Los datos se han analizado mediante ANOVA ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Los animales KO presentan una movilidad aumentada, respecto al WT, tanto en el test de la natación forzada como en la suspensión de la cola, sin diferencias significativas en la actividad espontánea. El tratamiento con valproato (100/300 mg/kg) aumenta el tiempo de inmovilidad en los KO, pero no en los WT. Por el contrario, el tratamiento con antidepresivos (imipramina, citalopran) fue más efectivo en los WT que en los ratones KO. Nuestros datos concuerdan con la propuesta de la natación forzada como modelo válido para analizar la conducta dirigida a la consecución de un objetivo asociada a la fase de manía. Además, los ratones KO presentan una falta de habituación y mayor desinhibición en el campo abierto.

**Conclusiones:** Los ratones deficientes en HINT1 presentan un fenotipo que puede ser de utilidad como modelo de conductas asociadas a la fase de manía del trastorno bipolar y para identificar los cambios moleculares asociados a esta patología psiquiátrica.

Financiado por FIS PS09/00332.

## Bibliografía

1. Rodríguez-Muñoz, et al. *Cell Signal.* 2008;20:1855.
2. Flaiseher-Grinberg. *Einat Journal. Pharmacol Toxicol Methods.* 2009;59:141.

## PO-553

## TRASTORNO BIPOLAR: ¿EXISTE REALMENTE LA EUTIMIA?

E.R. Valdivia Bazán, L. Marinas Navarro y M. Blanco Prieto

**Introducción:** Dentro del diagnóstico del Trastorno bipolar, los síntomas subsindrómicos señalan una controversia en cuanto a ser considerados una entidad clínica, una forma leve de un trastorno mayor o simplemente el resultado de un test. Los estudios revelan una prevalencia de síntomas subsindrómicos en un 13 a 70% de la población con trastorno bipolar, siendo los depresivos los que con mayor frecuencia se encuentran relacionados con dificultades a nivel funcional y menor calidad de vida.

**Metodología:** Se realiza una revisión bibliográfica en Pubmed con las palabras claves trastorno bipolar, síndrome subsindrómico, depresión y manía en el periodo enero 2000 a diciembre 2010.

**Resultados y conclusiones:** Los síntomas depresivos, aún a un nivel subsindrómico aumentan el déficit funcional persistente tras la recuperación sintomática de los episodios maniacos. Asimismo los síntomas subsindrómicos depresivos alargan el tiempo de recuperación funcional de los pacientes con trastorno bipolar. Los síntomas subsindrómicos, en especial los depresivos impiden llevar a cabo las responsabilidades de un trabajo a tiempo fuera de casa contribuyendo a aumentar la discapacidad en los pacientes bipolares. Se ha

encontrado que el deterioro funcional durante los episodios subsindrómicos depresivos es similar al producido durante un episodio depresivo.

## Bibliografía

1. Gitlin MJ, Mintz J, Sokolski K, Hammen C, Altshuler LL. Subsyndromal depressive symptoms after symptomatic recovery from mania are associated with delayed functional recovery. *J Clin Psychiatry.* 2010.
2. Bauer M, Glenn T, Grof P, Rasgon NL, Marsh W, Sagduyu K, et al. Frequency of subsyndromal symptoms and employment status in patients with bipolar disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44:515-22.

## PO-606

## TASA DE ABANDONOS EN EL SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE PACIENTES BIPOLARES. VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS

J.D. Albilló Labarra, E. Ezquiaga Terrazas, C. de Dios Perrin y A. García López

**Introducción:** La enfermedad bipolar ha demostrado en los estudios de seguimiento a largo plazo ser crónica y altamente recurrente. Aunque el incumplimiento terapéutico y el abandono del seguimiento parecen dos factores de riesgo de peor evolución, son muy escasos los estudios en pacientes bipolares que analizan estos aspectos.

**Objetivos:** En este trabajo se pretende conocer la tasa de abandonos en el seguimiento, su distribución temporal, y el perfil clínico y evolutivo de los pacientes bipolares I y II que abandonan el seguimiento en dispositivos ambulatorios especializados.

**Metodología:** Se incluyeron en la cohorte pacientes bipolares consecutivos (criterios DSM-IV-TR, entrevista MINI) desde noviembre de 2004. Se recogieron datos clínicos y evolutivos basales y en evaluaciones protocolizadas trimestralmente. Variables dependientes: abandono ( $> 6$  meses sin acudir a visita programada) y tiempo de seguimiento.

**Resultados:** De 317 bipolares, 206 cumplían criterios de trastorno bipolar I y II, y 17% de los pacientes abandonaron el seguimiento, la mayoría en los tres primeros meses o pasados tres años. Se asociaron significativamente con abandonos: edad más joven, vivir solo, fase inicial maníaca/hipomaníaca, antecedentes de abuso/dependencia a tóxicos, no tomar antipsicóticos durante el seguimiento, y mal/irregular cumplimiento farmacológico.

**Conclusiones:** Es necesario identificar precozmente el perfil de paciente que abandona, y los principales períodos de riesgo de abandono, tanto a nivel clínico para mejorar el pronóstico de la enfermedad, como a nivel de investigación para obtener datos más válidos y generalizables a todos los pacientes bipolares, y no solo a aquellos que siguen en tratamiento.

## Bibliografía

1. Judd LL. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2002.
2. De Dios C. Time spent with symptoms in a cohort of bipolar disorder outpatients in Spain: a prospective, 18-month follow-up study. *J Affect Disord.* 2010.

## PO-609

## TRATAMIENTO DEL TRASTORNO BIPOLAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA: ANÁLISIS DE LOS DATOS RETROPECTIVOS DEL ESTUDIO LONGITUDINAL MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL WAVE-BD

E. Vieta, M.L. Figueira, F. Bellivier, D. Souery, E. Blasco Colmenares, E. Medina y J. Langosch

**Introducción:** El estudio Wave-BD (Wide Ambispective Study) actualmente en curso ha sido diseñado evitando las limitaciones de estudios longitudinales previos en trastorno bipolar focalizados en una sola fase de la enfermedad o en el tratamiento.

**Objetivos:** Describir la situación clínica basal en una cohorte de pacientes con trastorno bipolar.

**Metodología:** Estudio multicéntrico internacional, observacional, longitudinal de seguimiento ambispectivo de un mínimo de 15 meses y un máximo de 27 meses (incluyendo la fase retrospectiva y prospectiva). Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I o II con al menos un episodio del estado de ánimo en los 12 meses previos. El estudio incluye el análisis descriptivo de los datos socio-demográficos, diagnóstico, clínica y manejo terapéutico. Se obtuvo una muestra representativa del manejo de la enfermedad en 10 países distintos (Brasil, Bélgica, Francia, Alemania, Austria, Portugal, Turquía, Rumanía, Ucrania y Venezuela).

**Resultados:** 2.880 pacientes incluidos entre marzo-septiembre de 2010. Durante el periodo retrospectivo, 94,3% de los pacientes se encontraban bajo tratamiento para su TB. Entre los pacientes con TB-I y TB-II respectivamente, el número de medicaciones más prescripto fue dos (29,5% y 31,5%); 17,6% y 18,1% recibieron solo un fármaco, y el 11,5% y 9,8% cinco o más tratamientos. Los grupos farmacológicos más frecuentes (TB-I y TB-II respectivamente) fueron: antipsicóticos atípicos (64,5% y 48,9%), anticonvulsivantes (58,0% y 54,3%), antidepresivos (39,6% y 66,7%) y litio (31,2% y 17,3%). La duración media del tratamiento con antipsicóticos atípicos, anticonvulsivantes y antidepresivos fue de 165,0, 199,7 y 169,7 días respectivamente.

**Conclusiones:** El estudio Wave-BD permite recoger información en una gran muestra de población desde una perspectiva multinacional y representativa del manejo del paciente bipolar en los países participantes. El estudio muestra una gran variabilidad en cuanto a las terapias empleadas, sugiriendo la gran complejidad de la patología.

## PO-610

### PATRONES DE ENFERMEDAD Y GRAVEDAD DEL TRASTORNO BIPOLAR: ANÁLISIS DE LOS DATOS RETROPECTIVOS DEL ESTUDIO LONGITUDINAL MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL WAVE-BD

E. Vieta, M.L. Figueira, F. Bellivier, D. Souery, E. Blasco Colmenares, E. Medina y J. Langosch

**Introducción:** El estudio Wave-BD (Wide Ambispective Study) actualmente en curso ha sido diseñado evitando las limitaciones de estudios longitudinales previos en trastorno bipolar focalizados en una sola fase de la enfermedad o en el tratamiento.

**Objetivos:** Describir la situación clínica basal en una cohorte de pacientes con trastorno bipolar.

**Metodología:** Estudio multicéntrico internacional, observacional, longitudinal de seguimiento ambispectivo de un mínimo de 15 meses y un máximo de 27 meses (incluyendo la fase retrospectiva y prospectiva). Pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I o II con al menos un episodio del estado de ánimo en los 12 meses previos. El estudio incluye el análisis descriptivo de los datos socio-demográficos, diagnóstico, clínica y manejo terapéutico. Se obtuvo una muestra representativa del manejo de la enfermedad en Brasil, Bélgica, Francia, Alemania, Austria, Portugal, Turquía, Rumanía, Ucrania y Venezuela.

**Resultados:** 2.880 pacientes (media de edad: 46,5 años [DE 13,3]; 62,0% mujeres) fueron incluidos entre marzo-septiembre de 2010: 1989 (69,1%) con TB-I y 891 (30,9%) con TB-II. Años desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico: 2,9 [DE 6,6] TB-I y 4,4 [DE 8,0] TB-II. Situación de la enfermedad en el momento de la inclusión en el estudio (TB-I, TB-II respectivamente [leve, moderado y grave]): hipomanía (7,9% [67,7%, 31,0%, 1,3%], 6,5% [70,7%, 29,3%, 0%]; manía (7,1% [26,1%, 47,2%, 26,8%], 0%), eutimia (58,6%, 60,3%), depresión (19,7% [38,8%, 47,7%, 13,5%], 31,1% [41,2%, 46,9%, 11,9%] y episodio mixto (5,7% [30,1%, 46,9%, 23,0%], 0%).

**Conclusiones:** Se trata de un estudio que mostrará el manejo y carga del trastorno bipolar en diferentes países de manera repre-

sentativa. El estudio WAVE-BD, a partir de una gran muestra de pacientes, confirma la gran prevalencia e importancia de los síntomas depresivos en todo el trastorno bipolar, tanto tipo I como II.

## PO-660

### ALTERACIONES ESPECTROSCÓPICAS EN LA REGIÓN HIPOCAMPAL EN EL CURSO DE LA DEPRESIÓN: COMPARACIÓN ENTRE PRIMEROS EPISODIOS, RECURRENTES ASINTOMÁTICOS Y CRÓNICOS

M.M. Carceller, M.J. Portella, J. de Diego-Adeliño, R. Arévalo, E. Álvarez, M. Serra, Y. Vives, O. López, B. Gómez y D. Puigdemont

**Introducción:** Múltiples evidencias apuntan alteraciones estructurales en el hipocampo durante el curso de la depresión. La espectroscopia por resonancia magnética (MRS) permite la cuantificación de determinados metabolitos cerebrales indicadores de daños a nivel glial y neuronal en el Trastorno depresivo mayor (TDM).

**Objetivos:** Valorar las diferencias en la región medial temporal (incluyendo cabeza del hipocampo) entre los niveles de glutamato (Glu), N-acetil-aspartato (NAA) y Colina (Cho), en los diferentes estadios de TDM.

**Metodología:** Se adquirieron MRS de 3 Teslas de 18 controles sanos y 54 pacientes, divididos en tres grupos: primeros episodios (n = 16), recurrentes asintomáticos (n = 18) y crónicos (n = 20), en dos volúmenes de interés: región medial temporal izquierda y derecha. Se determinó la composición de sustancia blanca, sustancia gris y líquido cefalorraquídeo. Los metabolitos de cada VOI se analizaron mediante análisis de varianza multivariante.

**Resultados:** Los hallazgos muestran niveles significativamente más bajos de Glu ( $F = 3,3$ ;  $p = 0,03$ ) y NAA ( $F = 6,9$ ;  $p < 0,001$ ) en pacientes crónicos y recurrentes asintomáticos que en controles sanos y primeros episodios en el VOI derecho. Los niveles de Cho presentan un patrón inverso aumentando con la mayor duración de la enfermedad ( $F = 5,4$ ;  $p = 0,002$ ). Los resultados en el VOI izquierdo, mostraron niveles más bajos de Glu en pacientes crónicos comparados con controles sanos ( $F = 3,1$ ;  $p = 0,03$ ) y niveles aumentados de Cho en pacientes crónicos respecto a sujetos sanos ( $F = 4,2$ ;  $p = 0,008$ ). Mayores niveles de Cho se relacionaban con mayor tiempo de evolución, mayor número de episodios y inicio más temprano del trastorno ( $p < 0,03$ ).

**Conclusiones:** Se evidenciaron alteraciones metabólicas en la región anterior del hipocampo (región medial temporal) en pacientes con depresión mayor, y que tendrían un efecto acumulativo: a mayor duración del trastorno, mayores concentraciones de Cho (marcador de recambio de membrana celular) y niveles menores de Glu (marcador de integridad de glía) y NAA (marcador de integridad de neurona).

## PO-661

### INTEGRIDAD DE SUSTANCIA BLANCA EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: COMPARACIÓN EN DIFERENTES ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD

J. de Diego-Adeliño, P. Pires, M.J. Portella, F. Viñas, R. Pérez, Y. Vives, B. Gómez, D. Puigdemont y V. Pérez

**Introducción:** Alteraciones en determinados circuitos neuronales subyacen en la fisiopatología del trastorno depresivo mayor (TDM). Se podrían esperar pues perturbaciones en la sustancia blanca dentro de estos circuitos, y que éstas fueran más evidentes cuanto mayor carga de enfermedad (mayor tiempo de evolución, severidad, resistencia al tratamiento).

**Objetivos:** Estudiar la integridad de la sustancia blanca en pacientes con TDM en diferentes estadios de la enfermedad comparados con sujetos sanos, mediante imágenes de tensores de difusión (DTI).

**Metodología:** Imágenes por resonancia magnética (3-Tesla Philips Achieva) se obtuvieron de 47 pacientes (14 con primer episodio de-

presivo, 15 recurrentes asintomáticos, y 18 con depresión crónica resistente al tratamiento) y de 17 sujetos controles sanos. Las imágenes de tensores de difusión se procesaron mediante el paquete FSL software para obtener mapas de anisotropía fraccional (AF, medida de integridad neuronal), utilizando el modelo lineal general para detectar diferencias entre grupos con una p corregida (family wise error).

**Resultados:** La AF mostró valores significativamente más bajos en pacientes crónicos y recurrentes asintomáticos que en los primeros episodios y sujetos sanos. Los análisis de los mapas de AF mostraron que los pacientes crónicos tenían una reducción en todos los lóbulos cerebrales respecto a los sujetos sanos, con la mayor diferencia en el córtex orbito-frontal ( $x = 71$  y = 146 z = 59,  $p = 0,009$ ). El resto de contrastes con los demás grupos no fueron significativos. Los análisis en la región medial temporal (ROI), mostraron disminuciones significativas de AF entre crónicos y sujetos sanos ( $p = 0,002$ ) y entre crónicos y recurrentes asintomáticos ( $p = 0,03$ ).

**Conclusiones:** Los resultados muestran reducciones en los índices de AF en los estadios más severos del trastorno depresivo al compararlos con sujetos sanos, pero con los estadios más iniciales de la enfermedad. Por tanto, a mayor carga de enfermedad se observan alteraciones en la integridad de la sustancia blanca.

#### PO-673

#### VIRAJE A MANÍA/HIPOMANÍA TRAS LA DISCONTINUACIÓN DE ANTIDEPRESIVOS

F. Gotor Sánchez-Luengo y P. Gotor Díaz

**Introducción:** La manía/hipomanía inducida por la discontinuación de antidepresivos en el trastorno afectivo bipolar (TAB) es un fenómeno escasamente reseñado en la literatura y con numerosos factores de confusión en su diagnóstico. Nos proponemos analizar este fenómeno en una muestra de pacientes bipolares ambulatorios.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo, donde se analizan retrospectivamente 46 historias clínicas ambulatorias de pacientes con diagnóstico de TAB.

**Resultados:** De 46 pacientes analizados 10 presentaron este fenómeno (8 con TAB tipo I y 2 con TAB tipo II). La duración media de la enfermedad fue de 15,1 años (DE = 11,1). Todos estaban en tratamiento con eutimizantes. El tiempo medio de tratamiento previo con el antidepresivo fue de 13,5 meses (DE = 18,4) y todos presentaron síntomas maníacos dentro del primer mes tras la discontinuación o retirada del antidepresivo. Los antidepresivos implicados fueron: tricíclicos (4), ISRS (3) y duales (3). Los factores de confusión tales como síndrome de discontinuación, manía inducida por antidepresivos o por uso de drogas, retirada del eutimizante, depresión agitada y ciclación rápida, fueron evaluados y descartados en los 10 casos.

**Conclusiones:** Este fenómeno, que puede resultar paradójico, ha de ser tenido en cuenta en la evaluación y tratamiento de los pacientes con TAB. A nivel fisiopatológico nos podría hacer pensar en un mecanismo subyacente común de la enfermedad, independientemente de la polaridad del episodio.

#### Bibliografía

- Ali S, Miles R. Switch to mania upon discontinuation of antidepressants in patients with mood disorders: a review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2003;48:258-64.
- Narayan V, Haddad M. Antidepressant discontinuation manic status: a critical review of the literature and suggested diagnostic criteria. *J Psychol Pharmacol*. 2011;25:306-13.

#### PO-687

#### TRICOTILOMANÍA Y TRASTORNO BIPOLAR PREESCOLAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Jiménez Fernández, M. Rojas Estapé e I. Olza Fernández

**Introducción:** Trichotilomanía es una alteración del control de impulsos que afecta al 1-3.5% de los adolescentes y adultos jóvenes.

Se desconoce el porcentaje exacto de niños y a menudo se produce junto a otra enfermedad psiquiátrica. En ocasiones esta alteración ocurre durante el sueño. El diagnóstico de TB en preescolares crea controversia a pesar del progreso de validación de los últimos 10 años. Pornnoppadol et al en 1999 describen un caso de tricotilomanía e irritabilidad y agresividad en una niña de 13 años que mejora con carbonato de litio. En este caso la tricotilomanía era el síntoma inicial y ocurrida durante el sueño, marcando episodios de manía o mixtos.

#### PO-706

#### ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y FASE MANÍACA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.P. Sánchez Sicilia, M. Sánchez de las Matas Meca, A. Jaén Hernández, P. Manzur Rojas, M.A. Carrillo Córdoba, M.J. Martínez Mirete, S. Andrés Espallardo y J.A. Albaladejo Martínez

**Introducción y objetivos:** El caso clínico corresponde a una paciente de 35 años diagnosticada de esclerosis múltiple recurrente remitente desde hace 19 años, en seguimiento por la Unidad de Esclerosis Múltiple de HUVA y que tras unos meses de tratamiento con IFN beta 1a presenta clínica compatible con fase maníaca. Se trata de conocer si es un efecto secundario del IFN, el debut de un trastorno bipolar tipo I o existe un factor de confusión.

**Metodología:** Antecedentes personales y familiares. Exploración psicopatológica: se evidencia la alteración tanto en el contenido como en el curso y forma del pensamiento (taquipsiquia, logorrea, fuga de ideas, ideas delirantes de tipo megalomaníaco con respecto a su naturaleza de niña índigo). Euforia. Ánimo expansivo. Labilidad emocional. Insomnio de días de evolución. Pruebas de imagen: RNM con gadolinio, en la que se evidencia que no hay lesiones indicativas de actividad de la esclerosis múltiple. Revisión bibliográfica acerca de clínica maníaca en pacientes con esclerosis múltiple, así como efectos secundarios del IFN beta 1a.

**Resultados:** Al alta el diagnóstico fue de fase maníaca probablemente secundaria a fármacos, pendiente de evolución para valorar diagnóstico de Trastorno bipolar.

**Conclusiones:** Debido a la ausencia de antecedentes familiares de TBP así como de otras fases maníacas se consideró secundaria al tratamiento con IFN beta 1a. En la revisión bibliográfica que hicimos, la clínica maníaca no es un efecto secundario común de dicho tratamiento. La actitud a seguir ha sido la retirada de dicho tratamiento y el inicio de tratamiento con olanzapina para estabilizar a la paciente y mantenerla durante 6 meses. Pendiente de evolución.

#### Bibliografía

1. Inés M, Aurélio M, Reis C, Lucio A. bipolar disorder and multiple sclerosis. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(4-B):1177-80.

#### PO-707

#### ARIPIPRAZOL EN MANTENIMIENTO EN TRASTORNO BIPOLAR

S. Gallego Villalta, V. Pérez Camo, P. Elías Villanueva, A. Ortiz Martín, M. Fernández Guardiola, E. Viñuales Luis, L. Durán Salvador, E. del Amo Cardeñosa, A. Zorrilla Blasco y E. Elías Villanueva

**Introducción:** El aripiprazol es un fármaco con indicación en trastorno bipolar (TAB); valoraremos la eutimia de un paciente durante 3 años, con este tratamiento.

**Objetivos:** La originalidad del caso destaca en el comienzo brusco y agresivo de la sintomatología del paciente, que le llevó a ingresar en UCE numerosas veces en poco tiempo. Su paso por los diferentes dispositivos, la coordinación de estos y la evolución sintomática del paciente, es curiosa de admirar.

**Metodología:** Historia clínica, exploraciones físicas y psicopatológicas, TAC cerebral, EEG, ECG y análisis de tóxicos.

**Resultados:** Varón de 27 años, buen apoyo familiar. Desarrollo psicomotor destacado por retraso en el comienzo del habla. Ha recibido tratamiento por dislexia. Practicó deporte a nivel profesional hasta los 20 años. Lo dejó a causa de una lesión de tobillo. Consumo esporádico de cannabis, cocaína y éxtasis. Tío paterno diagnosticado de esquizofrenia. Inicio brusco en 2005 de ideación delirante mística y megalomaníaca, ánimo exaltado, irritabilidad e insomnio pertinaz. Existencia de hiperexcitabilidad y volatilidad de los afectos. Intensa presión de sufrimiento psíquico con angustia masiva e incomprensible ante las vivencias psicóticas. Desde 2008 estable tras 3 años de recurrencias frecuentes y graves.

**Discusión:** La relevancia del caso se concentra en el largo tiempo, que el paciente permanece sin modificaciones farmacológicas asintomática. Habitualmente, los episodios alternantes de manía (hipomanía) o depresión o mixtos, de 3 a 6 meses de duración recidivan cada 2 años en promedio. A los 5 años el 75% de los pacientes ha tenido un episodio recidivante, principalmente pacientes con TAB tipo I [1,5 veces más]; la polaridad del primer episodio y el recidivante es concordante en un 80,8% (Faedda et al, 1993). El curso del TAB es variable, pero en general los ciclos pueden hacerse más cortos con cada recurrencia, es decir que los episodios se vuelven más frecuentes con el paso del tiempo; aunque esto es distinto en nuestro paciente. Cerca de un 50-80% de los pacientes responden al Litio, con mantenimiento de la mejoría a los 2 años en sólo la mitad de los mismos (Maj et al, 1989). Nuestro caso lleva 3 años asintomático con aripripazol. El tiempo de duración del tratamiento con el mismo medicamento está también relacionado con las tasas de recaídas. No así en nuestro paciente.

#### Bibliografía

1. Salazar. Tratado de psicofarmacología. Panamericana, 2005.
2. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento.
3. Diagnósticos de investigación, Panamericana.

## PO-722

### COMORBILIDAD ENTRE TRASTORNOS DE ANSIEDAD, AFECTIVOS Y CEFALEA CRÓNICA

M.M. Vilela Manyari, S. Antón Cruz y H. Díaz Moreno

**Introducción:** En la práctica diaria, parece cada vez más frecuente el abordaje de pacientes que refieren tanto quejas físicas como alteraciones del ánimo. En relación a síntomas físicos; cefalea, un síntoma con una alta incidencia y prevalencia, aparece asociado con trastornos ansioso-depresivos en muchas ocasiones. En estos casos, la evolución y el pronóstico de ambos trastornos se afectan de forma bidireccional, siendo esperable peor respuesta al tratamiento y mayor tasa de complicaciones asociadas.

**Objetivos:** Ante la evidencia de esta comorbilidad se plantea revisión bibliográfica al respecto, con objetivo de recoger aportes más recientes, con énfasis en impacto y consecuencias terapéuticas derivadas de dicha comorbilidad.

**Metodología:** Realizó búsqueda de Pub-Med (2006-2011), usando términos 'depressive', 'anxiety disorders' AND 'chronic headache'.

**Resultados:** Estudios epidemiológicos han demostrado prevalencia de depresión mayor hasta tres veces mayor en pacientes con migraña que en población general. Sobre trastornos de ansiedad, se ha encontrado relación entre cefalea crónica, trastorno ansiedad generalizada y trastorno de pánico. Síntomas asociados con ansiedad y depresión son más comunes en pacientes con cefalea crónica que episódica, según parece el desarrollo de dicha sintomatología se encuentra mayormente vinculada al impacto del dolor por duración más que por tipología. Asimismo, respecto al riesgo de suicidio, dolor crónico es factor independiente de riesgo, por lo cual, al coexistir con trastorno del ánimo agrava situación.

**Conclusiones:** Estudios demuestran comorbilidad frecuente entre trastornos afectivos, ansiedad y cefalea crónica; con impacto importante de dicha interacción al alterar la evolución, conducir a uso crónico de medicación y potencial abuso de la misma. Resulta fundamental continuar con investigación al respecto y formulación de estrategias adaptadas de tratamiento que optimicen calidad de vida de pacientes.

#### Bibliografía

1. Pompili M, et al. Psychiatric comorbidity patients with chronic daily headache. *J Headache Pain*. 2009;10:283-90.
2. Beghi E, et al. Headache, anxiety and depressive disorders. *J Headache Pain*. 2010;11:141-50.

## PO-736

### ABORDAJE DE LA DEPRESIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.J. Lara García, J.C. Cardozo Curvelo, R. Castell Sempere y J.M. García Moncho

**Introducción:** La prevalencia de la depresión en enfermos oncológicos oscila del 13-26%, aumentando en enfermedad avanzada, discapacidad y dolor. Principal causa de sufrimiento en paciente y familia, disminuye la calidad de vida y la capacidad para disfrutar, dificulta el manejo del curso de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, aumentando el dolor y otros síntomas, el riesgo de suicidio, la ideación suicida y el deseo de muerte temprana. La depresión mayor es una condición tratable incluso en pacientes terminales. Las intervenciones farmacológicas y psicosociales han demostrado ser eficaces para aliviar el sufrimiento de pacientes y familia al final de la vida.

**Metodología:** Mujer de 55 años intervenida quirúrgicamente en 2003 por adenocarcinoma rectal. En 2009 se objetiva recidiva. Tras 8 meses con quimioterapia, en septiembre de 2010, se suspende por progresión pulmonar y pélvica, ingresando en Cuidados Paliativos. Refiere intenso dolor, insomnio, ansiedad, gran sufrimiento y malestar. Conciencia parcial de enfermedad con negación de información. Existe un bloqueo de la comunicación y de la expresión emocional en el sistema familiar. En tratamiento con sertralina 100 mg/día, bromazepam 3 mg/día y lormetazepam 1 mg/día, inicia en enero de 2011 psicoterapia. Se realizó intervención cognitivo-conductual en síntomas concretos, físicos y psicológicos; prestando especial atención a los aspectos emocionales de paciente y familia para asistir en el proceso de aceptación y de adaptación a la situación terminal.

**Resultados:** Las técnicas cognitivo-conductuales, el apoyo psicológico y el counselling favorecieron la adaptación a la enfermedad y facilitaron la comunicación paciente-familia. Estas estrategias, junto al tratamiento farmacológico, mejoraron el estado de ánimo, el insomnio y la ansiedad de la paciente, contribuyendo a su calidad de vida y al bienestar de ésta y su familia.

**Conclusiones:** La intervención psicosocial en pacientes terminales deprimidos alivia síntomas físicos y del impacto emocional, potencia la autonomía y la percepción de control y posibilita la resolución de asuntos pendientes, ayudando al enfermo a integrar la situación presente.

#### Bibliografía

1. Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Ann Intern Med*. 2000.
2. Pirl WF: Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004.

## PO-742

### RELEVANCE OF 5-HTTLPR GENOTYPES AND THE RISK OF SUFFERING MAJOR DEPRESSIVE DISORDERS IN MEXICAN AND SPANIARDS PATIENTS

A. Llerena, H. Trejo, E. Alonso, E.M. Peñas Lledó y M. López López

**Introduction:** The serotonin transporter (5-HTT) plays an important role in serotonergic neurotransmission. A polymorphic region of

the serotonin transporter gene occurs with two prevalent alleles the short allele variant: S) and (the long allele variant: L). This functional polymorphism in the 5- regulatory promoter region, termed 5-HTTLPR, alters transcription of the serotonin transporter gene.

**Objectives:** To analyze the potential relevance of the 5-HTTLPR genotypes and the risk of suffering MDD in Mexican and Spaniards.

**Methodology:** One hundred and twenty-two white Spanish and 101 Mexican Mestizo patients with a diagnosis of MMD (DSM-IV) were studied. Additionally, 327 Spaniards and 153 Mexican Mestizo healthy volunteers (HV) were also studied.

**Results and conclusions:** The frequencies of 5HTTLPR LL, LS and SS genotypes in the Spanish population (MDD vs HV) were 19.7 vs 28.8%, 54.9 vs 50.5% and 25.4 vs 19.9%. In the Mexican Mestizo population the frequencies in the MDD vs HV groups were 14.9 vs 18.3%, 49.5 vs 55.6%, and 35.6 vs 26.1% for 5HTTLPR LL, LS and SS genotypes, respectively. The odds ratio associated with the 5-HTTLPR-S allele were 1.72 (95%CI: 1.04-2.85) and 1.28 (95%CI: 0.64-2.55) for the MDD in comparison with the HV group in Spaniards and Mexican, respectively. The frequency of S was higher than the frequency of L allele in both MDD groups. In the Spanish population, the S allele was significantly higher ( $p < 0.05$ ) in MDD (52.9%) than in HV (45.1%). Moreover, the frequency of 5-HTTLPR-S allele in the Spanish HV (45.1%) was higher ( $p < 0.05$ ) than Mexican Mestizo HV (53.9%).

**Support:** Ministry of Science and Technology and Instituto de Salud Carlos III-FIS and European Union (FEDER) grant CP06.00030 (P. Dorado), PI10/02758, Junta de Extremadura EU-FEDER, PRI BS10023, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (59366).

#### PO-745

#### CLINICAL RESPONSE TO THE FLUOXETINE AND AMITRIPTYLINE AND CYP2D6 PHARMACOGENETICS

P. Dorado, H. Trejo, E.M. Peñas Lledo, J. Guerrero, E. Alonso y M.I López López

**Introduction:** The aim of this study was to analyze the relevance of CYP2D6 genetic polymorphism for the clinical response to antidepressant drugs (fluoxetine and amitriptyline).

**Methodology:** 65 patients (DSM-IV) diagnosis of Major Depression and a score equal or greater than 17 on the Hamilton- Depression (HAM-D). They were treated either fluoxetine or amitriptyline under antidepressant monotherapy. Informed written consent was obtained from all patients. Clinical Response was evaluated with HAM-D. Patients with a 50% decrease on HAM-D were considered as responders.

**Results:** First month evaluation showed that 49 out of the initial 65 remained (16 dropped-out) in the study and second month evaluation showed that 41 patients remained (8 more dropped-out). Among responders there were 56.6% and 60% to fluoxetine, and 50% and 70% to amitriptyline, at first and second follow up evaluations, respectively. Responders were characterized by presenting one or two CYP2D6 active genes. Furthermore, the number of active genes was related to better clinical response to both drugs. The percentage of responders was higher for those with two active genes than for patients carrying just one: a) fluoxetine, 81% vs 18% at first month; 87% vs 13% at second month; b) amitriptyline, 60% vs 40% at first month; 83% vs 17% at second month. All Ultrarapid metabolizers (n = 3 UMs; those with more than two CYP2D6 active genes) were found to drop out during the first month.

**Conclusions:** The number of CYP2D6 active genes seems to be related to clinical response to the antidepressant drugs amitriptyline or fluoxetine. Among responders, the frequency of patients carrying two CYP2D6 active genes is higher than those with one copy.

**Financial Support:** Ministry of Science and Technology and Instituto de Salud Carlos III-FIS and European Union (FEDER) grant CP06.00030 (P. Dorado), PI10/02758, Junta de Extremadura EU-FEDER, PRI BS10023, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (59366).

#### PO-782

#### ENCAJANDO LAS PIEZAS DEL PUZZLE: CUANDO SE ENTREMEZCLAN VARIOS EJES. A PROPÓSITO DE UN CASO.

S. Rodríguez Toledo, M. Urries Ortiz, B. Serván Redón-Luna, R. Molina Ruiz, L. Reyes Molón y O. Graizer Rebhuhn

**Introducción:** Hacer un buen diagnóstico en psiquiatría constituye todo un reto, es fundamental además de realizar un diagnóstico principal, hacer una evaluación global en la cual se incluyen aspectos como los rasgos de personalidad, trastornos físicos, factores estresantes y nivel de funcionamiento psicosocial.

**Metodología:** Paciente varón de 46 años con hipotiroidismo, epilepsia y trastorno del sueño REM, que presenta un cuadro que cursa con variación del tono tímico. Los períodos de euforia tienen una duración media de 5 meses y cursa con verborrea, ideas megalomaníaco, irritabilidad, gastos excesivos e injustificados de dinero. Actividad desorganizada, hiper ingesta, e insomnio. Los períodos de ánimo bajo, duran de media un mes. Cursan con tendencia al hiper insomnio y anorexia. Clinofilia. Ideas de minusvalía. Tendencia al aislamiento. Descuido del aseo personal e ideas de muerte. No se constatan períodos de eutimia. Además ha sido una constante a lo largo de su vida, tendencias multiimpulsivas en múltiples ámbitos. Se introduce tratamiento psicofármaco lógico con valproato 700 mg/día y se objetiva una mejoría y estabilización en el cuadro clínico que el permite un buen funcionamiento.

**Discusión:** El diagnóstico en psiquiatría, indica la presencia de una agrupación determinada de síntomas pero no una información inequívoca acerca de la causa de dicha enfermedad. Ante un cuadro tan rico en sintomatología psiquiátrica y en el que además están imbricados patologías somáticas intercurrentes, cabe destacar la importancia de un enfoque holístico e integrador, utilizando un sistema de clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos que no se limite a proporcionar el diagnóstico clínico sino que recoja también información de otras áreas fundamentales para entender qué le pasa al paciente y el porqué. Para ello es imprescindible una evaluación global que incluya aspectos como los rasgos de personalidad y trastornos del desarrollo, factores estresantes que pudieran precipitar o perpetuar el cuadro, nivel de funcionamiento psicosocial, trastorno psiquiátrico propiamente dicho y patologías médicas implicadas. ¿El diagnóstico del eje I, una personalidad de base ciclotímica, al que se le añade un trastorno bipolar del tipo 2, explica todo el cuadro? ¿Qué papel tienen los otros factores? ¿Pueden estar implicados elementos de su personalidad?, ¿Podría influir también una inteligencia límite? ¿De qué forma pueden estar implicados con el cuadro enfermedades somáticas como el hipotiroidismo, el trastorno del sueño REM y la epilepsia? ¿Podría estar implicado un trastorno por déficit de atención (TDAH), estaría indicado introducir tratamiento con metilfenidato?. Como conclusión en nuestro caso clínico, podríamos señalar que la clínica apunta a un trastorno bipolar tipo 2, con un personalidad de base ciclotímica y rasgos impulsivos de personalidad en el que además puede influir en su curso una inteligencia límite y un posible TDAH no diagnosticado en la infancia, así como, la influencia en la clínica de la enfermedad hipotiroida que pudiera estar implicada tanto en episodios hipomaníacos como depresivos, la enfermedad del sueño REM ya que cualquier estado que altere la estructura del ritmo normal de sueño puede ser un posible desencadenante de un episodio maníaco/hipomaníaco, y la epilepsia que pudiera estar implicada tanto en las fases maníacas como depresivas, así como con los rasgos disfuncionales de la personalidad ampliamente descritos asociados a la epilepsia.

#### Bibliografía

- 1 Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría, 8<sup>a</sup> ed. Madrid: Panamericana, Williams & Wilkins, 1999.
- 2 Millon T, Blaney PH, Davis RD. Oxford Textbook of Psychopathology. Oxford: Oxford Psychiatric Press, 1999.

## PO-784

## RECONOCIMIENTO Y DISCRIMINACIÓN FACIAL DE EMOCIONES EN EL TRASTORNO BIPOLAR

A.R. González Barroso, R. Mucharaz Sanz, B. Muchada López, R. Guradiola Wanden-Bergue, G. Lahera Forteza, N. Cojedor Herranz, A.I. lobo Castillo y A. Benito Ruiz

**Introducción:** Recientes estudios han mostrado un déficit en cognición social (“aquellos procesos implicados en cómo los individuos piensan sobre sí mismos, los demás, las situaciones sociales y sus interacciones”) en pacientes con trastorno bipolar, incluso en la fase de eutimia.

**Objetivos:** El presente estudio pretende evaluar la capacidad de reconocimiento y discriminación facial de emociones en pacientes con trastorno bipolar en seguimiento ambulatorio.

**Metodología:** Se reclutaron 67 sujetos: 30 controles sin patología psiquiátrica y 37 pacientes en seguimiento ambulatorio con trastorno bipolar I o II según criterios DSM-IV-TR. El reconocimiento facial de emociones fue evaluado mediante las pruebas Face Emotion Identification Task (FEIT) y Emotion Recognition-40 (ER-40). La discriminación emocional, se evaluó con el Face Emotion Discrimination Task (FEDT).

**Resultados:** Los grupos experimental y control fueron apareados en las variables de sexo (13 hombres y 24 mujeres y 10 hombres y 20 mujeres respectivamente) y edad (38.73 y 44.90 años de media respectivamente). Los sujetos con trastorno bipolar obtuvieron puntuaciones menores, en todas las pruebas, FEIT ( $M = 7.7$ ,  $DT = 4.068$ ), ER-40 ( $M = 26.84$ ,  $DT = 5.449$ ) y FEDT ( $M = 24.38$ ,  $DT = 3.320$ ) que los sujetos control, FEIT ( $M = 12.73$ ;  $DT = 5.058$ ), ER-40 ( $M = 30.77$ ,  $DT = 3.997$ ) y FEDT ( $M = 26.40$ ,  $DT = 3.328$ ); diferencias que resultan estadísticamente significativas ( $t$  Student;  $t = 4.51$ ,  $p = 0,00$ ;  $t = 3.29$ ,  $p = 0,02$ ;  $t = 2.48$ ,  $p = 0,016$ , respectivamente).

**Conclusiones:** Los pacientes con trastorno bipolar presentan un déficit tanto en el reconocimiento como en la discriminación facial de emociones.

## Bibliografía

1. Montag C, Ehrlich A, Neuhaus K, Dziobek I, Heekeren HR, Heinz A, et al. Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. *J Affect Disord.* 2010;123:264-9.
2. Bora E, Vahip S, Gonul AS, Akdeniz F, Alkan M, Ogut M, Eryavuz A. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112:110-6.

## PO-788

## RAO Y TRASTORNO BIPOLAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

C.M. Franch Pato, E. Calzada Miranda, M.A. Ugidos Fernández, C. Martínez Martínez, R. Gómez Martínez, J. de Santiago Sastre y J.I. Franch Valverde

**Introducción:** Varón de 30 años diagnosticado de Trastorno bipolar que presenta en cada descompensación un problema miccional que se inicia con dificultad, para, en pocos días, coincidiendo generalmente con el momento de mayor exacerbación del episodio maníaco, hacer una retención aguda de orina (RAO) que exige tratamiento sintomático.

**Objetivos:** Confirmar la existencia de pródromos característicos para cada individuo en las distintas fases del trastorno bipolar y la importancia de su identificación para el diagnóstico y tratamiento precoz de la reagudización de la enfermedad bipolar. Profundizar en las bases fisiopatológicas de la RAO en los episodios maníacos.

**Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica acerca de los pródromos del episodio maníaco del trastorno bipolar así como la posible relación entre la retención aguda de orina y el trastorno bipolar.

**Resultados y conclusiones:** El pródromo es el malestar que precede a la enfermedad y constituye el conjunto de manifestaciones clínicas que alertan del comienzo o aproximación de un episodio de trastorno bipolar, cuya duración va desde la aparición de estas pri-

meras manifestaciones al momento en que se establece el diagnóstico, y es durante ese tiempo cuando se pueden tomar medidas terapéuticas que minoren el efecto de la enfermedad. Existen pacientes con trastorno bipolar que no tienen pródromos comunes pero que si repiten pródromos individuales en su evolución, por lo que su identificación es de vital importancia para el diagnóstico y el tratamiento precoz de la reagudización.

## Bibliografía

1. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 7<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier Masson, 2011.
2. Kaplan & Sadock: Síntesis de Psiquiatría, 10<sup>a</sup> ed. Barcelona: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wikins, 2008.

## PO-793

## PENTOTAL VERSUS PROPOFOL COMO INDUCTOR ANESTÉSICO EN LA TEC. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN TDM

E. Cerrillo, M. Carulla, E. Aguilar, M. Porter, M. Llorens, N. Ortúño, V. Gálvez, E. Martínez Amorós, G. García-Parés y M. Urretavizcaya

**Introducción:** La terapia electroconvulsiva (TEC) precisa anestesia breve. El umbral convulsivo y la duración ictal son parámetros que pueden afectarse por el anestésico utilizado, lo que puede condicionar diferencias en la eficacia clínica y los efectos adversos.

**Objetivos:** Analizar diferencias en parámetros de la TEC, respuesta clínica y efectos adversos según la administración de propofol o pentotal durante la anestesia.

**Metodología:** Diseño retrospectivo. 196 pacientes ingresados, con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor unipolar, que requirieron TEC agudo. Se recogieron variables psicométricas (HDRS-21, CGI) pre y post TEC, efectos adversos (incluyendo cognitivos), perfil hemodinámico y parámetros de la TEC. Estadística: pruebas no-paramétricas y paramétricas, ANOVA y correlación de Pearson.

**Resultados:** Se analizaron 127 pacientes (mujeres: 71, edad media: 64,22), el 32,3% recibieron propofol y el 67,7%, pentotal. En el grupo tratado con propofol, la duración media de la convulsión clínica y eléctrica fueron significativamente menores ( $p < 0,01$ ) y la carga media, significativamente superior ( $p < 0,003$ ). Los dos grupos mostraron equivalencia en respuesta clínica (HDRS-21), necesidad de reestímulo y presencia de déficit mnésicos. Los pacientes tratados con propofol presentaron menor aumento de tensión arterial ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** En congruencia con la literatura (2), este estudio demuestra que la inducción anestésica con propofol disminuye la duración de la convulsión. Los pacientes tratados con propofol requirieron mayor administración de carga y su perfil hemodinámico durante la TEC fue mejor, aunque los grupos no mostraron diferencias en relación a los efectos adversos o la respuesta clínica.

## Bibliografía

1. Ingram, et al. Comparison of propofol and thiopentone use in electroconvulsive therapy: cognitive and efficacy effects. *J ECT.* 2007;23:158-62.
2. Bauer, et al. Comparison of propofol and thiopental as anesthetic agents for electroconvulsive therapy: a randomized, blinded comparison of seizure duration, stimulus charge, clinical effect, and cognitive side effects. *J ECT.* 2009;25:85-90.

## PO-809

## DEMORA DIAGNÓSTICA EN EL TRASTORNO BIPOLAR COMO CAUSA DE DISCAPACIDAD

J. Rodríguez Revuelta, V. García Arroyo, A. Díaz de la Peña, G. Paniagua Calzón, L. Iglesias Fernández, C. Menéndez Álvarez, C. Viesca Eguren, M. Reimundo, M. Jalón y C. Rodríguez Mercado

**Introducción:** La demora en el diagnóstico del trastorno bipolar retrasa la introducción del tratamiento adecuado y condiciona un peor curso clínico. Estudios recientes acerca de la excitotoxicidad

del trastorno bipolar no tratado apoyan la necesidad de mejorar el conocimiento de la discapacidad generada y las posibilidades de optimizar el diagnóstico y minimizar el daño neuronal.

**Objetivos:** Conocer el impacto del retraso en el diagnóstico de la enfermedad bipolar sobre el grado de discapacidad generado por ésta.

**Metodología:** Se presenta un estudio retrospectivo transversal. La muestra se compone de 42 pacientes afectos de trastorno bipolar tipo I y II, en eutimia según escalas de Young (YMRS) y Hamilton (HDRS). La información se ha obtenido de tres fuentes: historia clínica, paciente e informadores externos, minimizando el sesgo de memoria. El grado de discapacidad se valoró utilizando la escala WHO-DAS II.

**Resultados:** La demora en el diagnóstico se sitúa en 9,46 años de media. Primer contacto a los 29,9 años. Los pacientes con tiempo más largo ( $> 10$  años) desde el inicio de la enfermedad hasta su diagnóstico presentan puntuaciones de discapacidad significativamente más altas ( $p < 0,01$ ). En toda la muestra, el área más afectada fue la laboral. En el grupo de  $> 10$  años aparece una mayor discapacidad ( $p < 0,01$ ) en las áreas de las relaciones interpersonales y la participación en sociedad que en el grupo de  $< 10$  años de demora.

**Conclusiones:** Los pacientes cuya enfermedad es detectada con más retraso presentan mayor deterioro funcional, con aparición de discapacidad en diversos ámbitos, tanto sociales como laborales. El desarrollo de programas que impulsen el correcto diagnóstico y la intervención precoz en el trastorno bipolar podría repercutir en la mejora del pronóstico y la evolución de la enfermedad, con una menor discapacidad funcional del paciente.

## PO-825

### RELEVANCIA DEL PAPEL DEL CEREBELO EN EL TRASTORNO BIPOLAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Escobar Saiz, M.I. Moreno García, V. Alba Fernández y M.A. Vila Heredero

**Introducción:** Clásicamente se ha considerado el cerebelo como un órgano implicado únicamente en funciones motoras y de regulación del equilibrio. Desde hace una década han aumentado las investigaciones que ponen de manifiesto la implicación del cerebelo en los trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo el trastorno bipolar. En 1998, Schmahmann y Sherman, proponen la existencia de un síndrome afectivo-cognitivo cerebeloso. El componente afectivo de este síndrome, aún siendo variable en sus manifestaciones, es compatible, en un pequeño porcentaje de casos, con el diagnóstico de trastorno bipolar. En este contexto, presentamos el caso de un paciente de 32 años, intervenido hace 17 años de un astroctomita cerebroso que presenta a raíz de la intervención, dicho trastorno.

**Objetivos:** Describir la clínica longitudinal y trasversal del paciente presentado y compararla con otros casos aparecidos en la literatura, para poner de manifiesto la importancia del papel del cerebelo en la fisiopatología del trastorno bipolar.

**Metodología:** Observación clínica. Revisión en Medline de la literatura existente hasta 2011 utilizando los términos "cerebellum", "affective disorder", "bipolar disorder" y "psychiatric disorder".

**Resultados:** Hay muchos estudios y casos clínicos que ponen de manifiesto la implicación del cerebelo en los trastornos neuropsiquiátricos, aunque no tantos estudios, específicamente, sobre el trastorno bipolar. Hemos encontrado similitudes clínicas y en cuanto a la evolución de los síntomas, entre nuestro caso y otros ya descritos anteriormente.

**Conclusiones:** El cerebelo juega un papel importante en la fisiopatología del trastorno bipolar. La observación clínica de casos sigue siendo útil, para profundizar en el conocimiento de dicha fisiopatología.

#### Bibliografía

1. Schmahmann JD, Sherman JC. The cerebellar cognitive affective syndrome. *Brain*. 1998;121:561-79.
2. Schmahmann JD. An emerging concept the cerebellar contribution to higher function. *Arch Neurol*. 1991;46:1178-87.

## PO-826

### CUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES HIGIÉNICO-DIETÉTICAS EN PACIENTES CON DEPRESIÓN

M. García-Toro, O. Ibarra, M.J. Serrano, S. Monzón, M. Vives, M. Gili, J. Salva y M. Roca

**Introducción y objetivos:** Determinadas recomendaciones higiénico-dietéticas (actividad física, dieta mediterránea, exposición a la luz solar e higiene del sueño) podrían ser útiles como coadyuvante del tratamiento antidepresivo. Sin embargo, debido a la psicopatología específica de la Depresión se plantean dudas sobre la posibilidad de llevar a cabo dichas recomendaciones por los pacientes. Por ello, nos planteamos registrar de forma objetiva mediante un actigrafo el nivel de actividad física y exposición a la luz.

**Metodología:** A siete pacientes con Depresión se les colocó un actigrafo marca Activwatch-L durante dos semanas; una antes y otra después de recomendárselas que incrementaran su actividad física y su exposición a la luz.

**Resultados:** El nivel de actividad física aumentó de  $171,1 \pm 77,9$  a  $198,5 \pm 41,3$  mientras que el nivel de exposición a la luz cambió de  $133,3 \pm 108,9$  a  $181,1 \pm 151,5$ ;  $p = 0,09$ .

**Conclusiones:** A pesar de la escasez de la muestra se aprecia una tendencia clara en el sentido del cumplimiento de las recomendaciones objeto de estudio.

#### Bibliografía

1. Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, Hamer RM, Jacobsen FM, Suppes T, et al. The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2005;162:656-62.
2. Duna AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. Exercise treatment for depression: efficacy and response dose. *Am J Prev Med*. 2005;28:1-8.

## PO-827

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES TRATADOS CON VARIOS CICLOS DE TEC EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PRINCESA. REVISIÓN DE LA EFICACIA DE TEC DE CONTINUACIÓN Y TEC DE MANTENIMIENTO

A. Barrio Rodríguez, G. Ruiz Manrique de Lara y T. Hernández Martínez

**Introducción:** Aunque la TEC es efectiva tratando patologías psiquiátricas, las recaídas al final del curso son comunes. Una práctica clínica habitual es un tratamiento profiláctico; sin embargo, algunos pacientes recaen, y a menudo requieren más ciclos para recuperarse.

**Objetivos:** En este trabajo exponemos un estudio descriptivo de pacientes que han recibido TEC entre 2007 y 2010. Se analizan recaídas, diferencias en cuanto a diagnóstico y características clínicas presentan frente a los que no recaen.

**Metodología:** Se realiza una base de datos a través de la recogida de informes clínicos, resultando un total de 74 ciclos de TEC, en 57 pacientes. De ésta se extraen aquellos 18 pacientes que han recibido TEC en más de una de las recaídas.

**Resultados:** La depresión unipolar con síntomas psicóticos es la patología más prevalente en los pacientes que reciben TEC tras su última recaída. Todos reciben tratamiento farmacológico tras la última recaída. **Conclusiones:** Las indicaciones de realizar varios ciclos de TEC se realiza fundamentalmente en pacientes con trastornos afectivos. Todos los pacientes reciben tratamiento post-TEC. La depresión delirante es el principal diagnóstico en que se realizan varios ciclos de TEC.

#### Bibliografía

1. The practice of Electroconvulsive Therapy: Recommendations for Treatment, Training, and Privileging. American Psychiatric Association Committee on Electroconvulsive therapy.
2. Trevino K, McClintock SM, Husain MM. A Review of Continuation Electroconvulsive Therapy: Application, Safety, and Efficacy. *J ECT*. 2010;26:186-95.

## PO-838

## PSICOPATOLOGÍA EN DEPORTISTAS DE ALTO RENDIMIENTO

E. Fernando Di Stasio, R. Álvarez García, J. López Castroman, M. Pérez Fominalla, M.A. Ceverino Domínguez y E. Baca García

**Introducción y objetivos:** La relevancia mediática y social somete a los deportistas profesionales a niveles de exigencia, que podría predisponerles a importantes alteraciones psicopatológicas, con consecuencias tanto deportivas como personales. Este estudio pretende: 1. Describir las características sociodemográficas, deportivas y psicopatológicas de una muestra de deportistas de élite; 2. Comparar el subgrupo deportistas sintomáticos con el resto de la muestra.

**Metodología:** En 112 deportistas profesionales, administramos un cuestionario de variables sociodemográficas, el Inventario de Depresión de Beck(BDI), el Cribado de depresión para Atletas de Baron (BDSA), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la Escala de detección en adultos del TDHA (ASRS). En función del BDI se generan dos subgrupos, el "A" cumpliendo criterios de depresión (BDI > 10), y el "B" sin cumplirlos. Se comparan variables sociodemográficas y deportivas (TEST  $\#c^2$ ), y el resultado de las escalas entre ambos grupos (ANOVA).

**Resultados:** Un 16,9% de deportistas según el BDI y un 9% según la BDSA cumplen criterios de depresión, el 14,1% deportistas fueron positivos para el ASRS, y 5,4% para la subescala Ansiedad-Estado. No había diferencias significativas entre los grupos en las variables sociodemográficas. El grupo A presentó mayor puntuación en BDSA, ASRS, y STAI.

**Conclusiones:** Nuestro estudio, a pesar del limitado tamaño muestral, permite emitir la hipótesis de que existen algunos factores de riesgo en la vida profesional de estos deportistas para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo. No obstante en la escasa bibliografía relacionada existe cierta controversia al respecto; esto y la relevancia que está adquiriendo la Psiquiatría deportiva anima a profundizar en esta temática en futuros estudios.

## Bibliografía

1. Begel D, Burton RW, Baum Al, Kamm RL. Sport Psychiatry, Theory and Practice. New York, 2000.
2. Armstrong S, Oomen-Early J. Social connectedness, and depression symptomatology among collegiate athletes versus non-athletes. J Am Coll Health. 2009;57:521-6.

## PO-846

## EL SÍNDROME DE COTARD: A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Rodríguez Gómez-Carreño, L. Villoria Borrego, J. Martínez Arnaiz, G. Belda Moreno y V. Muñoz Martínez

**Introducción y objetivos:** En 1891 el síndrome de Cotard fue descrito por primera vez como un delirio de negación en pacientes depresivos melancólicos. En la actualidad, este síndrome es infrecuente y suele aparecer en edades avanzadas.

**Metodología:** Evaluación de un caso con Trastorno depresivo mayor asociado a síntomas psicóticos.

**Resultados:** MC: mujer de 60 años que ingresa en UHB tras ser derivada a Urgencias por su MAP tras objetivar síntomas psicóticos y depresivos, con negativa a la ingesta y a la toma de tratamiento. Antecedentes personales: sin ingresos previos. Inicio de clínica depresiva hace 5 años, a raíz de la muerte de su madre. Personalidad reservada, desconfiada, poco afectiva. EA/EPP: Empeoramiento anímico desde hace dos meses. Tristeza, dificultades para dormir, pérdida de apetito, autoabandono y abandono de actividades cotidianas. En las semanas previas al ingreso comienza a decir que tiene algún tipo de enfermedad grave y progresivamente se muestra convencida que se va a morir, comprueba la habitación de su hijo convencida de que está muerto. En los últimos días ha llegado a verbalizar su propia muerte. En la entrevista de urgencias muestra elevada angustia, inhibición psicomotriz, suspicacia. Temblorosa. Ánimo severamente deprimido, con total desesperanza, convencida de su muerte inminente, con apatía, anhedonia y negativismo. Reconoce ideas de suicidio

en las últimas semanas. Insomnio. Hiporexia. Pruebas complementarias: Analítica completa, RMN craneal e interconsulta con Neurología. Evolución: favorable, evidenciando mejoría anímica, regulación del apetito/sueño y crítica de síntomas psicóticos. Tratamiento con clomipramina i.v. asociado a neurolépticos en la primera fase del ingreso, tras estabilización, tratamiento oral.

**Discusión:** Establecer diferencias y semejanzas entre la Depresión psicótica y el síndrome de Cotard I-II.

## Bibliografía

1. Berrios GE, Luque R. Cotard's Syndrome: an analysis of 100 cases. Acta Psychiatr Scand. 1995;91:185-8.
2. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, ed. Sinopsis de Psiquiatría. Madrid: Panamericana, 1996;501-13.

## PO-850

## TRASTORNO BIPOLAR DE INICIO TARDÍO. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES

J. Gómez-Arnau Ramírez, R. Manzanero Estopiñán, M. James Sosa, J. Andrada Meyer, P. Sánchez Páez y L. García Calvo

**Introducción y objetivos:** Cuestionamos la existencia de un subgrupo de pacientes con trastorno bipolar de inicio tardío con características diferenciales frente a pacientes con enfermedad de inicio clásico.

A. Estudiamos retrospectivamente una muestra aleatoria de historias clínicas de 50 pacientes diagnosticados de trastorno bipolar tipo I y II y trastorno esquizoaafectivo que acuden a consulta de un hospital general. Consideramos como la edad de inicio la edad de diagnóstico y 55 años el punto de corte.

**Resultados:** La edad media en el grupo de inicio clásico fue 56 y 77,33 en el grupo de inicio tardío ( $p = 0,008$ ). La media de años de evolución en el primer grupo fue de 22,66 siendo de 16 en el segundo ( $p = 0,323$ ). La media del número de hospitalizaciones en el primer grupo fue de 1,21 y en el de inicio tardío 4 ( $p = 0,07$ ). Se objetivaron antecedentes familiares de trastornos afectivos en el 39% del grupo de inicio clásico frente al 33% de los de inicio tardío ( $p = 0,628$ ). Se encontró sintomatología neurológica en el 66,6% del grupo de inicio tardío frente al 6,4% del grupo de inicio clásico ( $p = 0,259$ ).

**Conclusiones:** Encontramos mayor sintomatología neurológica asociada, más hospitalizaciones y menos antecedentes familiares en el grupo de inicio tardío en comparación con el grupo de edad de inicio clásica. No hay datos constatados en nuestro análisis que defiendan que la hipótesis de un peor pronóstico en el grupo de inicio tardío. Tamaños muestrales mayores ayudarían a dilucidar esta cuestión.

## Bibliografía

1. Oostervink F, Boomsma MM, Nolen WA; EMBLEM Advisory Board. Bipolar disorder in the elderly; different effects of age and of age of onset. J Affect Disord. 2009;116:176-83.
2. Sajatovic M, Bingham CR, Campbell EA, Fletcher DF. Bipolar disorder in older adult inpatients. J Nerv Ment Dis. 2005;193:417-9.

## PO-857

## ESTILO ATRIBUCIONAL Y PATOLOGÍA SUBSINDRÓMICA EN EL TRASTORNO BIPOLAR

B. Muchada López, R. Guardiola Wandell Berghe, A.R. González Barroso, R. Mucharaz Sanz, G. Lahera Forteza, N. Cojedor Herranz, A.I. Lobo Castillo y A. Benito Ruiz

**Introducción:** El estilo atribucional se refiere a la distinta forma en que las personas se explican las causas de los eventos positivos y negativos. Recientes estudios muestran la existencia de sesgo atribucional en sujetos diagnosticados de esquizofrenia y trastorno bipolar.

**Objetivos:** Analizar la existencia de un sesgo en la atribución de intenciones en pacientes con Trastorno bipolar mediante la comparación con sujetos sin patología psiquiátrica y comprobar la influencia del estado de ánimo (depresión y manía) en dicho estilo atribucional.

**Metodología:** Muestra: 67 sujetos (37 en seguimiento ambulatorio con Trastorno Bipolar I o II -criterios DSM-IV-TR-, y 30 sin patología psiquiátrica), apareados en sexo, edad y nivel socioeducativo. Escalas: Hamilton Depression Scale, Young Mania Rating Scale, Ambiguous Intention Hostility Questionnaire.

**Resultados:** El grupo de pacientes obtuvo en AIHQ mayores puntuaciones en Intencionalidad ( $M = 48,49$ ;  $DT = 0,99$ ) y Enfado ( $M = 43,05$ ;  $DT = 11,45$ ) que el grupo control ( $M = 48,49$ ;  $DT = 10,99$  y  $M = 43,49$ ;  $DT = 11,45$ ), siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $t$  de Student  $p = 0,001$  y  $p = 0,009$ , respectivamente). Las correlaciones entre la prueba de atribución y las escalas de depresión y manía no son estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** El estado de ánimo no parece influir en la atribución de intenciones. Existen diferencias en la atribución de intenciones en pacientes con trastorno bipolar respecto a sujetos sanos, lo que podría estar influyendo en el déficit funcional en Cognición Social hallado en investigaciones previas.

#### Bibliografía

1. Combs DR, Penn DL, Wicher M, Waldheter E. The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social cognitive biases in paranoia. *Cogn Neuropsychiatry*. 2007;12:128-43.
2. Bora E, Vahip S, Gonul AS, Alkan M, O gut M, Eryavuz A. Evidence for theory of mind deficit in euthymic patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:10-6.

#### PO-874

#### ¿PUEDEN SER ÚTILES LOS IMAOS EN LA ACTUALIDAD?

S. Garcinuño Pérez, J.A. García Mellado, M.A. Franco Martín, L. Bartolomé Herrero, M. Martínez Gutiérrez y B. Mongil López

**Introducción y objetivos:** Los IMAOs fueron los primeros antidepresivos eficaces. Sin embargo, hoy día son fármacos que apenas se utilizan, debido a sus interacciones farmacológicas y dietéticas.

**Metodología:** Presentamos un caso de un paciente con episodio depresivo grave, resistente a múltiples pautas de antidepresivos, incluyendo potenciadores. Se decide la utilización de IMAOs (trancipromina). Escalas clínicas utilizadas: HAMD-24, HAM-A, CGI y SF-36, basalmente y al mes de tratamiento.

**Resultados:** En la HAMD-24 observamos una mejoría significativa (de 43 a 5). En la escala HAM-A observamos una mejoría importante en tensión o inquietud y en humor deprimido. En la ICG y en la SF-36, se observa una mejoría clínica y en la calidad de vida, en todas las dimensiones evaluadas.

**Conclusiones:** La baja frecuencia de prescripción de IMAOs no se correlaciona con la buena respuesta a estos fármacos en la depresión resistente al tratamiento y en la depresión atípica. Los IMAOs son una de las pocas "armas secretas" del arsenal terapéutico para los pacientes que no responden a otros antidepresivos y en las depresiones atípicas. -Debe adquirirse experiencia en el uso de IMAOs para saber utilizarlos de modo apropiado en la práctica clínica.

#### Bibliografía

1. Quitkin F, et al. IMAOs: a review of antidepressant effectiveness. *Arch Gen Psychiatry*. 1989.
2. Murphy DL, et al. New contributions from basic science of understanding the effects of IMAOs. *J Clin Psychiatry*. 1984.

#### PO-879

#### CORRELATOS GENÉTICOS Y CLÍNICOS DE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL TRASTORNO BIPOLAR ASOCIADOS AL PRIMER EPISODIO

E. Jiménez Martínez, P. Castellví Obiols, B. Arias Samperiz, J.M. Goikolea Alberdi, L. Fañanas, E. Vieta Pascual y A. Benabarre Hernández

**Introducción:** La conducta suicida (CS), cuya emergencia está bajo cierto control genético, es una de las complicaciones más gra-

ves en el trastorno bipolar (TB), dado que es la causa del 15-20% de las muertes de este grupo de pacientes. Nuestro objetivo fue evaluar el impacto de variables genéticas y clínicas asociadas al primer episodio afectivo en la emergencia de la CS.

**Metodología:** Se reclutaron 111 pacientes bipolares eutímicos. Los datos sociodemográficos y clínicos se recogieron mediante una entrevista semiestructurada. Se genotiparon los polimorfismos Val-66Met del gen del BDNF y el 5-HTTLPR del gen del SERT. Estudiamos el tiempo transcurrido hasta el primer intento suicida como variable dependiente. Para estimar las curvas de supervivencia se aplicó el estimador Kaplan-Meier y el test log-rank para compararlas. A nivel multivariante se utilizó el Modelo de Cox.

**Resultados:** Cuando se compararon las curvas de supervivencia para cada una de las variables, solo la edad de inicio del TB difirió significativamente ( $p = 0,022$ ). Tras el análisis multivariante detectamos que la polaridad inicial depresiva (HR: 4,054, IC95% = 1,712-9,602,  $p = 0,001$ ), la presencia de síntomas psicóticos en el primer episodio (HR: 3,189, IC95% = 1,295-7,852,  $p = 0,012$ ) y un inicio precoz (primer episodio antes de los 22 años (HR: 2,977, IC95% = 1,060-8,364,  $p = 0,038$ ) o entre los 22-33 años (HR: 3,125, IC95% = 1,193-8,185,  $p = 0,020$ ) incrementaba el riesgo de cometer un intento suicida en pacientes bipolares.

**Conclusiones:** Nuestros resultados muestran que la polaridad inicial depresiva, la presencia de síntomas psicóticos durante el primer episodio y un inicio precoz (< 33 años), pero no los polimorfismos de los genes del BDNF o del SERT, están asociados a la emergencia de CS en el TB.

#### Bibliografía

1. Bondy B, et al., Genetics of suicide. *Mol Psychiatry*. 2006;11:336-51.
2. Baldessarini RJ, et al., Suicide in bipolar disorder: risks and management. *CNS Spectr*. 2006;11:465-71.

#### PO-887

#### THE MC-LEAN HARVARD FIRST EPISODE PROJECT: PREDICTORES DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES BIPOLARES TIPO I DESDE LOS PRIMEROS EPISODIOS

N. Cruz Culebra

**Objetivos:** Estudiar los factores predictivos de recuperación funcional desde primeros episodios en pacientes con trastorno bipolar I y el porcentaje de tiempo que permanecen cada estado mórbido.

**Metodología:** 196 pacientes con TB I de la base de datos del "Mc lean Harvard First episode Project" diagnosticados según criterios SCID y DSM-IV (N = 196) fueron seguidos prospectivamente de forma sistemática a partir de la primera hospitalización, cada 6-12 meses durante 2 años para estimar el porcentaje en semanas en determinados estados mórbidos desde su debut. El tiempo en cada uno de los estados mórbidos y otros factores clínicos y demográficos fueron evaluados mediante análisis bivariante y posteriormente a través de regresión logística multivariante.

**Resultados:** La recuperación funcional a los 6, 12, y 24 meses se logró un 32%, 35% y 40% de los pacientes con trastorno bipolar I. El análisis multivariado de regresión logística establece tres factores independientemente asociados con la recuperación funcional: menor número de episodios por año, estado civil casado, y una menor puntuación basal en la escala de evaluación de morbilidad depresiva (BMRS).

**Conclusiones:** La morbilidad depresiva en el TB es particularmente difícil de tratar con eficacia y ha sido implicada en los pobres resultados clínicos y el mayor deterioro funcional en este trastorno independientemente de la presencia o no de síntomas psicóticos.

#### Bibliografía

1. Chengappa KN, Hennen J, Baldessarini RJ, Kupfer DJ, Yatham LN, Gershon S et al, Recovery and functional outcomes following olanzapine treatment for bipolar I mania. *Bipolar Disord*. 2005;7:68-76.

2. Haro JM, Reed C, González-Pinto A, Novick D, Bertsch J, Vieta E; EMBLEM Advisory Board. 2-year course of bipolar disorder type I patients in outpatient care: factors associated with remission and functional recovery. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21:287-93.

## PO-888

### PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA CLINICALLY USEFUL DEPRESSION OUTCOME SCALE (CUDOS): ESTUDIO PRELIMINAR

V. Pérez Sola, J. Soler Ribaudi, J. Trujols Albet, A. Feliu Soler, F.J. de Diego Adeliño, D. Puigdemont Campos, M.J. Portella Moll, R. Pérez Egea y E. Álvarez Martínez

La Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS) es un instrumento de evaluación diagnóstica de la depresión y su gravedad, sensible al cambio (Zimmerman et al, 2004, 2008). Es la única escala autoadministrada de depresión que evalúa el deterioro psicosocial y la calidad de vida (Zimmerman et al, 2004, 2008), es breve y rápida de contestar, de fácil corrección y bien aceptada por los pacientes (Zimmerman et al, 2008). Por ello, parece un prometedor instrumento para la práctica clínica. Los objetivos del estudio son 1) desarrollar una adaptación castellana de la CUDOS y 2) analizar su consistencia interna, validez de constructo y validez convergente. Es un estudio observacional de 100 pacientes psiquiátricos del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau con estado de ánimo depresivo o apatía o anhedonia. La adaptación se desarrolló mediante un riguroso proceso de traducción-retrotraducción, supervisado por el autor de la versión original. La validez de constructo fue examinada mediante un análisis factorial exploratorio; se realizó un análisis de fiabilidad para determinar su consistencia interna; para la validez convergente, se evaluaron las correlaciones entre las puntuaciones totales de la CUDOS y las del Inventory-de-Depresión-de-Beck (BDI), así como también las de la Escala-de-Valoración-de-Hamilton-para-la-Depresión (HRDS). El análisis factorial muestra una solución unifactorial que aglutina el 51% de la varianza total. La consistencia interna tiene un alfa de Cronbach = 0,93. Las correlaciones con las escalas BDI y HRDS fueron de  $r = 0,87$  ( $p < 0,001$ ) y  $r = 0,76$  ( $p < 0,001$ ), respectivamente. La adaptación castellana de la CUDOS presenta una estructura unifactorial y una elevada robustez psicométrica, con una excelente consistencia interna y una notable validez convergente.

#### Bibliografía

1. Zimmerman M, Posternak MA, Chelminski I. Using a self-report depression scale to identify remission in depressed outpatients. *Am J Psychiatry.* 2004;161:1911-3.
2. Zimmerman M, Chelminski I, McGlinchey JB, Posternak MA. A clinically useful depression outcome scale. *Compr Psychiatry.* 2008;49:131-40.

## PO-902

### ESTUDIO GENEALÓGICO FAMILIAR DEL TRASTORNO BIPOLAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.F. Pando Velasco, A. Chinchilla Moreno, M. García Dorado, P. Artieda Urrutia, P. Sánchez Páez y R. Martínez de Velasco Soriano

**Introducción:** Hoy en día realizamos diagnósticos según criterios estandarizados, dejando a veces de lado visión clínica, semiología y fenomenología. Estudiamos un caso de semiología cambiante longitudinalmente, difícil de clasificar según criterios diagnósticos actuales.

**Objetivos:** Observar la penetrancia genética familiar, sexo y edad de aparición de síntomas. Plantear la validez actual de conceptos clásicos como la psicosis única.

**Metodología:** Realizamos un estudio retrospectivo de morbilidad psiquiátrica familiar y hasta el momento actual en familiares de primer, segundo y tercer grado. Paciente de 22 años, diagnosticada inicialmente de trastorno esquizoafectivo y finalmente de TBP 2. La sintomatología comienza con 11 años, bajo una forma obsesiva

posteriormente depresiva, que da paso a síntomas esquizofreniformes. Tras ello, un cuadro maníaco y años después un cuadro depresivo histero-disociativo, con alucinaciones cestostopáticas cotardiformes, que remiten con tratamiento.

**Resultados:** En familiares de primer grado, el padre padecía un trastorno depresivo unipolar. Entre los de segundo grado, dos hermanos varones estaban diagnosticados de TBP1, ambos abuelos paternos trastorno depresivo unipolar, así como la abuela materna. De los familiares de tercer grado, una tía paterna padecía cuadros depresivos melancólicos recurrentes, otra TBP 1, y tres tíos maternos cuadros depresivos. Dos tíos paternos presentaban alcoholismo y juego patológico, condiciones recurrentes en varones de generaciones previas en la familia paterna.

**Conclusiones:** Se observa una importante incidencia de trastornos afectivos, uni y bipolar, con mayor presencia en el sexo femenino. Los trastornos de control de impulsos parecen más ligados al sexo masculino. Según la atipicidad en la presentación clínica del caso y la incidencia de trastornos afectivos en esta familia, se puede reconsiderar el uso del término de psicosis única.

#### Bibliografía

1. Stein DJ, et al. *Textbook of mood disorders.* American Psychiatric Publishing, Inc., 2007.
2. Slater E, Cowie V. *Genética de los trastornos mentales.* Salvat, 1974.

## PO-911

### IMPULSIVIDAD Y DETERIORO FUNCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR

E. Jiménez Martínez, B. Arias Samperiz, P. Castellví Obiols, M. Mitjans Niubó, J.M. Goikolea Alberdi, L. Fañanás, E. Vieta Pascual y A. Benabarre Hernández

**Objetivos:** Los pacientes bipolares (PB) presentan déficit funcionales incluso en períodos de eutimia. Niveles elevados de impulsividad también se han asociado a este grupo de pacientes, sin embargo, ningún estudio se ha centrado en analizar la relación entre la impulsividad y el nivel de funcionamiento en los PB. Nuestro objetivo fue investigar qué impacto ejerce la impulsividad en el funcionamiento de dichos pacientes.

**Metodología:** El estudio incluyó 138 PB eutípicos. Se utilizaron la escala FAST (Functioning Assessment Short Test) para evaluar el nivel de funcionamiento y la BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale), para la impulsividad. Se realizaron análisis multivariantes para evaluar el impacto que determinadas variables, incluida la impulsividad, ejercían sobre el nivel de funcionamiento.

**Resultados:** El 90,9% de los pacientes con impulsividad elevada (puntuación BIS-11 > 64) presentaban déficit en el funcionamiento global (puntuación FAST > 11), mientras que en el grupo de baja impulsividad el porcentaje se redujo al 76,4% ( $p = 0,022$ ). Los pacientes con mayor impulsividad presentaban un peor funcionamiento en las áreas de autonomía ( $p = 0,003$ ), laboral ( $p = 0,046$ ), cognitiva ( $p < 0,001$ ) y finanzas ( $p < 0,001$ ). Tras realizar un modelo de regresión lineal múltiple, tomando la puntuación total de la FAST como variable dependiente, encontramos que los síntomas depresivos ( $\chi^2 = 1,512$ ;  $p < 0,001$ ), el número de hospitalizaciones ( $\chi^2 = 0,958$ ;  $p = 0,007$ ) y la impulsividad ( $\chi^2 = 0,274$ ;  $p = 0,012$ ) se asociaban a un peor funcionamiento ( $F = 11,090$ ,  $p < 0,001$ ,  $R^2$  ajustada = 28,9).

**Conclusiones:** Nuestros resultados muestran que la impulsividad, del mismo modo que los síntomas depresivos y el número de hospitalizaciones, se asocia a un peor funcionamiento global en los PB. La evaluación y tratamiento de la impulsividad podrían ser útiles para mejorar el funcionamiento en los PB.

#### Bibliografía

1. Rosa AR, et al. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord.* 2009;11:401-9.
2. Strakowski SM, et al. Impulsivity across the course of bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2010;12:285-97.

## PO-922

## EL FANTASMA DE LA MANÍA CRÓNICA

L. García Murillo

**Introducción:** Tras haber sido un concepto fundamental de la psicopatología durante el siglo XIX en los últimos 30 años el interés por la manía crónica ha desaparecido, siendo prácticamente imposible encontrar textos actuales que hagan referencia a la misma.

**Metodología:** A raíz de un caso clínico aparecido en nuestra área sanitaria realizamos una revisión de este concepto clásico. Caso clínico: Se trata de una mujer de 65 años diagnosticada de trastorno bipolar con cuadros de marcada sintomatología maníaca durante largos períodos de tiempo, con ideas de grandiosidad y humor expansivo por los cuales en los últimos 40 años ha ingresado más de 100 veces. De todos estos ingresos solo el primero de ellos fue por sintomatología depresiva, el resto han sido por episodios maníacos con sintomatología psicótica.

**Discusión:** A pesar de que el término manía crónica no fue usado hasta mediados del siglo XIX fue rápidamente extendido en un par de décadas, suponemos que por la alta prevalencia de este cuadro clínico en la época (Clouston en 1892 lo posiciona como la segunda causa más frecuente de internamiento en asilos). Nos parece interesante la revisión de esta entidad clínica que parece caída en el olvido y las causas que han llevado a este.

## Bibliografía

1. Perugi G, Akiskal HS, Rossi L, et al. Chronic mania: family history, prior course, clinical picture and social consequences. *Br J Psych*, 1986;173: 514-8.
2. Hare E. The two manias: a study of the evolution of the modern concept of mania. *Br J Psych*. 1981;138:89-99.

## PO-935

## DEPRESIÓN MAYOR INDUCIDA POR INTERFERÓN PEGILADO Y RIBAVIRINA EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA

M. Udina Bonet, J. Moreno España, R. Navinés de la Cruz, P. Castellví Obiols, D. Giménez, K. Langohr, M. Valdés Miyar, R. Solà Lamoglia y R. Martín-Santos Laffon

**Introducción:** La hepatitis crónica por infección del virus de la hepatitis C (HCC) es un problema de salud pública que afecta al 3% de la población. El interferón-alfa-pegilado y la ribavirina (INF Peg/RBV) es el tratamiento de elección, obteniéndose una remisión del 40-80% a las 24 semanas postratamiento. El tratamiento se asocia con frecuencia a psicopatología inducida, afectando la calidad de vida y la adherencia al tratamiento.

**Objetivos:** Estudiar la incidencia y factores de riesgo de depresión mayor inducida en pacientes con HCC tratados con INF Peg/RBV.

**Metodología:** Cohorte de 390 pacientes eutípicos con HCC tratados con INF Peg/RBV en una Unidad de Hepatología. Se evaluaron a nivel basal, 4, 8, 12, 24 y/o 48 semanas tratamiento y 24 semanas postratamiento. A nivel basal: datos sociodemográficos, antecedentes personales/familiares; cuestionario PHQ, escala HADS, inventario de temperamento y carácter (Cloninger; TCI-R); y entrevista MINI-DSM-IV. Durante el seguimiento: PHQ, HADS y MINI. Se realizó un análisis de supervivencia para datos censurados en un intervalo. A nivel univariado se compararon las funciones de supervivencia (prueba de log rank). Las variables significativas a un nivel de 0,1 se introdujeron en el modelo multivariado (regresión de Weibull).

**Resultados:** La incidencia de depresión mayor inducida del 9,1%. Análisis univariado: antecedentes psiquiátricos personales ( $p = 0,022$ ) y familiares ( $p = 0,033$ ), elevada-fatigabilidad ( $p = 0,011$ ) y baja-autodirección ( $p = 0,02$ ). Análisis multivariado: antecedentes psiquiátricos ( $p = 0,025$ ), HADS basal ( $p = 0,002$ ) y baja-autodirección ( $p = 0,016$ ).

**Conclusiones:** Se constata una elevada incidencia de depresión mayor inducida por el tratamiento antiviral y un mayor riesgo en

caso de antecedentes psiquiátricos, aumento del HADS basal y disminución de la dimensión autodirección.

## Bibliografía

1. Dan, et al. Depression anemia and health related quality of life in chronic hepatitis C. *J Hepatol*. 2006;44:491-8.
2. Martín-Santos R, et al. De novo depression and anxiety disorders and influence on adherence during peginterferon-alpha-2a and ribavirin treatment in patients with hepatitis C. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008;27:257-65.

## PO-942

## PSICOSIS DISOCIATIVA RECURRENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. García Dorado, G. Martínez Portillo, J. Gómez-Arnau Ramírez, R. Manzanero Estopiñán, C. Parro Torres y J. Andrada Meyer

**Metodología:** Mujer de 66 años sin AP médicos ni psiquiátricos conocidos que ha supuesto un reto terapéutico en nuestra UHB por el corto periodo sin de síntomas desde su debut, el importante componente psicógeno asociado y la toma decisiones terapéuticas que se han derivado de ello (TEC y larga estancia). Acude acompañada de su marido porque tras ser sorprendida fumando a escondidas por este, se siente temblorosa, inestable y con miedo a que algo malo pueda ocurrir. Se ha mostrado rígida y mutista con expresión de intensa angustia. Necesita ayuda para caminar, se muestra incapaz para realizar las actividades que antes realizaba. Ha ingresado en 4 ocasiones en el último año, como único posible estresante describen la implantación a su marido de un marcapasos. Despistaje orgánico sin hallazgos. Tras siete sesiones de TEC, se observó una rápida resolución del cuadro con normalización de la conducta. Nuestro diagnóstico fue de Trastorno depresivo con componente psicógeno. Actualmente, persiste la sintomatología a pesar del TEC de mantenimiento, considerando la derivación a un centro de larga estancia dada la dificultad en el manejo ambulatorio.

**Discusión:** La característica esencial de los trastornos disociativos es un alteración de las funciones integradoras de la conciencia, identidad, la memoria y la percepción del entorno. Estos síntomas disociativos emergen con relativa frecuencia en trastornos afectivos y de ansiedad. No cabe duda que los rasgos caracteriales de la paciente influyen en su sintomatología pero las rápidas recaídas en el domicilio y su elevado número de ingresos nos hacen pensar en un pronóstico sombrío y nos hace plantearnos el por qué se desencadenan estos episodios a esta edad y cómo, ante estresores vitales previos no se han desarrollado ni han requerido de nuestra atención mental.

## Bibliografía

1. Moscarillo MM. Disosociative symptoms in patients with mood and anxiety disorders. *Rev Psychiatry*. 2010;45:234-43.

## PO-949

## EPIDEMIOLOGÍA DE FACTORES GENÉTICOS EN EL TRASTORNO BIPOLAR

J.R. Dávila Píriz, J.L. Santos Gómez, E.M. Sánchez Morla, F. Arias Horcajadas, E. Ochoa Mangado, C. Rodríguez Cueto, J.A. Ramos Atance e I. Ampuero Sánchez

**Introducción y objetivos:** El trastorno bipolar es una patología en la que pueden existir componentes de herencia genética, aunque esa herencia es compleja y no sigue un modelo fácilmente discernible. Se plantea el estudio de la posible vinculación de genes de interés con esta patología psiquiátrica en población española.

**Metodología:** Se han realizado determinaciones alélicas y genotípicas de nueve polimorfismos: rs324420 (C/A) - del gen FAAH, (AAT) n y rs2023239 (T/C) - CNR1, rs35761398 (CC/TT) y rs12744386 - CNR2, rs4680 - COMT, y para el gen GRM3, rs1468412, rs2228595 y rs7804100. Población control: 203 voluntarios de población española. Pacientes con trastorno bipolar: 102 diagnosticados según criterios DSM-IV. Las técnicas utilizadas fueron: Single Strand Conforma-

tion Polymorphism, análisis de fragmentos, discriminación alélica (sondas Taqman) y secuenciación directa.

**Resultados:** De los nueve polimorfismos analizados ninguno mostró una desviación significativa ( $p>0.05$ ) con respecto a las frecuencias alélicas o genotípicas. El ajuste de los resultados a los distintos modelos de herencia también mostró un resultado negativo, siendo en todos los casos los valores de  $p > 0.05$ .

**Conclusiones:** El presente trabajo arroja como resultado que estos polimorfismos no muestran asociación con el trastorno bipolar. Sin embargo la bibliografía sí parece vincular estos genes a dicha patología, de tal forma que existe una contradicción de resultados. Este fenómeno de asociación y no-asociación aparece con frecuencia en las enfermedades complejas en las cuales los factores genéticos interaccionan con los factores ambientales, donde además el distinto back-ground genético y lo que se ha denominado efecto flip-flop pueden influir sobre los resultados.

#### Bibliografía

1. Chanock SJ, et al. Replicating genotype-phenotype associations. *Nature*. 2007;447:655-60.
2. Porteus D. Genetic causality in schizophrenia and bipolar disorder: out with the old and in with the new. *Current Opinion in Genetics & Development*. 2008;18:229-34.

#### PO-988

#### USO DE AGOMELATINA EN DEPRESIONES MAYORES

A. Chinchilla Moreno, M.I. Durán Cristóbal, M. García Dorado, P. Sánchez Páez, R. Manzanero Estopiñán y L. García Calvo

**Introducción:** Agomelatina, nueva molécula antidepresiva, actúa como agonista de receptores melatoninérgicos MT1 y MT2 y antagonista de los receptores 5HT2c, estableciendo los ritmos circadianos por resincronización del reloj biológico en las depresiones. Hay una clara relación entre depresión y ritmos circadianos.

**Objetivos:** Usar la agomelatina en pacientes con depresión mayor y ver eficacia, tolerancia y adherencia.

**Metodología:** En 30 pacientes ambulatorios usamos agomelatina (25-30 mg/día) en una sola toma durante 8 semanas. Valoramos: edad, sexo, estado civil, edad de inicio, nº de episodios, tratamiento previo y respuesta, si cuadro inicial o recaída y motivos. Evaluamos la evolución con la Escala HDRS a los días 0, 15, 30 y 60 días. También usamos la ICG al inicio (gravedad) y al final (mejoría) Se usaron benzodiacepinas en 7 casos. Se evaluaron los efectos secundarios.

**Resultados:** 19 eran mujeres y 11 hombres; 67% solteros; edad media de 41 años; edad media de inicio en la enfermedad 34 años; recurrencias en 73%, en 80% casos usamos 25 mg/día y en 20%, 50 mg/día. Media inicial de HDRS era 19 puntos y la final 10 puntos. La ICG inicial 5 puntos y la final 2,5 puntos. En 7 casos usamos benzodiacepinas durante 7-10 días primeros. No encontramos síntomas adversos de interés. Los pacientes en general en los primeros días verbalizaban encontrarse más ágiles y despiertos.

**Conclusiones:** Creemos que la agomelatina a dosis entre 25-50 debe ocupar un lugar en el tratamiento de las depresiones. Posiblemente en las más melancólicas y en dosis más altas.

#### Bibliografía

1. Chinchilla Moreno, A. La depresión y sus máscaras. Madrid: Panamericana, 2009.
2. Quera Salva MA, et al. Major depressive disorder, sleep, EEG, and agomelatina: an open-label study. *Int Psychopharmacol*. 2007.

#### PO-996

#### FOLIE À DEUX EN GEMELAS MONOCIGOTAS CON TRASTORNO BIPOLAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. del nido, I. Castillo y M. Marín Mayor

**Introducción:** El Trastorno bipolar (TB) es un trastorno afectivo que tiene una elevada agregación familiar y un alto componente

hereditario. En estudios gemelares se ha descrito una concordancia de hasta el 80% en gemelos monocigotos (GM) para el TB. Por otro lado, la folie à deux es un diagnóstico poco común en psiquiatría y no muy estudiado. De hecho, la presencia de una idea delirante inducida en el contexto de un cuadro afectivo de base es algo aún menos frecuente.

**Objetivos:** Realizar una revisión de la presencia del TB entre GM, y más específicamente, la presencia de sintomatología psicótica compartida en gemelos monocigotos con TB. Exponemos el caso de una paciente atendida en la urgencia de nuestro hospital y su posterior evolución.

**Metodología:** Realizamos una revisión en Medline de todos los artículos publicados en los últimos 20 años que estudiasen la presencia de TB en GM, así como la presencia de una folie à deux en estos mismos sujetos. Se presenta el caso de una mujer de 47 años, sin antecedentes psiquiátricos previos, que debutó con un cuadro de características maniformes y sintomatología psicótica, con temática delirante compartida con su hermana gemela.

**Resultados:** Numerosos estudios confirman una elevada concordancia en GM para el TB. Sin embargo, solo se han publicado casos anecdotáticos en los que gemelos con clínica afectiva basal comparten una sintomatología psicótica.

**Conclusiones:** La presencia de sintomatología psicótica en el contexto de episodios maníacos y/o depresivos en pacientes con TB es un hecho frecuente. Sin embargo, hay pocos casos descritos en la literatura científica en el que estos cuadros coincidan en pacientes GM. Dada la elevada heredabilidad tanto de los trastornos afectivos como psicóticos, sería de interés estudiar si esta heredabilidad podría ser incluso mayor cuando coinciden clínica afectiva y psicótica en un mismo individuo.

#### PO-1004

#### TRASTORNO BIPOLAR Y SUS DIFERENCIAS POR GRUPOS DE EDAD

F.J. Zamora Rodríguez, A. Leal Micharet, I. Baltasar Tello, F. Méndez Sánchez y J.A. Guisado Macías

**Introducción:** El aumento en la esperanza de vida de la población en general ha hecho que sea necesario el estudio de la población anciana y su relación con las distintas patologías, como el trastorno bipolar, y su comparación con otras etapas de la vida.

**Metodología:** Se analizaron las características epidemiológicas de 394 pacientes con diagnóstico de TB ingresados en una unidad de hospitalización del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, realizando un análisis por etapas de edad (jóvenes, edad media, ancianos).

**Resultados:** Los pacientes ancianos con trastorno bipolar presentan menores tasas de consumo de drogas, estancias hospitalarias más prolongadas y son en su mayoría mujeres. Los pacientes jóvenes y en el grupo de edad media presentan tasas similares de consumo de sustancias. Los pacientes jóvenes con diagnóstico de TB tienen estancias medias hospitalarias más cortas y menor número de ingresos hasta su diagnóstico.

**Conclusiones:** 1. Los pacientes jóvenes y en edad media de la vida con diagnóstico de TB presentan mayores tasas de consumo de sustancias. 2. Los pacientes jóvenes han tenido un menor número de diagnósticos previos hasta llegar al de TB. 3. Los pacientes ancianos presentan mayores estancias medias hospitalarias y mayor número de ingresos. 4. La mayor esperanza de vida y la comorbilidad médica pueden influir en ancianos en estancias hospitalarias más prolongadas.

#### Bibliografía

1. Depp CA, Jeste DV. Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disord*. 2004;6:343-67.
2. Al Jundi RK, Marangell LB, Petersen NJ, Martínez M, Gyulai L, Sajatovic M. Prescription Patterns of Psychotropic Medications in Elderly compared to younger participants who achieved a "recovered" status in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008;16:922-33.
3. Strejilevich SA, Martino D, Igoa A. Trastornos bipolares en el envejecimiento. *Avances en Psiquiatría Biológica*. 2008;9:105-22.

## PO-1016

## ESTUDIO PILOTO: ESTILO DE VIDA MEDITERRÁNEO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN RESISTENTE

I. Ollé Llopis

**Introducción:** La bibliografía reciente recomienda diferentes recomendaciones higiénico-dietéticas en la prevención de la depresión y como tratamiento adyuvante. Sin embargo, la conjunción de todas estas medidas referentes al estilo de vida han sido insuficientemente tratadas.

**Metodología:** Para el estudio piloto se seleccionaron cinco pacientes que estaban actualmente en tratamiento antidepresivo con dosis máxima sin mejoría clínica significativa. Entonces se iniciaba la intervención psicoeducativa, estructurada en 10 sesiones grupales, periodicidad semanal, duración 80-90 minutos, con valoraciones pre- y post-intervención (a los seis meses del inicio). En la primera sesión se les realizaba una mini-entrevista neuropsiquiátrica, y se implementaban las escalas HDRS, HARS, SF-36 y QLDS y un cuestionario de hábitos higiénico-dietéticos con soporte web.

**Resultados:** De los cinco pacientes estudiados, dos de ellos mejoraron de forma significativa reflejándose en un buen cumplimiento de las recomendaciones higiénico-dietéticas y en la mejoría sintomática expresada en escala HDRS (de 22 y 25 pasaron a 15 y 17 respectivamente). En las demás pacientes, globalmente, una de ellas mejoró un poco clínicamente (reducción de 2 puntos en HDRS de 22 a 20) y las otras dos siguieron igual. Cabe destacar que fueron también las pacientes que tuvieron más ausencias presenciales durante la intervención que duró dos meses y medio.

**Conclusiones:** El coste-eficacia de estas intervenciones basadas en el estilo de vida puede ser un buen incentivo para aplicarlas sistemáticamente en pacientes con síntomas depresivos resistentes a medicación, usándolas como adyuvante.

## Bibliografía

1. García-Toro, et al. Effectiveness of hygienic-dietary recommendations as enhancers of antidepressant treatment in patients with Depression: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2010;10:404.
2. Sánchez-Villegas A, et al. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra cohort. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:1090-8.

## PO-1054

## VALIDACIÓN LINGÜÍSTICA DE LA VERSIÓN EN CASTELLANO DEL CUESTIONARIO SOBRE LA REMISIÓN DE LA DEPRESIÓN PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON DEPRESIÓN

I. Gilaberte, I. Romera y V. Pérez

**Introducción y objetivos:** Aunque la remisión es el principal objetivo terapéutico del trastorno depresivo mayor (TDM), las definiciones de remisión al uso presentan limitaciones por centrarse únicamente en el nivel de los síntomas clínicos. El cuestionario sobre la remisión de la depresión (CRD) es un instrumento clínico de 41 ítems recientemente desarrollado, validado en inglés, que presenta correlaciones altas con otras medidas clínicas de la depresión. Además de la resolución de los síntomas, este instrumento evalúa otros aspectos que los propios pacientes han considerado importantes para definir la remisión. El objetivo del presente trabajo fue realizar la validación lingüística de una versión en castellano del CRD.

**Metodología:** Se empleó una versión modificada del método de traducción de instrumentos propuesto por Sperber et al. El CRD se tradujo al castellano y nuevamente al inglés por traductores independientes. Posteriormente, 16 evaluadores independientes con gran fluidez en inglés compararon la versión retro-traducida con la original, valorando la comparabilidad del lenguaje, la similitud de interpretación y el grado de comprensión del texto de cada ítem. Para ello, emplearon escalas numéricas de 7 puntos (1 = extremadamente comparable, 7 = no del todo comparable). Se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

mente comparable, 7 = no del todo comparable). Se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

**Resultados:** La traducción al castellano del CRD, según las valoraciones de comparabilidad, interpretabilidad y grado de comprensión (puntuaciones medias (desviaciones estándar): 2,2 (0,8), 1,7 (0,6) y 1,6 (0,6), respectivamente) fue considerada extremadamente equivalente a la original. No obstante, fue necesaria la revisión de la redacción de dos ítems en los que se obtuvieron puntuaciones medias superiores a 3 (ítems 7 (3,65) y 23 (3,08)).

**Discusión y conclusiones:** Se ha obtenido una versión en castellano del CRD de alta calidad, apta para su validación psicométrica en pacientes hispanohablantes.

## Bibliografía

1. Zimmerman M, Galione J, Attiullah N, Friedman M, Toba C, Boerescu D, et al. Depressed patients perspectives of two measures of outcome: the Quick Inventory of Depressive Symptomatology & Remission from Depression Questionnaire [New Research poster NR4-49]. Paper presented at: 163rd Annual Meeting of the American Psychiatric Association, 2010; New Orleans, LA.
2. Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology.* 2004;126:S124-8.

## Trastornos de ansiedad

## PO-59

## LA ANSIEDAD DE LOS PADRES INCREMENTA LA ANSIEDAD PREOPERATORIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO AL SER SOMETIDO A UNA CIRUGÍA AMBULATORIA

N. García Mendez, F. Rangel Ávila y J.M. Haro Haro

**Introducción:** La ansiedad en los padres influye con la ansiedad prequirúrgica de los niños. En la actualidad, no hay una herramienta viable para medir eficazmente el comportamiento perioperatorio de los niños y los padres.

**Objetivos:** Se evalúo la interacción: padre-niño en el entorno quirúrgico y las repercusiones que los niños manifiestan a través del comportamiento de los padres.

**Metodología:** Se realizó un estudio prospectivo, observacional, transversal, analítico. Participaron 98 pacientes pediátricos programados para cirugía ambulatoria electiva, bajo anestesia general, entre 2 y 10 años, estado físico ASA I. Se aplicó la Escala de Ansiedad Preoperatoria YALE-modificada, y los padres fueron evaluados mediante el test de Ansiedad Hamilton. Se utilizó paquete estadístico SPSS V 19.0 y Microsoft Excel 2007. Prueba estadística de  $\chi^2$  de Pearson estableciendo en nivel de significancia del  $\alpha = 5\%$  ( $\chi^2$  tabla = 3,84).

**Resultados:** Se encontró que el 71,4% de los pacientes pediátricos presentaron ansiedad preoperatoria. Los niños entre 5 a 7 años tienen un mayor riesgo de presentarla obteniendo un valor  $p = 0,050$  mostrando que la edad sí es significativa. El grupo de los padres 55,2% mostró ansiedad leve y 9,2% ansiedad moderada. El familiar que se encuentra con mayor frecuencia en compañía del paciente pediátrico fue la mamá. El rango que va de 2 a 4 años presentó mayor frecuencia de Ansiedad representando el 81,8%, en el grupo de 8 a 10 años presentó menor frecuencia de ansiedad representando un 59,5%, mostrando que son más susceptibles los niños de 2 a 4 años aunque por frecuencia esperada los niños entre 5 a 7 años el riesgo de desarrollar ansiedad es mayor.

**Conclusiones:** La investigación futura debería evaluar el costo-beneficio de programas perioperatorios dirigidos a reducir la ansiedad y los cambios en el comportamiento inducidos durante y después de la cirugía.

## Bibliografía

1. Toshiyuki E. Children, Parents and Anxiety. *Rev Bras Anestesiol.* 2004;54:728-38.
2. McLaren J. A Comparison of Preoperative Anxiety in Female Patients with Mothers of Children Undergoing Surgery. *International Anesthesia Research Society.* 2008;106(3).

## PO-275

## SOBREVIVIENDO AL ABISMO DEL TRAUMA. UNA REVISIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ENFOCADO EN LOS SISTEMAS NEUROBIOLÓGICOS IMPLICADOS

C.M. Rodríguez Mercado

**Introducción:** El Trastorno de estrés postraumático (TEPT) es el trastorno de ansiedad más frecuente, con prevalencias de vida entre 5 y 10%. La neurobiología del TEPT representa las consecuencias crónicas de un fallo del organismo para recuperarse de un trauma o las repercusiones biológicas que se producen en respuesta a recuerdos de sucesos que no ocurren en tiempo real.

**Objetivos:** Realizar una revisión bibliográfica de las características neurobiológicas del TEPT.

**Metodología:** Revisión de la información obtenida utilizando Pubmed, usando como palabras claves: Neurobiology and PTSD y Neurobiological aspects of PTSD.

**Resultados:** En el TEPT existe una hiperestimulación del sistema noradrenérgico produciendo recuerdos arraigados, citotoxicidad y muerte celular. La concentración plasmática de dopamina y su excreción urinaria está elevada en pacientes diagnosticados de TEPT. La serotonina desempeña un papel en el TEPT, además participa en la modulación de los corticoides ante el estrés. Existe una disminución de los niveles plasmáticos de neuropéptido Y, además un decremento del metabolismo en regiones neocorticales y sistema límbico. Un incremento de la activación de sistemas opioides endógenos que podrían contribuir a síntomas como el embotamiento y fenómenos disociativos en el TEPT. La hipersecreción del factor liberador de corticotropina, acompañado del descenso de los niveles de cortisol plasmático y de un incremento del feedback negativo del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal son concluyentes en el TEPT. Un dato relevante en la génesis del TEPT es el incremento del número de receptores de glucocorticoides y un aumento de su sensibilidad.

**Conclusiones:** 1. Diferentes sistemas neurobiológicos contribuyen en la patogénesis del TEPT, considerando relevantes el sistema límbico, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y ciertos neurotransmisores claves, pudiendo estar relacionadas con síntomas como: hiperexcitación, embotamiento y reexperimentación del trauma.

## Bibliografía

1. Meewisse ML, Reitsma JB. Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2007;191,387-92.

## PO-318

## ANSIEDAD Y FOBIA DENTAL EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS VERSUS CONTROLES

F.J. Jerez Barroso, C. García Román, S. Domingo Córdón, J.A. Verdugo Hidalgo, N. Casas Barquero y S.L. Romero Guillena

**Introducción:** La ansiedad dental consiste en un aumento de la activación del sujeto ante cualquier objeto o situación odontológica, dando lugar a una respuesta fisiológica, comportamental y cognitiva. La fobia dental es un temor irracional, reconocido como tal por el propio sujeto, excesivo y persistente, ante cualquier objeto, actividad o situación, relacionado con la actividad odontológica y que determina un deseo imperioso de evitar lo que se teme.

**Objetivos:** Evaluar los niveles de ansiedad dental en pacientes esquizofrénicos comparados con sujetos normales. Analizar la existencia o no de fobia dental en ambas muestras comparando ambas poblaciones.

**Metodología:** Muestra total poblacional de 120 sujetos. Registro de una primera muestra de 60 pacientes esquizofrénicos, diagnosticados según criterios de la clasificación internacional de las enfermedades 10<sup>a</sup> edición (CIE 10) Una segunda muestra de 60 sujetos no diagnosticados de enfermedad mental, como control. A todos los

sujetos de ambas muestras se les administra el cuestionario de miedo dental y generalizado de Weiner et al (1986).

**Resultados:** 1) La ansiedad dental y somática tiene relación estadísticamente significativa con el diagnóstico, siendo mayor en el grupo control frente a los pacientes esquizofrénicos ( $p < 0,001$ ). 2) La ansiedad dental y somática tiene relación estadísticamente significativa con el sexo, siendo mayor en las mujeres frente a los hombres. ( $p < 0,001$ ). 3) La fobia dental no tiene relación significativa con el diagnóstico ni con el sexo.

**Conclusiones:** Los pacientes esquizofrénicos tienen con significación estadística un menor nivel de ansiedad dental que la población general. Los pacientes esquizofrénicos tienen menos fobia dental que la población general.

## Bibliografía

1. Locker D, Liddel A, Shapiro D. Diagnostic categories of dental anxiety; a population-based study. *Behav Res Ther*. 1999;37:25-37.
2. Weiner AA, Sheehan DV, Jones KJ. Dental Anxiety- The development of a measurement model. *Act Psych Scand*. 1986; 73:559-65.

## PO-417

## TRASTORNO DE PÁNICO Y ANSIEDAD DE SEPARACIÓN. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

M.J. Güerre Lobera, C. Moreno Menguiano, A. de Cos Milas y M. García Moreno

**Introducción:** El trastorno de pánico es un tipo de trastorno de ansiedad con una clínica aguda altamente invalidante para el individuo, generando una importante disfunción en el sujeto a nivel social y laboral, además de un fuerte sentimiento de pérdida de la autonomía y dependencia.

**Metodología:** Realizamos una revisión bibliográfica de los últimos 10 años en revistas de impacto sobre la posible relación de trastorno de angustia y ansiedad por separación, tanto de publicaciones con estudios prospectivos como retrospectivos. A modo de ejemplo ilustramos tres casos en que se confirma dicha relación.

**Conclusiones:** A pesar de que encontramos resultados contradictorios en algunos de los estudios con respecto a la posible relación entre trastorno de angustia y ansiedad por separación en la infancia, hay más estudios que apoyan esta posible evolución de trastorno de ansiedad por separación a trastorno de pánico en la vida adulta, si bien éste no es el tipo de evolución más frecuente. Dado que los trastornos de ansiedad representan el grupo de trastornos psiquiátricos más numeroso y que éstos tienden a permanecer estables a lo largo de la vida, poder realizar una detección en épocas tempranas de la vida de trastornos de ansiedad y proponer un tratamiento precoz, podrían evitar o minimizar las consecuencias de estos cuadros en la vida adulta.

## Bibliografía

1. Biederman J, Petty CR, et al. Developmental trajectories of anxiety disorders in offspring at high risk for panic disorder and major depression. *Psychiatry Res*. 2007;153:245-52.
2. Lewinsohn PM, Holm-Denoma JM, et al. Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:548-55.

## PO-441

## CONSIDERACIONES EN EL FUTURO DE LA GENÉTICA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

M. Jalón Urbina, C. Rodríguez Mercado, J. Rodríguez Revuelta, G. Paniagua Calzón, L. Iglesias Fernández, C. Menéndez Álvarez, C. Viesca Eguren, M. Reimundo, V. García y A. Díaz de la Peña

**Introducción:** Uno de los trastornos psiquiátricos más comunes son los trastornos de ansiedad, pudiendo dar lugar a numerosos problemas médicos crónicos, con un coste significativo para la sa-

lud. Con el interés de poder conocer algunos de los factores de riesgo para el desarrollo de los mismos, así como para intentar un tratamiento individualizado, se ha producido un importante esfuerzo para investigar las bases genéticas de los trastornos de ansiedad.

**Objetivos:** Realizar un informe actualizado sobre el estado de las nuevas líneas de investigación de los aspectos genéticos de los trastornos de ansiedad.

**Metodología:** Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de los estudios genéticos existentes en relación al tema y las interacciones del ambiente con los genes.

**Resultados:** Las evidencias encontradas acerca del futuro de la investigación de la genética han determinado la importancia de una combinación de estudios de asociación del genoma completo, la exploración de potenciales fenotipos intermedios y endofenotipos, así como un exhaustivo análisis de los mecanismos epigenéticos.

**Conclusiones:** Queda manifiesto que en los trastornos de ansiedad intervienen múltiples interacciones entre genes, y de estos con el ambiente.

## PO-533

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL TOC. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE OSONA

A. Guillén Font, Q. Foguet Boreu, P. Roura Poch  
y F.X. Arrufat Nebot

**Introducción:** El TOC es un problema de salud importante. Según la OMS, el TOC fue considerado el cuarto trastorno psiquiátrico más común. Aun existen numerosos interrogantes acerca de esta enfermedad y ello ha sido motivo de interés por iniciar un estudio de las características sociodemográficas del TOC en nuestra población.

**Objetivos:** Describir las características sociodemográficas, de una muestra amplia de sujetos con TOC que se hallan en tratamiento, en los servicios sanitarios públicos de la comarca de Osona.

**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo. Se seleccionaron las historias clínicas de 131 pacientes TOC de todas las edades y de ambos性s y se completó un cuestionario de recogida de datos.

**Resultados:** Sexo: hombre 51,1%; mujer 48,9%. Estado civil: soltero 44,3%; separado o viudo 10,7%; casado 40,5%. Etnia: caucásico europeo 95,4%; caucásico no europeo 4,6%. Nivel de educación: desconocidos 13,7%; sin estudios 3,1%; estudios incompletos 22,1%; estudios obligatorios 35,1%; bachiller 17,6%; universitarios 8,4%. Situación laboral: trabajo normalizado 58,8%; trabajo protegido 5,3%; parado 13,7%; pensionista 16,8%; baja laboral ILT 3,1%.

**Conclusiones:** Las características sociodemográficas no difieren de las descritas en otros estudios similares aunque solo con población adulta, en este sin embargo incluye población infantil. No aparece en la muestra apenas población inmigrante.

## Bibliografía

- Alonso MP, Segalás J, Labad J. Epidemiología del trastorno obsesivo-compulsivo. Estados obsesivos. Barcelona: Masson, 2006. pp. 17-44.
- Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. Biol Psychiatry. 2006;30:327-37.

## PO-571

### ABORDAJE DE UN TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

A.G. López Pérez-Díaz y M. Báez

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad cuya característica principal es la presencia de pensamientos obsesivos de carácter intrusivo y egodistónico que pueden ir acom-

pañados o no de actos o rituales compulsivos (OMS, 1999). Este trastorno afecta en torno al 2% de la población general (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas y Walters, 2005). Existe evidencia científica disponible que demuestra la efectividad de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del TOC (Foa et al, 2005; Gómez, Leyton y Núñez, 2010; March, Frances, Carpenter y Kahn, 1997, Storch et al, 2010). En la presente comunicación se presenta el caso de un varón de 35 años de edad con diagnóstico de TOC con pensamientos y actos obsesivos (F42.2, CIE-10) de contenidos místico e hipochondriaco y con afectación funcional grave del funcionamiento habitual del paciente. Se realizó una primera evaluación previa a la intervención con la Escala Yale-Brown (Y-BOCS, Goodman et al, 1989) para el TOC, con la Escala de poder social (Birchwood et al, 2000) y la Escala de poder adaptada a las obsesiones, así como con los Inventarios de ansiedad (BAI, Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988) y de depresión de Beck (BDI, Beck et al, 1979). Los resultados previos a la intervención mostraron que el paciente presentaba de inicio un TOC de gravedad extrema (43 puntos en el Y-BOCS), con sintomatología ansiosa severa, caracterizado además por la presencia de una relación sumisa y pasiva ante los pensamientos de tipo obsesivo (27/35 y 23/35 puntos en la Escala de poder social y en la Escala de poder adaptada a las obsesiones respectivamente), cumpliendo también criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo grave. Tras el análisis funcional del caso, se realiza abordaje multidisciplinar con psicofármacos (antipsicóticos, antidepresivos y benzodiacepinas), psicoterapia cognitivo-conductual mediante terapia cognitiva y sesiones de exposición en imaginación al cáncer, psicoeducación para familiares e intervención desde Trabajo social en el dispositivo. Los resultados obtenidos muestran una tendencia significativa hacia la disminución de la ansiedad tras el tratamiento de exposición ante los pensamientos obsesivos, al tiempo que disminuye la sintomatología ansioso-depresiva evaluada con el BDI y con el BAI. A lo largo del tratamiento, el paciente empieza a recuperar su nivel de funcionamiento cotidiano. Finalmente se mantiene el tratamiento de exposición para generalizar los logros conseguidos y para prevenir reagudizaciones del trastorno. Este caso muestra la importancia de realizar un abordaje multidisciplinar e integrador en los casos de TOC grave, que por el deterioro que producen deberían ser integrados en el Proceso Asistencial Integrado de Trastorno Mental Grave.

## Bibliografía

- Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consultant and Clinical Psychology. 1988;56:893-7.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive Therapy of Depression. Wiley: New York, 1979.
- Birchwood M, Meaden A, Trower P, Gilbert P, Plaistow J. The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. Psychological Medicine. 2000;30:337-44.
- Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry. 2005;162:151-61.
- Gómez A, Leyton F, Núñez C. Terapia cognitivo-conductual en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo resistentes a la farmacoterapia. Archivos de Psiquiatría. 2010;73:1-13.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill L, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. Archives of General Psychiatry. 1989;46:1006-11.
- Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EL. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62:593-602.
- March JS, Frances A, Carpenter D, Kahn DA. The expert consensus guideline series: Treatment of obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 1997;58(Suppl. 4):65-72.
- Storch EA, Lewin AB, Farrell L, Aldea MA, Reid J, Geffken GR, Murphy TK. Does cognitive-behavioral therapy response among adults with obsessive-compulsive disorder differ as a function of certain comorbidities? Journal of Anxiety Disorders. 2010;24:547-52.

## PO-637

## TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO GRAVE Y PSICOSIS

M. Amenábar Figueroa, N. Escudero Cuyvers,  
D. Pozo de Cos Estrada y M. Soto Ontoso

Presentamos el caso de una paciente que consulta a Salud Mental por sintomatología obsesiva y compulsiva a los 9 años de edad. Desarrollando posteriormente un TOC grave que requiere un tratamiento complejo tanto a nivel psicofarmacológico y psicoterapéutico. Ha tenido una evolución tórpida con varios ingresos hospitalarios e ingestas medicamentosas voluntarias. Además de abandonos de varios terapeutas y tratamientos. En los últimos años ha presentado episodios psicóticos breves relacionados con el agravamiento de su TOC. Interés del caso: Este caso clínico ha sido un desafío en el diagnóstico diferencial para los diferentes terapeutas del paciente. Esta ha presentado episodios psicóticos con una temática delirante bizarra que ha hecho que algunos terapeutas la diagnosticaran de esquizofrenia y la trataran como tal; pero su evolución clínica, respuesta al tratamiento y el estudio longitudinal hacen dudar de este diagnóstico. Mantiene periodos largos de ausencia de ideas delirantes donde predominan de manera clara los síntomas obsesivos y compulsivos. Incluso sus rasgos de personalidad inmaduros, inestables y dependientes han dificultado aún más el diagnóstico diferencial. Nuestra paciente presenta al menos 2 ideas obsesivas principales que se transforman por momentos en delirantes. Pierde el sentimiento de subjetividad del pensamiento, sin insight ni resistencia. Con una alta certeza y presión de las ideas (inicialmente obsesivas), que le generan una gran angustia. En estos casos debemos realizar el diagnóstico diferencial con las psicosis, en especial con la esquizofrenia paranoide. El último diagnóstico los descartamos porque lo que predomina en la paciente son las ideas obsesivas que con frecuencia critica y las considera absurdas; además de la ausencia de los demás criterios diagnósticos de Esquizofrenia paranoide.

## PO-665

## SALUD, DINERO Y AMOR

L. Merinero Casado, M. Báez Gundín y L. González-Cordero Díaz

**Introducción y objetivos:** Los trastornos adaptativos son estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y aparecen en el periodo de adaptación a acontecimiento biográfico significativo o vital estresante (AVE). Se realiza estudio sobre muestra de pacientes diagnosticados de trastorno adaptativo, en el que los objetivos son el análisis de características sociodemográficas y clínicas, y acontecimientos vitales estresantes.

**Metodología:** Estudio retrospectivo observacional de pacientes atendidos entre 1/1/2009 a 1/6/2009 y con diagnóstico de Trastorno adaptativo (CIE-10: F43.2). Muestra: 183 pacientes (18-65 años) de las seis USMC del área hospitalaria Virgen del Rocío (Sevilla) Instrumentos y procedimientos: Programa SISMA: aparecen características clínicas y sociodemográficas. Para la identificación de AVE: Escala de Reajuste Social de Holmes y Rahe (1976). En cada paciente, identificación de 1 a 4 AVEs

**Resultados:** Datos sociodemográficos: mujeres: 57,9%, varones: 42,1%; casados/en pareja: 61,7%; situación laboral activa: 62,3%. Nivel educativo correspondiente a bachiller/FP1-FP2: 58,5%. Convivencia en familia propia: 63,4%. AVEs en relación con los trastornos adaptativos: salud: 33,59%, enfermedad propia: 42,35%, enfermedad familiar: 29,41%, fallecimiento: 28,23%, dinero: 18,18%, cambio de situación económica: 55,3%, paro: 19,14%, cambio en condiciones de vida: 17,02%, despido: 8,5%, amor: 18,18%, separación: 9,57%, mala relación de pareja: 30,43%, otros: 30,05%.

**Conclusiones:** ¿Por qué ante mismos estresores unas personas desarrollan un Trastorno adaptativo y la mayoría no? Conceptos

propios de la Psicología positiva que nos ayudan a encontrar la respuesta.

## Bibliografía

1. Góngora V, Casullo MM. Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*. 2009;26: 183-205.
2. Luciano CP. Una reflexión sobre la psicología positiva y la terapia de aceptación y compromiso. *Clinica y Salud*. 2006;17:339-56.

## PO-737

## FIBROMIALGIA ASOCIADA A OTROS TRASTORNOS EN SALUD MENTAL. BÚSQUEDA DE RESPUESTAS

N. Martínez Pedrosa, B. Acevedo García, P. García Bolaños y M. Escrivano Cortés

**Introducción y objetivos:** La fibromialgia, síndrome doloroso crónico de tipo músculo-esquelético generalizado en ausencia de alteraciones osteoarticulares, se asocia frecuentemente a sintomatología de tipo afectivo-neurótico. El objetivo es establecer la asociación de sintomatología neurótica observada en una muestra de pacientes con dualidad diagnóstica: distimia-fibromialgia, que acuden a la consulta ambulatoria de Salud Mental.

**Metodología:** Estudio de 54 pacientes ambulatorios con el diagnóstico de fibromialgia y distimia que fueron valorados mediante anamnesis donde se incluían datos sociodemográficos y médico-psiquiátricos, el Mini-Mult-personalidad y haciendo un diagnóstico a través del DSM-IV-TR.

**Resultados:** Entre las variables sociodemográficas se encontró un predominio de mujeres 92,6% frente a un 7,4% de hombre; de familia no numerosa. Con nivel socio-económico bajo, escolarización que no supera el grado primario y profesiones de tipo no cualificado. La situación laboral destaca el alto porcentaje de incapacidad laboral (40,7%), seguida de paro (29,6%). En el Mini-Mult se encuentra hipocondriasis 83,65%, depresión 87,37% e histeria 82,11%.

**Conclusiones:** Se objetiva de forma significativa la presencia de la triada neurótica (hipocondriasis, depresión e histeria). El perfil sociodemográfico de las pacientes diagnosticada de fibromialgia-distimia, se caracteriza por un bajo nivel socioeconómico, escolarización deficiente y profesión o cualificada.

## Bibliografía

1. Maurel S, Rodero B, López del Hoyo. Correlational analysis and predictive validity of psychological constructs related with pain in fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011;12:4.
2. Alonso Fernández F. Association between chronic pain and depression. *An R Acad Nac Med (Mad)*. 2005;122:595-612.

## PO-738

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

E. García-Parra, J. Monzón-Díaz, J.M. García-Parra, V. Sánchez-Verdugo, E. Martíartu-Bona, G. Monzón-Díaz, J. Quintero-Febles, F.J. Castro-Molina, V. Llinares-Arvelo e I. Vila-Llop

**Introducción y objetivos:** La ansiedad es una experiencia individual subjetiva. Se deduce que la persona tiene ansiedad por ciertas conductas y ha de confirmarse con la propia persona. El TAG se caracteriza por ansiedad y preocupación irreal o excesivas, que se manifiesta con frecuencia y durante 6 meses. La preocupación se refiere a varios sucesos, trabajo o rendimiento académico, y el individuo es incapaz de controlar su preocupación. Al menos tres de los síntomas siguientes: inquietud, fatiga, alteración de la concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastorno del sueño. La ansiedad interfiere con las áreas social, laboral y otras importantes del funcionamiento personal, y no es el resultado directo de una situa-

ción médica ni de drogadicción. El tratamiento debe plantear técnicas que permitan al paciente aprender a controlarse, teniendo en cuenta que es previsible un aumento de la sintomatología en situaciones extremas.

**Metodología:** Mediante una revisión bibliográfica escogemos varios Diagnósticos de Enfermería (DxE) para la planificación de las Intervenciones de Enfermería Especialista en SM.

**Resultados:** Planteamos una serie de DxE donde destacamos: Ansiedad, relacionada con cambios en los patrones de interacción, inquietud, disminución de la habilidad para solucionar problemas. Deterioro de la interacción social, relacionado con afectación de las capacidades laborales o académicas, dificultad para expresar sentimientos o pensamientos. Planificamos las intervenciones encaminadas a controlar y/o disminuir la sintomatología, centradas en 3 vías de actuación: Ansiedad-Técnicas de Relajación, Ideas Irracionales y Conductas Asertivas.

**Conclusiones:** Mediante las intervenciones del DUE Especialista en SM se consigue dotar al sujeto de recursos que pueda utilizar en cuanto detecte un aumento de los síntomas de ansiedad, sin tener que recurrir automáticamente a los fármacos.

#### Bibliografía

1. Rigol A, Ugalde M. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica, 2ª ed. Elsevier Barcelona: Masson, 2007.
2. Luis MT. Los Diagnósticos Enfermeros, Revisión crítica y guía práctica, 8ª edi Barcelona: Elsevier Masson, 2008.

#### PO-776

#### ACONTECIMIENTOS VITALES NEGATIVOS EN LA INFANCIA Y TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL: ROL DE LA COMORBILIDAD DEPRESIVA

A.E. Ortiz García

**Introducción:** Los acontecimientos vitales negativos en la infancia se han asociado con el desarrollo de la psicopatología en la adultez. El objetivo de este estudio fue investigar la asociación entre principios de los acontecimientos vitales negativos y trastorno de ansiedad social (SAD), y su relación con la comorbilidad, en un estudio de casos y controles.

**Metodología:** Se compararon 210 casos de SAD y 181 controles de los estudios universitarios. Todos los sujetos fueron evaluados mediante una entrevista semiestructurada (SCID) para el diagnóstico DSM-IV y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz. Eventos negativos de la vida antes de los 18 años de edad fueron evaluados de forma retrospectiva con un cuestionario autoadministrado de eventos traumáticos de la infancia.

**Resultados:** El maltrato infantil emocional, abuso físico, y la violencia familiar, están altamente asociados con SAD en comparación con los controles sanos, incluso después de ser controlados por los antecedentes familiares psiquiátricos y de género. En los pacientes con SAD con un trastorno del Eje I comórbido mostraron una asociación con el abuso emocional, después de controlar los antecedentes psiquiátricos familiares, el sexo y la edad de inicio. Aquellos que reportaron abuso emocional tenían cuatro veces más probabilidades de tener un trastorno del estado de ánimo depresivo comórbido.

**Conclusiones:** El soporte de presentar los resultados que la asociación entre los negativos acontecimientos de la vida temprana y SAD quizás mediado por la presencia de un trastorno del estado de ánimo depresivo comórbido.

#### Bibliografía

1. Gibb BE, et al. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depress Anxiety*. 2007;24:256-63.
2. Hovens JG, et al. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs controls. *Acta Psychiatr Scand*. 2010;122:66-74.

#### PO-828

#### CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

G.M. Roldán Maldonado, M.A. Ramos Ramos, L. Garrido Mateo y J.M. Ramos Navas-Parejo

**Introducción y objetivos:** El sanitario es uno de los sectores laborales de mayor riesgo de sufrir agresiones. La violencia dirigida a los profesionales tiene consecuencias devastadoras para la salud. El objetivo fue estudiar las características de la violencia en los servicios de urgencias.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal, multicéntrico, sobre 315 profesionales (35,2% médicos, 29,9% enfermeros, 34,9% celadores) de los Dispositivos de Urgencias de la provincia de Granada (DCCU). Se pasaron los instrumentos: Inventario de burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory. MBI; Maslach y Jackson, 1986), Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory), Inventario de ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988) e Inventario de asertividad de Gambrill y Richey (Gambrill-Richey Assertion Inventory, GRAI; Gambrill y Richey, 1975) y una entrevista semiestructurada.

**Resultados:** El 84,4% de los profesionales se ha sentido agredido y el 49,5% tiene miedo de serlo. Las mujeres se han sentido más agredidas, tanto en número ( $p = 0,011$ ), como en gravedad ( $p = 0,011$ ) y además las agresiones son más frecuentes en las poblaciones grandes ( $> 10.000$  habitantes). Las médicas presentan más clínica depresiva ( $p = 0,008$  y  $p = 0,008$ , respectivamente). Existe una relación entre desgaste emocional, asertividad y violencia.

**Conclusiones:** Nuestros datos confirman que la violencia sobre los profesionales del DCCU es un problema relevante, especialmente, si se es mujer. Por otro lado, existen altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y bajos de realización personal en el trabajo (dimensiones burnout). Esto justifica la necesidad de intervención.

#### Bibliografía

1. Felton JS. Violence prevention at the health care site. *Occup Med: State of the Art Reviews*. 1997;12:701-15.
2. Turner JT. Violence in the medical care setting: a survival guide. Aspen Systems Corporation; Rockville MD, 1994.

#### PO-842

#### REVISIÓN DE ESTUDIOS SOBRE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOTERAPÉUTICOS EN EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL ADULTO

V. Alba Fernández, E. Escobar Saiz y M.I. Moreno García

**Introducción:** El trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) tiene alta prevalencia. Se caracteriza por activación y preocupación excesivas sobre problemas diarios. Actualmente se evidencia la disminución de la calidad de vida de las personas afectadas por esta enfermedad.

**Objetivos:** Revisar las formas de tratamiento psicológico sobre el TAG más investigadas así como su utilidad clínica.

**Metodología:** Se realiza una revisión en la base PsycInfo de los estudios sobre los resultados del tratamiento psicológico haciendo especial énfasis en aquellos que abordan directamente la preocupación del TAG.

**Resultados:** Aunque los estudios acerca de los resultados varían notablemente en diseño y metodología, son numerosas las investigaciones (v. los metaanálisis de Borkovec y Ruscio, 2001 y Gould et al, 1997, 2004; entre otros) que coinciden en señalar que las intervenciones cognitivo-conductuales son las más satisfactorias en el TAG reduciendo abandonos y manteniendo los efectos a medio plazo. Los datos sugieren que el tratamiento que tiene como objetivo directo la preocupación en el TAG pueden ofrecer ventajas importantes. Avances teóricos y clínicos recientes apuntan a 2 estrategias básicas de tratamiento: el entrenamiento en solución de problemas adaptado para

abordar el componente de la preocupación que proviene de la intolerancia ante la incertidumbre; y la exposición funcional cognitiva que permite reducir la intolerancia de la activación emocional al plantear como objetivo el componente evitador del preocuparse.

**Conclusiones:** Si bien la evidencia disponible respecto al tratamiento psicológico del TAG indica que las terapias cognitivo comportamentales son las de elección, deben crearse intervenciones que favorezcan más los efectos a largo plazo, ya que se trata este de un trastorno muy debilitante.

#### Bibliografía

1. Borkovec TD, Ruscio A. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:37-45.
2. Dugas M, et al. Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*. 1995;19:109-20.

#### PO-848

#### ESTUDIO SOBRE EL DESGASTE PROFESIONAL Y LAS AGRESIONES PERCIBIDAS EN URGENCIAS

G.M. Roldán Maldonado, M.A. Ramos Ramos, L. Garrido Mateo y J.M. Ramos Navas-Parejo

**Introducción y objetivos:** El sanitario es uno de los sectores laborales de mayor riesgo de sufrir agresiones (Chapell y Di Martino, 1998). La violencia dirigida a los profesionales tiene consecuencias devastadoras para la salud que unido a las propias características estresantes del trabajo, puede aumentar el síndrome del desgaste profesional. El objetivo es conocer la prevalencia de los profesionales de Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU) que se sienten agredidos y estudiar su relación con las tres dimensiones del desgaste profesional (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo).

**Metodología:** La muestra se formó con 300 profesionales (35% médicos, 30% enfermeros, 35% celadores y conductores) que trabajan en DCCU en la provincia de Granada. Se aplicó el Inventory de burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI; Maslach y Jackson, 1986) y se elaboró y administró una entrevista semiestructurada.

**Resultados:** Se encontró que el 84,4% de los profesionales se ha sentido agredido alguna vez en su trabajo. Los profesionales que menos se han sentido agredidos presentan menor desgaste profesional ( $p = 0,001$ ), bajos niveles de agotamiento emocional ( $p = 0,000$ ), menos síntomas de despersonalización ( $p = 0,041$ ) y alta realización personal en el trabajo ( $p = 0,046$ ) en comparación con aquellos que se han sentido agredidos con frecuencia durante el ejercicio de su labor profesional. Los profesionales que están desgastados profesionalmente han sufrido o presenciado un mayor número de agresiones ( $p = 0,006$ ) y además las valoran como más graves ( $p = 0,006$ ).

**Conclusiones:** Este estudio muestra que la violencia es un factor que está altamente relacionado con las tres dimensiones que hacen parte del síndrome del desgaste profesional de quienes trabajan en las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias.

#### Bibliografía

1. Gil-Monte P, Peiró JM. Desgaste Psíquico en el trabajo: El Síndrome de quemarse: Síntesis Psicología, 1997.
2. Chapell D, Di Martino V. Violence at work. International Labour Organization. Geneva, 1998.

#### PO-993

#### EXPERIENCIA EN TÉCNICAS DE RELAJACIÓN EN LA UCE DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO

L. Pereyra Grustán, M.J. Rubio García, A.C. Navarro, M.J. Fernández, P. Mallén, D. Serrano, C. Simón, J.M. Resano, R. Marco y C. Fonseca

**Introducción:** Las quejas de ansiedad son comunes en pacientes ingresados en psiquiatría. Múltiples estudios amparan la eficacia de

técnicas de relajación y respiración en el control y reducción de la ansiedad. Con la relajación se incide sobre el sistema nervioso vegetativo autónomo regulándolo de forma opuesta al mecanismo del estrés. Las técnicas respiratorias son una propuesta apropiada porque son fácilmente reproducibles.

**Objetivos:** 1. Comprender el significado y ejecución de los pasos de la técnica. 2. Recoger las dificultades que presentan los pacientes para realizar la técnica. 3. Valorar la eficacia percibida en la disminución de los síntomas de ansiedad tras la realización del programa. 4. Fomentar la autoconciencia corporal.

**Metodología:** Durante 11 días los pacientes ingresados en psiquiatría ( $n = 8$ ) realizaron sesiones diarias de 30 minutos en técnicas de relajación y respiración. Puntuaron en escala analógica su situación basal antes y después de la técnica, así como describen la percepción de su cuerpo y las dificultades en la realización. Evaluamos resultados según diagnóstico.

**Resultados:** 1. Los pacientes con trastornos afectivos sin síntomas psicóticos y trastornos de la personalidad con buena respuesta al tratamiento, verbalizan seguimiento adecuado de la técnica frente a los pacientes con síntomas psicóticos. 2. La mayor dificultad se presenta en la capacidad de focalizar la atención en su cuerpo y en la respiración. 3. En los pacientes que completan la técnica se observa evidente mejoría tras la realización y facilitación en la ejecución posterior. 3. En pacientes con clínica psicótica activa se evidencia imposibilidad para cumplimentar la técnica por lo que no se puede valorar beneficio. 4. La mayor parte de los pacientes no son capaces de percibir variaciones en su estado corporal más allá de un estado general de relajación.

#### Bibliografía

1. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BCM Psychiatry*. 2008;8:41 2.
2. Teoría y práctica de la relajación. Biblioteca de psicología, psiquiatría y Salud.

#### PO-1035

#### SESGO ATENCIONAL EN PACIENTES CON FOBIA A LA SANGRE-AGUJAS-DAÑO EVALUADO CON LA TAREA STROOP EMOCIONAL: RESULTADOS PRELIMINARES

E.M. Grasa Bello, M.J. Portella Moll, C. Mercadé Carranza, M. Rabella Figueras, V. Pérez Solá y R.M. Antonijuan Arbós

**Introducción:** En los trastornos de ansiedad se ha observado la presencia de un sesgo atencional hacia los estímulos amenazadores o relacionados con el miedo. El paradigma del Stroop emocional es una de las tareas más utilizadas para el estudio de este sesgo. En estudios previos en personas con puntuaciones altas en fobias a animales se ha observado un aumento de la latencia de respuesta ante palabras fóbicas, pero no así en personas con puntuaciones elevadas en la fobia a la sangre-inyecciones-daño (FSID). El objetivo del estudio es evaluar el efecto Stroop emocional en una muestra de pacientes con FSID, en comparación con controles sanos.

**Metodología:** La muestra está constituida por 12 pacientes con FSID y 22 controles sanos. Administración de escalas clínicas (STAI, DS, PSRS). Administración de una tarea de Stroop emocional computarizada específica para pacientes con FSID (4 categorías de palabras: miedo, asco, FSID y neutra). La tarea se realizó en dos momentos temporales. Se han aplicado Modelos Lineales Generales para analizar las variables.

**Resultados:** Se han obtenido diferencias significativas entre las medidas pre y post de las categorías de palabras asco y miedo ( $F (1) = 4,55, p = 0,041$ ;  $F (1) = 12,19, p < 0,001$ ), y también en el tiempo medio total ( $F (1) = 4,19, p = 0,049$ ). La latencia de respuesta ha disminuido con el paso del tiempo, sin afectar el número de aciertos. No se han obtenido diferencias significativas entre los grupos.

**Conclusiones:** Presencia de efecto Stroop en palabras relacionadas con miedo. Efecto temporal de mejoría en la latencia total de respuesta ante la tarea Stroop.

**Bibliografía**

1. Lavy & van den Hout. Selective attention evidenced by pictorial and linguistic Stroop tasks. *Behav Ther.* 1993;24:645-57.
2. Sawchuk, Lohr, Lee, Tolin. Exposure to disgust-evoking imagery and information processing biases in blood-injection-injury phobia. *Behav Res Ther.* 1999;37:249-57.

**Trastornos del comportamiento alimentario****PO-104****¿HAN CAMBIADO LOS FACTORES DE RIESGO DE LOS TCA EN NUESTRO SIGLO?**

S. Fernández Rojo

**Introducción:** Entre los factores de riesgo estudiados a lo largo de la historia de los TCA se ha encontrado una baja autoestima, insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal; perfiles de personalidad que tienden al perfeccionismo; práctica de regímenes restrictivos; factores familiares destacados, factores sociales que tienen un papel importante en la aparición de esta enfermedad como el ideal de belleza actual, extremadamente delgado.

**Objetivos:** Encontrar cambios en los factores de riesgo de los TCA en la sociedad actual.

**Metodología:** Se realizaron talleres de prevención primaria de trastornos de la conducta alimentaria en 9 institutos de 2º de la ESO en el Área de Vallecas (un total de 479 alumnos). Mediciones principales: conductas de riesgo relacionadas con las comidas y el ejercicio, influencia de nuevas tecnologías.

**Resultados:** Un 25-35% de estos adolescentes realizan conductas o presentan actitudes desde edades tempranas vinculados a padecer TCA como realizar dietas por iniciativa propia (55%), consumidores habituales de revistas de moda/ belleza que les indica el modelo a seguir frente a los valores inculcados en el núcleo familiar, pensar en quemar calorías cuando hacen ejercicio y no como medio de salud (27,5%), preocupación por la idea de tener grasa en el cuerpo frente a la aceptación de su propio cuerpo, un 12,58% siente que los alimentos controlan su vida frente a su propio control y un 40% la idea de engordar les aterroriza frente a la necesidad de estudio como vehículo para su seguridad en el futuro.

**Conclusiones:** Los estudiantes adolescentes que participaron en los talleres de prevención de la Conducta alimentaria presentaban como posibles factores de riesgo para padecer un TCA, unos hábitos alimentarios inadecuados, poseer una baja autoestima, confesar estar sometidos a una gran presión mediática a favor de la extrema delgadez.

**PO-372****DIABULIMIA**

R.A. Rivera Mera, F.J. Domínguez Beloso, C. Gil Díez Usandizaga, M.J. Manchón Asenjo, S. Camara Barrio y V. Guarido Rivera

**Introducción:** El hambre y la saciedad son unos de los determinantes de la conducta humana, la comida y los sabores son unos motivantes primarios para el mantenimiento y desarrollo del ser. La conducta alimentaria es mucho más compleja en la pubertad/ adolescencia y se acompaña de gran actividad bioquímica responsable de la actividad cerebral, cambios fisiológicos y mecánicos. Una de las alteraciones en estos procesos se conoce como diabulimia.

**Objetivos:** Reconocer la diabulimia como una entidad en el espectro de los trastornos de la conducta alimentaria, causante de gran morbilidad y alto riesgo de mortalidad.

**Metodología:** Presentación de tres casos de diabulimia. Una mujer de 21 años con Dx de DBT tipo I a los 13 años, a los 14 años enviada a salud mental por mal cumplimiento del tratamiento, en su debut comienza a ganar peso a pesar de la dieta, lo que le genera importante malestar, a los 16 años atracones, le diagnostican inicialmente trastorno de la conducta alimentaria no especificada. Posteriormente múltiples episodios en cetoacidosis. Similares cuadros en pacientes de 25 y 17 años con diagnóstico de DBT a los 12 años y 14 años respectivamente.

**Resultados:** Las tres pacientes mujeres fueron diagnosticadas de DBT tipo I en la adolescencia, presentan preocupación extrema del peso, patrones anormales de ejercicio, cambios en los planes de comida, cuadros de hipoglucemias a repetición, aumentos inexplicados en su HbA1c y cetoacidosis.

**Conclusiones:** Considerar la diabulimia como una variante importante en los trastornos de la conducta alimentaria, por el gran impacto en la morbilidad y alto riesgo de mortalidad de las pacientes que utilizan el estado catabólico de la descompensación de la diabetes como un medio purgatorio para perder peso. Realizar una valoración psiquiátrica/psicológica anual como parte del manejo multidisciplinario de las pacientes con DBT tipo I. Capacitar a los Médicos de Familia sobre la sospecha de la enfermedad.

**PO-412****¿ANOREXIA NERVIOSA O TRASTORNO SOMATOMORFO?**L.A. González Martínez, B. Peláez Gutiérrez, M. Vicente Mentrída, F. Chuquillán Arista, S. Pérez, C.A. Delgado Figón  
M. Vicente Santamaría, R. Hernando Segura y V. Amez

**Introducción:** Una mujer de 39 años acude al Servicio de Urgencias. En el contacto inicial impresiona su extrema delgadez, en principio sugiere una enfermedad orgánica grave o una anorexia nerviosa. Su IMC es de 14. Se realizan exploración física completa y exploraciones complementarias descartándose enfermedad orgánica. Se procede a su ingreso en Psiquiatría.

**Metodología:** Criterios DSM-IV-TR para ambos trastornos y propuesta de modificación del grupo de trabajo DSM-V

**Discusión y conclusiones:** ¿Algo en común entre éste trastorno y la anorexia nerviosa? sí, en ambos casos un trastorno psíquico ha llevado al paciente a un estado físico grave y un aspecto físico similar: la extrema delgadez las diferencias entre ambos trastornos son evidentes, están escasamente relacionados, en el caso de la paciente comentada no hay distorsión de la imagen corporal, ella se ve extremadamente delgada. Podemos considerar la anorexia nerviosa próxima a uno de los t. somatomorfos, el t. dismórfico corporal. El grupo de trabajo de t. somatomorfos del DSM-V propone excluir el trastorno dismórfico corporal del grupo de los t. somatomorfos.

**Bibliografía**

1. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.
2. Justification of Criteria Somatic Symptoms. 2010 American Psychiatric Association. DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis.
3. Somatic Symptom Disorders. 2010 American Psychiatric Association. DSM-5: The Future of Psychiatric Diagnosis.

**PO-416****COMORBILIDAD PSIQUETRICA EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA TRATADOS EN EL CENTRO ADANER MURCIA**

F.J. Álvarez Muñoz, A.M. García Herrero, F.A. Pérez Crespo, P.E. Asensio Pascual, M. Madrona Martínez y D.N.M. López Sánchez

**Introducción:** ADANER Murcia, es una asociación sin ánimo de lucro, de ámbito nacional, donde se atiende a pacientes con trastornos de conducta alimentaria, desde un punto de vista multiprofesional.

**Objetivos:** Describir patología psiquiátrica comórbida en pacientes con trastorno de conducta alimentaria, valoradas y/o revisadas en el centro ADANER desde 01/06/2010 hasta 23/03/2011 (n = 75).

**Metodología:** Se realiza una entrevista clínica psiquiátrica inicial a las pacientes, siguiendo criterios diagnósticos CIE 10, se realiza el diagnóstico psiquiátrico del trastorno alimentario, y si además existe entidad nosológica suficiente para categorizar con otro diagnóstico comórbido. Los resultados se registran en una tabla que posteriormente será analizada, con el programa de análisis estadístico SPSS 15. Se excluyen los pacientes cuya patología psiquiátrica principal no sea un trastorno de conducta alimentaria.

**Resultados:** Los trastornos alimentarios los agruparemos en Anorexia nerviosa, Bulimia nerviosa (incluyendo típica y atípica en ambas), y Trastorno alimentario no especificado (incluyendo F50.8 y F50.9), los resultados más frecuentes encontrados han sido: AN: F32.0: 7,7%; F32.1: 7,7%; F41.1: 11,5%; F42: 3,8%; F45.0: 3,8%; BN: F10: 4%; F31: 8%; F32.0: 16%; F40: 4%; F43.2: 4%; TANE: F32.0: 12,5%; F32.1: 4,2%; F41.1: 8,3%; F41.9: 4,2%; F43.2: 4,2%.

**Conclusiones:** Encontramos que la mayor comorbilidad del trastorno alimentario es con el trastorno depresivo leve y moderado, así como con el trastorno de ansiedad generalizado. Conocer la comorbilidad psiquiátrica nos permite personalizar y concretar el tratamiento, para conseguir unos resultados más eficaces.

#### Bibliografía

1. CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2008.
2. Katherine A, Halmi M. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, eds. Tratado de Psiquiatría, 2<sup>a</sup> ed. Barcelona: ANCORA, 1996. p. 905-24.

#### PO-449

#### VALORACIÓN DEL TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA 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 M.T. Argüelles Fernández

**Objetivos:** Los hábitos alimentarios con ingesta excesiva conlleven la aparición de obesidad, en la actualidad es un problema de salud pública de primer orden. Denominamos obesidad mórbida un IMC > 40 Kg/m<sup>2</sup> o > 35 Kg/m<sup>2</sup> con comorbilidad. 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. Los TCA suponen una patología frecuente, siendo motivo de exclusión.

**Metodología:** Se realiza análisis psicométrico de patrones de conducta alimentaria alterados y su gravedad (BITE) y variables psicosociales de los pacientes derivados por Endocrinología, desde 2003. Se analizan los datos de la entrevista semiestructurada y cuestionarios, así como su informe de respuesta.

**Resultados:** De los 111 pacientes derivados, 15,3% no llegaron a completar la valoración. De los 94 pacientes estudiados: el 78,7% eran mujeres, edad media de 42,91 ± 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 con el 66,6% los motivos de exclusión más frecuentes. Del total, el 49% presenta un patrón alimentario alterado, el 16% con signos de posible bulimia nerviosa, el 14,9% con un grado de severidad significativa.

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

#### Bibliografía

1. OMS. Carta Europea contra la Obesidad. Ministerial Conference on Counteracting Obesity. Istanbul, November; 2006.
2. Agencia española de seguridad alimentaria y nutrición: Estrategia NAOS. Actividades y Proyectos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

#### PO-494

#### “CORRESPONSAL DE MI GUERRA INTERIOR”. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

S.M. Bañón González, A. de Cos Milas, F. García Sánchez, J. Martín Carballeda, N. Chinchurreta de Lora, A. Trigo Campoy, L. Ruiz de la Hermosa Gutiérrez y R. Pastorelli

**Introducción:** Los reportes epidemiológicos de los trastornos de la conducta alimentaria indican que la prevalencia fluctúa entre el 0,5% y el 1%. En las últimas décadas se ha registrado un aumento en la frecuencia de anorexia y bulimia, así mismo mayor prevalencia en las sociedades occidentales industrializadas y en niveles socioeconómicos medio y alto. Hablamos por tanto de un problema de importante impacto social, así pues se trata de un trastorno de especial interés y relevancia ya que están implicados factores cerebrales estructurales, genéticos, neuroquímicos, perinatales, y también factores evolutivos, de personalidad, familiares y culturales.

**Objetivos:** Analizar a propósito de un caso las características clínicas, psicopatológicas y epidemiológicas de los trastornos de la conducta alimentaria. Analizar en el caso presentado las diferentes comorbilidades de los trastornos de la conducta alimentaria con los trastornos de ansiedad, trastornos afectivos, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de personalidad entre otros, algo de especial interés a nivel clínico a la hora de pautar un tratamiento y mejorar el pronóstico de la enfermedad.

**Metodología:** Revisión de la literatura de impacto de los últimos 5 años en relación a los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa fundamentalmente); la prevalencia, incidencia y su relación con otras patologías psiquiátricas.

**Resultados:** La anorexia es ocho veces más común en personas que tienen parientes con el trastorno, desconociéndose qué factor hereditario puede ocasionarlo. Se postula que las personas anoréxicas heredan una cantidad extraña de narcóticos naturales opioides, que son descargados en condiciones de inanición y que promueven una adicción al estado de hambre. Existen no solo factores neurobiológicos, sino también factores ambientales que actúan como desencadenantes y perpetuadores del trastorno y que condicionan el pronóstico y el número de recaídas de la enfermedad.

**Conclusiones:** Dentro de las anomalías pituitarias y del hipotálamo, puede señalarse que algunas investigaciones están centrándose en la interacción entre el sistema neurológico y el aparato endocrino de las personas con trastornos del apetito. Las anomalías del hipotálamo parecen causar una mayor producción de las hormonas esteroideas relacionadas con el estrés, que a su vez bloquean el neuropeptido Y (NPY) un potente estimulante del apetito que se reduce en las personas con anorexia. Este sistema también es responsable de la producción de hormonas reproductoras que se agotan severamente en la anorexia, lo que da lugar a la interrupción menstrual. El conocer las anomalías estructurales y bioquímicas es de especial relevancia a nivel clínico, ya que su normalización con el tratamiento se asocia de manera importante con el pronóstico y el número de recaídas, que se estima actualmente en torno al 36%.

#### Bibliografía

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría.
2. Vallejo J. Introducción a las Psicopatología y la Psiquiatría.

## PO-595

## TODAS LAS ANOREXIAS DEL ADOLESCENTE

G. Belda Moreno, C. Rodríguez Gómez-Carreño, E. Sánchez Rodríguez, P. Huelva Alcindor y V. Muñoz

**Introducción:** La aparición de cuadros de anorexia en los/as adolescentes suele ser calificada con frecuencia de "anorexia nerviosa" por los condicionamientos sociales y el predicamento de dicha entidad, olvidándose el variado abanico de entidades que pueden ocasionar este síntoma.

**Objetivos:** Revisar a través de un caso clínico el diagnóstico diferencial de los cuadros de anorexia en el adolescente.

**Metodología:** Exposición del caso clínico de una paciente de 15 años con anorexia en la que coinciden otras patologías de especial relevancia que justifican el síntoma. Revisión bibliográfica de las causas de anorexia en el adolescente.

**Conclusiones:** La anorexia nerviosa es una enfermedad de alta prevalencia y elevada morbi mortalidad. Como síntoma, la anorexia es la manifestación inicial de entidades de gran relevancia clínica, siendo su diagnóstico diferencial de crucial importancia. Una vez examinado el diagnóstico diferencial de la anorexia como síntoma, se hace necesario realizar una batería de pruebas complementarias y exámenes físicos a fin de no cometer errores de diagnóstico dada la excesiva tendencia a calificar el síntoma "anorexia" como enfermedad mental en el caso especialmente susceptible de los/as adolescentes.

## Bibliografía

1. Kaplan-Sadok, Sinopsis de Psiquiatría, ciencias de la conducta/psiquiatría clínica, 9<sup>a</sup> ed. Waverly Hispánica, 2004. p. 739-55.
2. Rodríguez Cano T, Beato Fernández L. Attitudes towards Change and Treatment Outcome in Eating Disorders. *Eating and Weight Disorders*. 2005;10:59-65.

## PO-694

## NEUROTRANSMISORES Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN TRES SUBTIPOS CLÍNICOS DE TRASTORNO ALIMENTARIO

F.J. Vaz Leal, L. Rodríguez Santos, M.A. García Herráiz, M.I. Ramos Fuentes, N. Fernández Sánchez, M.J. Cardoso Moreno, M.J. Melero Ruiz, M.I. Muñoz Sanjuán, A. Franco Zambrano e I.S. Flores Mateos

**Objetivos:** Determinar correlaciones entre subtipos específicos de trastorno alimentario (anorexia nerviosa restrictiva -ANR-, anorexia nerviosa compulsivo-purgativa -ANCP- y bulimia nerviosa purgativa -BNP-) y la concentración urinaria de neurotransmisores y sus metabolitos principales en pacientes con esta patología.

**Metodología:** Setenta pacientes BNP, 13 pacientes ANR y 15 pacientes ANCP participaron en el estudio. Se realizó el diagnóstico y se identificaron los subtipos clínicos por medio de entrevistas clínicas semiestructuradas y se recogieron muestras de orina de 24 horas para cada paciente. En las muestras de orina fueron determinadas las concentraciones de noradrenalina (NA), 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (MHPG), serotonina (5HT), ácido 5-hidroxi-indolacético (5HIAA), dopamina (DA) y ácido homovanilílico (HVA). Los tres grupos fueron comparados utilizando técnicas de análisis de varianza con pruebas post-hoc (ANOVA de una vía Bonferroni).

**Resultados:** Las pacientes con formas purgativas de anorexia nerviosa eran las que presentaban un perfil neurobiológico más específico, con un aumento en la concentración urinaria de NA y MHPG, una disminución de 5HT y 5HIAA, y un aumento de la concentración de HVA. **Discusión:** Las pacientes con formas purgativas de AN parecen presentar, frente a los otros dos subtipos de trastorno alimentario, una menor actividad serotoninérgica y un aumento en la actividad noradrenérgica y dopamínérgica, que podría estar en relación con algunas características específicas de este subtipo clínico.

**Subvenciones:** 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

(proyecto PI060974), Fondo Social Europeo y Consejería de Economía, Consumo e Innovación de la Junta de Extremadura).

## Bibliografía

1. Wilson GT: Eating disorders, obesity and addiction. *Eur Eat Disord Rev*. 2010;18:341-51.
2. Steiger H, Bruce KR, Groleau P. Neural circuits, neurotransmitters, and behavior: serotonin and temperament in bulimic syndromes. *Curr Top Behav Neurosci*. 2011;6:125-38

## PO-696

## ACTIVIDAD MONOAMINÉRGICA EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS: SU CORRELACIÓN CON LA PATOLOGÍA ALIMENTARIA Y LA PSICOPATOLOGÍA GENERAL

M.A. García Herráiz, F.J. Vaz Leal, L. Rodríguez Santos, B. López Vinuesa, M. Monge Bautista, J. Baños Lozano, C. Díaz Murillo, O. Lucas Ramos, M.A. Tormo García y C.A. Chimpén López

**Objetivos:** Analizar las posibles correlaciones entre la concentración urinaria de neurotransmisores y sus metabolitos principales y la psicopatología/patología alimentaria en tres subtipos específicos de trastorno alimentario (anorexia nerviosa restrictiva -ANR-, anorexia nerviosa compulsivo-purgativa -ANCP- y bulimia nerviosa purgativa -BNP-).

**Metodología:** Setenta pacientes BNP, 13 pacientes ANR y 15 pacientes ANCP participaron en el estudio. Se realizó el diagnóstico y se identificaron los subtipos clínicos por medio de entrevistas clínicas semiestructuradas y se recogieron muestras de orina de 24 horas para cada paciente. En las muestras de orina fueron determinadas las concentraciones de noradrenalina, 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol, serotonina, ácido 5-hidroxi-indolacético, dopamina y ácido homovanilílico. Se aplicaron la Symptom Checklist (SCL-90R) y el Eating Disorders Inventory (EDI-2). Se analizaron las relaciones entre variables mediante técnicas de correlación.

**Resultados:** En pacientes BNP, la patología alimentaria se correlacionaba de forma muy específica con alteraciones en la actividad noradrenérgica, siendo estas correlaciones menos evidentes en pacientes ANCP y prácticamente inexistentes en pacientes ANR. La psicopatología (sobre todo la ansioso-depresiva) tenía a correlacionarse de forma mucho más significativa con la actividad noradrenérgica/serotoninérgica en pacientes BN, pero no en los otros dos subtipos.

**Conclusiones:** Podrían existir diferencias en la actividad monoaminérgica en las diferentes formas clínicas de trastornos alimentarios, que podrían ser responsables de los cambios aparecidos a lo largo del tiempo.

**Subvenciones:** 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 (proyecto PI060974), Fondo Social Europeo y Consejería de Economía, Consumo e Innovación de la Junta de Extremadura).

## Bibliografía

1. Bruce KR, Steiger H, Young SN, Kin NM, Israël M, Lévesque M. Impact of acute tryptophan depletion on mood and eating-related urges in bulimic and nonbulimic women. *J Psychiatry Neurosci*. 2009;34:376-82.
2. Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiol Behav*. 2008;94:121-35.

## PO-699

## LA MOTIVACIÓN AL CAMBIO Y LA INSATISFACCIÓN CORPORAL MEDIDAS EN EL MOMENTO DEL INGRESO Y LA INEFICACIA EN EL MOMENTO DEL ALTA COMO FACTORES PREDICTORES DE REINGRESO EN LA ANOREXIA NERVIOSA

P. Suárez Pinilla, J. González Gómez, L. Carral Fernández, M.P. Benito González, E. Bustamante Cruz, J.A. Gómez del Barrio, J.G. Calcedo Giraldo, R. García Quintanal y M. Sánchez García

**Introducción:** Un alto porcentaje de los pacientes con anorexia nerviosa recae tras el alta hospitalaria. Existen características comunes durante el primer ingreso hospitalario en los pacientes que reingresan.

**Metodología:** Desde el año 2006, llevamos un registro de todos los pacientes que ingresan en nuestro hospital parcial, recogiendo sus características clínicas y socio-demográficos. Todos ellos cumplimentan unos cuestionarios en el momento del ingreso y al alta. Con el análisis de los datos con el paquete estadístico SPSS, estudiamos los factores que influyen en el reingreso al cabo de seis meses y un año.

**Resultados:** Disponemos de 53 pacientes con anorexia nerviosa que ingresan por primera vez en régimen de hospitalización parcial. Un 26,4% reingresa al cabo de 6 meses y un 24,5% lo hace al cabo de un año. Se calcula la relación entre el reingreso a los 6 meses con determinadas variables y se obtiene que existe significación con la edad, el tiempo de enfermedad, la contemplación y el mantenimiento y la insatisfacción corporal en el momento del ingreso y la ineficacia en el momento del alta. Al alta, se obtiene una relación significativa del reingreso con: la contemplación, la obsesión por la delgadez, insatisfacción corporal, ineficacia e impulsividad, la escala de autoestima y los comportamientos tipo bulímicos en el momento del ingreso, el mantenimiento y la ineficacia en el momento del alta.

**Conclusiones:** Pese a disponer de aproximaciones sobre estos condicionantes, esta investigación se halla aún en su fase inicial, debiendo completarse la búsqueda de nuevas correlaciones.

#### Bibliografía

- McCormick LM, et al. A pilot study of personality pathology in patients with anorexia nervosa: modifiable factors related to outcome after hospitalization. *Eat Weight Disord.* 2009;14:e113-20.
- Ronce M, et al. Assessment of the outcome of anorexia nervosa: construction of a self-administered questionnaire based on the patients Perception. *Encephale.* 2010;36:9-20.

#### PO-743

#### TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL VARÓN

B. Peláez, M. Vicente Mentrída, L.A. González Martínez, M. Alonso Santamaría, S. Pérez Gil, F. Chuquilín Arista, R. Hernando Segura, V. Amez Cepeda y C. Criado Figón

**Introducción:** En los últimos años la mayor presión por cuidar la estética ha aumentado los casos de trastornos de conducta alimentaria en varones. Según las estadísticas el porcentaje de varones en situación de riesgo ha pasado del 2,33% al 3,23%.

**Objetivos:** Descripción de las principales características clínicas de la patología: epidemiología, etiología, diferencias clínicas, evolución y pronóstico, tratamiento.

**Metodología:** Exposición de un caso clínico y revisión de los artículos publicados en los últimos 10 años sobre esta patología a través del buscador PubMed con los siguientes términos de búsqueda “Eating disorders in male”, utilizando como límite: “published in the last 10 years” con 66 artículos publicados.

**Resultados:** En estudios con muestras mixtas se ha encontrado que el 5-10% de las personas identificadas con Anorexia nerviosa y el 0,4-20% de las identificadas con Bulimia nerviosa son hombres. Como datos diferenciales entre varones y mujeres son que el inicio de los trastornos de la conducta alimentaria parece ser más precoz en varones, con mayor influencia de factores de riesgo con respecto a la mujer como el deseo de estar más musculado (como la denominada dismorfia muscular o complejo de adonis), haber sufrido un abuso sexual o físico en la infancia y los cambios adrenales y gonadales que podrían afectar en mayor medida a la población masculina. En varones se encuentran más rasgos obsesivos, esquizoides psicopáticos y mayor alteración de la actividad física. El índice de suicidios en varones con TCA es mayor que en mujeres. Los varones tienden a estar insatisfechos con su figura de manera menos homogénea. Con respecto a los factores cognitivos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria según el inventario EDI, las mujeres tienen puntuaciones más altas en motivación para adelgazar, insatisfacción corporal, ineficacia e identificación interoceptiva mientras que los hombres obtenían puntuaciones más altas solo en perfeccionismo.

**Conclusiones:** Según la mayoría de artículos revisados sigue siendo mayor la prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en

mujeres que en varones, pero con un aumento en su incidencia de ante todo los trastornos de la conducta alimentaria no especificados en el sexo masculino. Como principales factores para el desarrollo de esta patología en ambos sexos se coincide en la importancia del ambiente familiar y escolar junto con el hecho de haber sufrido abusos sexuales infantiles. Muchos de los artículos revisados inciden en si existe relación en la orientación sexual de los pacientes y el mayor riesgo de padecer este tipo de trastornos, llegando a no ser concluyentes. También es importante reseñar que los principales instrumentos de detección de los TCA (EAT, EDI, BULIT-R..) están enfocados a la población femenina por lo que se deberían validar también para la población masculina por el aumento de prevalencia de esta patología en este sector de la población.

#### Bibliografía

- Vega Alonso AT, Rasillo Rodríguez MÁ. Trastornos de la Conducta Alimentaria. Prevalencia y perfil de riesgo en población escolarizada en enseñanza secundaria de Castilla y León. *4/feb/2002 Interpsiquis*, 2002.
- Quintanilla MÁ, Viñuales E, Barrera A, García ME, Gracia García P, Jiménez I, et al. Trastornos de la conducta alimentaria en varones. *Interpsiquis*, 2008.

#### PO-763

#### EVIDENCIAS DE RELACIÓN ENTRE TCA-TOC

S. Pérez Gil, F. Chuquilín Arista, B. Peláez Gutiérrez, M. Vicente Mentrída, L.A. González Martínez, M.R. Hernando Segura, V. Ámez Cepeda, C.A. Criado Figón, M. Vicente Martínez y K. Matilla

**Introducción:** Pacientes con TCA y pacientes con TOC presentan características sintomatológicas y psicopatológicas similares, demostrándose existencia de relación entre ambas entidades; con prevalencia de TOC en población general del 3%; ascendiendo a más del 25% en pacientes con TCA. No se puede aclarar fácilmente si son 2 manifestaciones de la misma entidad clínica o 2 procesos clínicos comórbidos.

**Objetivos:** Describir los diferentes factores etiológicos que reafirman asociación TOC-TCA.

**Metodología:** Revisión artículos publicados al respecto a través del buscador médico PubMed.

**Resultados:** Diferentes estudios abordan distintas etiologías relacionales: 1. Rasgos obsesivos en infancia constituyen factor de riesgo para TCA. 2. Estudios familiares: padres de pacientes con TCA, tienen mayor riesgo de haber padecido trastorno alimenticio atípico depresivo y/o TOC. 3. Estudios neurobiológicos: tanto en TOC como TCA existe hiperfunción frontal con mayor participación cognitiva y disregulación serotoninérgica. 4. Spectrum obsesivo-impulsivo; alta prevalencia de TCA en pacientes con TOC (86% de los casos, TOC es anterior al TCA) y pacientes con TOC tienen frecuentemente alteraciones alimentarias comunes con TCA.

**Conclusiones:** Queda demostrada una fuerte asociación entre TCA y TOC con datos concluyentes en diferentes estudios, sin embargo, la naturaleza de esta relación sigue siendo polémico y controvertido en los diferentes estudios, donde unos apuestan por TCA como manifestación de TOC y otros por TCA y TOC como entidades comórbidas.

#### PO-792

#### COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES DIABÉTICAS Y NO DIABÉTICAS EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA: ¿EXISTE ALGUNA DIFERENCIA?

N. Custal Teixidor, A. de Arriba Arnau, E. Rodríguez Rodríguez, P. Cordero Asanza, I. Hilker Salinas, Z. Agüera Imbernón, F. Fernández Aranda y J.M. Menchón Magriña

**Objetivos:** Comparar si existen diferencias antropométricas, clínicas, metabólicas y de personalidad entre pacientes diabéticas y

no diabéticas diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

**Metodología:** La muestra consiste en 88 mujeres diagnosticadas de TCA según criterios DSM-IV, reclutadas de forma consecutiva en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de nuestro hospital. La evaluación incluye una entrevista clínica estructurada, medidas antropométricas, perfil bioquímico y valoración psicológica (Temperament and Character Inventory-revised [TCI-R], the Symptom Checklist-90 revised [SCL-90-R], Eating Attitudes Test, Eating Disorder Inventory-2 and Bulimic Investigatory Test Edinburg). Las variables categóricas y cuantitativas se han comparado en función del diagnóstico de diabetes mediante regresión logística y análisis de varianza, ajustado por el índice de masa corporal (IMC) y el subtipo de TCA (Anorexia nervosa, Bulimia nerviosa y TCA no especificado).

**Resultados:** 20 pacientes presentan diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID) comórbida al TCA. Comparado con el grupo de no diabéticas, las pacientes con DMID muestran un mayor IMC ( $p < 0,001$ ), predominio de manipulación de las dosis de insulina como conducta purgativa ( $p < 0,001$ ), menor frecuencia de vómitos ( $p < 0,004$ ) y glicemia en sangre más elevada ( $p < 0,001$ ), sugestiva de omisión de insulina. Respecto a las variables psicopatológicas, las pacientes no diabéticas presentan mayor frecuencia de tentativas autolíticas, y puntuaciones superiores en las subescalas de somatización, depresión y ansiedad del SCL-90-R y persistencia del TCI-R.

**Conclusiones:** En las pacientes diagnosticadas de TCA se observan diferencias clínicas, metabólicas, psicopatológicas y de personalidad en función de la existencia de DMID comórbida.

#### Bibliografía

1. Rodin G, Olmstead M, Rydall A, Maharaj S, et al. Eating disorders in young women with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002;53:943-9.
2. Kelly SD, Howe CJ, Hendl JP, Lipman TH. Disordered Eating Behaviors in Youth with Type 1 Diabetes. *The Diabetes Educ*. 2005;31:572-83.

#### PO-811

#### FACTORES PREDISPONENTES Y PRECIPITANTES DE ANOREXIA NERVIOSA SEGÚN LA EDAD DE INICIO DEL TRASTORNO

M.E. Viñuales Luis, M.A. Quintanilla López, S. Gallego Villalta, M. Fernández Guardiola, P. Elías Villanueva, L. Durán Sandoval, A. Ortiz Martín, E. del Amo Cardeñosa y E. Elías Villanueva

**Objetivos:** Describir los factores predisponentes y precipitantes de Anorexia nerviosa (AN) encontrados según la edad de inicio del trastorno.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de pacientes diagnosticados de AN en tratamiento en la U.T.C.A. de adultos del Hospital Royo Villanova. Se seleccionaron dos grupos según edad de inicio de la enfermedad: antes de los 18 años ( $n = 20$ ) y después de los 25 años ( $n = 17$ ) y se recopilaron diferentes antecedentes personales y familiares.

**Resultados:** No existen diferencias en cuanto a los antecedentes de trastornos de la conducta alimentaria en familiares de primer grado. Es más frecuente el antecedente de sobrepeso-obesidad infantil en el grupo de inicio más joven (25% frente a 5,9%). En la mayoría de los casos de comienzo más precoz el trastorno comienza por el inicio de una dieta de adelgazamiento (80% frente a un 5,9%). En los de debut posterior es más frecuente encontrar el antecedente de un acontecimiento traumático (88,2% frente a un 20%).

**Conclusiones:** La presencia de un acontecimiento vital adverso previo al inicio del trastorno se encuentra con mayor frecuencia en la anorexia de inicio tardío, lo que coincide con los resultados de otros estudios. En este trabajo se ha encontrado en mayor frecuencia el antecedente de sobrepeso-obesidad infantil en el grupo más joven pudiendo desempeñar un papel más importante en los cuadros de inicio más precoz.

#### Bibliografía

1. Pratt BM, Woolfenden SR. Intervenciones para prevenir los trastornos de la alimentación en niños y adolescentes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2.
2. Mynors-Wallis L, Treasure J, Chee D. Life events and anorexia nervosa: differences between early and late onset cases. *Int J Eat Disord*. 1992;11:369-75.

#### PO-862

#### OBLIGATORY RUNNER COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ANOREXIA. REPORTE DE UN CASO

F. Jiménez Tolentino, T. Rodríguez, B. Cabrera y F. Rodríguez

**Introducción:** El concepto Obligatory Runners, traducido al castellano como Corredores compulsivos, es realizar actividad física/deporte, de forma excesiva y compulsiva, incluso perjudicando la salud física, la vida personal y laboral. El objetivo de este trabajo es exponer un caso clínico y realizar un diagnóstico diferencial entre Corredores compulsivos y Anorexia.

**Metodología:** Mujer, 57 años, ex-atleta medallista oro en su juventud, que en la actualidad continúa realizando ejercicio físico excesivo, hospitalizada en Medicina Interna para estudio de hipokalemia severa refractaria a tratamiento y bajo peso. Tras varias pruebas complementarias, sólo hallazgos en la colonoscopia de Melanosis coli. Con tratamiento sustitutivo e.v. la paciente recupera niveles de potasio a rangos no peligrosos, siendo dada su alta.

**Metodología:** Búsqueda exhaustiva PubMed. Entrevistas a la paciente y familiares.

**Resultados:** Además del ejercicio físico e IMC < 17,5, no cumplía los otros criterios para diagnóstico de anorexia DSM-IV ni CIE-10. Todo corroborado fehacientemente por sus familiares.

**Conclusiones:** No queda claro el diagnóstico final, ya que, tanto el bajo peso como el ejercicio físico excesivo se presentan en la Anorexia y en Corredores compulsivos. La hipokalemia y la Melanosis coli, son inespecíficas, pero hacen sospechar el uso de laxantes y que la paciente oculta información. Sin embargo, las entrevistas con los familiares corroboran que la paciente no los utilizaba. Además, tanto las alteraciones electrolíticas como el bajo peso, pueden explicarse por el hecho de realizar un ejercicio excesivo diario varias veces al día. Las personas que cumplen las características de Obligatory Runners, pueden poner en grave riesgo su salud física al presentar un bajo peso, tener alteraciones electrolíticas, etc. Sin embargo, este concepto no está recogido dentro del DSM-IV ni en el CIE-10. Creemos pertinente y oportuno, que podría plantearse discutir el incorporar en las futuras versiones de estas clasificaciones, una nueva alternativa diagnóstica que recoja a este tipo de pacientes, ya sea dentro del ámbito obsesivo-compulsivo o dentro de un subtipo de anorexia donde predomine la hiperactividad como síntoma nuclear (como lo sugieren diversos estudios con animales de laboratorio) y no tanto la distorsión de la imagen corporal.

#### Bibliografía

1. Yates A et al. Running: An Analogue of Anorexia. *N Engl J Med*. 1983;308:251-5.
2. Powers PS et al. Comparison of habitual runners and anorexia nervosa patients. *Int J Eat Disord*. 1998;23:133-43.

#### PO-932

#### PERSONALIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) Y TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD (TLP): UN ESTUDIO COMPARATIVO A TRAVÉS DEL MCMI-II

R.M. Molina Ruiz, N. Gutiérrez Fernández, S. Rodríguez Toledo, N. del Prado González y L. de Anta Tejado

**Introducción:** Evaluar las diferencias de los variables de personalidad del MCMI-II (Inventario Clínico Multiaxial de Millon), entre el

grupo de TCA y TLP y estudiar si estas diferencias variaban al analizar por separado los grupos de BN, ANr y ANcp.

**Metodología:** 37 pacientes diagnosticados de TLP, 36 de TCA, 10 de TCA y TLP, en seguimiento ambulatorio que cumplimentaron el MCMI-II. Para el análisis se utilizó el STATA 9.0.

**Resultados:** En el análisis por número de escalas alteradas (TB > 85) el grupo de TLP presentó un mayor número frente al grupo de TCA (AN + BN)  $p < 0,05$ . Al realizar el análisis cuantitativo: Las pacientes con TCA puntuaron más en compulsividad frente a TLP quienes puntuaron más en las escalas: fóbica, antisocial, pasivo-agresiva, autodestructiva, límite, histeriforme, abuso drogas, sinceridad y alteración ( $p < 0,05$ ). El subgrupo AN frente al grupo (TLP+BN) puntuaba más en la escala compulsiva mientras que el segundo grupo lo hacía en las mismas que en las anteriores salvo en dos. ( $p < 0,05$ ). Los pacientes con TLP se presentaban mayor alteración en varias de las escalas frente a las BN ( $p < 0,05$ ). Entre el subgrupo de ANr (ANcp+BN) no se encontraron diferencias.

**Conclusiones:** Las pacientes con TCA, como grupo, son más compulsivas, es decir, más obsesivas, organizadas, predominando en el TLP lo antisocial, lo autodestructivo, pasivo-agresivo y el consumo de tóxicos, además de el número de escalas patológicas. Todo esto estaría relacionado con una mayor disfuncionalidad en los TLP frente a los TCA. En el estudio por subgrupos, el perfil de las BN era más parecido al de TLP. Este estudio invita a una reflexión sobre la clasificación actual de estos trastornos.

#### Bibliografía

1. Millon T. *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. Manual*. Madrid: TEA Ediciones, 2007.
2. Vrabel KR, Ro O, Martinsen EW, Hoffart A, Rosenvinge JH. Five-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *Int J Eat Disor*. 2010;43:22-8.

### PO-933

#### TRATAMIENTO CON AGOMELATINA EN PACIENTES CON TCA

M. Sangines Yzzo, J. Monzón Díaz, J.P. Girbaur Ronda, M. Hernández Fernández y M. Salinas

**Introducción:** El insomnio es una de las quejas frecuente en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, el cual podría deberse en parte a debido a la restricción alimentaria de est@s pacientes o por un trastorno afectivo asociado. En este estudio se intenta valorar el tratamiento con agomelatina frente al insomnio y síntomas de ansiedad en general.

**Metodología:** Se escogieron a 6 pacientes con diagnóstico de anorexia purgativa, que al momento del estudio no presentaban riesgo orgánico, buena respuesta al abordaje cognitivo conductual, con IMC por encima de 17, remisión de las conductas purgativas, y persistencia de ciertas conductas restrictivas, de la ansiedad ante las comidas, e insomnio de conciliación, siendo en la mayoría de las pacientes la queja principal con mala respuesta bien sea por mala tolerancia a las BZD, o falta de eficacia. Nuestra variable a estudio fue insomnio otra variable a estudio fue la ansiedad ante las comidas. La dosis inicial tratamiento, fue de entre 25 a 50 mg día. De las 6 pacientes una abandono el tratamiento por quejas somáticas, de las 5 pacientes todas coincidieron en mejoría de la calidad del sueño, con un promedio de 4. En cuanto a la ansiedad previa a las comidas, el efecto fue un tanto menor, con un promedio de 3. Sin embargo todas coincidieron con mejoría a nivel afectivo en general.

**Conclusiones:** Se podría plantear como alternativa el tratamiento con agomelatina para el insomnio en pacientes con TCA.

#### Bibliografía

1. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
2. Fornaro M, Prestia D, Colicchio S, Perugi G. A systematic, updated review on the antidepressant agomelatine focusing on its melatonergic modulation; *Current Neuropharmacology*. 2010;8:287-304.
3. Green B. Focus on agomelatine; *Curr Med Res Opin*. 2011;27:745-9.

### PO-939

#### PSICOTERAPIA EN UNA PACIENTE ANORÉXICA QUE DESARROLLA UN SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN

L.T. Durán Sandoval, P. Elías Villanueva, M.E. Viñuales Luis, M. Martínez Roig, A. Ortiz Martín, S. Gallego Villalta, M. Fernández Guardiola y E. del Amo Cardeñosa

**Objetivos:** El síndrome de realimentación es una complicación grave y potencialmente mortal que puede darse en el tratamiento de los pacientes severamente desnutridos. Se describe el caso clínico de una mujer de 29 años que ingresa en la unidad de trastornos de la conducta alimentaria por anorexia restrictiva y un trastorno neurótico obsesivo fóbico de base, que tras iniciar tratamiento psicoterapéutico, normaliza su patrón alimentario desarrollando un síndrome de realimentación.

**Metodología:** Psicoterapia de orientación psicodinámica individual y grupal.

**Resultados:** Al ingreso IMC de 11.15 kg/m<sup>2</sup>. En la analítica hipoproteinemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia y déficit vitamínicos. Medicina interna y Endocrinología inician tratamiento con reposición electrolítica, vitaminas, fluidoterapia, alimentación enteral por vía oral y sonda nasogástrica. Tras iniciar psicoterapia la paciente presenta un periodo hipertímico, reiniciando de forma inmediata un patrón de ingesta normal. Se produce un incremento ponderal de 3 Kg en 48h, presentando un síndrome de realimentación, con insuficiencia cardíaca, edema de miembros inferiores, ascitis, y disnea de pequeños esfuerzos. Se corrige la terapéutica nutricional, revirtiendo el cuadro con diuréticos y limitación de aporte calórico.

**Conclusiones:** En la etapa posterior al inicio de la psicoterapia, el paciente puede experimentar una mejoría subjetiva de su estado de ánimo, y en este caso, la normalización de la ingesta. Esto puede precipitar la aparición de un síndrome de realimentación, si no se tiene en cuenta en los patrones nutricionales en el ingreso. Así mismo, estimular este sentimiento de cambio, y lograr que sea duradero, puede llegar a garantizar el éxito de la terapéutica en este tipo de patologías.

#### Bibliografía

1. Mehler PS, Winkelmann AB, Andersen DM, Gaudiani JL. Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient. *J Nutr Metab*. 2010; pii: 625782. Epub 2010 Feb 7.
2. Martínez Núñez ME, Hernández Muniesa B. Prevention of the refeeding syndrome. *Nutr Hosp*. 2010;25:1045-8.

### PO-951

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON UN PRIMER EPISODIO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DURANTE EL PERÍODO DE UN AÑO EN CANTABRIA

J. González Gómez, L. Carral Fernández, P. Suárez Pinilla y A. Gómez del Barrio

**Introducción y objetivos:** Se pretende conocer las características de los pacientes remitidos por primera vez a la unidad de trastornos de la conducta alimentaria (UTCA) del Hospital Marqués de Valdecilla y comprobar si estos datos son similares a los recogidos en otros centros.

**Metodología:** Se evaluó a todos los pacientes de ambos性es recibidos durante el periodo de un año (mayo 2011-mayo 2012), que cumplían los criterios de inclusión (diagnóstico DSM-IV, no haber recibido tratamiento previo y residir en Cantabria). Cada paciente realizó una entrevista psiquiátrica, con preguntas específicas de encuesta dietética, antecedentes personales y familiares, y un cuestionario sociodemográfico.

**Resultados:** Evaluamos a 114 pacientes con un primer episodio de TCA. De los cuales 101 (88,6%) eran mujeres y 13 (11,4%) eran varones. El grupo más representativo fueron los trastornos no específicos 65 (57%) seguido de pacientes que cumplían criterios de Anorexia 24 (21,1%) y Bulimia 23 (21,9%). La edad media se situó en

torno a los 28,4 años. El peso en el grupo restrictivo (AN y TCANE de perfil restrictivo) fue de 46,4 Kg mientras que en el compulsivo (BN y TCANE perfil bulímico) fue de 87,6, la edad es 6 años menor en el grupo de perfil restrictivo situándose en 23 años. No existe diferencia entre la procedencia, el entorno familiar y los resultados académicos entre ambos grupos.

**Conclusiones:** Los resultados de nuestro estudio descriptivo repliegan los datos recogidos en la literatura. Podemos apreciar un ligero aumento del número de pacientes con respecto a años previos.

#### Bibliografía

1. Peláez Fernández, Raich Escursell, Labrador Encinas. Eating disorders in Spain: Revision of empirical epidemiological studies. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 2010;62-75.
2. Peláez Fernández, Labrador, Raich. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2005;5:135-48.

#### PO-955

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

A. González Álvarez, C. Gómez Herrera, M. Jalón, P. Valladares y J. Alonso

**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 el HUCA. Se establecen varios indicadores para medir y comparar las intervenciones.

**Resultados:** Una vez definido el proceso, y teniendo en cuenta a los clientes como eje central del mismo, 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, lograr la estabilización clínica y retomar el tratamiento en el nivel asistencial derivante. Se describe el subproceso disponiendo de la información obtenida de 6 indicadores de calidad asistencial, que se van analizando a lo largo de diferentes fases del proceso de planificación y al final de mismo.

**Conclusiones:** El modelo de gestión de procesos ordena la práctica clínica, teniendo como ejes centrales la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios, y permite la valoración de alternativas asistenciales y la planificación sanitaria.

#### Bibliografía

1. Manual básico de gestión por procesos del Hospital Universitario Central de Asturias. Unidad de Calidad. Mayo, 2006.
2. Monográfico de gestión de procesos. Revista de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. 1999;14.

#### PO-956

#### PSICOPATOLOGÍA GENERAL Y REGULACIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

M.L. Pascual López, P. Alcindor Huelva, F.J. Izquierdo Morejón, F. Polo Montes, C. Esteban Ortega, R. Gómez Porro, M. León Velasco y L. Beato Fernández

**Introducción:** Los trastornos de la conducta alimentaria se han relacionado con alteraciones en la regulación emocional, tanto en el reconocimiento de sus emociones, como en su expresión o en la

propia regulación emocional. Pensamos que esta regulación emocional está relacionada con otros aspectos psicopatológicos.

**Metodología:** Se estima la regulación emocional de pacientes diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria mediante los resultados del cuestionario DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale). Para ello se aplicó esta escala en 19 pacientes y 17 controles sanos (todas mujeres). Se aplicaron otros cuestionarios para valorar la psicopatología general (BDI- Inventario de Depresión de Beck-, STAI -Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado-, SCL-90- Symptom Checklist -90-R) y se recogieron datos clínicos (peso, talla, IMC, diagnóstico) y demográficos (edad, estado civil, nivel de estudios...) El cuestionario DERS es una escala autoaplicada de 28 ítems que mide la regulación emocional, se subdivide en cinco subescalas: descontrol, rechazo, interferencia, desatención y confusión.

**Resultados:** El grupo de casos y de controles únicamente se diferencian en el IMC, menor en el grupo de casos. Existe una relación estadísticamente significativa entre los resultados del DERS y los del BDI y del STAI-S ( $p < 0,01$ ) en el grupo de casos. La relación entre los resultados del DERS y del STAI-R y el SCL-90 (severidad global) es estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) tanto en el grupo de casos como en el de controles.

**Conclusiones:** La existencia de psicopatología general y de rasgos ansiosos estables está relacionada con el grado de regulación emocional tanto en la población general como en los trastornos de la conducta alimentaria. En el caso de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva también se relaciona con una peor regulación emocional, a diferencia de lo que ocurre en la población general.

#### PO-959

#### ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TCA DURANTE UN INGRESO HOSPITALARIO

C. Gómez Herrera, A. González Álvarez, M. Jalón y J. Alonso

**Introducción:** Presentamos un enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento de TCA durante el ingreso hospitalario en el Hospital Central de Asturias, de cara a la estabilización del síntoma alimentario, y para ello recogemos los tres niveles fundamentales: fisiológico, cognitivo y conductual.

**Objetivos:** Descripción estructurada de las diferentes técnicas empleadas en el tratamiento de estos pacientes.

**Metodología:** Revisión en la literatura científica de las diferentes técnicas de la terapia cognitivo-conductual en relación al síntoma alimentario.

**Resultados:** Terapia de solución de problemas (D'Zurilla y Nezu). Supuesto: Conducta desadaptativa como resultado de deficiencias en las capacidades y habilidades de solución de problemas. 1. Orientación hacia el problema. 2. Definición y formulación del problema. 3. Generación de alternativas. 4. Toma de decisiones. 5. Puesta en práctica y verificación. Inoculación de estrés (Meichenbaum): Inocular al paciente futuras tensiones. 1. Fase Educativa. 2. Fase de Adquisición y ensayo de habilidades. 3. Fase de Puesta en práctica. 4. Fase de Generalización y preparación para las recaídas. Terapia racional emotiva (Ellis). Supuesto: las personas crean sus ansiedades, depresiones, culpas y enfados por las creencias irrationales que mantienen. Estrategias terapéuticas utilizadas: debate socrático, tareas para casa, imágenes racionales-emotivas, técnicas emocionales, técnicas conductuales. Terapia cognitiva de la Depresión (Beck). Supuesto: los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo en cómo estructura el mundo. Conceptos: a) Esquemas cognitivos y distorsiones cognitivas. b) Tríada cognitiva. Herramientas: cuestionamiento socrático, técnicas conductuales.

**Conclusiones:** Durante el ingreso, es preciso estabilizar el síntoma alimentario siguiendo criterios de eficacia, eficiencia y efectividad.

dad. Teniendo en cuenta estos aspectos, resulta altamente rentable la aplicación al inicio del ingreso hospitalario de las técnicas descritas, sin obviar otros tratamientos.

#### Bibliografía

1. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. Madison, 1976.
2. Calvo R. Anorexia y bulimia nerviosa. Barcelona; Planeta, 2001.

### PO-960

#### FACTORES AMBIENTALES Y PERSONALES IMPLICADOS EN EL DESARROLLO DE UN TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J. González Gómez, E. Cruz Bustamante, L. Carral Fernández, P. Suárez Pinilla y A. Gómez del Barrio

**Introducción y objetivos:** El estudio evalúa los factores de riesgo sociales y ambientales implicados en el desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) en una muestra de pacientes con un primer episodio evaluados en Cantabria comparándolos con una muestra poblacional de sujetos sano.

**Metodología:** Se evaluaron los pacientes de ambos性 (114) recibidos durante un año (mayo 2011-mayo 2012), que cumplían los criterios de inclusión. Cada paciente realizó una entrevista psiquiátrica, cuestionarios sociodemográficos y de factores de riesgo así como distintos cuestionarios autoaplicados. Paralelamente se realizó la evaluación de 100 controles poblacionales emparejados por sexo y edad utilizando una metodología idéntica. Se realizó el análisis con el programa SPSS versión 18. Excluyendo la población masculina 11,8%.

**Resultados:** Se observa diferencia estadísticamente significativa entre grupos para: autoevaluación del peso, prácticas dietéticas y deportivas, historia de ayunos o de comidas irregulares a lo largo de la vida, consumo previo de productos adelgazantes, insatisfacción con la imagen, importancia de la apariencia física, burlas y comentarios críticos en la infancia, traumas previos, historia de malos tratos, acoso escolar, disgragación del núcleo familiar y fallecimientos en el último año. No encontramos diferencias para historia de abusos sexuales, cambios de domicilio, resultados académicos y otras variables sociodemográficas.

**Conclusiones:** A pesar del reducido tamaño muestral los resultados replican los obtenidos en otros estudios. La mayoría de estos factores son inespecíficos de los TCA pero predisponen el padecimiento de un problema de salud mental.

#### Bibliografía

1. Schmidt T, Andrews B. Treasure. Is there a specific trauma precipitating onset of eating disorders? *Psychol Med.* 1997;27:523-30.
2. Rojo, Conesa, Bermudez, Livianos. Influence of stress in the onset of eating disorders: Data from a two-stage epidemiologic controlled study. *Psychosom Med.* 2006;68:628-35.

### PO-973

#### TRATAMIENTOS PSQUIÁTRICOS COMPLEMENTARIOS EN 25 PACIENTES CON SOBREPESO

A. Chinchilla Moreno, M. Serrano Díaz de Otalora, P. Artieda Urrutia, M. James Sosa, G. Martínez Portillo y P. Sánchez Páez

**Introducción:** Independientemente de los posibles problemas médicos subyacentes en todo sobrepeso, etiológicos o consecuencias del mismo, o bien relacionados con atracones-ansiedad-pica, los factores psicopatológicos son de suma importancia en el tratamiento y pronóstico evolutivo del sobrepeso.

**Objetivos:** En 25 pacientes mujeres con sobrepeso (IMC: 25-30) hemos estudiado variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas, usando tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, medidas médicas y físicas durante 3 meses.

**Metodología:** Estudiamos: edad, sexo, estado civil, trabajo, tiempo en sobrepeso, hábito pícnico, IMC medio, maniobras de pérdida de peso (vómitos, purgativos, ejercicio, etc.) y complicaciones médicas. Tratamiento a base de fluoxetina 40-80 mgs/día; topiramato 100-200 mg/día y benzodiacepinas. Además terapia cognitivo-conductual. Se evaluaron las comorbilidades médicas y psiquiátricas. Usamos como medida de evaluación el IMC y la Escala de Hamilton para Ansiedad.

**Resultados:** 40% eran solteras; edad media 36 años; tiempo medio en sobrepeso 20 años; 60% trabajaban, hábito pícnico 80%; IMC al inicio 29,5 y al final 24,5; Escala de Hamilton inicial de 13 y final de 7. En 10 casos (40%) había antecedentes familiares de sobrepeso-obesidad. La dosis media de topiramato de 150 mg/día; de fluoxetina de 60 mg/día, y las de las BZs, fundamentalmente Tranxilium de 15-20 mg/día. Presentaron buena tolerancia.

**Conclusiones:** Tanto la evolución del IMC a la baja como la ansiedad en la escala de Hamilton, fueron muy favorables e hicieron que la TCC fuera más eficaz desde el inicio, lo que nos indica la eficacia de este tipo de tratamientos en los pacientes con sobrepeso.

#### Bibliografía

1. Chinchilla Moreno A. Anorexia y Bulimia Nerviosa. Barcelona; Masson, 2004.
2. Chinchilla Moreno, A. Obesidad y Psiquiatría. Barcelona: Masson, 2006.

### PO-1012

#### CHEWING AND SPITTING. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.E. Viñuales Luis, M.A. Quintanilla López, P. Elías Villanueva, M. Fernández Guardiola, A. Ortiz Martín, L. Durán Sandoval, S. Gallego Villalta, E. del Amo Cardeñosa, E. Elías Villanueva e I. Jiménez Martínez

**Objetivos:** Describir el caso de una paciente de 57 años en tratamiento en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) por un trastorno bulímico. Aparece una sintomatología peculiar, episodios en los que se dedica a masticar comida y posteriormente escupirla, conducta utilizada para mitigar el ansia de comer, sin atracción, ni tener que recurrir a conductas purgativas.

**Metodología:** Entrevista clínica psiquiátrica, valoración psicológica (Body Shape Questionnaire, Eating Attitude Test, Beck Depression Inventory, Cuestionario de autoestima de Rosenberg, Inventario de asertividad, Test de bulimia de Edimburgo) y somática (analítica general, hormonas tiroideas, electrocardiograma, controles periódicos de tensión arterial y peso).

**Resultados:** En la valoración psicológica, importante alteración de su imagen corporal, patrón alimentario muy alterado de gran gravedad, con sintomatología depresiva leve, necesidad excesiva de aprobación, baja tolerancia a la frustración, baja autoestima, dificultades para expresar molestias, rechazar peticiones y manejar críticas. Inicialmente presentaba un índice de masa corporal de 26,5 manteniéndose estable. Resto valoración somática normal. Se mantuvo tratamiento con fluoxetina (80 mg/día). Se incluyó en programa individual de psicoeducación y grupal (programa de sobreinges-ta) de orientación cognitivo-conductual con evolución favorable.

**Discusión:** Descrito y bautizado como "chewing and spitting", es un síntoma común entre los TCA (prevalencia del 22%), objeto de pocos estudios. Se ha asociado más frecuentemente a conductas restrictivas y en general se asocia a menores sentimientos de culpabilidad y depresión que los atracones. Ligado a una mayor psicopatología, puede cumplir diferentes funciones según el diagnóstico. Su conocimiento y un adecuado abordaje integral, farmacológico y psicoterapéutico, es importante para optimizar resultados.

#### Bibliografía

1. Guarda AS, Coughlin JW, Cummings M, Marinilli A, Haug N, Boucher M, et al. Chewing and spitting in eating disorders and its relationship to binge eating. *Eat Behav.* 2004;5:231-9.
2. Kovacs D, Mahon J, Palmer RL. Chewing and spitting out among eating-disordered patients. *Int J Eat Disord.* 2002;32:112-5.

## Trastornos de la sexualidad

### PO-276

#### DISFUNCIÓN SEXUAL ASOCIADA AL USO DE ANTIPSICÓTICOS

M.T. Tolosa Pérez, M. Lucas Pérez-Romero, P. Romero Rodenas, M. Domato Lluc, J. Lucas Pérez-Romero y D. Fraguas Herráez

**Introducción:** La disfunción sexual es una alteración del proceso psicológico y fisiológico normal involucrado en el funcionamiento sexual. Se ha incrementado la preocupación relativa a la disfunción sexual secundaria a los antipsicóticos.

**Objetivos:** El objetivo principal fue evaluar las disfunciones sexuales asociadas al tratamiento con antipsicóticos. Objetivos específicos: valorar el estado de la salud sexual de las personas en tratamiento con antipsicóticos, valorar la calidad y satisfacción de vida y estudiar la relación entre disfunción sexual secundaria al tratamiento y la falta de adherencia al mismo.

**Metodología:** Diseño transversal observacional de 50 pacientes. La recogida de datos consta de, la hoja con el consentimiento informado, datos sociodemográficos, el cuestionario adaptado del Estudio VASS/AP y la escala PRSexDQ y la escala de valoración de la Calidad de Vida LISTAT-8. Los criterios de inclusión fueron: Edad entre 18 y 60 años, Coeficiente Intelectual mayor a 80. Tener vida sexual activa, tomar fármacos antipsicóticos en el momento del estudio así como encontrarse psicopatológicamente estable de su patología de base.

**Resultados:** Evidente alteración de la actividad sexual desde que comenzaron a tomar el psicofármaco. Las personas que toman antipsicóticos presentan niveles poco aceptables en cuanto a la calidad de vida. Tanto hombres como mujeres muestran muy altos porcentajes de cumplimiento terapéutico a pesar de la disfunción sexual.

**Conclusiones:** Más de la mitad de los hombres los cambios en las relaciones sexuales por la toma de antipsicóticos serían moderadas-intensas y para el mismo porcentaje de las mujeres los cambios en la sexualidad serían calificados de leves-moderados. Un alto porcentaje de muestra (63%) no abandonaría el tratamiento. La vivencia de la disfunción difiere entre ambos sexos ya que a más de la mitad de los hombres (57,1%) les molesta.

#### Bibliografía

1. Montejano AL. Sexualidad y Salud Mental. Barcelona: Glosa, 2005.
2. Hurtado F, Escrivá P, Catalán A, Mir J. Vademecum sexual: Fármacos y disfunción sexual. C. Med. Psicosom. 2002; N° 62/63.

### PO-367

#### DISFUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO BIPOLAR

E.M. Díaz Mesa, P. García-Portilla, S. Al-Halabi, G. Galván, P. Burón, M. Garrido, M.T. Bascáran, P.A. Saiz y J. Bobes

**Introducción y objetivos:** El funcionamiento sexual saludable es una parte importante de la experiencia humana, sin embargo es un aspecto poco estudiado en personas con trastorno mental grave (García-Portilla, 2010; Ucok, 2007).

**Objetivos:** Determinar las diferencias en el perfil de la disfunción sexual entre pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar.

**Metodología:** Estudio naturalista, transversal, multicéntrico de validación. Un total de 89 pacientes con esquizofrenia (ESQ) y 82 con trastorno bipolar (TBP) fueron evaluados con el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual-Versión Abreviada (CSFQ-14).

**Resultados:** Descripción de la muestra (ESQ vs TBP): la edad media (DT) fue 39,2 (11,0) vs 46,7 (10,9) ( $p < 0,001$ ), hombres eran el 58,8% vs 41,2% ( $\chi^2 = 4,0$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,05$ ), 61,8% vs 38,2% estaba soltero ( $\chi^2 = 12,8$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ). La puntuación media (DT) en las escalas del CSFQ-14 fueron (ESQ vs TBP): Placer 2,2 (1,0) vs 2,6 (1,0) ( $t = -2,2$ ,  $p < 0,05$ ), Deseo sexual/frecuencia 5,3 (2,0) vs 5,9 (2,0) ( $t = -2,0$ ,  $p < 0,05$ ), Deseo sexual/interés 5,7 (2,6) vs 6,9 (3,0) ( $t = -2,5$ ,  $p < 0,05$ ), Activación/exci-

tación 8,6 (3,1) vs 8,9 (3,4), Orgasmo/culminación 7,9 (3,2) vs 8,8 (3,2), Deseo 11,1 (3,9) vs 12,9 (4,4) ( $t = -2,7$ ,  $p < 0,05$ ), Arousal 8,6 (3,1) vs 8,9 (3,4), Orgasmo 7,9 (3,2) vs 8,8 (3,2) and Total 39,5 (9,7) vs 42,2 (11,0).

**Conclusiones:** Los pacientes con esquizofrenia tienen mayor dificultad en la fase de deseo, tanto respecto a frecuencia como al interés, y más problemas para conseguir placer que los pacientes con trastorno bipolar.

#### Bibliografía

1. García-Portilla MP, Saiz PA, Fonseca E, Al-Halabi S, Bobes-Bascáran MT, Arrojo M, et al. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) in Patients with Severe Mental Disorders.
2. Ucok A, Incesu C, Aker T, Erkoc S. Sexual dysfunction in patients with schizophrenia on antipsychotic medication. J Sex Med. 2007;22:328-33.

### PO-510

#### TEMPERAMENTO Y CARÁCTER EN TRANSEXUALES

E. Gómez Gil, M. Salamero, F. Gutiérrez, L. Zubiaurre, T. Godás, M. Monrás, I. Esteva, J. Martínez-Tudela y A. Guillamón

**Objetivos:** Evaluar diferencias de temperamento y carácter en pacientes transexuales en función del sexo. En base a que en estudios en población general europea y española se ha encontrado que las mujeres puntúan significativamente por encima que los hombres en las dimensiones de temperamento Evitación del daño (HA) y Dependencia de la recompensa (RD), nuestra hipótesis es que el grupo de transexuales hombre-a-mujer puntúan más elevado en estas dos dimensiones, al igual que las mujeres, con respecto al grupo mujer-a-hombre. Sujetos y método: La muestra la componen 269 pacientes transexuales (178 hombre-a-mujer y 91 mujer-a-hombre) atendidos en la unidad de identidad de género del Hospital Clínic de Barcelona. La evaluación se realizó mediante el Inventario de Temperamento y Carácter de Cloninger (versión 6).

**Resultados:** El grupo de transexuales hombre-a-mujer puntúan significativamente por encima del grupo mujer-a-hombre en varias subescalas de las dimensiones de temperamento HA (Subescala 2 Evitación del Daño) y RD (Subescala 1 Sentimentalismo), y de la dimensión de carácter Autotrascendencia (Subescalas 2 y 3, Identificación transpersonal y Espiritualidad), y por debajo en la dimensión Cooperación (Subescala 5 Integridad).

**Conclusiones:** Los resultados presentan un patrón similar pero en espejo a las diferencias encontradas entre hombres y mujeres, por lo que apoyan que el perfil de personalidad de los pacientes transexuales se parece más al del sexo con el que se identifican (sexo cerebral) que al de su sexo anatómico.

Financiación: Ministerio de Igualdad, PI040964.

#### Bibliografía

1. Miettunen, et al. Comprehensive Psychiatry. 2007.
2. Al-Halabi S, et al. Psychiatry Res. 2010.

### PO-567

#### TRANSEXUALES: ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DIFERENCIALES SEGÚN SEXO BIOLÓGICO. UNIDAD DE TRATAMIENTOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO DEL HOSPITAL CARLOS HAYA, MÁLAGA

T. Bergero Miguel, S. Asiain Vierge, P. Milán Fernández, I. Esteva de Antonio, N. Cantero Rodríguez y J. Guzmán Parra

**Objetivos:** Describir características sociodemográficas de transexuales y evaluar diferencias entre transexuales Hombre-a-Mujer (HaM) y Mujer-a-Hombre (MaH).

**Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal. PARTICIPANTES: 206 personas, 127 HaM ((Media 28,95 ± 9,24 DE) y 79 MaH (Media 28,29 ± 6,21 DE). HaM entre 15 y 61 años. MaH entre 18 y 45 años. Instrumentos: cuestionario sociodemográfico.

**Resultados:** Nivel educativo: el grupo MaH presenta mayor nivel educativo. ( $\chi^2 = 6,428$ ,  $p = 0,04$ ). Trabajo remunerado: 48,8% del grupo HaM frente al 70,9% del grupo MaH, ( $\chi^2 = 9,740$ ,  $p = 0,021$ ). Ha realizado actividades peligrosas/ilegales para poder subsistir: 20,5% del grupo HaM frente al 1,3% grupo MaH;  $\chi^2 = 15,775$ ;  $p < 0,001$ . Convivencia: El 82,7% del grupo HaM está soltero o separado mientras que en el grupo MaH es el 64,6%, siendo esta diferencia significativa ( $\chi^2 = 8,700$ ;  $p = 0,004$ ). Autotratamiento hormonal: 50,5% del grupo HaM frente al 3,3% del grupo MaH. Han sufrido agresiones y maltrato el 72,0% grupo HaM y el 53,2% grupo MaH siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 7,351$ ;  $p = 0,01$ ). El grupo HaM que recibe más agresiones en la calle por parte de desconocidos, (41,5%, frente al 28,9% del grupo MaH).

**Conclusiones:** Los dos grupos transexuales no tienen características homogéneas, aunque presentan algunos aspectos en común. El grupo MaH está mejor integrado socialmente. Tiene mejor nivel educativo, trabajo remunerado, realiza menos trabajos ilegales, mantiene relaciones de pareja más estables, realiza menos autotratamientos hormonales y sufre menos agresiones y maltrato. Nuestra sociedad parece más tolerante hacia las mujeres que visten o se comportan como hombres, que a la inversa.

#### Bibliografía

1. Gómez Gil E, Trilla A, Salamero M, Godá, T, Valdés M. Sociodemographic, clinical and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Arch Sex Behav*. 2007.
2. Herman-Jeglinska A, Grabowska A, Dulko S. Masculinity, femininity, and transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*. 2002;31.

## PO-601

### EL FETICISTA Y SU FETICHE

L. Reyes Molón, B. Serván Rendón-Luna,  
R. Fernández García-Andrade, S. Rodríguez Toledo,  
J. Fernández Aurrecoechea y R.M. Yáñez Sáez

**Introducción y objetivos:** Las parafilias son perturbaciones sexuales cualitativas que se configuran cuando se necesita sustituir la finalidad sexual biopsicosocial por cualquier otro tipo de expresión sexual que determina la única manera de poder excitarse en forma sistemática y preferencial y alcance el orgasmo. Nos ocuparemos del fetichismo, definido en el DSM-IV como fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos ligados al uso de objetos inanimados durante un período no inferior a seis meses, que provocan malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas.

**Metodología:** Revisión bibliográfica mediante búsqueda en PubMed de los descriptores parafilia, conductas sexuales, fetichismo, sexo compulsivo. También consultamos artículos no indexados y bibliografía especializada en trastornos de la sexualidad.

**Resultados:** El 99% son varones. Suelen ser individuos solitarios y reprimidos que evitan el encuentro sexual con una pareja pues el contacto físico le genera angustia. El fetichista escoge objetos como fetiches, los más frecuentes son prendas femeninas y suelen ser más excitantes si ya los ha llevado puestos la persona. Durante la conducta sexual solitaria le sirve con verlo para masturbarse, aunque a veces quiere poseerlo con los cinco sentidos. Se distinguen graduaciones: desde la condición indispensable para el acto, hasta el grado profundo donde sólo se obtiene el orgasmo por la manipulación del objeto sin necesidad de portadora.

**Resultados y conclusiones:** Requiere un tratamiento integral que controle la angustia desencadenante de la parafilia, al tiempo que pueda establecer relaciones de pareja.

#### Bibliografía

1. Romi JC. Las parafilias: Importancia médica legal. *Rev Psiquiatría Forense Sexología y Praxis*. 1997;3:96-111.
2. David RP. Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clinical Therapeutic*. 2009;31:1-31.

## PO-611

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE IDENTIDAD DE GÉNERO DEL HOSPITAL DE CRUCES (UTIG-CAPV)

E. Marín Díaz-Guardamino, S. Ponce de León Sáenz de Navarrete, I. Rodrigo Larrazábal, F. Vázquez San Miguel, F.J. Gabilondo Zubizarreta, I. Brouard Urkiaga, L. Larrañaga Rementería, I. Hervella Garcés, T. Aldasoro Carcedo e I. Eguiluz Uruchurtu

**Introducción:** Se entienden como Trastornos de identidad de género aquellos casos en los que existe una disociación entre el sexo genético, gonadal y fenotípico y el sexo psicológico o identidad de género. El objetivo de la Unidad de Trastornos de Identidad de Género para la Comunidad Autónoma del País Vasco tiene por objetivo atender a los TIG en una unidad multidisciplinar, siendo su composición de Psiquiatría, Endocrinología, Cirugía Plástica y Reparadora y Ginecología.

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

**Metodología:** Para el diagnóstico de trastorno de identidad sexual se ha utilizado la clasificación DSM-IV. Las fases del tratamiento son acordes a las Harry Benjamin Gender Dysphoria Guidelines de la asociación profesional para la salud de los transgénero (WPATH).

**Resultados:** Los casos atendidos por Psiquiatría en el primer año fueron 50, con las siguientes procedencias: 36 de Vizcaya (72,7%), 9 de Guipúzcoa (18,2%) y 5 de Álava (9,1%). 24 de ellos fueron diagnosticados de TIG femenino y 26 de TIG masculino. La edad media fue 33,4 años (33,2 para TIG-F; 33,6 para TIG-M). Un 66% de los pacientes habían recibido tratamiento médico previo (12% por automedicación). Se observa un uso de drogas cuatro veces mayor en el TIG femenino.

**Conclusiones:** Las características de los casos no difieren de lo publicado en otras series nacionales. Sólo la ratio por sexos (casi al 50%) difiere de lo esperado. Destaca la comorbilidad con TP cluster B sin criterios de exclusión del protocolo, salvo un paciente diagnosticado de Esquizofrenia paranoide.

#### Bibliografía

1. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. APA: Arlington VA; 2000.
2. Eguiluz I, Segarra R. *Introducción a la psicopatología*. Madrid: Ars Médica, 2005.

## PO-971

### ESTE CUERPO NO ES MÍO

L. Ruiz de la Hermosa Gutiérrez, A. Trigo Campoy, S.M. Bañón González, A. de Cós Milas y R.V. Pastorelli

**Introducción:** El proceso de diferenciar a las personas en mujeres u hombres es casi automático y se realiza desde la infancia. Además, entre los 2 y 4 años los niños ya se identifican con uno de los sexos, de modo que es una categorización precoz y por otro lado, muy resistente al cambio. Cuando la conciencia que uno tiene sobre su identidad sexual (sexo psicológico) no coincide con su sexo anatómico se produce un intenso malestar. Aparecen así los trastornos de identidad de género.

**Objetivos:** Analizar a propósito de un caso las características clínicas, etiológicas y epidemiológicas de los trastornos de identidad de género (TIG), así como revisar las principales patologías comórbidas y señalar las consideraciones básicas acerca del tratamiento adecuado.

**Metodología:** Revisión de la literatura de impacto de los últimos 5 años en relación a los avances en la detección clínica y tratamiento eficaz de los pacientes con disforia de género.

**Resultados:** La transexualidad es universal y ha estado presente a lo largo de todos los tiempos. Los datos de prevalencia han aumentado en los últimos años debido a una mayor demanda de reasignación sexual. Esto ha dado lugar a nuevas unidades específicas de tratamiento donde colaboran especialistas médicos diversos.

**Conclusiones:** Los TIG son considerados trastornos mentales en la medida en que provocan malestar psicológico y alteración en gran parte de los ámbitos funcionales (familiar, social, laboral...) En la mayoría de los casos sólo mejoran si se realiza una reasignación sexual, proceso que no incluye necesariamente intervención quirúrgica pero sí un tratamiento integral multidisciplinar complejo.

## Trastornos del sueño

### PO-192

#### TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES RESPIRATORIAS DEL SUEÑO CON DISPOSITIVOS DE AVANCE MANDIBULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROPSIQUIÁTRICAS

P. Mayoral Sanz, D. García-Borreguero Díaz-Varela y O. Larrosa García

**Introducción:** Los trastornos respiratorios obstrutivos del sueño (TRS, ronquido, síndrome de apnea hipopnea) son una alteración que deriva de la oclusión intermitente y repetitiva de la vía aérea superior durante el sueño con frecuentes microdespertares que restablecen el paso del aire. La reiteración de los despertares da lugar a la fragmentación del sueño y la falta de descanso profundo y reparador. La desestructuración de la arquitectura del sueño origina importantes manifestaciones neuropsiquiátricas: trastornos de la conducta y de la personalidad, pérdida de memoria y deterioro intelectual. Los dispositivos de avance mandibular (DAM) son aparatos que se introducen en la boca modificando la posición de la mandíbula generando variaciones anatómicas en la vía aérea superior VAS que consiguen incrementar el área seccional faríngea.

**Metodología:** El mecanismo de acción de los DAM ha sido estudiado por nuestro equipo analizando 200 pacientes tratados, mediante radiografía lateral, diagnóstico por imagen 3D, espirometría, y polisomnografía.

**Resultados:** Se ha constatado aumento de 6 milímetros en la vía aérea, incremento del 40% del flujo de aire, mejoría significativa en las variables respiratorias como índice de apnea (AI) 73%, apnea hipopnea AHI 59% y saturación 39%. En general, el 50% de los pacientes consigue una respuesta completa (reducción a AI inferior a 5 eventos/h). Los resultados demuestran un nivel muy alto de satisfacción por parte de todos los pacientes en dos aspectos fundamentales; adaptación al aparato y resultados clínicos perceptibles por ellos o su entorno familiar.

**Conclusiones:** Los DAM son una opción efectiva de tratamiento para los trastornos respiratorios obstrutivos del sueño porque interrumpen la generación de la obstrucción de la vía respiratoria superior. Son la primera opción en ronquido, apnea leve a moderada y alternativa al CPAP en casos severos. El tratamiento de las alteraciones respiratorias reduce el riesgo de enfermedades neuropsiquiátricas.

#### Bibliografía

1. Schwarting S, Huebers U, Heise M, Schlieper J. Position paper on the use of mandibular advancement devices in adults with sleep-related breathing disorders. A position paper of the German Society Dental Sleep Med DGZS. *Sleep Breath*. 2007;11:125-6.
2. Lim J, Lasserson TJ, Fleetham J, Wright J. Oral appliances for obstructive sleep apnoea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;CD004435.

### PO-1006

#### FIBROMIALGIA, DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DE SUEÑO: RESPUESTA GLOBAL A AGOMELATINA

V. García Arroyo, J. Rodríguez Revuelta, C. Rodríguez Mercado, G. Paniagua Calzón, A. Peña, M. Reimundo, C. Viesca Eguren, M. Jalón, L. Iglesias y C. Menéndez Álvarez

**Introducción:** La fibromialgia es un síndrome reumatólogo con dolor crónico generalizado, fatiga y sueño no reparador. La mayoría

presentan comorbilidad con depresión. Los ISRS son útiles para síntomas depresivos y dolorosos, pero no mejoran las alteraciones del sueño, relacionadas con el núcleo patogénico de la fibromialgia. La agomelatina no es sólo un agonista melatoninérgico, sino un antagonista serotoninérgico 2B y 2C. Su perfil antidepresivo, asociado con su efecto terapéutico sobre el sueño, la convierten en un potencial tratamiento para fibromialgia.

**Objetivos:** Medir la respuesta terapéutica de síntomas dolorosos, depresivos y de alteraciones de sueño en pacientes con fibromialgia.

**Metodología:** A una muestra de 35 pacientes se les aplican las escalas de fibrofatiga, de Montgomery-Asberg para depresión y de Pittsburgh de calidad de sueño previa y posteriormente (8 semanas) al inicio del tratamiento con 50 mg/día de agomelatina.

**Resultados:** Se observan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre las puntuaciones pre y postratamiento, revelando mejoría tanto en la clínica dolorosa y depresiva, como en la calidad de sueño. Destaca el incremento en 1 hora del sueño total, la reducción de la latencia del sueño y la mejora de más del 10% de la puntuación de calidad de sueño, mejorando la respuesta clásica a hipnóticos tradicionales.

**Conclusiones:** El nuevo antidepresivo agomelatina podría ser una buena arma terapéutica para el difícil tratamiento de la fibromialgia, con mejoría en la clínica dolorosa, depresiva y muy especialmente en la calidad del sueño.

#### Bibliografía

1. Caballero Martínez L. Ritmos biológicos, sueño y depresión: Agomelatina en el tratamiento de la depresión. *Arch Psiq*. 2009.
2. Máñez I, Fenollosa P, Martínez-Azucena A, Salazar A. Sleep quality, pain and depression in fibromyalgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12:491-500.

## Personalidad y trastornos de la personalidad

### PO-234

#### LA LÓGICA DEL OXÍMORON: A PROPÓSITO DE UN CASO

A.J. Valle Escalante

**Introducción:** Presentamos un caso de un hombre adulto joven profesional, sin antecedentes psiquiátricos previos conocidos, con sintomatología multisistémica florida y progresiva de años de evolución, que acude a urgencias por molestias para dormir.

**Metodología:** Exposición de caso clínico: anamnesis, antecedentes caratteriales, exploración psicopatológica, evolución en planta, exploraciones complementarias.

**Resultados:** Criterios DSM IV-TR. Criterios CIE 10. Diagnóstico al Alta: Trastorno somatomorfo indiferenciado.

**Conclusiones:** Diagnósticos diferenciales valorados, tratamientos ensayados, epicrisis y seguimiento post-alta. Algunas breves consideraciones psicodinámicas.

#### Bibliografía

1. Merritt's Textbook Of Neurology. Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 10<sup>th</sup> ed, 2000.
2. Charcot JM. Un caso de histeria en el varón. En: La histeria antes de Freud. Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, 2011.

### PO-258

#### UTILIZACIÓN DE ZONISAMIDA EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

J.A. Guisado Macías, F. Méndez Sánchez, I. Baltasar Tello, A. Leal Micharet, F. Zamora Rodríguez y A.B. Escudero Sánchez

**Introducción:** Los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la personalidad (TP) y Trastornos por uso de sustancias (TUS) tienen una alta tasa de consumo de benzodiacepinas.

**Metodología:** Estudiamos 50 pacientes que han ingresado en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Infanta Cristina de Badajoz (diagnosticados de TP+TUS). De forma aleatoria 15 han recibido tratamiento con zonisamida. Analizamos: edad, sexo, estancia media y dosis media equivalente de benzodiacepinas.

**Resultados:** El 66% de la muestra han sido varones con una edad media de 41 años y una estancia media de 10 días. El grupo que pacientes que han recibido zonisamida (dosis media de 200 mg/día) ha presentado al alta una dosis inferior equivalente de benzodiacepinas (1,7) que el resto de los enfermos (3,4), con una estancia hospitalaria menor (9,6 frente a 10,5).

**Conclusiones:** Zonisamida es un antiepileptico que ayuda en el manejo de la conducta de los pacientes en Unidad de Agudos zonisamida influye positivamente en la reducción de benzodiacepinas en una población con alto riesgo de abuso/dependencia zonisamida se ha utilizado a una dosis que ha sido bien tolerada.

## PO-346

### COMORBILIDAD ENTRE EJE I Y EJE II. A PROPÓSITO DE UN CASO

H.M. Verdet Martínez, R. Bellot Arás, I. Díaz Fernández-Alonso y V. Saiz Alarcón

**Objetivos:** A través de un caso, se pretende señalar cómo los trastornos de personalidad pueden ser enmascarados por otros trastornos del Eje I, que constituyen una manifestación sintomática del trastorno de personalidad. El objetivo es señalar a los clínicos la necesidad de no centrarse en el diagnóstico más evidente e indagar sobre los rasgos de personalidad subyacentes que pueden estar causando los síntomas más visibles. Se presenta un caso en el que la paciente estuvo durante 13 años diagnosticada de trastorno de la conducta alimentaria y dependencia al alcohol sin que los clínicos percibiesen el trastorno límite de la personalidad subyacente.

**Metodología:** Mujer de 26 años. Para la paciente, el motivo de consulta es un intenso sentimiento de vacío. Sus problemas con la alimentación comenzaron a los 13 años tras un periodo de conflictividad familiar. La paciente alternará la anorexia nerviosa con la bulimia nerviosa. Tras el suicidio de un primo, la paciente inicia el consumo de tóxicos desarrollando dependencia del alcohol. A través de las entrevistas, se puede observar un patrón de inestabilidad emocional, impulsividad, establecimiento de relaciones intensas e inestables y actitudes manipulativas.

**Conclusiones:** Numerosos estudios han señalado la comorbilidad entre TCA, consumo de sustancias y TLP, sin embargo, sería necesario clarificar si comparten un predisponente común o si uno se trata de la manifestación sintomática del otro.

#### Bibliografía

1. Grilo CM, Sanislow CA, Skodol AE, et al. Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;33:155-64.
2. Westen D, Harnden- Fischer J. Personality profiles in eating disorders: re-thinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 2001;158:547-62.

## PO-376

### TEST DE MILLON Y EVOLUCIÓN CLÍNICA. UN ESTUDIO CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD GRAVE EN HOSPITAL DE DÍA

I. de la Vega Rodríguez

**Introducción:** El inventario clínico multiaxial de Millon segunda edición (MCMI II) es un cuestionario autoaplicado utilizado para la evaluación de los trastornos de personalidad (TP).

**Objetivos:** Estudiar el valor clínico y predictivo del MCMI II en una muestra de pacientes con TP grave en tratamiento en hospital de día.

**Metodología:** Contamos con 32 pacientes con TP (63% mujeres, 30,3 años de media). Utilizamos el MCMI II pre-tratamiento y la Escala de Impresión Clínica Global (CGI) pre y post como medida de evolución clínica. El análisis estadístico consistió en un estudio correlacional, análisis de la regresión y diferencia de medias entre subgrupos en función del perfil obtenido en el MCMI II.

**Resultados:** Obtuvimos correlaciones significativas entre el CGI de cambio y las escalas Evitativa (0,442 p = 0,031) Límite (0,523; p = 0,009) y Esquizotípica (523; p = 0,009). El análisis de la regresión no muestra resultados significativos. Existen diferencias significativas (p < 0,05) entre los subgrupos en la media de cambio del CGI, con puntuaciones más altas (indicativas de peor evolución) para el subgrupo esquizotípico (3,11), que para el subgrupo límite (2,11).

**Conclusiones:** El MCMI II puede ser un indicador de la respuesta al tratamiento. Puntuaciones altas en las escalas de personalidad evitativa, límite y esquizotípica están asociadas con una peor respuesta al tratamiento, pero estas puntuaciones no tienen, por si solas, valor predictivo. Aquellos pacientes que muestran un perfil en el MCMI II en el que destacan rasgos esquizotípicos forman un subgrupo de peor evolución en nuestro contexto.

#### Bibliografía

1. Millon T, Davis D. Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson, 2004.
2. Gunderson JG, Daversa MT, et al. Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163:822-6.

## PO-419

### SÍNDROME DE ASPERGER VERSUS TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD

F.J. Serrano Bueno

**Introducción y objetivos:** En el pasado, los actuales trastornos generalizados del desarrollo se incluían entre las psicosis infantiles. Actualmente se consideran entidades diferentes, como queda reflejado en las modernas clasificaciones diagnósticas. En el presente trabajo, se trata de diferenciar el síndrome de Asperger (SA) del Trastorno esquizotípico de la personalidad (TE), dos categorías diagnósticas que frecuentemente son difíciles de distinguir en el adulto.

**Metodología:** Tomando como base la descripción de un caso clínico, se hace una revisión en PubMed de la bibliografía más relevante sobre la relación entre ambos trastornos.

**Resultados:** En el adulto, los casos prototípicos de síndrome de Asperger se distinguen bien de otros trastornos, como el esquizotípico. No ocurre lo mismo cuando falta alguno de los criterios diagnósticos o éstos son atípicos. La asociación clínica más fuerte se da en la alteración de las relaciones interpersonales. Los patrones de conducta son extraños o restringidos en ambos casos. También coinciden en la evolución crónica.

**Discusión y conclusiones:** Pese a las semejanzas, un análisis detallado de los grupos de síntomas ayuda al diagnóstico diferencial. En cuanto a las alteraciones sociales, en el TE predomina la ansiedad social, relacionada con temores paranoides. En los déficit de comunicación, el TE se caracteriza por un discurso vago y metafórico, mientras que en el SA predominan las alteraciones del lenguaje no verbal. En el SA las construcciones comunicativas son muy pobres en relación al repertorio vocal del paciente. En el TE el repertorio vocal está muy desarrollado pero es anómalo, vago y circunstancial.

#### Bibliografía

1. Hurst RM, et al. The relationship of Asperger's characteristics and schizotypal personality traits in a non-clinical adult sample. *J Autism Dev Disord*. 2007;37:1711-20.
2. Mottron L, Soulères I. Elements de diagnostic différentiel Clinique entre le syndrome d'Asperger et la personnalité Schizoïde/Paranoïaque. *Santé Mentale au Québec*. 2007;XXXII:367-75.

## PO-466

## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

P. Manzur Rojas, C. Martínez López, C. Díaz Sánchez y M. García Márquez

**Introducción:** En el tratamiento del TPL se requieren diversos niveles asistenciales coordinados entre sí. Entre ellos encontramos la hospitalización completa de media estancia para pacientes que requieran una alta contención ambiental y tratamiento intensivo, dada la dificultad de control ambulatorio.

**Objetivos:** Describir las características sociodemográficas clínicas de pacientes diagnosticados de TPL que han precisado ingreso hospitalario de media estancia en unidad específica para su tratamiento.

**Metodología:** Se recogen los datos sociodemográficos a través de entrevista clínica de 61 pacientes ingresados en la Unidad de Trastornos de la Personalidad del H. Psiquiátrico Román Alberca de Murcia. Se analizan las frecuencias de los distintos ítems.

**Resultados:** Sexo: 70,5% de mujeres; Edad media de 33,44 años; Estado Civil: 57,4% solteros, 16,4% separados, 11,5% divorciados, 8,2% casados; Núcleo familiar: 45,9% vive con familia de origen, 21,1% con familia propia y 14,8% viven solos; Nivel de estudios: 39,3% estudios secundarios, 23% estudios primarios, 18% estudios universitarios, 13,1% FP medio; Situación laboral: 34,4% paro sin subsidio, 27,8% pensionistas, 18% incapacidad temporal, 9,8% estudiantes. Consumo de tóxicos en el 62,29%.

**Conclusiones:** La distribución por sexo coincide con la encontrada en otros estudios. El perfil predominante del paciente ingresado en la UTP es la de una mujer de 33 años de edad, soltera, que vive con sus padres, con estudios secundarios, en paro de larga duración, sin ingresos económicos y consumidora de tóxicos.

## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4<sup>a</sup> ed. Texto revisado. (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, 2002.
2. Gunderson G. Trastorno Límite de Personalidad: Guía Clínica, 2<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ars Medica, 2002.

## PO-468

## DIAGNÓSTICO DE TLP: COINCIDENCIA ENTRE JUICIO CLÍNICO Y MCMI-III

P.A. Rosique Díaz, M. García Márquez, C. Díaz Sánchez, C. Martínez López y P. Manzur Rojas

**Introducción:** Dada la dificultad diagnóstica de TPL, se han utilizado diversos instrumentos para su identificación en la clínica. Entre ellos se encuentra el MCMI-III, cuestionario autoadministrado que valora no sólo Personalidad límite sino también otros trastornos y estilos de personalidad, así como patología del Eje I.

**Objetivos:** Analizar si el diagnóstico clínico de TPL coincide con una puntuación significativa en la escala de Personalidad límite del MCMI-III.

**Metodología:** Se administró el MCMI-III a una muestra de 27 pacientes, diagnosticados previamente de TPL mediante entrevista clínica realizada por psiquiatra y psicólogo expertos. Se analizaron las puntuaciones obtenidas en la escala de Personalidad límite, considerándolas significativas si la TB era mayor de 74.

**Resultados:** Se observa que de los 27 pacientes diagnosticados por juicio clínico de TPL, sólo 8 (29,63%) obtienen puntuaciones significativas en la escala límite, obteniendo el resto puntuaciones no significativas. Se observan otras escalas de personalidad con puntuaciones significativas: evitativo 33,33%, depresivo 29,63%, dependiente 25,92%, esquizoide 22,22%, antisocial 18,51% y narcisista 11,11%.

**Conclusiones:** Observamos una alta discrepancia entre el diagnóstico clínico y la escala límite del MCMI-III. Resultados similares de obtuvieron con el MCMI-I. Podríamos pensar en la posible existencia de un sobrediagnóstico clínico acaecido en los últimos años para TPL en detrimento de otros trastornos de personalidad o patologías del Eje I; o bien, en la escasa utilidad diagnóstica de la escala límite del MCMI-III, debiendo considerar este test tan sólo como una herramienta para conocer el perfil de personalidad de cada individuo y no para hacer un diagnóstico concreto.

## Bibliografía

1. Millon T, Davis RD, Millon C. MCMI-III: inventario clínico multiaxial de Millon-III: manual. TEA; 2007.
2. Patrick J. Validation of the MCMI-I Borderline Personality Disorder Scale with a well-defined criterion sample. *J Clin Psychol.* 1993;49:28-32.

## PO-474

## DIFERENCIAS EN LOS PATRONES DE RESPUESTA EMOCIONAL ENTRE PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y CONTROLES SANOS: ESTUDIO DE INDUCCIÓN EMOCIONAL CON FRAGMENTOS DE PELÍCULAS

A. Martín-Blanco, L. Villalta, J. Soler, M. Elices, C. Fernández, M. Portella y J.C. Pascual

**Introducción:** El modelo biosocial de M. Linehan considera la dis regulación emocional como una característica nuclear del Trastorno límite de la personalidad (TLP). La dis regulación emocional se caracteriza por una elevada intensidad emocional negativa en estado basal, una alta reactividad emocional ante estímulos y un lento retorno a la línea base tras un estímulo emocional. El objetivo de este estudio es investigar la respuesta emocional subjetiva y fisiológica de los pacientes con TLP en relación a un proceso de inducción emocional mediante visualización de fragmentos de películas. El segundo objetivo es estudiar las diferencias en los patrones de respuesta emocional entre pacientes con TLP y controles sanos ante diferentes emociones básicas.

**Metodología:** Treinta mujeres diagnosticadas de TLP y 30 controles participaron en un estudio de inducción emocional con fragmentos de películas. Cada participante visualizó un set de escenas con capacidad para inducir 5 emociones básicas (ira, miedo, tristeza, asco, diversión) y emoción neutra. Para cada fragmento de película se recogió la respuesta emocional subjetiva con escalas autoaplicadas y la reacción objetiva con variables electrofisiológicas, como conductancia dermal y frecuencia cardiaca.

**Resultados:** Los pacientes con TLP presentaron un peor estado basal emocional negativo subjetivo, pero sin diferencias en las variables electrofisiológicas. Los pacientes con TLP y los controles sanos mostraron diferencias significativas en los patrones de respuesta emocional subjetiva a las diferentes emociones y en parámetros fisiológicos, como la frecuencia cardiaca.

**Conclusiones:** Los pacientes con TLP presentan patrones de respuesta emocional diferenciales ante la inducción de emociones básicas que podrían explicar en parte la dis regulación emocional característica de estos pacientes.

## Bibliografía

1. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993.

## PO-477

## EFICACIA DE UN PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA ESTANCIA PARA TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

P.A. Rosique Díaz, C. Díaz Sánchez, M. García Márquez, C. Martínez López y F. Conesa Caravaca

**Introducción:** En el tratamiento del TPL se requieren diversos niveles asistenciales coordinados entre sí. Entre ellos la hospitalización completa de media estancia para pacientes que requieran una alta contención ambiental y tratamiento intensivo.

**Objetivos:** Medir la efectividad del Programa de Trastornos de Personalidad de la Unidad Regional de Media Estancia (URME) del Hospital Román Alberca.

**Metodología:** Se recoge una muestra de 55 pacientes con diagnóstico de Trastorno de personalidad límite ingresados de 3 a 6 meses en la URME. Los pacientes permanecen ingresados de lunes a viernes disfrutando de permiso también algunas tardes. Se analizan consumo de tóxicos, autolesiones, episodios heteroagresivos, intentos suicidas en el ingreso, así como su presencia durante el mismo, y las puntuaciones obtenidas en EEAG e ICG tanto al ingreso como al alta.

**Resultados:** En el transcurso del ingreso 7 pacientes solicitan el alta voluntaria y 8 pacientes son expulsados por diversos motivos. Se obtienen los siguientes resultados: consumo de tóxicos: en el 52,8% de los pacientes al ingreso frente al 20,21% durante el mismo; autolesiones en el 87,6% frente al 13,57%; heteroagresiones en el 37,1% frente al 7,84%; intentos suicidas en el 80,54% y ninguno durante el ingreso. La puntuación media en la EEAG al ingreso es de 16,35 frente a 60,75 al alta y en la ICG de un 6,06 frente a un 3,94.

**Conclusiones:** Valoramos este tratamiento efectivo en el control de los síntomas más disruptivos 2 de esta patología, así como en la mejora de la funcionalidad del paciente. Se precisan estudios de seguimiento para valorar la efectividad a largo plazo.

#### Bibliografía

1. Gunderson G. Trastorno Límite de Personalidad: Guía Clínica, 2<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ars Medica, 2002.
2. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-years follow-up of patients with borderline personality disorder. Compr Psychiatry. 2001;42:482-7.

#### PO-484

#### MODOS DE AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS EN PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

J.L. Rodríguez Martín, E. Díaz Domínguez, E. Martín Sánchez, F.J. Alonso Moreno, L. Olmo Remesal, N. Simón Medina, E. Agüero Tejado y T. Ruiz González

**Introducción:** El estilo de vida actual ha hecho que el estrés sea altamente prevalente en la población. Las formas en que el individuo hace frente al estrés constituyen las estrategias de afrontamiento, aspecto muy relevante del funcionamiento personal. Este trabajo presenta correlaciones basales de un estudio de cohortes actualmente en curso para determinar la relación del nivel de afrontamiento del estrés en el desarrollo de patologías mentales, consumo de sustancias tóxicas y agudización de patologías orgánicas.

**Metodología:** Estudio descriptivo a partir de una cohorte dinámica de sujetos que acuden a 17 centros de salud de Atención Primaria. Se escogió información sobre la edad, género, creencias religiosas, consumo de alcohol, hábitos de ejercicio físico y respuesta de afrontación del estrés. Se realizaron análisis bivariados para explorar la relación entre las estrategias de afrontamiento del estrés con los otros factores.

**Resultados:** La estrategia más utilizada fue la resolución de problemas. Las mujeres puntuaron más que los hombres en expresión emocional y pensamiento desiderativo ( $p = 0,001$ ). Los mayores de 65 años mostraron valores menores en resolución de problemas, reestructuración cognitiva y apoyo social que adultos y jóvenes ( $p < 0,001$ ) teniendo éstos valores mayores en autocritica y expresión emocional ( $p < 0,01$ ). La evitación de problemas fue marginalmente mayor en aquellos con creencias religiosas ( $p = 0,066$ ). No hubo diferencias en hábitos de ejercicio físico ni consumo de alcohol.

**Conclusiones:** Las diferencias significativas de género y edad indican que mujeres y jóvenes tienen un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante tanto activo como pasivo. Los cambios sociales de las últimas décadas se reflejan en una optimización de los recursos por parte de los jóvenes.

#### Bibliografía

1. Fierro A. Para una ciencia del sujeto. Investigación de la personalidad. Barcelona: Anthropos, 1993.
2. Cano FJ, Rodríguez L. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Actas Esp Psiquiatr. 2007;35:29-39.

#### PO-513

#### EL CHICO QUE DISPARABA A SU PROFESOR: UN CASO DE CRISIS DISOCIATIVA

M.D. López García, P. Corte de Paz, E. Pérez Vicente, E. Manrique Astiz y F. Lahortiga Ramos

**Introducción:** Las clasificaciones internacionales definen los trastornos disociativos como una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Desde la literatura se sugieren diversos factores de personalidad que pueden influir en la aparición de este trastorno.

**Objetivos:** Exponer y discutir la comorbilidad entre crisis disociativas y trastorno esquizotípico a través de un caso clínico y datos aportados por la literatura.

**Metodología:** Revisión de historia clínica y bibliográfica. Hombre de 42 años diagnosticado de trastorno esquizotípico, conocido en nuestro departamento desde hace 12 años. Ingresa en nuestra unidad de agudos para estudio de un cuadro caracterizado por episodios de irritabilidad y heteroagresividad de origen desconocido. En su historia vital destaca el diagnóstico de síndrome Prade Willy en la infancia, malos tratos y alcoholismo en el seno familiar además de un acontecimiento estresante en la universidad.

**Resultados:** Durante el ingreso se comprueban estudios anteriores donde se descarta patología orgánica y se evalúan posibles déficit cognitivos. Las crisis estudiadas se caracterizan por ser provocadas por un estímulo externo identificable que genera pensamientos rumiantes en torno a hechos estresantes del pasado y se acompañan de sentimientos de ira y rabia, soliloquios de contenido agresivo y movimientos involuntarios. Posteriormente presenta amnesia lacunar refiriendo no ser consciente de los actos realizados. Las características observadas nos orientan a episodios de origen disociativo.

**Conclusiones:** Tradicionalmente los estudios clásicos han asociado la disociación con personalidades de tipo histérico, sin embargo al realizar un análisis del caso presentado, y tras revisar la literatura actual, hemos comprobado que no es infrecuente la aparición de episodios disociativos en personalidades esquizoides y esquizotípicas.

#### Bibliografía

1. Bru MT, Santamaría M, Pousa E, Puig S, Santos JM, Coronas R, Cobo JV. Archivos de Psiquiatría. 2008;71:15-31.
2. Allen JG, Coyne L. Dissociation and vulnerability to psychotic experience. The Dissociative Experiences Scale and the MMPI. J Nerv Ment Dis. 1995;183:615-22.

#### PO-536

#### PERFIL DIFERENCIAL DE PERSONALIDAD DESDE UN MODELO DIMENSIONAL EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD (TLP) Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

N. Gutiérrez Fernández, R.M. Molina Ruiz, I. de la Vega Rodríguez, L. de Anta Tejado y J.L. Carrasco Perera

**Objetivos:** Analizar similitudes y diferencias de personalidad entre pacientes con TLP, TCA y con comorbilidad (TLP+TCA).

**Metodología:** N = 52 mujeres, 24 con TLP, 22 con TCA (17 AN, 5 BN) y 6 con TLP+TCA, que asisten a las Unidades Especiales del HCSC, con una edad media de 27,30 años. Se aplicó el Inventario NEO PI-R, que mide las 5 principales dimensiones de personalidad y las 6 facetas que definen cada uno.

**Resultados:** Todos los grupos muestran puntuaciones muy altas en Neuroticismo ( $X > 65$ ) y bajas ( $X < 45$ ) en los demás rasgos. Los resultados (U de Mann Whitney; nivel de significación  $p < 0,05$ ) revelan diferencias significativas entre TLP y TCA, con mayor Neuroticismo en TLP (74,83 vs 68,18) y mayor Responsabilidad en TCA (37,18 vs 23,92). Por subgrupos, las TLP muestran mayor Neuroticismo (74,83

vs 68,76) y menor Responsabilidad (23,92 vs 39,18) que las AN, pero no existen diferencias significativas entre TLP y BN. Tampoco hallamos diferencias entre AN y BN. Respecto a las pacientes con comorbilidad encontramos puntuaciones más bajas en Amabilidad que TLP (28,83 vs 37,46) y TCA (28,83 vs 40,5), así como mayor Neuroticismo que en TCA (78,50 vs 68,18).

**Conclusiones:** El modelo dimensional supera algunos problemas del categorial, aportando una visión más comprensiva de la personalidad normal y anormal. Este estudio aumenta la evidencia sobre las características de personalidad en TLP y TCA, y una profundización en las características diferenciales entre ambos trastornos que puede ser de utilidad para la práctica clínica.

#### Bibliografía

1. Costa PT Jr., McCrae RR. Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI). Manual. 3<sup>a</sup> ed. Madrid: TEA, 2008.
2. Widiger TA. Five factor model of personality disorder: Integrating science and practice. *Journal of Research in Personality*. 2005;39:67-83.

#### PO-554

#### LA UNIDAD DE DÍA COMO PROPUESTA DE TRATAMIENTO COMUNITARIO DE ORIENTACIÓN GRUPOANALÍTICA PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

F. Moneo Martín

**Introducción y objetivos:** El servicio de psiquiatría privado de Avances Médicos (AMSA), ubicado en el valle del río Nervión, Gran Bilbao, de 1 millón de habitantes, atiende desde el año 2003, a través de las unidades de día a pacientes con patología mental severa en forma ambulatoria, conformando en su conjunto el Hospital de Día para Trastornos de Personalidad. El tratamiento se basa en la terapia por el medio de orientación grupoanalítica. En 2007 se creó la Unidad de Día para Trastornos de la Personalidad del Espectro Psicótico. El presente trabajo tiene por objetivo mostrar los resultados de la evolución clínica y social encontrados en el tratamiento.

**Metodología:** Se evalúa por medio de este estudio naturalístico a 90 pacientes de ambos性, adultos seleccionados aleatoriamente desde febrero de 2010 hasta febrero de 2011. Se suministran las escalas: ICG Escala de impresión clínica global, BPRS Escala breve de evaluación psiquiátrica, PANS Positive and negative syndrome scale, SAPS Escala de evaluación de síntomas positivos, SANS Escala de evaluación de síntomas negativos, YMRS Young mania rating scale. Antes y después de la experiencia terapéutica.

**Resultados y conclusiones:** Se observaron cambios estadísticos significativos en mejoría clínica y social al finalizar el tratamiento en la Unidad de Día.

#### Bibliografía

1. Maruottolo C, et al. Intervención en crisis para pacientes borderline en u d. modelo de terapia breve intensiva psicodinámica en red. Córdoba, 2008.
2. Maruottolo C, et al. Intensive dynamic brief group therapy model in a day borderline personality disorder. Berlin, 2010.
3. Guimón J. Crisis y contención. Del estrés al equilibrio psíquico. Bilbao: Envída, 2007.

#### PO-555

#### RESULTADOS DE LOS TRABAJOS DE CAMPO REALIZADOS EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA RECONCEPTUALIZACIÓN PARA EL DSM-5

C. Maruottolo

El Hospital de Día (AMSA), colabora con la Universidad del País Vasco en la validación de la nueva reformulación sobre Personalidad y Trastornos de Personalidad que se lleva desde la American Psychiatry Association (APA) para editar en 2013 el DSM-5,2. Du-

rante 2010 se reclutan 51 pacientes de ambos性 adultos (18 a 60 años) con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) según DSM-IV TR y SCIDII. Los resultados según propuesta del DSM-5: Nivel de Funcionamiento de la Personalidad se hallaron 23,5% de pacientes con déficit moderado, 49% con déficit grave y 27% con déficit extremo. El Nivel Adecuación al Tipo Borderline encontró el mayor porcentaje en descriptivo (45,1%), muy descriptivo (43,1%). Los 6 campos de rasgos de personalidad estudiados (Emocionalidad negativa, Antagonismo, Desinhibición, Introversión, Compulsión, Esquizotipia) incluyeron los dos niveles propuesto por el grupo de tareas para el DSM-5: extremadamente descriptivo 96,1%, 68,6%, 76,5%, 27,5%, 19,6%, 23,5% respectivamente y moderadamente descriptivos 2,0%, 13,7%, 13,7, 15,7%, 41,1%, 33,3%, 25,5%. Las facetas de rasgos de personalidad, incluyen las 36 variantes propuestas para el nuevo manual: Las que con más fuerza estadística se presentaron (mayor a 60%) fueron Labilidad emocional 84,3%, Ansiedad 96,1%, Inseguridad por separación 78,4%, Suspicacia 82,4%, Baja autoestima 72,5%, Afecto restringido 64,7%, Falsedad 74,5%, Impulsividad 88,2%, Distracción 62,7%, Hostilidad 62,7%, Imprudencia 68,6%. Concluimos que la nueva propuesta diagnóstica del DSM-5 es tanto de utilidad clínica como para futuras investigaciones, permitiendo un mayor conocimiento de los pacientes tratados en nuestro Hospital de Día.

#### Bibliografía

1. Kupfer D, First MB. Agenda de investigación para el DSM-5. Barcelona: Masson, 2004. p. 144-7.
2. <http://www.dsm5.org>
3. Maruottolo C. Los trastornos de personalidad y los cambios propuestos en la reconceptualización para el DSM-5. Controversias y coincidencias. Avances en Salud Mental Relacional. 2011;10(1).

#### PO-631

#### TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE LA PERSONALIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.C. Cardozo Curvelo, R. Castell Sempere, J.M. García Moncho y H.M. Verdet Martínez

**Introducción:** El caso clínico que se presentará es el de un paciente con trastorno esquizotípico de la personalidad (TEP). Nos ha parecido interesante presentar éste caso por la presencia de alteraciones perceptivas inusuales y por el diagnóstico errado que se dio en un principio.

**Objetivos:** A partir de un caso clínico veremos la importancia de llevar a cabo un detallado examen mental, así como el realizar diagnósticos longitudinales en psiquiatría.

**Metodología:** Varón de 53 años, soltero sin hijos. Vive solo. Pensionista desde los 30 años. A los 20 años fue diagnosticado de esquizofrenia y tratado como tal. 3 años después abandonó el tratamiento psiquiátrico. No ha tenido contacto con salud mental hasta la actualidad. Es referido al centro de salud mental por presentar ideas autolíticas reactivas a la muerte del padre. Se evidencia distimia, ansiedad, pensamiento mágico. Son llamativas las experiencias perceptivas inusuales. Refiere tener "intuiciones" que le hacen sentir "sentimientos positivos o negativos". Estas intuiciones son interpretadas según sus creencias religiosas y le hacen "presentir" lo que va a ocurrir. No fue fácil aclarar si estas "intuiciones", eran alteraciones de la propiedad del pensamiento o pseudoalucinaciones, tras un detallado examen mental, se ha podido evidenciar que posterior al brote psicótico, no ha presentado alucinaciones, ni alteraciones de la forma del pensamiento. Si bien hay serias dificultades para mantener relaciones sociales y la manifestación de sus "intuiciones" y creencias rozan lo delirante, el deterioro del paciente y la evolución del mismo, no corresponde al de un esquizofrénico, pero si a un TEP.

**Resultados:** Se realiza psicoterapia de apoyo, se indica antipsicóticos a dosis baja y antidepresivo, consiguiendo remisión de hipotimia, ideas autolíticas y ansiedad. En cuanto a las percepciones in-

usuales han disminuido de frecuencia. A través de la trabajadora social, se ha incorporado a diferentes actividades.

**Conclusiones:** Por las características del TEP, se debe realizar un examen mental detallado, haciendo hincapié en las posibles alteraciones en la percepción y en el pensamiento, ya que pueden causar confusiones diagnósticas, como hemos visto en este caso. Es importante observar la evolución de los casos y hacer diagnósticos longitudinales. Estudios retrospectivos han demostrado que pacientes diagnosticados de esquizofrenia padecían en realidad de un TEP.

#### Bibliografía

1. Eguíluz I. Introducción a la psicopatología. Barcelona: Ars Medica. 2005.
2. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría, 10<sup>a</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

#### PO-640

#### COMORBILIDAD CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y RELACIÓN CON CONTROL AMBULATORIO PREVIO A LA COMISIÓN DEL DELITO EN POBLACIÓN PENITENCIARIA

E. Soria García-Rosel, M. Navío Acosta, P. Portillo, M.A. Jiménez-Arriero y M.D. Crespo

**Introducción:** Estudios señalan que los trastornos de personalidad, solos o asociados a otras patologías mentales, presentan mayor índice de actos violentos. Así mismo, es sabido que los individuos con enfermedad mental que cometen un acto violento se encuentran insuficientemente tratados o no reciben ningún tratamiento psicofarmacológico en el momento del acto.

**Objetivos:** Averiguar la frecuencia de patología en el eje II en población penitenciaria. Conocer si existen diferencias respecto a los sujetos sin trastornos de personalidad en el control ambulatorio previo al ingreso.

**Metodología:** Se revisaron las historias clínicas de los internados de un Hospital Psiquiátrico Penitenciario que residían en Madrid (total 44 sujetos), siendo algunos entrevistados por psiquiatras del equipo investigador si existían dudas diagnósticas. Se realizó el análisis estadístico de frecuencias y se ha empleado la chi cuadrado para la comparación de grupos con variables cualitativas.

**Resultados:** Un 38,6% de los sujetos del estudio presentan trastornos de la personalidad, siendo un 35,3% de ellos del cluster A, 47,1% del cluster B, 5,9% del cluster C y 11,8% trastorno orgánico de personalidad. El seguimiento ambulatorio en los sujetos previo al internamiento, era deficitario en mayor medida en los internos que tienen comorbilidad con trastornos de personalidad (76,9% vs 33,3%) con un nivel de significación estadística menor del 0,05.

**Conclusiones:** La comorbilidad en el eje II se asocia con la ausencia o el inadecuado control ambulatorio previo al internamiento en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario.

#### Bibliografía

1. Pera SB, Dailliet A. Homicide by mentally ill: clinical and criminological analysis. *Encephale*. 2005;31(5 Pt 1):539-49.
2. Richard-Devantoy S, Chocard AS, Bourdel MC, Ghelier B, Duflot JP, Lhuillier JP, Garré JB. Homicide and major mental disorder: what are the social, clinical, and forensic differences between murderers with a major mental disorder and murderers without any mental disorder? *Encephale*. 2009;35:304-14.

#### PO-733

#### IMPULSIVIDAD Y ABUSO/DEPENDENCIA DE TÓXICOS EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

M.J. Rufat Sabio, L. Morales Puig, J. Barrachina Coll, E. Verdaguer Rosás, A. Plaza Estradé, L. Gonzalvo Soriano y J. Vegué Grilló

**Objetivos:** Relación entre Impulsividad y Abuso/dependencia de tóxicos (AD), Impulsividad y Tipo de alta (TA), Severidad y TA y AD

TA en 134 pacientes con TLP y AD tratados en HD 20h/semana. **Hipótesis:** los pacientes con comorbilidad son más severos e impulsivos y abandonan más el tratamiento. El grupo con AD de cocaína abandona más que los abusan o dependen de otros tóxicos.

**Metodología:** Medida de severidad: puntuación total en la DIB R. Impulsividad: puntuación del Área de conductas impulsivas (VDep). AD y TA son la (VIndep). Realizamos análisis de la varianza entre Impulsividad y TA, el Impulsividad y AD y Severidad y TA y  $\chi^2$  entre TA y AD.

**Resultados:** El 75% presentan diagnóstico de AD. El 25% no. El 57,7% tienen un alta por mejoría clínica, el 17,7 por traslado, el 24,6% por abandono del tratamiento. No existen diferencias significativas entre el grado de severidad y el TA ( $F = 1,655$ ;  $p = 0,195 > 0,05$ ). Existe diferencias significativas entre el grado de impulsividad y la presencia de diagnóstico de AD ( $F = 4,226$ ;  $p = 0,002 < 0,05$ ). No hay diferencias significativas entre el grado de impulsividad y el TA ( $F = 0,464$ ;  $p = 0,762 > 0,05$ ). Existe diferencias significativas entre el de AD de tóxicos y el TA (alfa = 0,000 < 0,05). - No hay diferencias significativas el TA y el grupo con AD de cocaína (alfa = 0,210 > 0,05).

**Conclusiones:** Los pacientes de la muestra con comorbilidad son más severos e impulsivos. El AD, y más concretamente de cocaína, y el grado de severidad no guardan relación con los abandonos tempranos del tratamiento. Esto podría explicarse más por variables relacionadas con el paciente y con el tratamiento (dosis terapéutica de 20h/semana) y los componentes del mismo.

#### PO-806

#### DIFERENCIAS EN RASGOS DE PERSONALIDAD ENTRE LA VOCACIÓN PROFESIONAL HACIA EL ÁMBITO SANITARIO E INFORMÁTICO

J.M. Padilla Alonso, N. Parga Soler, M.L. Martín Calvo, C. Ruiz Toro y E. Baca García

**Introducción:** La trama de factores que intervienen en el proceso de toma de decisión en la elección de profesional es compleja y multidisciplinaria.

**Objetivos:** Entre los alumnos de 2º de Bachillerato que eligen el campo sanitario y el campo de la informática como futuras profesiones existen rasgos de personalidad diferenciales.

**Metodología:** La población estudiada fueron 699 alumnos de segundo de Bachillerato (Curso 2009-2010), pertenecientes a 8 colegios de diferentes provincias de España. La muestra incluyó 320 sujetos que mostraron preferencia o rechazo hacia los dos campos profesionales. Los intereses vocacionales de los alumnos se recogieron mediante el cuestionario de Intereses y Preferencias Profesionales Revisado, IPP-R y el perfil de personalidad mediante el Cuestionario Factorial de Personalidad 16PF. Se realizó análisis estadístico mediante tablas de contingencia con test de contraste chi-cuadrado.

**Resultados:** En la elección del campo sanitario, se encontraron asociación con las variables de personalidad: G+ (carácter exigente y sentido del deber) y B+ (razonamiento abstracto). En el campo informático se encontró asociación con las variables: A- (Frio y distante); C+ (Emocionalmente estable y adaptable al ambiente); F- (inhibido); I- (poco sentimental e independiente); M- (Realista y orientada a la acción); QI- (poco ansiosa) y QII- (Introvertida).

**Conclusiones:** En la vocación informática se encontraron asociaciones relevantes con factores de personalidad coincidentes con el estereotipo social. En el campo sanitario se observan menor número de variables significativas encontradas, quizás porque la variable de actividad sanitaria del IPP-R engloba carreras de diferente perfil profesional.

#### Bibliografía

1. Brown DS, Ryan Krane NE. Critical ingredients of career choice interventions: More analysis and new hypotheses. *Journal of Vocational Behavior*. 2003;62:411-28.
2. Gati I, Nathan M. The role of the perceived structure of occupations in Vocational Behavior. *Journal of Vocational Behavior*. 1986;29:177-97.

## PO-870

## ESTUDIO SOBRE EL MODELO DIMENSIONAL DE PERSONALIDAD DE CLONINGER

M. Ruiz Feliu, M.C. Campos Mangas y J.M. Álvarez Martínez

**Introducción:** La evaluación y estudio de la personalidad con las limitaciones de tiempo que presenta la atención psiquiátrica ambulatoria es un reto en la práctica asistencial. Es importante realizarla, pues frecuentemente el cuadro del Eje I puede verse influenciado por rasgos/trastornos del Eje II. Cloninger desarrolló un modelo neurobiológico bidimensional de personalidad explicando con siete factores los rasgos normales y anormales, abarcando los aspectos biológicos y psicosociales del comportamiento. Los rasgos temperamentales (Búsqueda de Novedad, Evitación del Daño, Dependencia de Recompensa) estarían vinculados al funcionamiento neurobiológico siendo predisposiciones estables durante el desarrollo e inmodificables con el aprendizaje. Los rasgos caratteriales (Autodirección, Cooperación, Autotrascendencia) serían características que se estructuran durante el desarrollo con el aprendizaje. Estos factores se evalúan mediante TCI-R (Temperament and Character Inventory-Revised), de 240 ítems, validada para España.

**Metodología:** A partir de un caso, realizamos una revisión en diversas bases de datos (PubMed, Medline, Embase...) Varón, 38 años, con conductas compulsivas de larga evolución con alcohol, juego, sexo, atracones alimentarios... vividas como egodistónicas y valoradas como inadecuadas por el paciente. Nivel socio-económico alto. Historia familiar de abuso de cocaína.

**Resultados:** TCI-R (percentiles): Búsqueda novedad (98%), Evitación riesgo (13%), Dependencia de recompensa (3%), Persistencia (95%), Autodirección (18%), Cooperación (63%), Trascendencia (65%). Perfil temperamental: aventurero.

**Conclusiones:** Según Cloninger, los trastornos de personalidad puntúan bajo en las dimensiones caratteriales autodirección y cooperación. Este paciente obtiene puntuaciones bajas en Autodirección, y tendría elevada probabilidad de diagnóstico de Trastorno de personalidad, en Cooperación y Trascendencia, puntúa alto, indicando capacidad para empatizar. Las características/rasgos de personalidad influyen directamente en el comportamiento, pudiendo actuar como factores predisponentes/perpetuadores de conductas problema clasificables en Eje I. Proponemos TCI-R como herramienta coste-efectiva, fácil aplicación y con validez aparente para el estudio de la personalidad en el contexto ambulatorio.

## Bibliografía

1. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:975-90.
2. Gutiérrez F, Torrens M, Boget T, Martín-Santos R, et al. Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103:143-7.

## PO-915

## EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD: ESTUDIO OBSERVACIONAL DESDE UNA UNIDAD DE AGUDOS. PERSPECTIVA CLÍNICA FRENTE A PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA

G. Paniagua Calzón, J. Rodríguez Revuelta, V. García Arroyo, A. Díaz de la Peña, L. Iglesias Fernández, C. Menéndez Álvarez, M. Jalón, M. Reimundo Díaz-Fierros, M. Viesca Eguren y C. Rodríguez Mercado

**Introducción:** La epidemiología de los T. de Personalidad (T.P.) no está exenta de polémica y discrepancias en la literatura por problemas como la variación de criterios diagnósticos entre CIE-10 y DSM IV, la falta de homogeneidad de las poblaciones de los estudios que dificulta la comparación o el difícil límite dimensional con la realidad y con otros trastornos. Este trabajo pretende realizar una com-

paración entre los ingresos en una unidad de agudos psiquiátrica y los datos en la bibliografía.

**Metodología:** Se realiza estudio descriptivo de diagnósticos de ingreso durante un periodo de 24 meses en una unidad de hospitalización de agudos de 20 camas en un área de 400.000 habitantes (Oviedo).

**Resultados:** Se realizan 1.082 ingresos en 24 meses, de los cuales, 185 ingresos con diagnóstico TP. (17,9%) El número medio de ingresos es de 1,55. El 75% de los pacientes realiza un único ingreso. El 46,2% es varón frente al 53,8% que es mujer. En cuanto a diagnósticos: Menos frecuencia de T. paranoide que en DSM IV (10-30% 0,21%). T. esquizoide; Más frecuente de lo esperado (0,55%) Esquizotípico 3% de la población, en este estudio es muy frecuente (0,18%). T. antisocial: 0,46% menos frecuente que en DSM (3-30%). T. límite: El más prevalente 26,4%, (2,9% vs 20% DSM) T. histríonico; 1,9% frente 10-15% DSM). Otros trastornos especificados apenas se diagnostica; (narcisista, pasivo-agresivo, excéntrico, inmaduro, psoneurótico).

**Conclusiones:** Las discrepancias entre la realidad clínica y los datos obtenidos en la bibliografía plantean cuestiones que implican una reflexión sobre los criterios actuales, las medidas psicométricas y cuestiones más profundas que enfrentan lo dimensional con lo categorial, conceptos que están siendo revisados de cara los futuros manuales diagnósticos DSMV y CIE11.

## PO-948

## SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TLP INGRESADOS EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL DESDE 2005 HASTA 2010

E. Martínez Portillo, P. Artieda Urrutia, M. García Dorado, C. Parro Torres, J. Gómez-Arnau Ramírez y R. Manzanero Estopiñán

**Introducción y objetivos:** Existe elevada comorbilidad entre Trastorno límite de personalidad (TLP), Trastornos del humor y Trastornos por abuso de sustancias. TLP se asocia, asimismo, con comportamiento suicida. Muchos de estos pacientes, además, previo al diagnóstico de TLP han recibido diagnósticos diversos.

**Metodología:** En este estudio se analiza retrospectivamente a 35 pacientes diagnosticados de trastorno límite de personalidad, que ingresan en la Unidad de Hospitalización breve del Hospital Ramón y Cajal. Analizamos una serie de variables que influyen en el curso y severidad de esta patología. Analizamos: sexo, edad, estado civil, comorbilidades, reingresos en 5 años, predominio semiológico, evolución, intentos autolesivos.

**Resultados:** La edad media de los pacientes ingresados fue de 35 años, 79% mujeres. 64% patología dual (alcohol, cannabis o cocaína). 11,7% presentan Trastornos de la conducta alimentaria (TCA). En 65% de los pacientes existe comorbilidad con un trastorno del ánimo (ansiedad, depresión). Predominio semiológico: impulsividad predomina en el 56% de los pacientes. El 67,6% de los pacientes ha reingresado al menos una vez más durante los 5 años de seguimiento. El número medio de ingresos en los pacientes que reingresaron es de 5 ingresos. En la mayoría de los pacientes la evolución durante los 5 años ha sido hacia la cronicidad. 94% de los pacientes ingresados en UHB Ramón y Cajal habían protagonizado intentos autolíticos.

**Conclusiones:** La experiencia clínica y los datos de la bibliografía obligan a considerar la comorbilidad entre el Trastorno límite de personalidad y los trastornos del eje I, y abuso de sustancias como factor es de interés diagnóstico, pronóstico y terapéutico.

## Bibliografía

1. Cabeza Monroy GM, Palomino Huertas LD. Universidad Católica argentina. Axis I comorbidity in borderline personality disorder. Vertex, 2010.
2. Mellos E, Liappas I, Paparrigopoulos T. Uniiversity Medical School, Eginition Hospital, Athens, Greece. Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse. In vivo, 2010.

## PO-1010

**INFLUENCIA DE LOS TRAUMAS EN LA INFANCIA EN LAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

A. Plaza Estradé, J. Barrachina, M.J. Rufat, E. Verdaguer, L. Rico, G. Parra, M. Llavinia, M. Fernández, D. Gómez y J. Vegué

**Introducción:** Numerosos estudios han evidenciado la presencia de altos porcentajes (70-85%) de abusos y otros acontecimientos traumáticos en la infancia en el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), sugiriendo una posible relación causa efecto entre ambos. La prevalencia de las tentativas de suicidio (40-85%) y de la automutilación (50%-80%) son elevadas en el TLP (Oumaya et al, 2008). La presencia de traumas y abusos en la infancia es un factor de riesgo para las conductas suicidas en todos los diagnósticos.

**Objetivos:** Investigar si la presencia de traumas en la infancia se relaciona con el número de tentativas de suicidio previas y la presencia de automutilación en pacientes diagnosticadas de TLP (DIB-R).

**Metodología:** Se incluyeron en el estudio cuarenta mujeres (N = 40) diagnosticadas a través de la Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R) de Trastorno Límite de la Personalidad, ingresadas consecutivamente en un hospital de día para seguir un programa específico para dicho trastorno. Cumplimentaron el Early Trauma Inventory autoadministrado (ETI-SR), para evaluar retrospectivamente los estresantes en la infancia que consta de una escala total (31 ítems) que engloba cuatro subescalas: traumas generales (31 ítems) abusos físicos (9 ítems) abusos emocionales (7 ítems) y traumas sexuales (15 ítems). Posee punto de corte en la escala total y en las diferentes subescalas. Se recogieron además variables demográficas y psicopatológicas.

**Resultados:** La presencia de abusos físicos en la infancia se asocia significativamente con un mayor número de tentativas de automutilación ( $t = -2.523$ ;  $gl: 22$ ;  $p < 0,019$ ) en los pacientes con TLP. Los antecedentes de traumas en la infancia no se asocian a la presencia de automutilación en pacientes con TLP.

**Conclusiones:** Los abusos en la infancia son una característica asociada a las conductas suicidas en el Trastorno Límite de la Personalidad.

**Bibliografía**

1. Oumaya M, Friedman D, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *Encephale*. 2008;34:452-8.

**Psiquiatría de la infancia y adolescencia**

## PO-175

**ALUCINACIONES DISARMÓNICAS**

O.X. Fernández de la Vega Gorgoso

**Introducción:** Niña de 10 años de edad que es remitida desde Chicago por su psiquiatra al NIMH para ingreso filiación diagnóstica. La queja principal de la paciente es que “algo no funciona dentro de su cabeza”.

**Metodología:** Se obtiene información a partir de la consulta de screening y de la revisión de historias clínicas. Paciente diagnosticada de esquizofrenia con alteraciones en el neurodesarrollo y trastorno del lenguaje expresivo. Antecedente de trastorno bipolar en padre. Tratamiento actual con risperidona 4 ml/día. Desde los 6 años, múltiples ingresos por episodios de alucinaciones táctiles y visuales secundarias a situaciones estresantes. En uno de ellos es diagnosticada de hipomanía farmacogénesa inducida por fluoxetina y toxicidad por aripiprazol. La paciente presentó ansiedad de separación inte-

repisódica mostrándose siempre reacia a asistir a la escuela. -En la exploración psicopatológica se objetivan delirios de Capgras y alucinaciones auditivas de carácter imperativo que la inducen al suicidio con ausencia de trastornos formales del pensamiento. Afecto apropiado y resonante. Aumento de la latericia en el potencial P300 siendo el audiograma normal. EEG sin alteraciones. Se le realiza DTI-SCAN para evaluar su neurodesarrollo así como pruebas psicométricas tales como la K-SADS-pl en la que se descartan esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Se realiza operación de lavado terapéutico tras la cual la paciente presenta episodio maníforme que no cumple criterios de manía ni hipomanía en ausencia de síntomas psicóticos que remite un mes después. En las semanas sucesivas la paciente presentó humor irritable y episodios de heteroagresividad.

**Resultados:** A) Diagnóstico diferencial: se descarta esquizofrenia porque las experiencias alucinaciones no van acompañadas de trastornos formales del pensamiento, son muy puntuales y en ocasiones reactivas a contextos de ganancia secundaria o de ansiedad de separación. No se descarta síndrome borderline asociado en términos de disarmonía evolutiva. B) Juicio diagnóstico DSM-IV 309.21: Trastorno de ansiedad por separación Trastorno del humor con síntomas psicóticos (diagnóstico provisional emitido por el NIMH no contemplado en el DSM-IV).

C) Estrategias terapéuticas: litio 150 mg/día y clonazepam 1 mg. Psicoterapia cognitivo-conductual e intervenciones psicoeducativas orientadas a paliar el impacto de su trastorno del lenguaje expresivo en la vida diaria de la paciente.

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta los antecedentes de trastorno bipolar en padre y la evolución de la paciente hasta este momento, los investigadores del NIMH plantean la posibilidad de trastorno bipolar en los próximos años.

**Bibliografía**

1. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
2. Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente (CFTMA-R-2000).

## PO-176

**¿ALUCINACIONES INTRUSIVAS?**

O.X. Fernández de la Vega Gorgoso

**Introducción:** Paciente varón de 14 años procedente de Boston que consulta en el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) por alucinaciones auditivas en segunda persona de carácter imperativo.

**Metodología:** Diagnósticos psiquiátricos previos: TDAH y esquizofrenia. Antecedentes de conductas autolesivas. Neurodesarrollo sin alteraciones. Niega hábitos tóxicos. No antecedentes familiares psiquiátricos. Tratamiento actual con olanzapina 15 mg. Hijo de padres adoptados. Ideología racista que le genera serias dificultades de socialización. El paciente mantuvo sus alucinaciones en secreto durante años hasta que hace dos semanas le confesó a su hermano que escuchaba las voces de dos demonios “dentro de su cabeza” que le ordenan asesinar a sus padres. El paciente escucha música heavy-metal para controlarlas. Refiere además que las voces son muy intrusivas y están presentes desde hace 2 semanas de forma continua. Éstas se desencadenan por el estrés que es casi constante. Las voces a veces le dicen que de vueltas sobre su eje corporal. El año pasado atravesó una época en la que se duchaba hasta cuatro veces al día. Asegura autolesionarse una vez cada seis meses la última en marzo de 2010. Se le realiza por estas fechas el Rorschach Inkblot Test proyectando respuestas altamente contaminadas. En la exploración realizada por cinco psiquiatras, se objetivan múltiples preocupaciones de contenido negativo y disforia contenida. Refiere alucinaciones auditivas en contexto de eutimia y compulsiones. Ausencia de trastornos formales del pensamiento.

**Resultados:** Se descarta patología orgánica. Se le realiza DTI-SCAN para evaluar su neurodesarrollo de forma diacrónica. Se le pasa escala K-SADS-pl cumpliendo criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor en el pasado, TOC y trastorno de ansiedad generalizada en el presen-

te emitiéndose finalmente estos dos diagnósticos en el eje I. Se descarta esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Se trata con sertralina 200 mg.

**Conclusiones:** Al comienzo de la valoración no está claro si las experiencias que relata son alucinaciones o pensamientos intrusivos de carácter obsesivo que se ponen de manifiesto en sucesivas consultas de screening realizadas en el NIMH.

#### Bibliografía

1. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
2. Posey D, McDougal C, eds. Child And Adolescent Psychiatric Clinics of North America.

#### PO-218

#### SUBTIPO COMBINADO Y SUBTIPO DESATENTO CON O SIN SÍNTOMAS DE TIEMPO COGNITIVO LENTO (TCL) EN EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD: ¿DIFERENCIAS EN EL PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA WISC-IV EN PACIENTES NAÍVE?

E. Camprodón Rosanas, R. Nicolau Palou, L. Duñó Ambrós, M. García Giral, S. Andrés, S. Batlle Vila, N. Ibáñez Martínez, X. Estrada Prat, M. Aceña Díaz y L.M. Martín López

**Objetivos:** El TDAH es uno de los trastornos más comunes en la infancia y adolescencia. El DSM-IV (TR) acepta los subtipos: Combinado (C), Desatento (D) e Hiperactivo/Impulsivo. Algunos estudios sugieren la existencia de subgrupos más homogéneos. El constructo TCL ha estado asociado al TDAH-I. Algunos estudios sugieren que puede formar parte de una entidad clínica separada. Otros han encontrado síntomas TCL en grupos clínicos sin TDAH. Validez estadística del TCL está demostrada. El objetivo de este estudio es determinar si existen diferencias entre los perfiles de la WISC IV en los diferentes subgrupos. Encontrar diferencias entre los perfiles del CBCL de Achenbach.

**Metodología:** Estudio multicéntrico. Pacientes seleccionados de los CSMJs Sant Martí y del Hospital Clínico (Barcelona) (N = 57). Rango edad: 7 a 11 años. Tres grupos: TDAH-C (N = 24), TDAH-I (N = 13) y TDAH con síntomas TCL (N = 20). Los síntomas TCL fueron evaluados a través de la media de la escala del CBCL. Se ha diseñado un estudio transversal con finalidad descriptiva. Estudio de: descriptivos estadísticos por edad, género y subgrupos. Pruebas de comparación de medianas a través del análisis de la varianza.

**Resultados:** Se han encontrado síntomas TCL tanto en pacientes TDAH-C como TDAH-I. No existen diferencias significativas entre los perfiles de la WISC-IV. En el CBCL no existen diferencias en la escala de internalización. En la de externalización el grupo TDAH-I muestran puntuaciones más bajas.

**Conclusiones:** Los síntomas TCL están presentes en ambos subtipos de TDAH. Pacientes con síntomas de TCL muestran un perfil neuropsicológico similar al resto de los grupos de TDAH.

#### Bibliografía

1. Garner AA, et al. Dimensions and Correlates of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Sluggish Cognitive Tempo. *J Abnorm Child Psychol*, 2010;38:1097-107.
2. Capdevila-Brophy, et al. Tempo cognitivo lento: ¿Síntomas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad predominantemente desatento una nueva entidad clínica? *Rev Neurol*. 2006;42(supl 2):S127-S34.

#### PO-233

#### PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE TDHA EN PADRES DE NIÑOS CON DICHO DIAGNÓSTICO

N. Casanova Gracia, P. Sanz, G. Riveros, C.H. Gómez, R. Labar, O. Ortega, R. Ortega, B. Granados, M. Zapata y P. Ruiz

**Introducción:** Existe evidencia en el TDHA de marcado componente genético, siendo un trastorno en el que se produce la interacción de varios genes y factores ambientales. Existen estudios familiares que avalan la elevada influencia de los factores genéticos, viéndose que los familiares de primer grado de pacientes con TDHA muestran

un riesgo incrementado de presentar dicho trastorno y siendo mayor el riesgo de padecer el trastorno en hijos de adultos con TDHA.

**Objetivos:** Medir la prevalencia de síntomas TDHA de forma retrospectiva y en la actualidad en progenitores de niños con dicho diagnóstico.

**Metodología:** Se aplicó aleatoriamente la escala WURS y el cuestionario ASRS a 45 progenitores de niños diagnosticados de TDHA en Consultas de Psiquiatría Infantil.

**Resultados:** El 51,1% de los progenitores presentan síntomas TDHA de forma retrospectiva. No obstante, esta cifra disminuye al 20% para síntomas de TDHA en la actualidad. Los padres presentan mayor prevalencia de síntomas TDHA de forma retrospectiva (69,2%) que las madres (43,8%).

**Conclusiones:** Detectar síntomas de TDHA en los padres puede servir de ayuda para optimizar el tratamiento en sus hijos, y apoya la fuerte carga genética que presenta este trastorno. Programas de detección e intervención en padres de niños con TDHA podrían repercutir en una mejor calidad en el tratamiento de este trastorno.

#### Bibliografía

1. Biederman J, Faraone SV, Mick E, et al. High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry*. 1995;152:431-5.
2. Rodríguez-Jiménez R, Ponce G, Monasor R, et al. Validation in the adult Spanish population of the Wender Utah Rating Scale for the retrospective evaluation in adults of attention deficit/hyperactivity disorder in childhood. *Rev Neurol*. 2001;33:138-44.

#### PO-243

#### ESCUELA DE PADRES EN UN CSM PARA TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

M. Pérez García, J.A. Jiménez Barbero, V. Munuera García, M.A. Albacete Belmonte, J.J. García Arenas, J.M. Gabari Ledesma, M. Sánchez Muñoz y R. Sandoval Moreno

**Introducción y objetivos:** Los trastornos del comportamiento en la infancia constituyen un tema de gran interés, por el aumento de prevalencia, complejidad en su abordaje y tratamiento y consecuencias a corto y largo plazo, tanto para el niño como para la sociedad. El objetivo de este trabajo es comprobar la eficacia de un programa psicoterapéutico multidisciplinar basado en la hipótesis de que una modificación del entorno familiar generaría cambios conductuales del niño.

**Metodología:** Se empleó un diseño cuasi-experimental pre-post, no controlado. Se utilizó un cuestionario autoadministrado, el Eyberg Child Behavior Inventory, que mide la externalización conductual. Fue cumplimentado por los padres antes y después del desarrollo del programa. Se realizó una comparación de las puntuaciones medias obtenidas en el pre-test y el post-test, mediante la prueba t de Student. Además se aplicó una encuesta de satisfacción a las familias participantes. Análisis estadístico con SPSS 15.0.

**Resultados:** De las 11 familias que cumplimentaron el pre-test, 9 completaron la intervención (81,8%). La diferencia entre las puntuaciones medias obtenidas en el pre-test y el post-test resultó significativa ( $p < 0,005$ ): 69,27 (IC95%, 60,42-78,12) vs 65,56 (IC95%, 58,93-72,18).

**Discusión y conclusiones:** La Escuela de Padres ha resultado satisfactoria y eficaz al proporcionar una mayor percepción de autoeficacia en el manejo de las conductas externalizantes de los hijos. Este trabajo supondría un paso previo a estudios de mayor relevancia científica. Además contribuiría en la optimización de la economía sanitaria pública, al reducir la demanda asistencial en la red de Salud Mental Infanto-Juvenil.

#### Bibliografía

1. Hidalgo Vicario MI. Trastornos del comportamiento en la adolescencia. Un reto para la prevención. Congreso de SEPEAP. Granada 2006.
2. Ojembarrena Martínez E, Olaskoaga Arrate A, Fernández de Pinedo R. Measurement of the validity of the Spanish version of the ECBI (Eyberg Child Behavior Inventory). *Atención Primaria (SEMFYC)*. 1998;21:65-74.

## PO-250

## CIBERBULLYING: VIOLENCIA EN INTERNET, NUEVAS VÍCTIMAS Y NUEVOS RETOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Sánchez Lorenzo, I. López Saracho, I. Muñoz León, C. Domínguez Martín, S. Geijo Uribe, C. Ímaz Roncero, D. Gómez Pizarro, A. Valle Escalante y A.I. Ledo Rubio

**Introducción:** La violencia no es algo nuevo, ha existido desde siempre, aunque las formas de materialización de la misma han ido evolucionando con el tiempo, ideando nuevas formas de llevarla a cabo y sirviéndose de los mecanismos que los avances tecnológicos les brinda. Una nueva forma de acoso escolar entre alumnos está emergiendo gracias a las posibilidades que las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) abren a los agresores: el Ciberbullying.

**Metodología:** Joven de 16 años en seguimiento en consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil por síndrome ansioso-depresivo reactivo a una situación de acoso en ámbito escolar, llegando a prolongarse en internet a través de una red social (Tuenti).

**Resultados:** Exploración psicológica: CIT: 86. STAIC: Ansiedad-Estado PC 90, Ansiedad-Rasgo PC 90. Diagnóstico: Sistema de Clasificación CIE-10, Multiaxial para Infancia y Adolescencia: Eje: F43.23 Trastorno de Adaptación con alteración predominante de las emociones. Eje Eje V: 6.3 Acontecimientos que producen pérdida de autoestima (Z61.3), 6.5 Experiencias personales atemorizantes (Z61.7), Estrés crónico interpersonal asociado con el colegio: 8.0 Relaciones de disputa con compañeros (Z55.8) (Z56.7); Eje V: 3.

**Conclusiones:** A pesar de que los estudios al respecto son escasos, y que se desconocen empíricamente los efectos derivados de esta forma de acoso tecnologizado, las primeras tentativas al respecto, trasladan los efectos del bullying presencial al virtual. Las consecuencias son negativas tanto para el agresor como para la víctima. En el primero de los casos, se produce una sobrevaloración de la violencia como mecanismo para conseguir sus objetivos, distanciamiento de las normas, conductas pre-delictivas. Más devastadores son los daños que se produce en la víctima, entre las que se pueden citar: dificultades de aprendizaje, fobia escolar, bajo rendimiento, absentismo, estrés, depresión, ansiedad. El efecto más drástico es, sin lugar a dudas, el suicidio.

## Bibliografía

1. Belsey BCyberbullying: An emergency Threat to the always on generation. 2005, <http://www.cyberbullying.ca>
2. Knight N. Cyberbullying. <http://www.cbc.ca/news/background/bullying/cyberbullying.html>

## PO-253

## DIFERENCIAS NEUROANATÓMICAS EN SUJETOS CON TDAH CON BUENA Y MALA RESPUESTA AL METILFENIDATO

A. Moreno, L. Duñó, E. Hoekzema, M. Picado y L.M. Martín

**Objetivo:** El metilfenidato (MFD) es el fármaco de primera elección para tratar el TDAH. No obstante, se ha estimado que un 30% de estos pacientes no responden de manera adecuada<sup>1,2</sup>. Disponer de un indicador que permita predecir la respuesta al MFD en el momento del diagnóstico podría optimizar el tratamiento a seguir y evitar posibles complicaciones. Actualmente no se disponen de marcadores clínicos ni biológicos que permitan distinguir a los pacientes que responderán bien de los que no lo harán. El objetivo de este trabajo se ha dirigido principalmente a evaluar si existen diferencias neuroanatómicas entre estos dos tipos de pacientes.

**Método:** La muestra de este estudio fueron 27 pacientes naïve con TDAH. Se les realizó una RM y al día siguiente de la adquisición iniciaron el tratamiento con MFD. Un mes más tarde se estableció si los pacientes eran buenos o malos respondedores a través de diferentes criterios clínicos. Las imágenes se analizaron con el programa

SPM5. Asimismo, se realizó un análisis por regiones de interés (ROI) del núcleo accumbens y caudado. Para el análisis de las ROI se construyó un modelo estadístico basado en la prueba t para dos muestras independientes para comparar el volumen de sustancia gris de ambos núcleos entre los dos grupos. A dicho modelo se le aplicó una corrección Family-Wise Error (FWE).

**Resultados:** 16 pacientes mostraron una buena respuesta al MFD y 11 no lo hicieron. En el análisis por ROIs del VBM, los buenos respondedores presentaron una mayor concentración de sustancia gris en la cabeza de ambos núcleos caudados (coordenadas derecho: 14 10 10; T = 3,26; p < 0,05; coordenadas izquierdo: -13 12 8; T = 3,29; p < 0,05) y en el cuerpo del caudado derecho (coordenadas: 16 4 16; T = 3,25; p < 0,05), así como una mayor concentración en el núcleo accumbens derecho (coordenadas: 10 6 -12; T = 3,31; p < 0,05).

**Conclusiones:** Estos resultados apoyan la hipótesis de que estas dos estructuras parecen estar implicadas en la fisiopatología del TDAH, así como su implicación en la respuesta al tratamiento farmacológico. Estos datos podrían ser de gran utilidad para determinar un fenotipo neuroanatómico que permitiera diferenciar a los pacientes buenos y malos respondedores al MFD en el momento del diagnóstico.

## Bibliografía

1. Grizenko, B. Kovacina, L. Ben Amor, G. Schwartz, M. Ter-Stepanian, R. Joober. Relationship between response to methylphenidate treatment in children with ADHD and psychopathology in their families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2006;45:47-53.
2. M. Ter-Stepanian, N. Grizenko, M. Zappitelli, R. Joober. Clinical response to methylphenidate in children diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and comorbid psychiatric disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2010;55:305-12.

## PO-281

## EVALUACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTO-JUVENIL A TRAVÉS DEL YOUTH SELF-REPORT

M. Paino, E. Fonseca Pedrero, S. Lemos Giráldez y J. Muñiz

**Introducción y objetivos:** El Youth Self Report (YSR) es un autoinforme ampliamente utilizado para la valoración de la psicopatología infanto-juvenil. El principal objetivo de este trabajo fue examinar la estructura dimensional e invarianza de medición del YSR en función del sexo y la edad.

**Metodología:** La muestra final la formaron un total de 4868 adolescentes no clínicos (47,6% chicos), con una edad media 14,6 años (DT = 1,6). Para la evaluación de la sintomatología emocional y comportamental se utilizó el autoinforme YSR en su adaptación al español (Lemos et al, 2002).

**Resultados:** Estos indican que el modelo dimensional propuesto por Ivanova et al. (2007) de ocho síndromes correlacionados presentó adecuados índices de bondad de ajuste para la muestra total, así como en función del sexo y la edad; dicho modelo se ajusta razonablemente bien a los datos en todos los grupos, a excepción del grupo de 15-18 años de edad. El Índice de Ajuste Comparativo (CFI) y el Índice de Tucker-Lewis (TLI) fueron de 0,90, y el valor RMSEA (error cuadrático medio de aproximación) fue de 0,06. Todas las cargas estandarizadas estimadas fueron estadísticamente significativas, tanto para la muestra total como por sexos y edades, oscilando entre 16 y 0,90. Asimismo, este modelo dimensional hipotetizado se mostró invariante en función del sexo y la edad de los participantes. La comparación de las medias latentes entre hombres y mujeres en los ocho síndromes del YSR reveló diferencias estadísticamente significativas (p < 0,001); las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones en todas las dimensiones del YSR, excepto en la Conducta de ruptura de reglas. Con respecto a la comparación de las medias latentes en función del grupo de edad, también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (p < 0,001); en este caso, el grupo de 15 a 18 años de edad obtuvo mayores puntuaciones que el grupo de menor edad (11-14 años) en todos los síndromes del YSR,

a excepción de la dimensión Quejas somáticas, donde no hubo diferencias estadísticamente significativas.

**Discusión y conclusiones:** Los resultados parecen apoyar la consistencia y la replicabilidad del modelo de ocho dimensiones o síndromes correlacionados propuesto por Ivanova et al (2007). Estos datos permiten profundizar en las clasificaciones psicopatologías basadas en estrategias empíricas. Futuros estudios deberían comprobar si dicha taxonomía de ocho síndromes correlacionados se muestra invariante en función de la cultura.

#### Bibliografía

1. Lemos S, Vallejo G, Sandoval M. Estructura factorial del Youth Self-Report (YSR) [Factorial structure of the Youth Self-Report]. *Psicothema*. 2002;14:816-22.
2. Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA, et al. The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *J Consult Clin Psych* 2007;75:729-38.

### PO-311

#### SÍNDROME DE VÓMITOS CÍCLICOS

A.M. García Herrero, D.N.M. Sánchez, M. Infante Sánchez de Lugarnuevo, J. Álvarez, P. Asensio y F.A. Pérez Crespo

**Introducción y objetivos:** Se trata de un trastorno gastrointestinal funcional caracterizado por episodios de vómitos recurrentes separados por intervalos de normalidad, no encontrándose una causa orgánica que los justifique.

**Metodología:** Se realiza una revisión bibliográfica acerca de este cuadro mediante una búsqueda, utilizando bases de datos médicas como Medline. Se describe un caso clínico con análisis de los posibles diagnósticos diferenciales.

**Resultados:** Cuadro funcional con etiología desconocida. Se habla de una alteración en el eje cerebrointestinal. El organismo responde de forma exagerada con sus mecanismos de defensa (náuseas y vómitos) ante determinados estímulos como el estrés. Cinco veces más prevalente que la enfermedad celiaca. Afecta a un 2% de niños en edad escolar y preescolar. La media de edad es 3 a 7 años. Más frecuente en sexo femenino. Episodios intensos y recurrentes de náuseas y vómitos con inicio y final bruscos. Más frecuentes por la noche. Duración media entre 1-4 días. En la mayoría de casos se inician ante infecciones o estrés. Factores psicológicos no resueltos. Complicaciones médicas y sociofamiliares. Prevalencia 10 veces mayor de epilepsia y en un 11% de casos, cefaleas migrañas. Impacto físico y emocional que puede causar problemas de comportamiento. El perfil de personalidad más frecuente es competitivo, agresivo, moralista, dedicado, entusiasta. Es importante un adecuado diagnóstico diferencial. Se desconoce el tratamiento idóneo. Tratamiento sintomático.

**Conclusiones:** Se trata de un síndrome relativamente frecuente. De origen funcional. Con implicaciones psicológicas muy importantes. Se desconoce su etiología, patogenia, marcadores de laboratorio o tratamiento eficaz, por lo que necesita seguir siendo estudiado. Es un trastorno enigmático dentro de la Pediatría y Psiquiatría infantil.

#### Bibliografía

1. Rivas D, Fragozo T. Síndrome de vómitos cílicos. *Rev Cubana Pediatr*. 2007;79(3).
2. Kenny P. Síndrome de vómitos cílicos; un enigma pediátrico vigente. *Pediatría y Psiquiatría infantil*. *Arch Arg Pediatr*. 2000;98(1).

### PO-432

#### ANÁLISIS DE LA DEMANDA POR TDAH EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

S. Lou Mur, S. Alcalde Palacios, T. Burbano Hernández y P. de la Viña Guzmán

**Introducción y objetivos:** El TDAH es el problema psiquiátrico más importante en la edad escolar. Causa disfunciones para el niño, la fa-

milia y la sociedad. Los servicios de salud mental se saturan con demandas crecientes por este trastorno, esto justifica su análisis para determinar: características sociodemográficas, diagnósticos definitivos e intervenciones terapéuticas en salud mental infanto-juvenil.

**Metodología:** Se analizó la totalidad de los casos (42) derivados por sospecha de TDAH al equipo de infanto-juvenil durante 2010. Sin incluir casos con un diagnóstico previo confirmado por especialista. Variables estudiadas: mes de derivación, quién la sugiere, tratamiento previo, tratamiento en salud mental, antecedentes familiares, medio rural-urbano y diagnóstico definitivo. Realizamos un estudio descriptivo mediante la herramienta informática SPSS.

**Resultados y conclusiones:** 21,43% de las derivaciones en mayo, 17,86% en septiembre y 14,29% en noviembre. Meses de evaluaciones escolares y comienzo de curso. El trastorno sigue viéndose como un problema escolar básicamente. Edad media de los pacientes es de 10 años, posiblemente en muchos casos no existe un diagnóstico temprano. 85,71% eran varones, posible infradiagnóstico en niñas. Sólo 14,29% detectados y derivados a instancia de atención primaria. Un 7,14% llevaban ya un neuroleptico pero ninguno un correcto tratamiento. 71,43% mejoraron con tratamiento psicológico y de apoyo al niño y familia. Un 17,86% requirió psicofármacos. Sólo 32,14% presentaban antecedentes familiares de psicopatología. Rasgos de impulsividad, hiperactividad e inatención estaban en mayor proporción en las familias. 53,57% provenían del medio urbano. Al 25% se les confirmó el diagnóstico de TDAH. En un 14,29% se descartó la psicopatológica. Un 10,71% diagnosticados de T. negativista-desafiante.

#### Bibliografía

1. Quintero Gutiérrez del Álamo FJ. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad a lo largo de la vida. Barcelona: Elsevier Masson, 2009.
2. Lasa Zulueta A. Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el TDAH. Servicio Central de Publicaciones del País Vasco, 2010.

### PO-440

#### ¿OBSESIOS MALIGNOS? A PROPÓSITO DE UN CASO

S. López Quintela, E. Aragolaza Bernal, M. Sánchez García y M. Bengoetxea Archanco

**Introducción:** Se define al TOC como un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones tan recurrentes y graves como para provocar pérdidas de tiempo importantes, deterioro de la actividad general o malestar significativo. La presencia de éste en niños y adolescentes presenta un curso crónico y desadaptativo. Existe un grupo de pacientes donde coexiste con sintomatología psicótica dificultando su diagnóstico y tratamiento, combinándose el uso de antipsicóticos, y otros fármacos antiobsesivos junto con técnicas cognitivo-conductuales.

**Objetivos:** Presentar el caso clínico de un adolescente portador de un trastorno obsesivo compulsivo de probable rango psicótico.

**Metodología:** Niño de 12 años, a seguimiento psicológico por T. de conducta desde hace 5 años y tratado con metilfenidato LP 36 mg/día, desde entonces, sin control por salud mental. Padres separados hace 9 años. Situación familiar conflictiva. Dificultad en el rendimiento escolar y en socialización, hiperactividad en domicilio, contacto extraño, perplejidad, latencia de respuestas, bradipsiquia, estereotipias motoras (movimiento de cejas, gestos faciales), rigidez cognitiva, pensamiento mágico, ideas obsesivas, rituales y enlentecimiento en las tareas diarias.

**Resultados:** El paciente actualmente continúa en seguimiento en consultas, se ha retirado el metilfenidato, tras lo cual mejora parcialmente el cuadro clínico. Por otra parte, recientemente se ha comenzado tratamiento con risperidona 1 mg/día, con aparente buena evolución.

**Conclusiones:** A través del caso expuesto podemos observar las dificultades diagnósticas y de tratamiento en los casos de niños con

trastorno de conducta, de modo que un plan terapéutico desacertado puede conllevar una evolución menos favorable del cuadro clínico.

#### Bibliografía

1. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
2. Loyzaga Mendoza C. Una aproximación al trastorno obsesivo compulsivo con síntomas psicóticos. Psicología Iberoamericana.

#### PO-443

#### ALUCINACIONES AUDITIVAS EN PACIENTE CON CAVERNOMA

M.J. Louzao Martínez y S. Maceda García

**Introducción:** Presentamos el caso clínico de una adolescente de 17 años con alucinaciones auditivas simples y complejas de dos meses de evolución y etiología no clara. Refiere escuchar voces y sonidos inespecíficos, sin interpretación delirante y con juicio crítico preservado, acompañándose el cuadro de síntomas neurológicos. Embarazo, parto y desarrollo normales, exceptuando una crisis convulsiva generalizada a los 10 años. Estudia 2º de bachillerato. Los padres informan de un buen rendimiento académico previo, empeorando tras la aparición de las alucinaciones por dificultades para concentrarse y una fuerte presión en la cabeza.

**Metodología:** Se realizan las siguientes pruebas: Resonancia magnética (RM) cerebral, electroencefalograma (EEG), WAIS-III y el Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WCST).

**Resultados:** El EEG muestra un trazado dentro de la normalidad. En la RM cerebral aparece una lesión nodular de 8 mm a nivel parietal derecho compatible con cavernoma. Tanto el WAIS-III como el WCST muestran un claro déficit a nivel cognitivo, con puntuaciones muy por debajo de la media establecida para su edad en casi todos los índices evaluados (velocidad de procesamiento, memoria de trabajo y organización perceptiva). La puntuación en el CI total es de 72 (CIV = 80, CIM = 70). Las pruebas relacionadas con la inteligencia cristalizada aparecen más preservadas, siendo la inteligencia fluida la más afectada, especialmente en lo relacionado con las funciones ejecutivas (el rendimiento en el WCST es muy inferior al esperado para su edad). A pesar de que los padres refieren un buen ajuste previo, un informe realizado hace 10 años revela dificultades académicas y en la relación social, con una puntuación en el WISC-III muy baja.

**Conclusiones:** La evolución clínica, la buena respuesta al tratamiento con neurolepticos y el déficit cognitivo actual y previo parecen confirmar la existencia de un trastorno psicótico.

#### PO-464

#### HISTERIA INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Tatay Manteiga, A. Castillo Ramón y R. Calabuig Crespo

**Introducción:** La sintomatología ansiosa en la población infantil puede encontrarse de manera más específica en forma de ansiedad de separación, terrores nocturnos o enuresis y, más inespecíficamente, en forma de somatizaciones (cefaleas, molestias digestivas). Sin embargo son menos habituales los síntomas neurológicos, como pseudocrisis convulsivas o trastornos del movimiento y de la marcha. Por ello su diagnóstico y abordaje resulta complejo e interesante.

**Objetivos y metodología:** Poner de relieve la sintomatología neurológica en la infancia mediante la revisión de un caso clínico de histeria infantil.

**Resultados:** Niña de 10 años que acude a urgencias pediátricas del hospital por crisis tónico-clónica. Se ingresa para estudio. Se inicia tratamiento con ácido valproico y posteriormente con levetiracetam, sin encontrar mejoría. Fuera de las crisis, la exploración física no revela anomalías. Las exploraciones complementarias (analítica completa, resonancia magnética cerebral, enelectroencefalograma (EEG) y video-EEG no objetivan la etiología de las crisis.

Estas se repiten a lo largo del ingreso y durante los dos meses siguientes, con una frecuencia de 2 a 10 crisis diarias. Son muy variadas, con resolución en segundos, nunca comprometen la integridad física de la paciente y algunas presentan marcada teatralidad, con muecas y sonidos guturales. Destaca la "belle indifférence" que presenta la paciente con respecto a lo aparatoso de sus crisis. Se diagnosticó de trastorno conversivo. Se inició tratamiento con ansiolíticos y psicoterapia individual y familiar, obteniendo una mejoría parcial.

**Conclusiones:** Este caso ilustra la peculiaridad de la sintomatología neurótica en la población infantil, con retraso en el diagnóstico así como la complejidad a la hora de su abordaje psicoterapéutico.

#### Bibliografía

1. Myquel M. Hysteria in children. Rev Prat. 1995;45:2547-9.
2. Goodyear I. Hysterical conversion reactions in childhood. J Clin Psychol Psychiatry. 1981;22:179-88.

#### PO-506

#### PERSISTENCIA DE CLÍNICA EN LA EDAD ADULTA DEL TDAH. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

C. Moreno Menguiano, M.J. Guerre Lobera, A. de Cós Milas y P. Lapastora de Mingo

**Introducción:** Se trata de un trastorno de origen multifactorial (factores genéticos, ambientales) con una prevalencia estimada en la población general adulta que alcanza el 3-4% (3-5%). Según estudios prospectivos un porcentaje de niños (en torno a un 25%) continúan presentando síntomas del trastorno en la edad adulta, aunque en algunos de ellos estos no son suficientes para cumplir los criterios previstos en el DSM IV. Los síntomas que más persisten con impulsividad e inatención. A pesar de que la clínica no es muy llamativa si producen merma de la funcionalidad de estos individuos.

**Metodología:** Realizamos una revisión bibliográfica de los últimos 10 años en revistas de impacto sobre el curso del TDAH a lo largo de la vida. Para ilustrar dicha revisión se plantean tres casos como ejemplo de las posibles presentaciones del trastorno en la edad adulta.

**Conclusiones:** De entre el conjunto de síntomas que caracterizan al TDAH (déficit de atención, hiperactividad, impulsividad) en la edad adulta solemos encontrar un predominio de síntomas de inatención, que generan importantes dificultades en la vida diaria, fundamentalmente a nivel laboral. La hiperactividad en los adultos suele traducirse en una sensación de inquietud interior, mientras que la impulsividad permanece y es con mucha frecuencia el motivo de consulta. Tanto el estudio Milwaukee como el estudio UMASS sugieren que los síntomas que mejor describen el TDAH en el adulto son la impulsividad, la falta de concentración, los problemas de memoria y organización en el trabajo y la distraibilidad.

#### PO-512

#### MI HIJA ESTÁ ENFERMA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE MUNCHAUSEN POR PODERES

E. Pérez Vicente, P. Corte de Paz, M.D. López García, C. Maestro Martín, E. Manrique Astiz y C.I. Lacunza Juangarcía

**Introducción:** El síndrome de Munchausen por poderes (SMP) constituye una particular forma de maltrato en la infancia. Con frecuencia es la madre la que produce o finge intencionadamente en sus hijos signos y/o síntomas casi siempre somáticos y en menos ocasiones psicológicos, con el objeto de asumir el papel de madre de niño enfermo.

**Objetivos:** Presentar posible caso de SMP y discutir las dificultades diagnósticas y terapéuticas en esta patología.

**Metodología:** Revisamos la historia clínica: Niña de 11 años, con antecedentes psiquiátricos desde los 3 años, diagnosticada de Trastorno de ansiedad de separación y Trastorno alimentario de la infan-

cia no especificado. Hasta los 8 años siguió tratamiento farmacológico, y deja de acudir a consulta, reiniciando éstas tres años más tarde. En ese momento es remitida al departamento de Psicología Clínica por referir la madre idéntica sintomatología a la inicial. En su historia familiar destaca inicio de sintomatología similar en su hermano al mismo tiempo que la paciente, así como consulta psiquiátrica en la madre y terapia de pareja en los padres. Revisando los antecedentes orgánicos se encuentran numerosas consultas en distintos especialistas tanto de la paciente, hermano y madre.

**Resultados:** Exponemos la intervención psicoterapéutica realizada y las pautas de actuación sugeridas en la literatura.

**Conclusiones:** El SMP suele pasar desapercibido durante meses e incluso años. Debido a su difícil diagnóstico y a que constituye una forma de maltrato infantil de alto riesgo, debería considerarse en todo niño que ha sufrido múltiples consultas, estudios hospitalarios así como la presencia de patología persistente que responda mal a tratamiento.

#### Bibliografía

1. López Rico M, Jiménez Hernández JL. Trastornos facticios en pediatría. Síndrome de Munchausen por poderes. Ediciones Universidad de Salamanca, 2005.
2. De la Cerdá Ojeda F, Goñi González T, Gómez de Terreros I. Síndrome de Munchausen por poderes. Cuad Med Forense. 2006;12(43-44).

#### PO-540

#### SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE

M. Sánchez García, S. Otero Cuesta, E. Aragolaza Bernal, M.R. Bengoechea Archanco, P. Suárez Pinilla, S. López Quintela y B. Navarro Legorburu

**Introducción:** Estudio de varón de 14 años ingresado en Servicio de Pediatría por pérdida progresiva de peso, falta de apetito, astenia, dificultades en la concentración para el estudio, problemas de insomnio y fatiga excesiva en el deporte con dificultades para la recuperación. Abdominalgia tras ingestas. Sin antecedentes personales ni familiares de interés. Cuadro gripal con fiebre alta y encamamiento durante dos semanas en los tres meses previos al ingreso.

**Objetivos:** Realizar diagnóstico diferencial entre trastorno de conducta alimentaria, dermatomiositis, episodio depresivo y sd. de fatiga crónica.

**Metodología:** Pruebas analíticas, pruebas de imagen, resonancia magnética cerebral, biopsias intestinal, gammagrafía ósea, EMG, estudio en unidad de salud mental infanto-juvenil en HUMV. Diagnóstico clínico según criterios de Oxford de sd. de fatiga crónica. Descarte de causa orgánica y de otra psicopatología que justifique la clínica.

**Resultados:** Diagnóstico de sd. de fatiga crónica en remisión total. No se aplicó tratamiento farmacológico. Plan terapéutico: Contrato de mínimos progresivo con el paciente e intervención con familia.

**Conclusiones:** Revisión de la posibilidad de incluir el sd. de fatiga crónica como entidad diagnóstica independiente en los manuales actuales. Importancia del diagnóstico en niños y adolescentes.

#### Bibliografía

1. Clinical Child Psychology and Psychiatry. SAGE, 2006. vol. 11(1). p. 126-38.
2. Kapplan, Sadock. Sinopsis de Psiquiatría.

#### PO-558

#### ¿CUÁNDO LLUEVEN CARAMELOS? TRASTORNO BIPOLAR EN LA INFANCIA

M. Ribeiro Fernández, V. Basterra Gortari, O. Mentxaka Solozabal, M. López Larek y W. Bendezu

**Introducción y objetivos:** Las primeras descripciones sobre la manía infanto-juvenil se dieron en el siglo II d.C. Posteriormente

fueron detalladas por Kraepelin, Bleuler y Esquirol. Sin embargo, los trastornos del ánimo de inicio temprano suelen ser infradiagnosticados, aún cuando suponen un efecto negativo de cara al crecimiento y desarrollo del paciente. De hecho, el trastorno bipolar en la infancia y adolescencia se manifiesta con una presentación atípica con respecto al de inicio en la edad adulta. Destacan las alteraciones del comportamiento y clínica psicótica.

**Metodología:** Describir, a través de un caso real, el inicio y evolución de una paciente con trastorno bipolar de debut en la infancia. Se trata de una paciente de 14 años que, durante tres años de seguimiento, precisa de 12 ingresos debido a las dificultades de estabilización psicopatológica.

**Resultados:** El trastorno bipolar es una enfermedad crónica y recurrente que se asocia a unas elevadas tasas de morbilidad y a deterioro en el entorno familiar, social y escolar.

**Conclusiones:** El diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar de inicio temprano precisa de un enfoque completo. Resulta esencial un tratamiento psicosocial y farmacológico integral, con el fin de mejorar el pronóstico del paciente a largo plazo.

#### Bibliografía

1. Wiener JM, Dulcan MK. Tratado de Psiquiatría de la infancia y adolescencia. Barcelona: Masson, 2006.
2. Sadock BJ. Comprehensive textbook of Psychiatry, 8<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams and Wilkins.

#### PO-575

#### PSICOPROFILAXIS DE LA ADICCIÓN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

M. López Rico, D. Ballesteros Sanz y J.L. Jiménez Hernández

**Introducción y objetivos:** Las conductas compulsivas observadas en la infancia y adolescencia respecto de la alimentación, consumo de sustancias, abuso a los videojuegos y a las redes de contacto en Internet, están en la base del riesgo futuro de una enfermedad adictiva en el adulto. En el presente trabajo se trata de plantear un programa de información e intervención psico-profiláctica para padres, profesores y adolescentes, así como de definir los aspectos que se muestran comunes en este tipo de comportamientos con objeto de planificar un abordaje terapéutico apropiado que prevenga la consolidación futura de estas conductas en una verdadera adicción.

**Metodología:** Se muestra la coordinación realizada en nuestro distrito para prevenir riesgos adictivos en colegios e institutos y se estudian y comparan las características y evolución de un varón de 14 años de edad con conductas compulsivas de video-juego sin otra psicopatología asociada y una adolescente de 16 años que había desarrollado un uso abusivo de Internet, co-mórbido con un Trastorno de la conducta alimentaria.

**Resultados:** Ambos cumplían criterios de riesgo para los comportamientos compulsivos descritos. Mientras que el primero evolucionó sin más problemas con una buena respuesta al programa de prevención comunitaria y al tratamiento psicoterapéutico individual en forma de terapia cognitivo-conductual de breve duración, la segunda precisó la utilización de psicofármacos, terapia de grupo y una intervención mucho más activa con su grupo familiar para resolverse.

**Conclusiones:** Dada la dificultad de predecir a priori la evolución de las conductas compulsivas objeto del estudio, resulta fundamental la psico-profilaxis y el tratamiento para evitar en lo posible su consolidación futura.

#### Bibliografía

1. Griffiths M. Risk factors in adolescence: the case of gambling, videogame playing and the Internet. J Gambl Stud. 2000;16:199-255.
2. Hawkins JD. Results of a Type-2 Transnational Research Trial to prevent Adolescent drug use and delinquency. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163: 789-98.

## PO-581

**EXACERBACIÓN DE TICS INDUCIDA POR DOSIS BAJAS DE FLUOXETINA EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE Y TOC**

D. Gutiérrez Castillo, A. González Moreno y E. Avanesi Molina

**Introducción:** Es frecuente la asociación comórbida entre el síndrome de Gilles de la Tourette y el Trastorno obsesivo compulsivo (TOC). El tratamiento farmacológico recomendado consiste en el uso de antipsicóticos y antidepresivos los ISRS, a dosis más altas que las habituales en depresión. Cabe destacar que la incidencia de exacerbación de tics por uso de ISRS es mínima.

**Metodología:** Usamos el método clínico mediante la exposición y análisis de un caso.

**Resultados:** Varón de 16 años, diagnosticado de Síndrome de Gilles de la Tourette, que había recibido múltiples tratamientos sin clara mejoría. A su llegada la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) tenía como tratamiento haloperidol, topiramato y tetrabenazina, sin embargo se mantenían los tics motores complejos y verbales. Redujimos el tratamiento hasta la suspensión e iniciamos pimozida a dosis de hasta 4 mg/día con desaparición casi completa de los tics. Se diagnostica TOC comórbido y se inicia tratamiento con 10 mg/día de fluoxetina, con el objetivo de aumentar hasta dosis óptima. Al segundo día de la toma del ISRS se produce un incremento de tics motores, agravándose en los dos días siguientes y añadiéndose a éstos tics verbales. Se suspende el tratamiento en el quinto día, consiguiéndose la desaparición de los tics seis días después. Los padres nos relatan un episodio similar dos años antes por el uso de sertralina, también a dosis bajas. Al descartar el uso de antidepresivos hemos iniciado tratamiento con clonazepam y se ha mantenido la pimozida y la psicoterapia.

**Conclusiones:** Este caso nos muestra que, aunque el riesgo de exacerbación de tics sea mínimo con el uso de ISRS, hay pacientes donde esto supone un importante freno en el tratamiento del TOC comórbido con el síndrome de Gilles de la Tourette, siendo necesario adoptar alternativas terapéuticas que no arrojan tan buenos resultados.

## PO-582

**USO DE PALIPERIDONA EN UN ADOLESCENTE CON TRASTORNO PSICÓTICO**

D. Gutiérrez Castillo, M.I. Osuna Carmona y A. González Moreno

**Introducción:** En las psicosis infantojuveniles el uso de psicofármacos con indicación es muy limitado y algunos de ellos conllevan un gran número de efectos secundarios.

**Metodología:** Mostramos el uso de paliperidona, en un caso de psicosis de un adolescente, con buenos resultados de eficacia y seguridad.

**Resultados:** Chico de 14 años que ingresó en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental de Adolescentes por un intento autolítico mediante disparo con arma de fuego. El paciente no tenía antecedentes significativos, no consumía tóxicos y cursaba estudios de ESO. Desde un año y medio antes del ingreso presentaba un cuadro de aislamiento social y disminución muy acusada del rendimiento escolar, sensaciones de extrañeza que no sabía explicar, refería que sus amigos se comunicaban con él mediante telepatía, presentaba falsos reconocimientos, ideación delirante megalomaníaca, alucinaciones auditivas, discurso desorganizado, suspicacia, fenómenos de difusión del pensamiento e insomnio. Se ingresó e inició tratamiento con paliperidona 3 mg/día y cloracepato dipotásico 30 mg/día. Cedieron la angustia, la suspicacia y las sensaciones extrañas, pero persistían las alucinaciones y las ideas delirantes, que fueron perdiendo fuerza al aumentar la paliperidona a 6 mg/día, no así los fenómenos de difusión del pensamiento, por lo que se aumentó el antipsicótico a 9 mg. Mejoró sustancialmente el insight. Tras 3 se-

manas de ingreso fue dado de alta con diagnóstico de Trastorno psicótico no orgánico sin especificación (F29 de la CIE 10). Dos meses después desaparecieron los síntomas psicóticos, manteniendo un buen insight; retomando satisfactoriamente las relaciones sociales e incorporándose al colegio.

**Conclusiones:** Con este caso mostramos el uso de paliperidona en psicosis en población adolescente y los beneficios de ésta no sólo por la baja tasa de efectos secundarios o la reducción significativa de los síntomas sino en la recuperación social y escolar de este paciente.

## PO-612

**EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN PADRES CON NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO MENTAL.****ESTUDIO PILOTO DE APLICACIÓN GRUPAL DE UN PROTOCOLO BREVE DE TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO**

N. Martínez-Martin y D. Padilla Torres

**Objetivos:** 1) Analizar la utilidad de un protocolo grupal de actuación de terapia de aceptación y compromiso para reducir la evitación de emociones desagradables en padres, en el contexto de la interacción con conductas problemáticas de sus hijos; 2) Aumentar un repertorio de actuaciones más eficaces para el abordaje de los problemas infantiles.

**Metodología:** Participan 19 padres con hijos que acuden a consulta externa de Salud Mental. Inclusión: Presentar un estilo de interacción autoritario o evitador, y alta puntuación en el Cuestionario Parental de Aceptación y Acción (PAAQ). Tratamiento grupal: 5 sesiones semanales y una revisión mensual, dirigido a aumentar los comportamientos efectivos de comunicación, mejorar las habilidades de manejo de situaciones difíciles y promover el distanciamiento de emociones negativas.

**Resultados:** Análisis mediante modelo lineal general de medidas repetidas para cada uno de los factores del PAAQ y de la puntuación total en tres tiempos (antes y después del tratamiento y al mes de seguimiento). Para el factor de Inacción, con una corrección Greenhouse-Geisser-  $F1,47:26,53 = 5,24$  ( $p < 0,05$ ) y una potencia estadística = 0,70. Para el factor de "No disposición", no existen diferencias significativas, no obstante si existe diferencias entre la medida pre y post tratamiento. En la medida Total, hay diferencias significativas mantenidas al mes de seguimiento. Con una corrección Greenhouse-Geisser-  $F1,35:27,17 = 7,32$  ( $p < 0,05$ ) y una potencia estadística = 0,82.

**Conclusiones:** La intervención en ACT promueve cambios en conductas de control parental rígidas, promoviendo un acercamiento más útil en las conductas problemas de sus hijos.

**Bibliografía**

1. Luciano C, Hayes SC. Experiential avoidance disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2001;1:109-57.
2. Luciano C, Valdivia Salas S, Gutiérrez Martínez O, Ruiz FJ, Páez Blarrina M. Brief acceptance-based protocols applied to the work with adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2009;9:237-57.

## PO-632

**PREVALENCE OF RISK BEHAVIOURS AMONG ADOLESCENTS. EPIDEMIOLOGICAL DATA FROM AN ITALIAN SAMPLE**

M. Iosue, V. Carli, F. Basilico, M. D'Aulerio, A. di Domenico, L. Recchia y M. Sarchiapone

**Objectives:** Suicidal thoughts and at-risk behaviors are common in adolescence, although they are often underestimated (Brent et al, 1999; Shaffer et al, 2004). Different studies have demonstrated the existence of several risk factors, such as mental health problems, substance abuse, having unprotected sex, associated with suicidal behaviors in adolescence.

**Methodology:** 1,195 (mean age 15.3 ± 0.6; 68% females) students from high schools of Molise region underwent a questionnaire for evaluating different healthy and unhealthy behaviours, as well the presence of mental health problems or suicidal ideation.

**Results:** 48.4% of the sample has smoked cigarettes, the average number of cigarettes smoked per day during the previous 6 months is 4.05 ± 6.1 and 45.8% has smoked the first cigarette when he was 13 years old or younger. About alcohol consumption, 12.5% of our sample drink alcohol 2 times a week or more; of them, 39.2% bought it and 25.6% got it from a friend. 8.0% has used some kinds of drugs lifetime and 7.1% has used marijuana or hashish. 24.8% had sexual intercourse at least once in their life, but of them 17.6% used condom rarely or never.

**Conclusions:** Choosing to use alcohol, drugs and tobacco, to have unprotected sexual intercourses and other unhealthy behaviors increase the risk of developing health problems in adulthood. Further analysis will clarify which factors are associated with the establishment of such kind of behaviors and will lead to effective and culturally adapted preventive program.

#### Bibliografía

1. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sexrelated risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999.
2. Shaffer D, Scott M, Wilcox H, Maslow C, Hicks R, Lucas CP, et al. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004.

#### PO-633

#### INTERVENTION STRATEGIES IN TRUANCY PREVENTION PROGRAMS: AWARENESS AND PROFESSIONAL SCREENING METHOD IN WE-STAY PROJECT

M. D'Aulerio, V. Carli, M. Iosue, F. Basilico, A. di Domenico, L. Recchia y M. Sarchiapone

**Objectives:** Truancy is a not isolated act; it leads to a negative impact on the individual and societal level as whole. Literature has shown that truancy negatively affects almost every aspect in life, including physical and mental health, social and economic conditions. Thus, prevention of truancy can be considered a health promoting activity.

**Methodology:** WE-STAY is program for mental health promotion and truancy prevention aimed to European adolescents. It is funded under the VII European Framework and developed by a consortium of 10 countries. It involves recruitment of 9,600 pupils, 1,600 for six countries. In the WE-STAY there are three types of different intervention programs. The awareness intervention will be dedicated to increasing consciousness about psychological factors associated to truancy. The intervention of truancy-screen will be dedicated to a screening of students at risk through an assessment on the some specific questions from the baseline questionnaire. The students who exceed the cut-off values will be contacted either by the clinical interviewer or the "facilitator" to set up an appointment for an interview with the adolescent.

**Conclusions:** Truancy is often related to mental health problems, such as somatic complaints, anxious/depression, delinquent and aggressive behaviour, internalising problems (Steinhausen et al, 2008), and to at-risk behaviours such as alcohol and drug use with truancy (McCara 2004). Moreover, through the implementation of WE-STAY is possible to evaluate outcomes of different preventive programs and to recommend effective culturally adjusted models for preventing truancy and promoting mental health of adolescents.

#### Bibliografía

1. McAra L. Truancy, school exclusion, and substance misuse, Edinburgh Study of Youth Transitions and Crime Research Findings, 2004.
2. Steinhausen HC, Muller N, Metzke CW. Frequency, stability and differentiation of self-reported school fear and truancy in a community sample, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2008.

#### PO-646

#### CASO CLÍNICO: PSICOSIS INFANTIL

J. Monzón-Díaz, E. García-Parra, O. Herreros, B. Rubio, F. Trujillo-Carrillo, M. Salinas-Muñoz, V. Barrau, M. Henry-Benítez, J.P. Girbau-Ronda y R. Gracia-Marcó

**Objetivos:** El término "psicosis infantiles" constituye un grupo de trastornos de etiología y clínica muy dispares, que a lo largo de los años se han ido describiendo bajo formas muy diversas. Aunque poco frecuente, las alteraciones psicóticas durante la infancia (psicosis infantiles) tienen graves consecuencias en el desarrollo personal del niño o del adolescente tanto por la gravedad de la propia enfermedad como por momento evolutivo en que aparecen.

**Metodología:** Mediante este trabajo basado en un caso clínico evaluado en la Unidad de Psiquiatría Infantil, junto con una revisión clínica a partir de artículos publicados en la literatura médica de los últimos años pretendemos llamar la atención sobre esta patología y más concretamente en las formas progresivas o insidiosas.

**Resultados:** Si consideramos la esquizofrenia de origen en la infancia y la adolescencia, la mayoría de los autores insisten en que los signos clínicos prodromicos de la esquizofrenia, podrían constituir signos precoces inequívocos de la enfermedad, cuya aparición sería muy anterior al desarrollo del primer episodio de psicosis. El síndrome alucinatorio es raro antes de los 8 años, teniendo las alucinaciones en el niño una mayor simplicidad y menor sistematización.

**Conclusiones:** Las alucinaciones exigen un preciso diagnóstico diferencial con otros tipos de ilusiones y pseudopercepciones sin que su presencia implique por sí mismas un estado esquizofrénico. A lo largo de la evolución pueden presentarse síntomas como el aislamiento social, conductas e ideas extravagantes, abandono de la higiene y apariencia corporal, afectividad insulta e inapropiadas, experiencias perceptivas inusuales, funcionamiento cognitivo inconsistente, irregularidad en la evolución longitudinal, lo que confiere una gran dispersión de resultados en la exploración de pacientes.

#### Bibliografía

1. Tesouro M. Edad y formas de inicio de la esquizofrenia infantil. *Rev Psiquiatría Infantojuvenil*. 1993(1):50-5.
2. Conde V, Blanco JA. Esquizofrenias. Barcelona: Doyma, 1997.

#### PO-654

#### ESTUDIO DE DETECCIÓN DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

A. de Cós Milas, M.J. Güerre Lobera, S.M. Bañón González, A. Frade Ciudad, L. Ruíz de la Hermosa Gutiérrez, M. Pérez Fidalgo y P. La Pastora de Mingo

**Introducción:** La patología en relación al sueño no es por sí misma un motivo de consulta frecuente en las derivaciones a Salud Mental. Sin embargo los problemas del sueño aparecen con frecuencia en niños y adolescentes con problemas emocionales o de comportamiento. Su repercusión en el bienestar del niño es muy importante y no siempre se abordan de una manera adecuada.

**Objetivos:** Detectar mediante un estudio de screening los problemas del sueño presentes en la población infanto-juvenil que es atendida en un Centro de Salud Mental.

**Metodología:** Se elaboró un cuestionario para recoger datos sociodemográficos, clínicos, y relativos a hábitos de sueño y problemas específicos del sueño en el momento actual. Durante 4 meses (enero 2011-mayo 2011) se cumplimentó este cuestionario durante las entrevistas de evaluación de los pacientes nuevos de dos Centros de Salud Mental de la misma zona sanitaria.

**Resultados:** La prevalencia de problemas relativos al sueño es del 60%. La mayoría tienen que ver con hábitos del sueño (35%), pesadillas (30%), insomnio de conciliación (15%) y enuresis nocturna (10%). Describiremos los trastornos más prevalentes, su correla-

ción con los hábitos del sueño, la clínica y en su caso, la medición del paciente.

**Conclusiones:** La evaluación y abordaje de los trastornos del sueño es fundamental para comprender y tratar muchos de las patologías de la infancia y adolescencia. Debe formar parte de la práctica diaria en Salud Mental infanto-juvenil y desde Atención Primaria deben realizarse labores de prevención y detección.

#### Bibliografía

1. Rutter et al. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5<sup>a</sup> ed. Oxford: Wiley Blackwell, 2008.
2. Marcelli D, Ajuriaguerra J. Psicopatología del niño, 3<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson, 1996.

### PO-658

#### MANÍA EN ADOLESCENTES: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

A. Díaz de la Peña, J. Rodríguez Revuelta, L. Iglesias Fernández, C. Menéndez Álvarez, G. Paniagua Calzón, M. Reimundo Díaz-Fierros, C. Viesca Eguren, C.M. Rodríguez Mercado, V. García Arroyo y P. Valladares Rodríguez

**Introducción:** Hace más de un siglo que se ha reconocido la existencia de un trastorno del ánimo en adultos que implica cambios graves en el ánimo que van desde estados de depresión profunda a la euforia. Este trastorno se llama formalmente trastorno bipolar, en alusión a los dos “polos” de depresión y manía. Sin embargo, hasta hace poco este trastorno rara vez se diagnosticaba en adolescentes. Los síntomas maníacos en los adolescentes pueden incluir: cambios de humor bruscos, irritabilidad, agresividad, alta autoestima, hiperactividad y disminución de necesidad en las horas de sueño, hablar de forma excesiva, muy rápido, cambiando de tema constantemente, distraibilidad, y comportamientos arriesgado como el abuso del alcohol y las drogas o la promiscuidad sexual. Entre los síntomas depresivos pueden encontrarse bajo estado de ánimo, labilidad emocional, ideas de muerte, quejas somáticas, cansancio, dificultades en la concentración, o alteración en los patrones del sueño y del apetito.

**Metodología:** Se presentan tres casos de episodios de manía en tres adolescentes, describiendo su forma de aparición, sintomatología y tratamiento en cada uno de ellos.

**Resultados:** Los tres pacientes requirieron hospitalización y tratamiento con antipsicóticos, con buena respuesta y tolerancia; la duración del ingreso en dos de ellos fue inferior a una semana; el alta fue al domicilio con la recomendación de mantener el tratamiento psicofarmacológico y seguimiento psicoterapéutico.

**Conclusiones:** Los adolescentes con un Trastorno bipolar pueden ser tratados efectivamente. El tratamiento incluye por lo general la educación e información al paciente y a su familia acerca de la enfermedad, el uso de medicamentos y la psicoterapia.

#### Bibliografía

1. Wiener JM, Duncan MK. Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Masson, 2006.
2. Rohde LA, Tramontina S. Revista de Psiquiatría Clínica. 2005;32(supl.1): 117-27.

### PO-659

#### CASO CLÍNICO: CLÍNICA PSICÓTICA ASOCIADA A SÍNDROME DE GUILLES DE LA TOURETTE EN NIÑO DE 14 AÑOS

S. Herrera Caballero, J.R. León Cámara, L. Acuña Domínguez, A.I. Ruiz Sáez y M.C. López Alanis

**Introducción:** El síndrome de Tourette (ST) es un desorden neuropsiquiátrico de comienzo en infancia caracterizado por la presencia de tics motores múltiples y fonatorios. Se asocia con TDAH y TOC. Se ha observado comorbilidad entre ST y autismo, síndrome Asperger y trastorno bipolar. Recientemente se investiga la comorbilidad entre ST y la aparición de esquizofrenia en la infancia.

**Metodología:** Niño de 14 años, diagnosticado a los 10 años de ST, TDAH y TOC asociados, y respuesta parcial a risperidona, que presenta clínica psicótica (autorreferencias, ideación delirante de perjuicio, dismorfofobia) con importante repercusión conductual e insomnio. El cuadro remite con la instauración de aripiprazol. **Discusión:** la aparición de síntomas psicóticos en ST es poco frecuente, y está siendo objeto de recientes estudios, como su posible relación con la aparición de esquizofrenia en la infancia. Kerberhshan et al identifican 10 casos entre 399 casos de ST, siempre varones, con criterios para esquizofrenia. La tasa de prevalencia encontrada (2,5%) excede lo esperado para las tasas generales de esquizofrenia (1%). Serían necesarios estudios posteriores para averiguar si el uso de antipsicóticos para el control de los tics, podría tener influencia en la prevención de síntomas psicóticos en estos pacientes. Así mismo el uso de antipsicóticos de perfil metabólico favorable, como el aripiprazol, es recomendable dada la temprana edad con la que se instauran estos tratamientos.

#### Bibliografía

1. Kerberhshan J, Peng Ch, Burd L. Tourette syndrome and comorbid early-onset schizophrenia. Journal of Psychosomatic Research. 2009;67:515-23.
2. Crocq M, Camus V, Millet B, Glikman J, Azorin JM, Krebs MO, et al. Clinical potentialities and perspectives for the use of aripiprazole in other disorders than its classical indications. A critical analysis of the recent literature. Encephale. 2008;34:187-93.

### PO-671

#### ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

C.L. Sanz de la Garza, L. García González, P. Saavedra Pose, M.B. Muñiz García y M.D. Fernández Iglesias

**Introducción y objetivos:** La epidemiología debe conocer la frecuencia relativa de aparición de los trastornos mentales en diversos grupos de población y la relación entre dicho fenómeno y las circunstancias del medio ambiental. Su aplicación al estudio de los trastornos mentales en población infanto-juvenil genera unos resultados que están condicionados por factores tales como el tamaño muestral y sexo entre otros. El objetivo de este trabajo es el análisis de las variables epidemiológicas de una muestra de niños y adolescentes atendidos en un centro de salud mental infantojuvenil de Asturias a lo largo del año 2010.

**Metodología:** Se estudian las historias clínicas de niños y adolescentes atendidos por primera vez en nuestro centro durante el año 2010.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 187 niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 3 y 15 años. Hay un predominio ligero de mujeres (51,6%) cuyo diagnóstico más frecuente se encontraba en el eje Z de situaciones psicosociales anormales frente a los varones diagnosticados más frecuentemente en la categoría de trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos de la CIE 10. Una minoría de niños y adolescentes se encontraban a tratamiento farmacológico (15,2%) siendo los medicamentos más prescritos, los preparados fitoterápicos y el metilfenidato.

**Conclusiones:** En la muestra analizada se encontraron menores diferencias en el número de primeras consultas atendidas por sexo que las encontradas en otros estudios realizados en España. Con los criterios diagnósticos utilizados hay un predominio de situaciones psicosociales anormales que afectan a la salud mental de los niños y adolescentes atendidos.

#### Bibliografía

1. Reid DD. La méthode épidémiologique dans l' étude des troubles mentaux. OMS., C.S.P. nº 2, Ginebra, 1960.
2. Domínguez MD, Gómez A, Mazaira JA. Análisis de la demanda en población Infanto-Juvenil en Galicia. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. 1994(3).

## PO-677

**EVALUACIÓN DEL CLIMA FAMILIAR EN ADOLESCENTES CON PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO Y SUS FAMILIARES TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO GRUPAL: PIENSA**

A.B. Calvo Calvo, F. Rincón de los Santos, M. Rapado Castro, M. Moreno Iñíguez, M. Mayoral Aragón, C. Tapia Casellas, T. Sánchez Gutiérrez, G. Chiclana Actis, A. Ruiz Sancho y C. Arango López

**Introducción:** Los adolescentes con psicosis de inicio temprano son especialmente sensibles a los factores ambientales. El clima familiar se ha descrito como uno de los factores que pueden impactar en la aparición y curso de psicosis. Intervenciones psicoeducativas para familiares y pacientes, han demostrado, además de reducir las recaídas, una mejora del clima familiar (aumento del conocimiento de la enfermedad, reducción de carga familiar y emoción expresada).

**Objetivos:** 1. Comparar los cambios en clima familiar, en padres y pacientes con psicosis de inicio temprano que han participado en dos programas de tratamiento grupal, uno de orientación psicoeducativa (PE) y otro no estructurado (NE). 2. Comparar los cambios en clima familiar en los pacientes y padres que finalizaron el tratamiento grupal independientemente de la modalidad.

**Metodología:** Se ha evaluado a 19 pacientes (PE; n = 11 NE; n = 8) con PIT (edad media 16,93) y 20 padres (PE; n = 12 NE; n = 8) con la escala (Family Environmental Scale, FES) para evaluar clima familiar tanto en padres como en adolescentes, pre y postratamiento.

**Resultados:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en variables sociodemográficas, clínicas o funcionales (PANSS, GAF) o clima familiar (FES positiva-negativa) entre el grupo PE y el NE en la evaluación basal ( $p > 0,05$ ). Postratamiento no existen diferencias significativas entre las dos modalidades de intervención en clima familiar, tanto en padres como en adolescentes ( $p > 0,05$ ). Cuando se comparan pacientes y padres que finalizan el tratamiento grupal independientemente de la modalidad, (análisis pre-postratamiento) observamos diferencias estadísticamente significativas en adolescentes en la FES positiva ( $p < 0,05$ ) y en los padres en la FES negativa ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** No encontramos diferencias en cuanto a clima familiar entre las dos modalidades de intervención grupal al finalizar el tratamiento. Observamos un cambio en el clima familiar. Los adolescentes presentan mayor FES positiva y los padres mayor FES negativa al finalizar el tratamiento, con independencia de la modalidad.

## PO-678

**DIFERENCIAS ESTRUCTURALES EN EL CEREBRO DE PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR Y ESQUIZOFRENIA DE INICIO TEMPRANO**

M. Rapado Castro, S. Reig Redondo, C. Moreno Ruiz, J. Castro Fornieles, A. González-Pinto Arrillaga, J. Janssen, S. Otero Cuesta, M. Graell Berna, M. Desco Menéndez y C. Arango López

**Introducción:** La pérdida progresiva de sustancia gris se ha descrito en pacientes con esquizofrenia de inicio temprano. Sin embargo, desconocemos si estos cambios los comparten pacientes con distintos trastornos psicóticos.

**Objetivos:** Examinar la progresión de los cambios cerebrales en primeros episodios psicóticos de inicio temprano y su relación con el diagnóstico y el pronóstico a los dos años. **Métodos:** Se analizaron las imágenes de RMN basales y dos años de 61 pacientes con esquizofrenia (n = 25), trastorno bipolar (n = 16) y otras psicosis (n = 20) y de 70 controles. La edad media basal de los pacientes era de 15,5 y 15,3 para los controles. Se obtuvieron volúmenes totales de sustancia gris (SG) y líquido cerebroespinal (LCF) de los lóbulos frontal, parietal y temporal.

**Resultados:** El lóbulo frontal en pacientes con esquizofrenia mostró mayor pérdida de volumen en SG a los dos años (izquierdo -3,3 cc vs -0,6 cc,  $p = 0,004$ ; derecho -3,7 cc vs -0,8 cc,  $p = 0,005$ ) y mayor aumento de volumen de LCF frontal izquierdo (izquierdo 6,7 cc vs 2,4 cc  $p = 0,006$ ) que en controles. Los cambios en SG total (-37,1 cc vs -14,5 cc,  $p = 0,001$ ), y SG parietal izquierda (-4,3 cc vs -2,2 cc;  $p = 0,04$ ) fueron significativamente distintos en pacientes con esquizofrenia comparados con controles. No se encontraron diferencias entre pacientes bipolares y controles. Una mayor pérdida de SG frontal izquierda se relacionó con mayor número de semanas hospitalizado. La gravedad de síntomas negativos correlacionó con incremento de LCF en pacientes con esquizofrenia.

**Conclusiones:** Los pacientes con esquizofrenia y otras psicosis mostraron mayores déficit de volumen en SG y exceso de volumen en LCF en el lóbulo frontal en relación a los controles. Los cambios progresivos fueron más evidentes en pacientes con esquizofrenia que en trastorno bipolar en comparación con los controles. Los cambios progresivos en volúmenes cerebrales específicos en volúmenes cerebrales pueden estar en relación con marcadores de peor pronóstico.

## PO-683

**CONSUMO DE CANNABIS Y RELACIÓN CON ALTERACIONES COGNITIVAS EN ADOLESCENTES CON UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO**

T. Sánchez Gutiérrez, A.B. Calvo Calvo, M. Rapado Castro, G. Chiclana Actis, I. Baeza Pertegaz, E. de la Serna Gómez, M. Parellada Redondo, J. Castro Fornieles, A. González-Pinto Arrillaga y C. Arango López

**Introducción:** Entre un 13-64% de los pacientes con psicosis consumen cannabis a lo largo de la vida. Sin embargo, no existe relación clara entre su consumo y la cognición en pacientes con un primer episodio (PEP). Algunos estudios señalan detrimientos en dominios cognitivos como atención y función ejecutiva en pacientes consumidores de cannabis (PC) vs no consumidores (PNC), sin embargo otros encuentran puntuaciones más elevadas en subprocesos atencionales como velocidad de procesamiento.

**Objetivos:** Examinar el rendimiento cognitivo en adolescentes con PEP, consumidores y no consumidores de cannabis.

**Metodología:** Examinamos una muestra de 107 adolescentes con PEP (edad 15,50 ± 1,7), en el momento basal. El consumo de cannabis se registró a través de la entrevista semiestructurada K-SADS. Se administró una completa batería de evaluación neuropsicológica que mide atención global (dígitos directos del WAIS-III, Test de Stroop P y C, TMT-A, Continuous Performance Test (CPT)), función ejecutiva (Wisconsin Card Sorting Test, TMT (B-A/A), Stroop Interferencia, Test de fluidez verbal (FAS)) y velocidad de procesamiento (tiempo de reacción del CPT).

**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas entre PC y PNC en variables demográficas y clínicas (29% de la muestra ( $N = 31$ ) consumía cannabis en la visita basal). En PC se encontraron puntuaciones más altas en atención global, medida a través del número de aciertos del CPT ( $p = 0,002$ ;  $p < 0,05$ ), así como también, peores puntuaciones en velocidad de procesamiento, medida a través del tiempo de reacción del CPT ( $p = 0,025$ ;  $p < 0,05$ ) y del tiempo en completar el subtest TMT-B, ( $p = 0,02$ ;  $p < 0,05$ ). No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las pruebas que miden función ejecutiva entre PC y PNC.

**Conclusiones:** La atención global en PC de cannabis está conservada con respecto a PNC al inicio de la enfermedad. Por el contrario, observamos una disminución en velocidad de procesamiento en PC. Se necesitan estudios longitudinales para refrendar los datos obtenidos.

## PO-686

## TRASTORNO DE VINCULACIÓN DE LA INFANCIA Y TRASTORNO DISOCIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. López Lareki, C. Madoz Gúrpide, O. Mentxaka Solozábal, M. Ribeiro Fernández y W. Bendezú Romero

**Introducción:** El trastorno de vinculación de la infancia (TIV) se caracteriza por relaciones sociales alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del niño, en un contexto de crianza patogénica que interfiere en la adquisición del patrón de apego. Inicia antes de los 5 años y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo. Factor etiológico principal: alteración de las conductas normales de apego. El trastorno disocial se caracteriza por un patrón de conducta repetitivo y persistente en el que se transgreden los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes, propias de la edad. Es consecuencia de múltiples factores: parentales, socioculturales, psicológicos y neurobiológicos. Hipótesis etiológica: relación con las carencias y rupturas afectivas en la primera infancia, encontrando en estos casos alteraciones relacionales graves.

**Objetivos:** Analizar factores etiológicos, curso clínico y dificultades de abordaje en los trastornos vinculares “graves”.

**Metodología:** Presentación de un caso real en el que se analizan los factores citados anteriormente.

**Resultados:** El caso cursó con un TVI grave, asociado a conductas disociales: violación de las normas, absentismo escolar, conductas delictivas, fugas, consumo de tóxicos. Fue precisa la intervención de los servicios sociales y la fiscalía de menores, con el resultado de un internamiento para cumplimiento de medidas judiciales. Asociado al curso evolutiva y las circunstancias socio-familiares, se pone de manifiesto una situación de grave desprotección familiar con pérdida de ambos progenitores.

**Conclusiones:** El TIV, puede llegar a afectar gravemente el funcionamiento general del niño, los patrones de conducta pueden persistir y asociar comorbilidad. Se objetiva la necesidad de un abordaje precoz, multidisciplinar e intensivo, para reducir las consecuencias negativas a nivel sociofamiliar y funcional.

## Bibliografía

1. Marcelli DJ, Ajuriaguerra J. Psicopatología del niño, Barcelona: Masson.
2. Wiener JM, Dulcan MK. Tratado de psiquiatría del niño y el adolescente. Barcelona: Masson.

## PO-708

## EVALUACIÓN DE LOS ACONTECIMIENTOS VITALES NEGATIVOS EN ADOLESCENTES CON PRIMER EPISODIO PSICÓTICO O RIESGO DE PSICOSIS MEDIANTE LA ESCALA STRESSFUL LIFE EVENTS SCHEDULE

A. Noguera Mas

**Introducción:** Estudios sobre acontecimientos vitales negativos han demostrado que éstos juegan un papel importante en el comienzo y mantenimiento de trastornos afectivos y psicosis, tanto en población adulta como en niños y adolescentes. La Stressful Life Events Schedule (SLES) (Williamson et al, 2003) es una escala de evaluación de acontecimientos vitales negativos, que se ha validado al castellano. El objetivo fue comparar acontecimientos estresantes en una muestra de niños de alto riesgo para esquizofrenia o trastorno bipolar o con un primer episodio psicótico y un grupo de controles sanos.

**Metodología:** Se evaluaron 35 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno psicótico y 41 sujetos hijos de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar y un grupo de controles compuesto de 49 sujetos sanos, todos con edades entre 8-17 años.

**Resultados:** Se observaron diferencias significativas en el número de acontecimientos estresantes:  $14,2 \pm 8,2$  en adolescentes pacientes vs  $8,2 \pm 6,2$  en adolescentes controles ( $t = 2,640$ ,  $p = 0,011$ ). Entre los acontecimientos más frecuentemente contesta-

dos por los pacientes están: “Mis padres se pelean entre ellos”, “Le he dado a alguien muy malas noticias” y entre los referidos por los controles: “He tenido problemas con las notas del colegio o los deberes”, “He recibido muy malas noticias”. Los mismos resultados se obtuvieron al analizar la SLES de los padres ( $t = 2,084$ ,  $p = 0,043$ ). Los padres de pacientes informaron de  $10,6 \pm 7,5$  acontecimientos estresantes, mientras que los padres de controles informaron de  $6,4 \pm 5,1$ .

**Conclusiones:** Se observaron diferencias significativas entre el grupo de pacientes y el grupo de controles de edad adolescente a nivel de número de acontecimientos estresantes, siendo más elevado en el primer grupo. Estos resultados se confirmaron obteniéndose las mismas diferencias significativas entre los grupos en los resultados obtenidos por los padres de los pacientes adolescentes.

## PO-815

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE SUICIDIO EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES AFECTOS DE TRASTORNO BIPOLAR DE INICIO TEMPRANO

M. Bravo Sánchez, M. García Amador, A. Bocos Portillo, L. Pina Camacho, C. Arango López y D. Moreno Pardillo

**Introducción:** Los pacientes diagnosticados de trastorno bipolar (TB) presentan elevado riesgo de suicidio, siendo éste especialmente elevado en población adolescente. Aunque algunos estudios sugieren una mayor suicidabilidad en pacientes con TB con síntomas psicóticos (TBCSP) y con conductas desadaptativas de la personalidad cluster B (C1B), los resultados son controvertidos. En este estudio preliminar, pretendemos analizar el comportamiento suicida en una población adolescente diagnosticada de TB en función de que presenten síntomas psicóticos y/o C1B.

**Metodología:** Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de una muestra de 45 pacientes adolescentes (edad 12-17 años) con diagnóstico de TB ingresados en la Unidad de Adolescentes de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid de entre los años 2001-2010. La información fue recabada de los informes de alta de cada paciente en cada ingreso.

**Resultados:** La presencia de C1B (13,5%) aumentó la de ideación suicida con  $p = 0,037$ . El 67,6% de los pacientes presentaron síntomas psicóticos, observándose ideación suicida en 8,3% frente al 38,5% en pacientes con TB sin síntomas psicóticos (TBSSP) ( $p = 0,039$ ). Así mismo la tasa de intentos de suicidio en TBCSP fue del 4% frente al 33,3% en (TBSSP) ( $p = 0,030$ ).

**Conclusiones:** Dado el elevado riesgo de suicidio en pacientes TB jóvenes se hace imprescindible la monitorización de dicho riesgo y la identificación de factores de riesgo asociados. Dicho riesgo parece ser más elevado en pacientes que no presentan sintomatología psicótica, y en pacientes con comorbilidad con síntomas desadaptativos tipo cluster B parece estar elevada la ideación suicida.

## Bibliografía

1. Goldstein TR. Suicidality in pediatric bipolar disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2009;18:339-52.
2. Goldstein TR, et al. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar Disord.* 2005;7:525-35.

## PO-853

## DIAGNÓSTICOS EMERGENTES EN UNA MUESTRA POBLACIONAL INFANTO-JUVENIL. CAMINANDO HACIA NUEVOS HORIZONTES EN LA PATOLOGÍA

M. Domato Lluch, M.T. Tolosa Pérez, M. Lucas Pérez-Romero, P. Romero Ródenas y D. Fraguas Herráez

**Introducción:** En los últimos años la prevención, tratamiento y seguimiento en la salud mental de los niños y adolescentes de nuestro país ha permitido la profundización en nuevas patologías propias

de dicha edad (y otras también frecuentes en la etapa adulta), siendo muy interesante la prevalencia de cada una de ellas.

**Metodología:** Estudio transversal para los distintos diagnósticos realizados sobre 197 pacientes menores de 18 años vistos en un mes en una consulta de salud mental infanto-juvenil (población urbana y rural, provincia de Albacete). Se realizan primeras entrevistas y revisiones. Recogida de datos mediante entrevista clínica con el paciente y padres o tutores, así como de los datos recogidos en Historia Clínica. Criterios diagnósticos según CIE-10 y DSM-IV-r.

**Resultados:** Se objetivó que 52 pacientes recibieron diagnóstico para Trastorno afectivo con o sin ansiedad (26,39%); 37 pacientes fueron etiquetados como TDAH (18,18%) de los cuales 13 (35,15%) recibieron el subtipo hiperactivo, 8 (21,62%) subtipo inatento y el resto (16 pacientes; 43,44%) tipo mixto. Los niños y adolescentes pertenecientes al grupo de Alteraciones de conducta constituyeron el 11,16% (22 pacientes) siguiéndole de cerca las Fobias escolares (12 pacientes; 6,09%). El resto de pacientes (74; 37,36%) recibieron diagnóstico dentro de los siguientes grupos: Trastorno generalizado del desarrollo (11 pacientes; 5,58%); TOC (9 pacientes; 4,56%); TCA (7 pacientes; 3,55%); Trastornos de personalidad (5 pacientes; 2,53%); Psicosis inespecíficas de la infancia y otras psicosis (4 pacientes; 2,03%); Diagnósticos inespecíficos o pendientes de diagnóstico (7 pacientes; 3,55%) y Otros diagnósticos (31 pacientes; 15,73%).

**Conclusiones:** Se puede concluir que, como sucede en la población adulta, los Trastornos afectivos encabezan el ranking diagnóstico, seguido por patologías más específicas (pero no únicas) de los menores de edad (TDAH, alteraciones de conducta inespecíficas, fobias escolares y trastornos del espectro autista, sobre todo).

## PO-861

### AUTOLESIONES Y SUICIDIO EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES AFECTOS DE TRASTORNO DEPRESIVO

A. Bocos Portillo, M. García Amador, M. Bravo Sánchez, L. Pina Camacho, A. Calvo Calvo, C. Arango López y D. Moreno Pardillo

**Introducción:** El comportamiento autolesivo incluyendo autolesión suicida y no suicida representa un creciente problema entre los adolescentes con una tasa de prevalencia del 6-17%. Los adolescentes diagnosticados de trastorno depresivo (TD) presentan elevado riesgo de suicidio. La asociación de Cluster B (CB) con comportamiento autolesivo es conocida. En este estudio preliminar, pretendemos analizar el comportamiento suicida en una población adolescente diagnosticada de TD en función de que presenten comorbilidad con CB.

**Metodología:** Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de los informes de alta entre el año 2001-2010 de una muestra de 111 pacientes adolescentes (edad 12-17 años) con diagnóstico de TD ingresados en la Unidad de Adolescentes de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

**Resultados:** Un 26,1% de los pacientes afectos de TD presentaban rasgos CB (TDCB+) frente a un 73,9% de pacientes TDCB-. Los pacientes TDCB+ presentaban antecedentes de comportamiento suicida significativamente más frecuente (22,2% en TDCB+ frente a 13,8% en TDCB-,  $p = 0,037$ ) así como el número de intentos previos de suicidio (1,22 en TDCB+ frente a 0,45 en TDCB-,  $p = 0,01$ ). Llamativamente el 53% de los pacientes presentaban autolesiones. 66,6% de los pacientes TDCB+ presentaba antecedentes de conductas autolesivas frente a 49,2% en TDCB-, sin embargo este resultado no fue significativo ( $p = 0,190$ ).

**Conclusiones:** Existe un elevado riesgo de comportamiento suicida y conductas autolesivas en los adolescentes afectos de TD. En cuanto al comportamiento suicida (antecedentes de suicidio y número de intentos) el riesgo aparece más elevado en aquellos pacientes con TD y comorbilidad con cluster B, siendo necesaria una cuidadosa monitorización de esta grave complicación en estos pacientes.

### Bibliografía

1. Csorba J, et al. Eur Child Adolesc Psychiatry Epub 2009 Jan 22.
2. Bhatia SK, et al. Am Fam Physician. 2007;75:73-80.

## PO-891

### SÍNDROME METABÓLICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES TRATADOS CON ANTIPSICÓTICOS. RESULTADOS PRELIMINARES

J. Merchán Naranjo, M. Giráldez Quiroga, C. Bailón Prieto, C. Moreno Ruiz, L. Pina Camacho, M. Parellada Redondo, C. Tapia Casellas, P. Rodríguez Latorre y C. Arango López

**Introducción:** El síndrome metabólico se define como la presencia de al menos tres de las siguientes alteraciones: índice de masa corporal (IMC) > percentil 95, tensión arterial (TA) > percentil 90, triglicéridos > 110 mg/dL, colesterol HDL < 40 mg/dL, y glucosa > 110 mg/dL. El riesgo a desarrollar efectos secundarios adversos se define como: IMC > percentil 95 o IMC > percentil 85 más una de las siguientes complicaciones: hipertensión, dislipemias o hiperglucemia.

**Metodología:** Se reclutaron 235 niños y adolescentes con cualquier diagnóstico psiquiátrico (edad media:  $14,33 \pm 3,04$  años; 141 varones, 88,51% caucasianos). Se agruparon en tres grupos diagnósticos: esquizofrenia o cualquier otro trastorno con síntomas psicóticos (N = 93), trastorno bipolar (N = 38), otros diagnósticos (N = 104). En la visita basal 116 pacientes eran naïve (sin exposición previa a antipsicótico) y 119 eran quasi-naïve (exposición menor de 30 días). Los tratamientos basales fueron: risperidona (N = 75), olanzapina (N = 22), quetiapina (N = 17), haloperidol (N = 3), pimozida (N = 1) y clorpromazina (N = 1). Se realizó un seguimiento de los pacientes a 3 (N = 182), 6 (N = 143) y 12 (N = 102) meses. Se realizaron extracciones sanguíneas (hemoglobina glicosilada, insulina/resistencia a la insulina, glucosa, triglicéridos y niveles de colesterol), se registraron los datos antropométricos (peso, talla e IMC) y la TA. Se calcularon las puntuaciones z del IMC ajustando por edad y sexo de acuerdo a las tablas de conversión españolas.

**Resultados:** Los niños y adolescentes con riesgo a desarrollar síndrome metabólico a los 3, 6 y 12 meses fueron 21,97% (N = 40), 24,47% (N = 35), y 33,3% (N = 34), respectivamente. Los pacientes que presentaron síndrome metabólico durante el seguimiento fueron 3,3% (N = 6), 6,29% (N = 9), y 6,86% (N = 7) respectivamente.

**Conclusiones:** A tres meses de seguimiento se observó un mayor riesgo tanto en la aparición de efectos adversos, como en el desarrollo de síndrome metabólico. Estos riesgos aumentaron a lo largo del tratamiento.

## PO-896

### CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS EN PSICOSIS DE INICIO TEMPRANO

J. Merchán Naranjo, A. Barajas Vélez, M. Rapado Castro, C. García Mouriño, I. Bombín González, J. Castro Fornieles, A. González Pinto, M. Graell, C. Arango López y M. Parellada Redondo

**Introducción:** Los estudios han señalado que una baja conciencia de enfermedad se asocia con síntomas psicóticos más prominentes, existiendo una relación inversa entre insight y la gravedad de los síntomas.

**Metodología:** Se incluyeron 110 pacientes con psicosis de inicio temprano (PIT) con edades entre los 9 y 17 años del estudio CAFEPS. Se realizó un seguimiento a 6 y 12 meses en los que se aplicó la PANSS, la entrevista diagnóstica K-SADS y se evaluó el insight con dos escalas: a) versión abreviada de la Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) que consta de: SUMD1 (conciencia de padecer una enfermedad), SUMD2 (conciencia de consecuencias sociales), SUMD3 (necesidad de tratamiento); b) el ítem G12 de la PANSS. Se utilizó la estructura de 5 factores de la PANSS (negativo, positivo, agitación, emocional, cognitivo). El diagnóstico basal predominante fue psicosis no especificada (35,5%), a los 6 y 12 meses fue esquizofrenia (25,5% y 34% respectivamente). Se analizó la capacidad pre-

dictiva de la SUMD y el ítem G12 sobre la severidad de los síntomas en pacientes con PIT, a un año de seguimiento con un análisis de regresión múltiple.

**Resultados:** SUMD1 (beta = 0,544, p = 0,017, t = 2,426) y SUMD 2 (beta = - 0,358, t = - 2,185, p = 0,032) predijeron la severidad de los síntomas del factor negativo. Ítem G12 (beta = - 0,365, t = - 2,849, p = 0,006), SUMD 1 (beta = 0,585, t = 2,729, p = 0,008) y SUMD 2 (beta = - 0,463; t = - 2,908, p = 0,005), predijeron la severidad de los síntomas del factor agitación. Ítem G12 (beta = - 0,324, t = - 2,691, p = 0,009) y SUMD 1 (beta = 0,446, t = 2,170, p = 0,033), predijeron la severidad de los síntomas del factor emocional. La SUMD1 (beta = 0,482, p = 0,030, t = 2,204) y SUMD 2 (beta = - 0,451, t = - 2,774, p = 0,007), predijeron la severidad de los síntomas del factor cognitivo. Todos ellos a un año de seguimiento.

**Conclusiones:** La SUMD1 fue el mejor predictor de todos los dominios psicopatológicos.

#### PO-944

#### DISCONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO A LOS 24 MESES DE SEGUIMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

A. Noguera Mas

**Introducción:** Son muchas las cuestiones sin respuesta sobre la eficacia, efectividad y seguridad de los tratamiento antipsicóticos en niños y adolescentes. El Child and Adolescents First-Episode Psychosis Study (CAFEPS) es un estudio naturalístico longitudinal en el que se analizan aspectos relacionados con la adherencia y tolerabilidad a largo plazo del tratamiento antipsicótico en niños y adolescentes afectos de trastornos psicóticos.

**Metodología:** 110 pacientes de edades comprendidas entre 9-17 años con un primer episodio psicótico. Se registró el tratamiento farmacológico y los motivos de cambios realizados así como la UKU a los 6, 12 y 24 meses de seguimiento. Sólo se incluyeron en los análisis aquellos pacientes que tenían la evaluación del tratamiento psicofarmacológico tanto al inicio como a los dos años de seguimiento.

**Resultados:** A los 24 meses fueron 83 los pacientes que mantuvieron el seguimiento. Según el fármaco inicial se dividen en: olanzapina (n = 14), risperidona (n = 40), quetiapina (n = 14), antipsicóticos combinados (n = 9), otros antipsicóticos (n = 5) y un paciente sin tratamiento. A los 24 meses el grupo de risperidona tuvo el menor porcentaje de discontinuación (62,5%) y el de olanzapina el mayor (78,6%). A su vez olanzapina obtuvo los porcentajes más elevados en los motivos de discontinuación "Respuesta Insuficiente" (35,7%) y "Reacción adversa" (28,6%). No se observaron diferencias significativas entre grupos en la UKU ni en el IMC a los 24 meses.

**Conclusiones:** Los antipsicóticos de segunda generación, especialmente risperidona, quetiapina y olanzapina, son los más usados en nuestro contexto en el tratamiento de los primeros episodios en niños y adolescentes. Se observan altas tasas de discontinuación a los 24 meses de seguimiento siendo olanzapina el grupo con mayor porcentaje, siendo "respuesta insuficiente" el motivo referido con más frecuencia.

#### PO-972

#### ¿QUIERO SER MÁS ALTO? TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

J.D. Saa Sendra, C. Fernández Milián, M. Figueroa Pajares, L. Pereyra Grustán, B. Gómez Chagoyen y M.E. Esteban Alamán

**Introducción:** El trastorno dismórfico corporal se define como una preocupación por un defecto imaginario del aspecto que causa un sufrimiento clínicamente significativo con deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad diaria del individuo.

En caso de existir alguna anomalía, la preocupación es exagerada y problemática.

**Metodología:** Varón de 17 años en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil desde 2002 a por presentar alteraciones conductuales colegio con episodios de heteroagresividad, amenazas y bajo rendimiento escolar. Sigue tratamiento con sertralina, risperidona y oxcarbamazepina. En 2009 ingresa en nuestra planta de psiquiatría por agravamiento de las alteraciones conductuales. Durante la entrevista manifiesta gran preocupación por su estatura (mide 1,91 m) y reconoce estar acomplejado por ello, por lo que utiliza alzas y múltiples objetos en el interior de sus zapatillas para tratar de verse más alto. Niega consumo de tóxicos y presenta capacidad intelectual límite. Pensamiento concreto, con comportamiento pueriles. Irritable al abordar temas sensibles (la altura, el ingreso en UCE y la escuela), donde muestra baja tolerancia a la frustración. No hay alteraciones en el curso-contenido del pensamiento ni sensoperceptivas. Niega alteraciones en su estado anímico. Actualmente, continúa con el mismo tratamiento farmacológico, pero a mayores dosis, y sigue presentando aislamiento social y problemas en el domicilio.

**Conclusiones:** El trastorno dismórfico corporal suele comenzar durante la adolescencia, con inicio insidioso y la intensidad de los síntomas es variable, con una evolución crónica y continua con pocos intervalos asintomáticos. El tratamiento de los supuestos defectos corporales mediante intervenciones quirúrgicas o médicas fracasa de modo casi invariable. Así, es importante realizar una buena orientación diagnóstica y un tratamiento psicoterapéutico y farmacológico temprano.

#### Bibliografía

1. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría, 6<sup>a</sup> ed.
2. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría, 10<sup>a</sup> ed.

#### PO-984

#### TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA VS PSICOSIS

J.D. Saa Sendra, M. Espadas Tejerina, I. Rueda, A. Mont Canela, L.C. Iglesias Echegoyen y M.A. García Gómez

**Introducción y objetivos:** En los últimos tiempos se han descrito casos de autistas de alto funcionamiento que en la adolescencia tardía desarrollan estados catatónicos donde se descubre un hipermetabolismo en el hemisferio derecho atribuido a un proceso neurodegenerativo añadido.

**Metodología:** Varón de 13 años de origen marroquí que ingresa en 2011 en hospitalización infanto-juvenil de psiquiatría por alteraciones conductuales. En las últimas semanas presenta mayor irritabilidad con incremento de la autorreferencialidad y heteroagresividad verbal hacia familiares. Como antecedentes personales psiquiátricos presenta retraso del aprendizaje y dificultades relacionales desde los 3 años, vinculado al CSMIJ desde 2006. Además, presenta coeficiente intelectual de 75. Ingresó en hospitalización infantil a los 11 años con diagnóstico de TEA y esquizofrenia catatónica. Sigue tratamiento con risperidona. Al examen mental está orientado en persona pero desorientado en tiempo y en espacio. Presenta enlentecimiento psicomotor y estereotipias motoras, así como dificultad para mantener el contacto ocular. Se observa un discurso pobemente estructurado, respondiendo a las preguntas pero con frases simples y ecolalias inmediatas, con actitud pueril, y humor reactivo y expresiones faciales poco apropiadas. Impresiona de dificultades para el reconocimiento emocional, tanto ajeno como propio, y focaliza muchas de sus emociones en diferentes partes del cuerpo. La orientación diagnóstica es de TEA dado que se observa una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación. Ajustamos la pauta de tratamiento, añadiendo aripiprazol y ácido valproico, mejorando clínicamente.

**Conclusiones:** El diagnóstico diferencial entre psicosis y TEA es complicado, será importante tener en cuenta que la aparición de

clínica psicótica puede darse en TEA. Será de vital importancia realizar una buena historia clínica y observar la evolución del paciente.

#### Bibliografía

1. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría, 6<sup>a</sup> ed.
2. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría, 10<sup>a</sup> ed.

### PO-1030

#### VARIABLES RELACIONADAS CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA ACTIVIDAD Y ATENCIÓN EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

C.L. Sanz de la Garza, L. García González, P. Saavedra Pose, M.B. Muñiz García y M.D. Fernández Iglesias

**Introducción y objetivos:** Los trastornos de la actividad y atención son uno de los diagnósticos de sospecha más frecuentes entre los motivos de consulta de los niños y adolescentes derivados a los centros de salud mental por los pediatras de Atención Primaria. El objetivo de este trabajo es analizar las variables epidemiológicas relacionadas con el diagnóstico de este trastorno mental por los clínicos de un centro de salud mental infanto-juvenil.

**Metodología:** Se estudian las historias clínicas de niños y adolescentes atendidos por primera vez en nuestro centro durante el año 2010.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 187 niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 3 y 15 años, y un predominio ligero del sexo femenino (51,6%). Los trastornos de la actividad y la atención representaban el cuarto grupo de trastornos mentales más diagnosticados (5,3%). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto del diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad considerando variables como el diagnóstico de sospecha y tratamiento psicofarmacológico previos del pediatra, y la categoría profesional del clínico que atiende el caso en nuestro centro ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Haber sido diagnosticado de trastornos de la actividad y la atención por el pediatra, haber sido tratado con psicofármacos por el pediatra y encontrarse a seguimiento por un psiquiatra infantil fueron variables relacionadas con el diagnóstico de este grupo de trastornos en la muestra analizada de nuestro centro de salud mental.

#### Bibliografía

1. Reid DD. La méthode épidémiologique dans l' étude des troubles mentaux. OMS, C.S.P. n° 2, Ginebra 1960.
2. Morán Sánchez I, Navarro-Mateu F, Robles Sánchez F, de Concepción Salesa A. Validez del diagnóstico clínico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en las derivaciones de pediatría a la consulta de psiquiatría infantil. Aten Primaria. 2008;40:29-33.

### Salud mental y psiquiatría de la mujer

### PO-332

#### PSICOPATOLOGÍA EN MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO: VARIABLES SOCIALES Y CARACTERÍSTICAS DEL MALTRATO

P. del Valle López y B. Treceño Campillo

**Introducción y objetivos:** Existe acuerdo en que las víctimas de maltrato sufren alteraciones psicopatológicas consecuencia de estos y no resultado de desequilibrios previos. El estrés experimentado y un afrontamiento de tipo emocional asociado a un locus de control externo con una percepción escasa de apoyos se han relacionado como factores negativos para la salud. Se estudian mujeres víctimas de

maltrato analizando variables sociodemográficas, características del maltrato y datos psicopatológicos. Se compara con estudios previos.

**Metodología:** Estudio descriptivo realizado sobre 140 mujeres del Programa gratuito de Apoyo Emocional a Víctimas de Maltrato. Evaluación según protocolo de Echeburúa: Entrevista semiestructurada, Escala de gravedad del TEPT, STAI, Beck depresión, Escala de Autoestima, Escala de Inadaptación, Cuestionario de Maltrato psicológico y EEAG. Diagnósticos DSM-IV TR.

**Resultados:** Mayoría menores de 50 años, españolas. Mitad separadas o en trámites. 60% con menores a cargo. Estudios primarios, amas de casa y trabajos sin cualificar. Nivel socioeconómico medio, 42,86% sin recursos propios. Mayoría con apoyo socio-familiar. 43,57% tratamiento previo por ansiedad o depresión. Maltrato grave mixto 73,57%; 17,86% agresiones sexuales. Inicio precoz y de más 10 años. Diagnósticos: Trastorno adaptativo 62,85%, Depresión mayor-Distimia 10,71%, Trastorno de Ansiedad 10,71%, TEPT 7,85%, Abuso de sustancias 7,14%.

**Conclusiones:** Señalamos el sesgo del recurso e interpretamos los resultados cuestionando la crisis del patriarcado como base de la violencia o la insuficiencia de los cambios sociales para detener la transmisión de esta. Coincidencia en maltrato y el malestar psicológico no así los diagnósticos: TEPT 7,8% frente al 46% de otros estudios.

#### Bibliografía

1. Echeburúa E. Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo XXI, 1998.
2. Sarasua B. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. Psychothema. 2007;19:459-66.

### PO-420

#### PRECEDENTES Y PREVENCIÓN DEL ABORTO PROVOCADO

C. Gómez Lavín, T. Pereda Santos, A. Pérez Garachana, V. Uroz Martínez y R. Zapata García

**Introducción:** El aborto provocado es un acontecimiento que puede tener consecuencias psiquiátricas. Con el objetivo de fundamentar las medidas preventivas y de sus consecuencias psicopatológicas se estudian los factores psicosociales que precedieron al aborto provocado de una serie de casos de pacientes con síndrome post-aborto (SPA).

**Metodología:** Se estudian retrospectivamente, mediante cuestionario semiestructurado autoaplicado, las circunstancias y motivos precedentes al aborto en una serie de 52 pacientes diagnosticadas de SPA. Los datos fueron recogidos y analizados mediante un programa SPSS.

**Resultados:** El 72,5% eran españolas, solteras (74%), sin hijos (79%), con estudios de bachillerato y/o superiores (82%). Iniciaron las relaciones sexuales a una edad media de 18,2 años, y cuando se produjo el embarazo, utilizaban anticonceptivos un 42%. Se practicaron el aborto a una edad media de 25,3 años. El 44% había padecido depresión, el 17% trastorno de ansiedad, y el 67% había tenido algún problema serio en el año anterior al aborto. Entre los motivos para recurrir al aborto, destacan: presión de la pareja (44%); alteración de planes personales (38%); y falta de dinero (35%). La mitad de las pacientes (49%) refieren falta de libertad para decidir; y un 56%, que no tuvo voluntad real de abortar.

**Conclusiones:** La psicopatología previa, los problemas de la vida, los motivos para recurrir al aborto y la actitud de presión de la pareja se confirman como posibles factores mediadores de la decisión de abortar y también, por lo tanto, como objetivos claves de la intervención preventiva del aborto provocado y sus secuelas psicopatológicas.

#### Bibliografía

1. Coleman PK, Coyle CT, Shuping M, Rue VM. Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey. J Psychiatr Res. 2009;43:770-6.
2. Steinberg JR, Russo NF. Abortion and anxiety: What's the relationship? Soc Sci Med. 2008;67:238-52.

## PO-483

## DEPRESIÓN Y MENOPAUSIA

J.L. Hernández Fleta

**Introducción:** El climaterio, es un proceso natural, lento y variable de una mujer a otra, que se desarrolla de forma progresiva a partir de cierta edad. Durante este período se presentan cambios hormonales que en ocasiones llevan asociados problemas de salud. Los Trastornos afectivos son los que con más frecuencia se han asociado a la menopausia.

**Metodología:** Revisión bibliográfica (Medline -PubMed- y Embase -Excerpta Médica-)sobre el concepto “Depresión y menopausia”.

**Resultados:** La depresión en este período de la vida más que asociada a los cambios hormonales de la menopausia fisiológica está ligada a: Menopausia quirúrgica, depresión previa (la variable más predictiva), estado de salud, problemas menstruales, estrés social o familiar, actitudes negativas hacia la menopausia. Tratamiento farmacológico, fármacos antidepresivos: Su uso se justifica por la alteración que la deprivación de estrógenos produciría en la utilización de triptófano cerebral para la síntesis de 5HT. También se ha demostrado que los agonistas serotonérígicos serían más útiles en mujeres jóvenes que en mujeres mayores mientras que los IRSN serían útiles independientemente de la edad (Naito, 2007). Antidepresivos tricíclicos: Precaución en la asociación a Tratamiento hormonal sustitutivo. La asociación de estrógenos e imipramina ha evidenciado toxicidad adrenérgica y colinérgica (Pannay, 1999). IRSN: Han demostrado sinergia en la combinación con otros fármacos. Hay variabilidad en su eficacia, positiva para Citalopram (Kalay, 2007) y negativa o cambiante para Sertralina (Kerwin, 2007) (aunque se ha apuntado su uso como de especial utilidad en los sofocos (Trott, 1997). IRSN: Hay un estudio abierto positivo para duloxetina en Depresión y síntomas vegetativos (Joffe et al, 2007) y varios para venlafaxina. Tratamiento psicológico, abordaje educativo y ejercicio físico también son útiles en el tratamiento de la depresión meno-páusica.

**Conclusiones:** Se puede afirmar que no hay evidencias significativas que permitan establecer la existencia de un trastorno depresivo asociado específicamente a dicho período, ni la mayor prevalencia de mujeres depresivas entre las menopáusicas.

## Bibliografía

1. Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, et al. Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:385-90.
2. Parry B. Perimenopausal depression. *Am J Psychiatry*. 2008;165:23-7.

## PO-503

## GÉNERO Y SESGOS DIAGNÓSTICOS

L. Castells Aulet, M. Fortea Vila, P. Benéitez Laguno y C. Leal Cercós

**Introducción:** En la revisión del futuro DSM V se ha hecho especial mención a la inclusión del género dentro de los criterios diagnósticos del mismo. Diferencias en la prevalencia en cuanto al género de los trastornos mentales graves pueden estar influenciados por sesgos diagnósticos, parcialmente causados por el uso inadecuado de criterios operativos. Este es el caso de algunos trastornos de la personalidad como el tipo dependiente, histríónico y límite, trastornos de la conducta durante la adolescencia o trastornos de conversión.

**Metodología:** Presentamos datos en un estudio descriptivo de la prevalencia del diagnóstico de trastornos mentales en hombres y mujeres, durante un período de 6 meses, recogidos en varios dispositivos del servicio de psiquiatría: urgencias, interconsulta, consultas externas y sala de agudos.

**Resultados:** Las mayores diferencias en la prevalencia de diagnósticos psiquiátricos se encuentran en el espectro ansioso-depresivo

y adictivo, siendo el primero más frecuente en mujeres y el segundo en hombres, lo que es apoyado por la literatura revisada.

**Conclusiones:** Varias cuestiones necesitan ser contestadas: ¿debería ser usado un diagnóstico umbral alternativo de acuerdo al género? ¿Criterios alternativos? ¿Se debería tener en cuenta una atención especial al papel de los trastornos relacionados con el ciclo reproductivo (trastornos específicos)?

## Bibliografía

1. Condon J. Women's Mental Health: a "wish-list" for the DSM-V. *Arch Women Mental Health*. 2010;13:5-10.
2. Leal C. Women and psychopathology. Real Academia de Medicina. Valencia, 2009.

## PO-515

## EL ROL DE CUIDADORA FAMILIAR DE NIÑOS DISCAPACITADOS Y EL ESTRÉS CRÓNICO COMO FACTORES DE RIESGO EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES CUIDADORAS. HOSPITAL CARLOS HAYA, MÁLAGA

T. Bergero Miguel, S. Asiain Vierge, P. Milán Fernández, N. Cantero Rodríguez, M. Gómez Banovio y J. Guzmán Parra

**Objetivos:** Analizar repercusiones psicológicas y sociales en cuidadoras familiares de niños discapacitados. Proponer una asistencia psicoeducativa y preventiva.

**Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal. Participantes: 100 cuidadoras familiares de niños discapacitados. Hospital Carlos Haya. Instrumentos: escala de sobrecarga del cuidador, test de Zarit, Perfil de Calidad de Vida de Lancashire y Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK.

**Resultados:** El 97% son mujeres (madres) de menos de 40 años con bajo nivel socioeconómico. Cuidan una media de 96 horas semanales. La percepción de salud psíquica está relacionada con significación estadística con edad (mayor edad, peor percepción de salud psíquica ( $p = 0,000$ )). Las cuidadoras mayores tienen tres veces más riesgo de percibir mala salud psíquica. (OR 3,06; IC95% 1,33-7,04), percepción de carga (mayor percepción de carga, peor percepción de salud psíquica. ( $p = 0,001$ ), fe religiosa (creencias religiosas asociadas a mejor salud psíquica percibida ( $p = 0,000$ ) y mantenimiento de redes familiares y sociales (respiro) ( $p = 0,000$ ).

**Conclusiones:** Existen diferencias entre hombres y mujeres en el cuidado del hijo discapacitado (género femenino/cuidadora). Cuidar supone continua disponibilidad. El coste es elevado, (salud psíquica y pérdida de redes familiares y sociales). Necesario mejorar equilibrio entre responsabilidad pública y cuidado informal y el reparto del cuidado en la familia. Los profesionales sanitarios deben formarse para identificar factores de riesgo psíquico, proporcionar psicoeducación y actuación preventiva con medición de la carga y tratamiento del estrés crónico que recomienda el respiro.

## Bibliografía

1. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004;18(Supl 2):2.
2. Raina P, O'Donnell M, Rosenbaum MD, Brehaut J, Walter S, Russell D, et al. The health and well-being of caregivers of children with Cerebral Palsy. *Pediatrics*. 2005;115(6).

## PO-757

## LA DEPRESIÓN POSPARTO: UNA REALIDAD LATENTE

F. Chuquillán Arista, S. Pérez Gil, M.R. Hernando Segura, V. Ámez Cépeda, L.A. González Martínez, B. Peláez Gutiérrez, M. Vicente Méntrida, A. Gutiérrez Garcí y R. González

**Introducción:** La depresión postparto es un problema de salud mental serio que afecta tanto a la mujer que lo padece como a su familia. La prevalencia varía ampliamente del 4,5-28% siendo más frecuente en las primeras 12 semanas tras el parto.

**Objetivos:** Describir los factores de riesgo y las características clínicas de la depresión posparto y establecer la importancia de su diagnóstico precoz.

**Metodología:** Se revisó los artículos publicados sobre depresión postparto a través del buscador médico PubMed.

**Resultados:** Los factores de riesgo más importantes encontrados que se asocian a la depresión postparto son: historia de depresión previa, historia familiar de enfermedad psiquiátrica, factores estresantes, mala relación de pareja, pobre integración social, bajo nivel de autoestima e historia de abuso de sustancias. En pacientes que presenten estas características hay que prestar especial atención a la aparición de sintomatología depresiva y de conductas evitativas hacia el niño ya que el 41-57% cursa con pensamientos obsesivo-compulsivos egodistónicos de herir a su hijo (tirarlo, ahogarlo, pensar que lo robarán, etc.) que en ocasiones se acompañan de ideación suicida.

**Conclusiones:** Es fundamental la acción multidisciplinaria implicando tanto al Servicio de Psiquiatría como al de Gineco-Obstetricia, donde se debería realizar la primera valoración de los factores de riesgo y la aplicación de una prueba de screening (como el test de Edimburgo). De esta forma se logaría iniciar el tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico de forma precoz, evitando complicaciones para la madre y el niño.

#### Bibliografía

1. What can systematic reviews tell us? *Arch Womens Ment Health.* 2010;13:295-305.
2. Munk-Olsen T, Munk Laursen T, Mendelson T, Pedersen C, Mors O, et al. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the post-partum period. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:189-95.

#### PO-802

#### PAPEL DE LOS ESTRESANTES EN LA INFANCIA EN LA DISFUNCIÓN DEL TIROIDES EN MUJERES CON DEPRESIÓN POSPARTO. ESTUDIO COMPARATIVO

A. Plaza Estradé, A. Torres, L. García-Esteve, P. Navarro, E. Gelabert, M.L. Imaz y R. Martín Santos

**Objetivos:** Investigar la implicación de los estresantes en la infancia en la presencia de disfunción del tiroides en mujeres con depresión mayor posparto.

**Metodología:** Casos: ciento tres (N = 103) mujeres con depresión mayor postparto (DSM-IV) atendidas consecutivamente en una unidad de psiquiatría perinatal de un hospital universitario. Controles: doscientas treinta y seis (N = 236) mujeres ingresadas en una unidad de Obstetricia 24-48h tras el parto. Criterios de exclusión para casos y controles: Estar en tratamiento psiquiátrico durante el embarazo, previos trastornos de tiroides conocidos, uso de alguna medicación/droga que pueda influir en la función del mismo. Instrumentos: Se determinaron tireotropina (TSH) y tiroxina libre (FT4) en ambas muestras. Se definió como disfunción tiroidea la presencia de hipotiroidismo abierto o subclínico o hipertiroidismo abierto o subclínico (alteración de TSH y alteración de TSH y T4). Para valorar los estresantes en la infancia se utilizó Early Traumatic Inventory autoadministrado (ETI-SR) que consta de una escala con puntuación total que incluye cuatro subescalas que evalúan traumas generales, abusos físicos, emocionales y sexuales (ETI-SR; Bremner et al, 2007; versión española Plaza et al, 2011). Se recogieron y evaluaron también variables sociodemográficas, reproductivas, psicopatológicas y psicosociales.

**Resultados:** Las pacientes con depresión postparto presentan un riesgo tres veces mayor (OR: 3,125; IC95% 1,473-6,628) que las sanas de sufrir disfunción del tiroides en el postparto. Las pacientes con depresión postparto tienen un mayor riesgo de sufrir disfunción del tiroides que las sanas únicamente si han presentado estresantes en la infancia (OR: 2,667; IC95% 1,092-6,509).

**Conclusiones:** Las mujeres con depresión postparto que han sufrido estresantes en la infancia es una población de riesgo para la disfunción del tiroides.

#### PO-931

#### EFEKTOS COGNITIVOS DE LA EXPOSICIÓN IN UTERO A FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS ISRS: RESULTADOS PRELIMINARES

L. García Esteve, M.L. Imaz, A. Torres, P. Navarro, S. Díez, E. Gelabert, A. Roca, S. Socias, J. Farré y R. Martín Santos

**Objetivos:** Evaluar el efecto de la exposición in utero a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el nivel intelectual a los cinco años de edad.

**Metodología:** Se diseñó un estudio de cohortes. Una cohorte estuvo compuesta por 30 madres/hijos expuestos in utero a ISRS. Las madres fueron atendidas en el Programa de Psiquiatría Perinatal entre 2004 y 2005 por presentar trastorno ansioso o depresivo durante el embarazo (criterios DSM-IV). Se comparó con una cohorte de 30 madres/hijos sanos no expuestos a ningún psicofármaco, apareada por sexo del recién nacido y edad gestacional. Se realizó la evaluación en edades comprendidas entre los 60 y 79 meses, mediante la Batería de Evaluación para Niños de Kaufman (K-ABC). Se evaluó el nivel intelectual de la madre y se recogió el nivel socioeconómico y variables clínicas y obstétricas.

**Resultados:** No se hallaron diferencias significativas entre los grupos en el nivel intelectual de la madre, en el nivel socioeconómico, ni en las variables obstétricas. No hubo diferencias entre los dos grupos (expuesto vs no-expuesto) en el Procesamiento mental compuesto (101,80 vs 105,30; Z = -0,79, p = 0,43), la Escala de procesamiento secuencial (98,40 vs 101,30; Z = -0,96, p = 0,34), la Escala de procesamiento simultáneo (104,33 vs 107,37; Z = -0,87, p = 0,38) ni la Escala de conocimientos (99,17 vs 103,43; Z = -1,04, p = 0,30).

**Conclusiones:** Nuestros resultados preliminares sugieren que la exposición in utero a ISRS no afecta negativamente al funcionamiento cognitivo.

#### Bibliografía

1. Nulman I, Rovet J, Stewart DE, Wolpin J, Pace-Asciak P, Shuhaiber S, et al. Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1889-95.
2. Nulman I, Rovet J, Stewart DE, Wolpin J, Gardner HA, Theis JG, et al. Neurodevelopment of children exposed in utero to antidepressant drugs. *N Engl J Med.* 1997;336:258-62.

#### PO-1026

#### DIFERENCIAS EN LOS RESULTADOS NEONATALES TRAS EXPOSICIÓN INTRAÚTERO A MONOTERAPIA VS POLITERAPIA CON LITIO

M.L. Imaz Gurruchaga, M. Torra, C. Hernández, E. Cerrillo, A. Torres, A. Sandra Hernández, F. Botet, S. Carratalá, R. Martín-Santos y L. García-Esteve

**Introducción:** A pesar de que el litio han sido utilizado en los últimos 50 años en gestantes con trastorno bipolar, existe información limitada acerca de los efectos perinatales de la exposición fetal al mismo. El objetivo es cuantificar la concentración plasmática de litio intraparto y evaluar su asociación con variables neonatales.

**Metodología:** Estudio observacional, prospectivo. Gestantes (N = 21) en tratamiento de mantenimiento con litio solo (N = 14) o politerapia (N = 7), atendidas en el Programa de Psiquiatría Perinatal BCN-CLÍNIC entre 2007 y 2011. Se evalúan datos socio-demográficos; dosis/día de psicofármacos; concentraciones plasmáticas de litio en sangre materna intraparto y cordón umbilical; complicaciones obstétricas maternas; edad gestacional; peso al nacer; Apgar; malformaciones congénitas; ingreso en CIN y días de hospitalización del neonato.

**Resultados:** Edad media (DE) materna 32,71 (4,02), 66% primíparas, 95% caucásicas y el 100% casadas o con pareja estable. Los niños expuestos a politerapia (litio más otro psicofármaco) tuvieron de media un mayor peso al nacer (3.773,3 vs 3.079,6), una mayor edad

gestacional (40 vs 38,29 semanas), una mayor longitud (51,8 vs 48,89 cm), un mayor perímetro craneal 35,6 vs 33,43). No hubo diferencias en el ratio de litio cordón umbilical/plasma materno intra-parto en ambos grupos (0,95 vs 0,98). Los niños expuestos a politerapia en cualquier momento de la gestación presentaron una mayor incidencia de malformaciones congénitas (3/7 vs 1/14).

**Conclusiones:** El litio atraviesa la barrera placentaria de forma casi completa. Los niños expuestos a politerapia con litio presentan mayor incidencia de malformaciones congénitas.

#### Bibliografía

1. Newport DJ, Viguera AC, Beach AJ, Ritchie JC, Cohen LS, Stowe ZN. Lithium placental passage and obstetrical outcome: implications for clinical management during late pregnancy. *Am J Psychiatry*. 2005;162:2162-8.
2. Yacobi S, Ornoy A. Is lithium a real teratogen? What can we conclude from the prospective versus retrospective studies? A review. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2008;45:95-106.

## Psicogeriatría

### PO-217

#### LA HIDROCEFALIA COMO CAUSA DE DEMENCIA REVERSIBLE

M.I. Moreno García

**Introducción:** La hidrocefalia no constituye una causa muy frecuente de demencia en adultos, sin embargo nunca debe descartarse a priori esa posibilidad diagnóstica, ya que es reconocida como una de las pocas demencias tratables y potencialmente reversibles. Desde los años 60 está reconocida como causa tratable de demencia. La mitad son causas idiopáticas. Otras causas son traumatismos craneoencefálicos, procesos infecciosos, hemorragia cerebral, neoplasias cerebrales. La clínica se caracteriza por la típica triada de alteración de la marcha, demencia e incontinencia urinaria.

**Objetivos:** Con el presente caso clínico se pretende destacar el papel fundamental que tiene el psiquiatra para diagnosticar a estos pacientes.

**Metodología:** Revisión caso clínico diagnosticado al principio de Deterioro cognitivo leve y luego de hidrocefalia normotensiva, precisando tratamiento neuroquirúrgico.

**Resultados:** Este caso clínico y la revisión de la literatura ponen de manifiesto que las alteraciones cognitivas en la hidrocefalia pueden abarcar un amplio espectro desde un simple enlentecimiento sin deterioro mental hasta una demencia florida con rasgos de demencia subcortical. Por tanto, la actitud eficiente del profesional mediante la solicitud rápida de pruebas de imagen ante la sospecha de hidrocefalia es primordial para proponer el tratamiento oportuno y que las consecuencias del aumento de la presión intracranal sean las mínimas.

**Conclusiones:** Es importante un diagnóstico adecuado de la hidrocefalia ya que el alivio de la hipertensión del líquido cefalorraquídeo puede restablecer por completo la marcha y la función mental.

#### Bibliografía

1. Chaudhry P, Khakar S, Heidler-Gary J, Hillis AE, Newhart M, Kleinman JT, et al. Characteristics and reversibility of dementia in Normal Pressure Hydrocephalus. 2007;18:149-58.
2. Zarrouf F, Griffith J, Jesse J. Cognitive dysfunction in normal pressure hydrocephalus (NPH): a case report and review of literature. *W V Med J*. 2009;10:22-6.

### PO-223

#### UN CASO CLÍNICO DE ALUCINACIONES AUDITIVAS POR CLARITROMICINA

J.M. Manzano Callejo, R. Manzano Lorenzo y A. Lorenzo Gil

**Introducción:** En una revisión de búsqueda en PubMed, sin límite de fecha, sólo se encuentra cuatro artículos de alteraciones psiquiá-

tricas por claritromicina y en sólo dos de estos artículos se han presentado alucinaciones. En la base de datos nacional de reacciones adversas a medicamentos (FEDRA) hasta junio de 2010 se habían recogido nueve casos, notificados espontáneamente, de episodios maníacos tras la toma de claritromicina. La edad de los pacientes variaba entre 45 y 73 años, con una mediana de 62 años; 7 eran mujeres y 2 hombres, y no existía, por tanto, ningún caso en la infancia.

**Objetivos:** Hacer hincapié en la importancia de la farmacovigilancia a través de la oficina de farmacia, en casos psiquiátricos de presentación infrecuente.

**Metodología:** Paciente de 70 años con diagnóstico de neumonía comunitaria, sin antecedentes médicos conocidos de interés, ni toma de ningún fármaco previo. Usuaria habitual de la oficina de farmacia (OF), comenta en la OF que hace dos días ha ido al médico de atención primaria (MAP) por un cuadro infeccioso respiratorio, con diagnóstico de neumonía y prescripción de claritromicina 500 mg/12h. A las 48 horas de iniciar el tratamiento con dicho antibiótico comenzó a oír ruidos y una música.

**Resultados:** Tras analizar con la paciente los síntomas que ha tenido y evaluar la correlación en el tiempo entre la toma del antibiótico y la aparición de las alucinaciones, se le explica que probablemente se trata de un efecto secundario del medicamento, por lo que no debe asustarse, ya que al retirar el fármaco desaparecerá. Se le remite desde la OF a su MAP, informándole de que tenemos la sospecha de que la paciente tiene un cuadro de alucinaciones auditivas por claritromicina, descrito en la ficha técnica del producto: en la ficha técnica de la claritromicina figura una frecuencia de entre 1/100 y 1/1.000 pacientes). Con la supresión del fármaco remitió el cuadro clínico alucinatorio.

### PO-232

#### EL SÍNDROME DE DIÓGENES. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Andrés Espallardo, F. Toledo Romero, J.A. Rabadán Rubio, J.A. Albaladejo Martínez, M.J. Martínez Mirete, M.A. Carrillo Córdoba, P. Manzur Rojas, M.P. Sánchez Sicilia y A. Jaén Hernández

**Introducción y objetivos:** El caso clínico corresponde a una paciente de 54 años traída por la Policía Local para ingreso involuntario por orden judicial, por abandono del autocuidado, alcoholismo y vivienda en condiciones insalubres. Se trata de realizar el diagnóstico diferencial de patología psiquiátrica y tratar las alteraciones de conducta que presenta la paciente.

**Metodología:** Antecedentes Encontramos atención en Consultas Externas en octubre 2006 con tratamiento citalopram 20 mg/día y olanzapina 2,5 mg/día. Entrevista psicopatológica Se evidencia conciencia conservada y buena orientación en tres esferas, se mostraba abordable y colaboradora. El aspecto era des- cuidado y escaso de higiene, con falta de piezas dentarias. Fetur etílico. Ideas delirantes de perjuicio en relación a sus familiares. Minimiza las conductas acumulativas y el desorden en su domicilio. Silogomanía o acumulación de basura. Discurso repetitivo. Actitudes regresivas.

**Resultados:** El diagnóstico fue Deterioro cognitivo secundario a alcoholismo. Síndrome de dependencia a alcohol. síndrome de Diógenes.

**Conclusiones:** El diagnóstico diferencial era con Trastornos afectivos, Trastornos delirantes o Demencia. En este caso el deterioro cognitivo y la ausencia de clínica afectiva nos indicaba que la causa correspondía a un inicio de clínica de Demencia.

#### Bibliografía

1. Clark AN, Mankikar GD, Gray I. Diogenes Syndrome. *Lancet*. 1975;15:366-8.
2. De la Gándara JJ, Álvarez MT. Los ancianos solitarios: el llamado Síndrome de Diógenes. *An Psiquiatría*. 1992;8:21-6.

## PO-315

## DEMENCIA FRONTOTEMPORAL Y MANÍA: ESTUDIO DE 3 CASOS

R. Sánchez González, S. López Zumeta, M. Almendro Muñoz y L. Prats Sánchez

**Introducción:** La Demencia frontotemporal (DFT) abarca un grupo heterogéneo de enfermedades neurodegenerativas. Los síntomas psiquiátricos de la DFT son de inicio insidioso, con deterioro de la personalidad y progresiva afectación de la conducta. Generalmente estos cambios se producen antes de encontrar anomalías en las pruebas de neuroimagen. La desinhibición se manifiesta por diferentes comportamientos sociales inapropiados, pudiendo estar presente en la mitad de los pacientes.

**Objetivos:** Se plantea la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial entre una DFT incipiente y el inicio tardío de un trastorno afectivo bipolar, así como las exploraciones complementarias que pueden ser de utilidad.

**Metodología:** Estudio de 3 casos clínicos representativos, en los que la primera manifestación de una DFT consiste en un cuadro de características maníacas. Se analizan: datos de la historia clínica, exploraciones neuropsicológicas (MMSE, MIS, FV Semántica/Fonética, TMT A-B, Stroop y series dígitos) y pruebas de neuroimagen.

**Resultados:** Observamos patrones heterogéneos de alteración en las pruebas de neuroimagen y en los test neuropsicológicos. En el seguimiento evolutivo posterior de los 3 casos se confirmó el diagnóstico de DFT. Los hallazgos más importantes se resumen en forma de tabla y se muestra SPECT cerebral de uno de los pacientes.

**Conclusiones:** Tener en cuenta la DFT en el diagnóstico diferencial de los cuadros maníacos de inicio tardío. Imprescindible: recogida minuciosa de datos de la historia clínica; exploración psicopatológica detallada; estudio mediante pruebas neuropsicológicas y de neuroimagen. Test neuropsicológicos: suelen revelar la existencia de alteraciones cognitivas, fundamentalmente de las funciones ejecutivas. Estas alteraciones suelen ser muy heterogéneas y suelen empeorar de forma progresiva. Pruebas de neuroimagen: diferentes patrones de alteración de las estructuras cerebrales, dependiendo de la técnica utilizada y del tiempo de evolución de la DFT. Áreas más comúnmente afectadas son las frontotemporales. Escasa frecuencia de antecedentes psiquiátricos en los casos de DFT con manifestaciones maníacas. En la mayoría de los casos descritos en la literatura se realiza tratamiento sintomático de las alteraciones afectivas y de la conducta: antipsicóticos atípicos, eutimizantes y/o antidepresivos (fundamentalmente ISRS).

## Bibliografía

1. Mendez MF, Chen AK, Shapira JS, Lu PH, Miller BL. Acquired extroversion associated with bitemporal variant of frontotemporal dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2006;18:100-7.
2. Woolley JD, Wilson MR, Hung E, Gorno-Tempini ML, Miller BL, Shim J. Frontotemporal dementia and mania. *Am J Psychiatry* 2007;164:1811-6.

## PO-337

## PERFIL DEL PACIENTE ANCIANO EN URGENCIAS PSIQUEÁTRICAS HOSPITALARIAS

C. Almonacid Folch, A. Castillo Ramón, P. García Iglesias, I. Llácer Viel, M.A. Harto Cea, M. Lloret Díez-Canseco y R. Calabuig Crespo

**Introducción:** Las personas con edad avanzada son susceptibles de enfrentarse a numerosas situaciones estresantes desde el punto de vista psicosocial. Se estima que en torno al 20-25% de los ancianos tienen alguna patología mental significativa. Éstos suelen acudir más frecuentemente a los servicios de urgencias cuando presentan síntomas de enfermedad.

**Objetivos:** Determinar el perfil de los pacientes ancianos atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias por motivos psiquiátricos.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se toma como muestra todos los pacientes que acudieron a nuestro servicio de urgencias hospitalario durante un periodo de 2 meses y que requirieron una valoración psiquiátrica. A partir de las historias clínicas se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. Se analizan los datos correspondientes a los pacientes con edad igual o superior a 65 años.

**Resultados:** Se obtiene una muestra total de 225 pacientes, entre los cuales un 0,62% (14) corresponde a ancianos. Hay una proporción 3:4 entre hombres y mujeres. La mayoría tenían antecedentes psiquiátricos (85,7%). Un 64,3% acudieron a urgencias por alteraciones conductuales y el 35,7% restante (5) por tentativa o ideación autolítica. Los diagnósticos fueron de Trastornos afectivos en el 50% de los casos, seguido de Trastornos de ansiedad en un 21,4%.

**Conclusiones:** El proceso de triaje en urgencias se hace de forma adecuada, ya que ninguno de los casos consultados a psiquiatría se trataba de Delirium. Por otra parte, destaca la alta letalidad potencial de los gestos autolíticos, así como el diagnóstico más frecuente de Trastornos Depresivos, lo que confirma los resultados encontrados en otros estudios.

## Bibliografía

1. Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Elsevier Masson, 2010.
2. Sawayama E, Takahashi M, Arai H. Characteristics of elderly people using the psychiatric emergency system. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;63:577-9.

## PO-643

## LA ILUSIÓN DE SOSÍAS

J.A. Monforte Porto y C. Fernández Rojo

**Objetivos:** Capgras y Reboul-Lachaux en 1923 describieron el caso de una mujer de 53 años, que desarrolló un cuadro que llamaron "la ilusión de Sosías" (creencia delirante de que ciertas personas, ligadas afectivamente a ella, habían sido sustituidas por dobles idénticos). Se presenta el caso de un síndrome de Capgras como forma de debutar un síndrome demencial no filiado previamente.

**Metodología:** Varón de 81 años, con cuadro de inquietud y dificultades para dormir. Refiere que su esposa no es ella, que hay unas mujeres que se le han metido en su casa (por su mujer e hija), mostrándose más suspicaz y desconfiado. En este contexto coge un hacha para expulsar de su domicilio a los "dobles" que quieren hacerle daño. Se le practican analítica de sangre y orina, ECG, Rx de tórax, RM craneal y exploración neuropsicológica estructurada.

**Conclusiones:** Los trastornos de identificación errónea son aquellas situaciones en las que el paciente identifica incorrectamente, duplica o siente a personas, objetos, acontecimientos, lugares o cosas. Aparecen tanto en pacientes con lesiones cerebrales (demencia, daño cerebral, epilepsia, esclerosis múltiple, enfermedad cerebrovascular), como en la esquizofrenia o trastornos afectivos graves (donde fueron originalmente descritos). La incidencia descrita en la enfermedad de Alzheimer es de un 29-32%, con cifras de prevalencia de hasta un 82%. Burns clasifica los trastornos de identificación errónea en cuatro tipos: el fenómeno del "huésped fantasma", el fenómeno de la "pantalla de televisión", el "síndrome del espejo" y los falsos reconocimientos de familiares. La sintomatología psicótica en las demencias se manifiesta por las alucinaciones, las ideas delirantes o las identificaciones erróneas. El manejo de los síntomas psicóticos supone un gran esfuerzo para el clínico, ya que precisa un profundo análisis de su etiología para ver si es debido a enfermedades médicas intercurrentes, interacciones farmacológicas, problemas sociales o ambientales...

## PO-644

## LA ANOSOGNOSIA

J.A. Monforte Porto

**Objetivos:** La anosognosia es la alteración de la capacidad de reconocer la presencia de déficit en el funcionamiento sensorial, perceptivo, motor, afectivo o cognitivo. Indica una falta de conciencia de la enfermedad que se padece. Se presenta el caso de una paciente

te con un síndrome demencial no filiado previamente, en la que la anosognosia condiciona la planificación de cuidados.

**Metodología:** Mujer de 78 años, derivada por el Servicio de Medicina Interna ante la presencia de deterioro cognoscitivo progresivo. Desde el fallecimiento de su hermana, nueve meses antes, vive sola haciéndose más evidente sus dificultades de autonomía: se deja las llaves del gas abiertas, las luces encendidas, se le olvida lo que ha ido a comprar, ha dejado entrar a desconocidos en su domicilio, tiene problemas en el manejo del dinero y se olvida frecuentemente la cartera en los comercios. Se le practican analítica de sangre y orina, ECG, Rx de tórax, EEG, RM craneal y exploración neuropsicológica estructurada.

**Conclusiones:** El término anosognosia fue acuñado por Babinski en 1914 para describir el trastorno en unos pacientes con hemiplejia izquierda, que parecían ignorar la existencia de la parálisis, conservando sus facultades intelectuales y afectivas. Las cifras de prevalencia en la enfermedad de Alzheimer oscilan entre el 23 y el 75% (diversidad de métodos de medida, discrepancia en la definición). Se analizan los correlatos anatómicos de la misma (hipoperfusión frontal derecha dorsolateral, hipoperfusión en corteza posteromedial-cingulado posterior y precuneo), las hipótesis explicativas (psicológicas, psicopatológicas y neuropsicológicas), sus gradientes y los instrumentos utilizados para medirla. La anosognosia en la enfermedad de Alzheimer es un trastorno frecuente con serias implicaciones en la práctica clínica diaria como ser un motivo de retraso en el diagnóstico o una dificultad en la rehabilitación de los déficit, siendo considerada clásicamente como un factor de mal pronóstico.

## PO-728

### SÍNDROME DE CHARLES-BONNET: LA ALUCINACIÓN VISUAL EN EL ANCIANO

A. Rodríguez Quiroga, M.D. Saiz González y M.F. Díaz-Marsá

**Introducción:** El síndrome de Charles-Bonnet se caracteriza por la presencia de alucinaciones visuales complejas, elaboradas y persistentes, que el paciente reconoce como irreales, en ausencia de otros síntomas psiquiátricos. Todos los pacientes tienen patología visual y generalmente edades superiores a 64 años. Es importante destacar que la mayor parte de los pacientes consideran que estas alucinaciones no tienen significación personal para ellos, pero en algunos, producen gran ansiedad.

**Metodología:** Se entrevistaron a un total de trece pacientes derivados del servicio de Oftalmología con posible diagnóstico de síndrome de Charles-Bonnet con el fin de descartar patología psiquiátrica. Se realizó un análisis descriptivo, teniendo en cuenta como variable principal la presencia de patología psiquiátrica.

**Resultados:** La edad media fue de 78,98 años con un 85% de mujeres y un 15% de varones. En la mayor parte de los pacientes (69%) no había ansiedad secundaria, así como tampoco patología cardiológica (77%) ni neurológica (69%). Todos presentaban patología oftalmológica, siendo la más frecuente la degeneración macular (46%). Las alucinaciones más frecuentes fueron sobre figuras (69%). El 15% de los pacientes presentaba patología psiquiátrica, pero ninguna (episodios depresivos) justificaba la presencia de alucinaciones visuales.

**Conclusiones:** Revisando la literatura nuestra serie es una de las más numerosas, siendo un estudio de tipo epidemiológico que sólo mide frecuencias. El síndrome de Charles-Bonnet es una enfermedad infradiagnosticada y de difícil manejo, ya que exige de diversas valoraciones por distintos especialistas. Como cabría esperar, los pacientes reconocen las alucinaciones como irreales. Pese al creciente interés de la medicina, se necesitan más estudios para profundizar en el conocimiento del tema.

#### Bibliografía

- Berrios GE, Brook P. Visual hallucinations and sensory delusions in the elderly. *Br J Psychiatry*. 1984;144:662-4.
- Benaury M, Kahn D. Commentary on visual hallucinations and Charles Bonnet syndrome. *J Psychiatr Pract*. 2011;17:142-4.

## PO-771

### ME QUIEREN ENVENENAR

J.A. Monforte Porto y J.L. Muñoz Sánchez

**Objetivos:** La dicotomía entre enfermedad de Alzheimer y demencia vascular probablemente no sea sostenible al objetivarse con mayor frecuencia mecanismos vasculares en la enfermedad de Alzheimer bien como factores precipitantes o agravantes, bien como mecanismos propiamente fisiopatológicos. Se presenta un caso que permite reflexionar sobre estas complejas relaciones.

**Metodología:** Mujer de 86 que acude a la consulta por iniciativa de una hija al presentar trastornos de conducta en el entorno familiar y sintomatología de deterioro cognoscitivo asociado. Seis meses antes, ingreso en el Servicio de Neurología por presentar alteraciones del lenguaje (heminegligencia visual derecha, afasia transcrital con dificultad para la denominación, fluencia aceptable, buena comprensión), con diagnóstico de ictus isquémico en territorio de la cerebral media (zona hipodensa en región parietal izquierda). En los dos últimos meses, empeoramiento de las funciones cognoscitivas (memoria, orientación temporal, lenguaje), mostrándose más irritable, desconfiada y suspicaz con su marido (celotipia, envenenamiento), con conductas oposicionistas y de negativa a las ingestas y a la toma de medicación.

**Conclusiones:** La enfermedad de Alzheimer con lesiones cerebrovasculares asociadas se caracteriza por una mayor gravedad, mayor compromiso del lenguaje, peor rendimiento en pruebas cognitivas y menor número de placas seniles y ovillos neurofibrilares para un mismo nivel de gravedad. Los principales factores de riesgo comunes son la edad, angiopatía amiloidea, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión, hipercolesterolemia, resistencia a la insulina, fibrilación auricular, tabaco, alcohol, niveles de homocisteína y presencia del alelo E4 de la Apo-E. El dilema de la enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada se presenta al afrontar la estrategia terapéutica. Esta estrategia debería incluir varios niveles de intervención, desde la prevención hasta el manejo sintomático, pasando por el enlentecimiento de la progresión del deterioro cognitivo con fármacos neuroprotectores, a lo que se añadiría, como en todas las demencias, estrategias psicosociales.

## PO-822

### IMPlicación PRONÓSTICA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD PSQUIÁTRICA DE AGUDOS

G.A. Baquero Mahecha, J.J. Marín Méndez, P. Molero Santos, P. Corte de Paz, J.A. Gómez Sánchez, G. Cozar Santiago y J. Pla Vidal

**Introducción:** El aumento de la esperanza de vida ha fortalecido el interés por el deterioro cognitivo y la evolución a demencia de los trastornos psicogeriátricos.

**Objetivos:** Evaluar en una muestra de pacientes mayores de 65 años la relación entre deterioro cognitivo (DC), diagnósticos psiquiátricos y evolución a demencia.

**Metodología:** Durante un periodo de 4 años se han analizado de modo observacional y retrospectivo, en una muestra de 131 pacientes mayores de 65 años atendidos en la Unidad de Hospitalización de agudos, los factores clínicos asociados a la evolución a demencia.

**Resultados:** Se ha encontrado una asociación entre la existencia de algún grado de DC previo y la posterior evolución a demencia (el 66% de los pacientes con DC evolucionaron a demencia;  $\chi^2 = 71,581$ ;  $p < 0,01$ ). Existe relación proporcional entre la intensidad de dicho DC y la probabilidad de evolución a demencia ( $\chi^2 = 92,584$ ;  $p < 0,01$ ). Detectamos una tendencia a la asociación entre el diagnóstico de trastornos afectivos y la evolución a demencia (25,4% en la depresión unipolar, 34,6% en el trastorno bipolar, 7,1% en la esquizofrenia y 10,7% en el resto de

diagnósticos;  $\chi^2 = 11,520$ ;  $p = 0,07$ ). La coexistencia del diagnóstico de trastorno afectivo y DC se asocia a la evolución a demencia (33,3%;  $\chi^2 = 23,055$ ;  $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** 1) Estos resultados sugieren que la presencia de DC, especialmente a lo largo del curso de los trastornos afectivos, puede ser un marcador de mal pronóstico para la evolución a demencia, y que una mayor intensidad de dicho DC se asocia a una mayor probabilidad de evolución a demencia. 2) Es importante detectar el DC en los pacientes afectivos psicogeriatrivos para, mediante la realización de un tratamiento intenso y de la duración necesaria, reducir el riesgo de evolución a demencia.

#### Bibliografía

1. Panza F, et al. Am J Geriatr Psychiatry. 2010;18:98-116.
2. Podell K, Torres K. Neurol Clin. 2011;29:99-114.

#### PO-847

#### INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD DE TRASTORNOS DE CONDUCTA

S. Gómez Martínez, J.M. Valls Nieto y M.D. Gaspar Alfonso

**Introducción:** En el ámbito de una Unidad de Trastornos de Conducta pionera en la Comunidad Valenciana hemos realizado un estudio con pacientes psicóticos, con altas tasas de trastornos de conducta y síntomas psicopatológicos que repercutían de forma significativa en su funcionalidad. Por este motivo se diseñó un Plan terapéutico integral de corte interdisciplinar que abarca tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, basado en la premisa de que la actividad significativa emocionalmente y compartida por un grupo, da sentido a la vida generando estados afectivos saludables. El ámbito de trabajo abarca tanto áreas de prevención y detección precoz, como intervenciones en casos agudos.

**Objetivos:** 1. Conseguir ausencia o disminución de los trastornos de conducta; 2. Favorecer estados afectivos emocionales óptimos que apoyen y potencien la funcionalidad de los pacientes en todas las áreas. Con este estudio pretendemos demostrar de forma objetiva los efectos de estas actuaciones tanto en el individuo como en el grupo, teniendo en cuenta la influencia social,

**Metodología:** Se realiza un estudio descriptivo de diseño longitudinal basado en registros observacionales, registros de frecuencia de participación y escalas de evaluación (MMSE, NPI-Q) de las áreas funcionales.

**Resultados:** La evolución promedia de los residentes es la siguiente. En el momento del ingreso el promedio en la escala NPI-Q es de 27,5, y en último corte del estudio es de 15. Así mismo vemos la misma evolución favorable en la capacidad cognitiva (MMSE: siendo el promedio en el ingreso de 22,5 y al final del estudio de 27,5).

**Conclusiones:** Los datos muestran que los pacientes que están integrados en programas terapéuticos integrales presentan menor tasa de trastornos de conducta, y disminuyen estados afectivo-emoionales negativos que repercuten directamente en el área funcional, manteniendo los beneficios en el tiempo.

#### PO-856

#### TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

R.G. Danis, R. García Bouza, N. Díaz Regaño, M.P. Castillo Alarcón y J.M. Rico Gomis

La terapia electroconvulsiva (TEC) ha demostrado su eficacia en trastornos afectivos unipolares y bipolares. La indicación de la TEC está basada en su rapidez de acción y en su eficacia. La depresión constituye el trastorno de ánimo más frecuente en la población anciana. El caso clínico que presentamos es de un paciente varón de 73 años que tiene un primer contacto con el Servicio de Salud Men-

tal por varios episodios recortados de desorientación en los últimos dos meses y posteriormente abandono y desinterés por sus actividades habituales. El paciente recibe tratamiento con antidepresivos y dos meses después acude a Urgencias por empeoramiento del cuadro de alteración de conducta y se decide ingreso en la Unidad de Neurología donde se realizan pruebas complementarias para estudiar una posible causa neurológica del cuadro clínico y se realizan las siguientes pruebas complementarias: analítica completa (hemograma, bioquímica, marcadores tumorales, autoinmunidad, vitamina B12, ácido fólico, hormonas tiroideas), TAC craneal, RMN encefálica con sedación, electroencefalograma y punción lumbar. Cabe destacar que cuando se inició la sintomatología, unos cuatro meses antes, el paciente tenía una vida activa, se ocupaba de las tareas de hogar, era el cuidador principal de su esposa que tiene un deterioro cognitivo moderado y estaba realizando un curso de mecanografía. El cuadro clínico se corrobora con las pruebas complementarias y con los exámenes cognoscitivos en los que no se observa un deterioro cognitivo que justifique la clínica, siendo el deterioro funcional de instauración relativamente rápida, acompañado de episodios de desorientación, de llanto y se decide consultar con el Servicio de Psiquiatría. Ante clínica compatible con Trastorno depresivo mayor el paciente es trasladado a la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica donde sigue el tratamiento con fluoxetina a dosis de 20 mg/día. Ante negativa a tomar la medicación y la persistencia de la clínica depresiva con predominio de la inhibición se decide administrar terapia electroconvulsiva. Se aplica un total de 10 sesiones, obteniéndose mejoría de la sintomatología depresiva a partir de la 5<sup>a</sup>-6<sup>a</sup> sesión. En el diagnóstico del caso que hemos presentado habían criterios que orientaban tanto hacia una posible causa neurológica, como por ejemplo un deterioro cognitivo, pero también hacia un cuadro de origen psiquiátrico dado el deterioro funcional relativamente rápido en una persona previamente activa, la carga emocional que suponía ser el cuidador principal de una persona con deterioro cognitivo, la falta de interés por actividades que anteriormente eran placenteras, los sentimientos de culpa e inutilidad y la mejoría vespertina del humor. La orientación diagnóstica del caso que hemos presentado no ha sido fácil. En el paciente anciano el diagnóstico de depresión es más difícil por la inespecificidad de los síntomas y por la complejidad de la semiología. La falta de antecedentes psiquiátricos puede ser una importante fuente de error en estos casos y desviar la atención del profesional hacia un origen no psiquiátrico del cuadro.

#### PO-1017

#### PSICOGERIATRÍA DESDE UNA PERSPECTIVA LIVING LAB. ASPECTOS PREVENTIVOS EXTENSIBLES A OTROS COLECTIVOS

F.J. Fernández Rosado, A. Ouardi Dadi, F. Muñoz Serrano, N. Salva Ortiz y M. Magdalena Haja

**Introducción y objetivos:** La situación económica actual de las personas de la tercera edad está creando un aumento en los procesos psicogeriatrivos y por ello en los gastos sociosanitarios difícil de asumir en una sociedad en crisis. La ley de Dependencia está siendo insuficiente para cubrir las necesidades cada vez más en aumento. Ante estas expectativas buscamos nuevas formas de cuidar a estas personas utilizando las TIC.

**Metodología y resultados:** Se seleccionaron 500 pacientes al azar con 65 años a los que se entrevistó, sobre si eran felices, sobre sus conocimiento en informática, sobre si usarían videoconferencias para relacionarse con sus familias, amigos y personal sanitario y si se sentía solos y que echaba más de menos. 43% no eran felices, 83% no tenían conocimientos informáticos, el 67% estarían dispuestos a usar videoconferencias, el 56% se sentían solos, echaban en falta el 67% a sus hijos y el 40% a sus parejas.

**Conclusiones:** Es evidente la sensación de soledad de las personas mayores, su dificultad para el uso de las nuevas tecnologías y

como echan de menos principalmente a sus hijos, es evidente que es necesario diseñar nuevas tecnologías para facilitar la comunicación con estas personas. Hemos diseñado un programa informático que convierte los televisores en videoconferencias de forma que todas las personas sin conocimientos informáticos puedan estar 24h conectados con familiares, amigos y personal socio sanitario. La creación de living lab podría facilitar la intervención de las personas mayores en la solución a sus problemas, y su seguimiento de una forma innovadora y creemos más eficiente y posiblemente su uso prevendría algunos trastornos mentales.

#### PO-1065

#### USO COMBINADO DE GALANTAMINA Y PALIPERIDONA EN PACIENTES CON DEMENCIA Y ALTERACIONES DE CONDUCTA Y/O DEL ESTADO DEL ÁNIMO

K.Tajima Pozo y B. Ríos Rial

**Introducción:** La demencia es un síndrome caracterizado por deterioro crónico y global de funciones superiores pudiéndose acompañar de alteraciones de conducta y del estado de ánimo. Las alteraciones de conducta suelen manifestarse en forma de episodios de agresividad verbal y física, suspicacia, ideas delirantes y en ocasiones alteraciones sensoperceptivas. En la mayoría de casos es preciso el uso de antipsicóticos para estabilizar conductualmente a estos sujetos. Los trastornos del estado de ánimo están presentes en más de la mitad de los pacientes con deterioro cognitivo.

**Metodología:** En este estudio se incluyó a 40 sujetos con Deterioro cognitivo y/o sospecha de enfermedad de Alzheimer, con alteraciones de conducta y/o alteraciones del estado de ánimo, y se estudió la respuesta sintomatológica al utilizar tratamiento combinado con paliperidona y galantamina. Del total de 40 sujetos con deterioro cognitivo, se diagnosticó de enfermedad de Alzheimer al 65% de la muestra, 25% deterioro cognitivo mixto, y un 5% deterioro cognitivo por enfermedad de cuerpos de Lewy. El análisis de datos fue realizado mediante la utilización del SPSS; versión 17.0. Se realizó test T para la igualdad de medias, en variables que seguían una distribución normal y se expresó dichas variables mediante su media y desviación estándar.

**Resultados y conclusiones:** Los sujetos en tratamiento combinado de galantamina y paliperidona, presentaron mejoría significativa de alteraciones de conducta y alucinaciones. Los sujetos en tratamiento en monoterapia con galantamina, presentaron mejoría significativa en síntomas afectivos, este efecto guarda relación con la actuación a nivel de los receptores nicotínicos, que a su vez estimula la liberación de 5HT, Glu, GABA y noradrenalina. Los cuidadores que participaron en el estudio observaron mejoría sustancial en alteraciones de conducta en un 94% de los sujetos, mejora de la afectividad en un 64% de los casos y mejora de síntomas cognitivos en un 48% de los casos.

## Psiquiatría de enlace

#### PO-194

#### ESTUDIO DE LA DEMANDA DE INTERCONSULTAS PSIQUIÁTRICAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

F.J. Zamora Rodríguez y C. Benítez Vega

**Introducción y objetivos:** La actividad de Interconsulta es aquella realizada desde la unidad de Psiquiatría hacia el resto de servicios del hospital. Es un elemento de mejora de la calidad de la asis-

tencia e implica una verdadera integración de la atención psiquiátrica y psicológica en el contexto global hospitalario. El objetivo del presente estudio es analizar la demanda de intervención psiquiátrica sobre los pacientes ingresados en un complejo hospitalario, compuesto por 2 hospitales generales con un total de aproximadamente 900 camas.

**Metodología:** Realizamos un estudio estadístico descriptivo de la totalidad de las interconsultas solicitadas por todos los servicios del complejo hospitalario universitario de Badajoz durante un periodo de 12 semanas entre noviembre de 2010 y febrero de 2011. Analizamos las siguientes variables: edad, sexo, servicio solicitante de la interconsulta, días que transcurrieron desde que ingresa el paciente hasta que solicitan la IC, si requirieron seguimiento, total de veces que fue visto el paciente, diagnóstico principal, si había abuso/dependencia de sustancias, si requirieron tratamiento con psicofármacos y número de los mismos.

**Resultados:** Se realizaron un total de 139 interconsultas. Un 59,7% de ellas eran mujeres y 40,3% eran hombres. La edad media fue de 51,83 años. Un 8,7% tenían menos de 25 años, un 37,9% más de 65 y un 53,4% entre 26 y 64 años. De media tardaban 6,88 días en solicitar la interconsulta desde el día del ingreso del paciente, aunque en el 25% de los casos esta se ponía el mismo día que ingresaba. La especialidad desde la que se solicitaban más interconsultas eran Medicina Interna, con un 16,3%, Traumatología y Digestivo con el 13,7% y Neurología con el 9,6%. El 59,0% eran de especialidades médicas, el 36,7% de especialidades quirúrgicas y el 4,3% pertenecían a las camas judiciales ingresados a cargo de psiquiatría. El 27,3% requirieron un seguimiento posterior. Cada paciente fue visto de media 1,37 veces. Los diagnósticos más frecuentes fueron Trastorno adaptativo, con un 20,8%, y cuadros confusionales, con un 16,7%. El 21,1% tenían o habían tenido problemas de abuso/dependencia de sustancias. El 83,5% requirieron tratamiento con psicofármacos, con una media de 2,63.

**Conclusiones:** La patología más frecuentemente diagnosticada fue el trastorno adaptativo, y el servicio que más interconsultas solicitó medicina interna; solicitando de forma general más las especialidades médicas que las quirúrgicas. Estos datos coinciden con otros de estudios similares.

#### PO-195

#### USO DE PSICOFÁRMACOS EN LAS INTERCONSULTAS PSIQUIÁTRICAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

F.J. Zamora Rodríguez

**Introducción y objetivos:** La actividad de Interconsulta es un elemento básico para la mejora de la calidad asistencial del mismo e implica una verdadera integración de la atención psiquiátrica y psicológica en el contexto global hospitalario. El objetivo del presente estudio es analizar el uso de psicofármacos en aquellos pacientes ingresados en un complejo hospitalario, compuesto por 2 hospitales generales con un total de aproximadamente 900 camas, que requirieron atención por parte del servicio de Interconsulta psiquiátrica.

**Metodología:** Realizamos un estudio estadístico descriptivo de la totalidad de las interconsultas solicitadas por todos los servicios del complejo hospitalario universitario de Badajoz durante un periodo de 12 semanas entre noviembre de 2010 y febrero de 2011. Analizamos las siguientes variables: si requirieron tratamiento con psicofármacos y número de los mismos, y posteriormente separamos el tratamiento prescrito en 6 grupos farmacológicos: estabilizadores, antipsicóticos, antidepresivos, benzodiacepinas, hipnóticos y otros fármacos. También recogimos las dosis usadas de cada fármaco.

**Resultados:** Se realizaron un total de 139 interconsultas. Un 59,7% de ellas eran mujeres y 40,3% eran hombres. La edad media fue de

51,83 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron Trastorno adaptativo, con un 20,8%, y cuadros confusionales, con un 16,7%. El 83,5% requirieron tratamiento con psicofármacos, con una media de 2,63. Dentro de los que requirieron tratamiento psicofarmacológico el 12,1% recibieron estabilizadores del estado de ánimo, el 53,4% antipsicóticos, el 79,3% antidepresivos, el 56% benzodiacepinas, el 2,6% hipnóticos y el 12,1% del grupo que denominamos otros fármacos. Los fármacos más usados dentro de cada grupo fueron respectivamente: oxcarbacepina (4,3% del total de los que recibieron tratamiento psicofarmacológico), olanzapina (14,7%), trazodona (44,8%), loracepam (30,2%), lormetacepam (0,9%) y biperideno (3,4%). Las dosis usadas de estos fármacos en mg al día: 1080 (DT: 164,32) de oxcarbacepina; 8,53 (6,79) de olanzapina; 123,08 (71,72) de trazodona; 4,03 (4,08) de loracepam; 2 de lormetacepam y 4 (0,0) de biperideno.

**Conclusiones:** El 83,5% de los pacientes a los que se les realizó una interconsulta psiquiátrica recibieron tratamiento psicofarmacológico. El grupo psicofarmacológico más usado fueron los antidepresivos, seguido de las benzodiacepinas y los antipsicóticos, lo que está en relación con los diagnósticos más frecuentemente registrados en las interconsultas psiquiátricas (trastorno adaptativo y cuadro confusional).

#### Bibliografía

1. Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Año 2001.
2. Rojo Rodes JE. Interconsulta psiquiátrica. Barcelona, Masson Elsevier, 1997.

## PO-202

### FACTORES DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES VIH: RESULTADOS PRELIMINARES

M.R. Cejas Méndez

**Introducción:** El VIH se asocia con trastornos psiquiátricos y riesgo de suicidio, en el momento del diagnóstico y en la evolución. El estudio de la prevalencia y los factores de riesgo asociados es crucial para prevenir el comportamiento suicida en esta población.

**Objetivos:** a) Estudiar la prevalencia de ideación suicida en los pacientes con VIH que asisten a la Unidad de Infecciosas de este hospital b) Analizar los posibles factores de riesgo asociados a la ideación suicida.

**Metodología:** Estudio aleatorizado epidemiológico transversal, con una muestra de 125 pacientes con VIH. Se administró la Escala de Depresión de Calgary y La Escala del riesgo de suicidio de Plutchick. Se recogieron variables socio-demográficas, clínicas y psicopatológicas. Los datos fueron analizados mediante SPSS 15.0.

**Resultados:** Los datos preliminares de 66 pacientes mostraron una prevalencia de ideación suicida del 12,1%. Las variables estadísticamente significativas fueron: antecedentes de abuso de drogas y psiquiátricos, intentos previos de suicidio y niveles de CD4. Se aprecia una tendencia mayor en pacientes de ámbito rural y con antecedentes familiares de suicidio.

**Conclusiones:** La prevalencia de ideación suicida en la población VIH fue similar a la encontrada en trastornos mentales graves. El abuso de sustancias, la historia de intento de suicidio, historia de trastorno psiquiátrico y un pobre estado inmunológico están relacionados con la ideación suicida en nuestra muestra. Estos factores de riesgo potenciales deben ser considerados y evaluados en la población VIH para prevenir conductas suicidas.

#### Bibliografía

1. Dowshen N, Binns HJ, Garofalo R. Experiences of HIV-related stigma among young men who have sex with men. AIDS Patient Care and STDs. 2009;23:371-6.
2. Sheth SH, Jensen PT, Lahey T. Living in rural New England amplifies the risk of depression in patients with HIV. BMC Infectious Diseases. 2009;25.

## PO-216

### HIPONATREMIA RECURRENTE CON ISRS: UN CASO POR TRPLICADO

P. Puras Rico y E. Gómez Rodríguez

El objetivo de la comunicación es presentar el caso de un varón de 88 años que ha presentado en los últimos tres años tres episodios de hiponatremia por SIADH en relación con el uso fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) que han requerido de ingreso hospitalario. En dos de estos episodios el paciente estaba en tratamiento concomitante con diuréticos tiazídicos, siendo la sertralina el fármaco antidepresivo implicado, y en uno de los tres episodios el paciente estaba en tratamiento con citalopram sin que existiera tratamiento diurético concomitante alguno. En la literatura existen casos publicados de pacientes que han presentado dos (pero no tres) episodios de hiponatremia por ISRS. Esta complicación grave pero reversible debe ser conocida por médicos generales y especialistas, y establecemos algunas recomendaciones de control.

## PO-273

### ENFERMEDAD MENTAL Y TRASPLANTE HEPÁTICO

N. Alberola Legorburo, P.I. González Valls, L. Ros Mora y A.C. García Blanco

**Introducción y objetivos:** Debido a la escasa disponibilidad de órganos y el coste tan elevado que está intervención supone, los candidatos para recibir un órgano deben ser cuidadosamente seleccionados. Además de los factores médicos, se deben considerar los psiquiátricos y sociales de cada paciente junto a cualquier factor que pueda influir en la evolución clínica y la calidad de vida del paciente tras el trasplante. Se describe a continuación un caso clínico que ilustrará la dificultosa labor de selección de candidatos.

**Metodología:** Se realiza una interconsulta urgente desde UCI solicitándose valoración psiquiátrica pre-trasplante hepático. En UCI se informa de que el paciente ha referido consumo de tóxicos. Ante la mala evolución clínica se precisa un trasplante urgente. Una vez transplantado la familia informa que durante las 3 semanas previas el paciente realizó una ingesta masiva de alcohol y cocaína, apareciendo alteraciones conductuales por las que es ingresado en Psiquiatría en otro hospital con el diagnóstico de Episodio Psicótico a estudio. Un mes después el paciente es remitido a urgencias para valoración psiquiátrica siendo necesario un ingreso en la Unidad de Agudos de Psiquiatría por alteraciones conductuales secundarias a un trastorno psicótico. En ese momento el hermano asegura el completo abandono de la medicación debido a la ideación delirante que presenta.

**Resultados:** Durante el ingreso el cuadro clínico cedió con la instauración de tratamiento. Tras el alta hospitalaria el paciente ha acudido por el momento en una ocasión a su Centro de Salud Mental, donde se aprecia mal aspecto general, importante sedación y una ictericia intensa. En este momento sigue viviendo con el hermano y persiste la crítica ajustada de los contenidos delirantes previos al ingreso.

**Conclusiones:** Los pacientes con enfermedad hepática que requieren un trasplante hepático con frecuencia presentan junto a los trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias otros trastornos psiquiátricos del Eje I. Estos datos apoyan la necesidad de una evaluación psiquiátrica completa así como de un tratamiento para aquellos pacientes que lo requieran antes de recibir un trasplante hepático. Entender las diferencias específicas y las características únicas de este grupo de pacientes aumentará la conciencia clínica de la complejidad de esta población, destacando la selección de candidatos y la identificación de las personas de mayor riesgo de recaída tras el trasplante. Dada la importancia de una evaluación psiquiátrica previa, la realización de ésta en casos donde existe una urgencia vital, como es el caso presentado, podría hacer que la valoración en ese momento estuviese distorsionada y teniendo la evaluación, por tanto, poco valor pronóstico.

## PO-287

UN LENGUAJE DE SIGNOS CORPORALES,  
UN CASO DE TRASTORNO CONVERSIVO

I. Muñoz León, E. de Paul Tobajas, I. López Saracho,  
I. Sánchez Lorenzo, A. Valle Escalante, D. Gómez Pizarro,  
A. Guerrero Peral y F. de Uribe Ladrón de Cegama

**Introducción:** La “Histeria de conversión”, sigue presente en nuestra época, rebautizada como trastorno conversivo. Diferente en sus características sintomatológicas. Trastorno mental misterioso, sigue escapando del saber médico. Sufrimiento psíquico expresado a través de síntomas físicos: el cuerpo es el que nos habla.

**Metodología:** Mujer, 48 años. Desde hace 5 años presenta diferentes trastornos del movimiento que no ceden con ningún tratamiento, así como sintomatología depresiva y fobias.

**Resultados:** Primera consulta psiquiatría (2006): sintomatología ansiosa que impide salida de su domicilio tras fallecimiento de su madre. (2007) Consulta neurología: trastorno marcha, mialgias; (2008): “sacudidas involuntarias”, pérdida fuerza predominio distal (2009): Rigidez dedos y trastorno habla (2010): episodios de desconexión con lenguaje ininteligible, movimientos desorganizados. En total 8 ingresos en Neurología. En ningún momento se objetivan alteraciones en las exploraciones neurológicas o en las diferentes pruebas (PL, ceruloplasmina, marcadores tumorales, estudios hormonales...), incluso biopsias musculares. Se instauran diferentes tratamientos sin mejoría física ni psíquica. Se plantea abordaje multidisciplinar entre psiquiatría y neurología. Dada la evolución del caso se plantea como opción terapéutica psicoterapia individualizada. La mejoría confirma diagnóstico sospecha: Trastorno movimiento psicógeno documentado. Grado certeza A (clasificación Fahn y Williams). Según DSM-IV-TR: F44.7 Trastorno de conversión, presentación mixta [300.11].

**Conclusiones:** El presente caso refleja la dificultad en el diagnóstico de certeza del trastorno conversivo en la ausencia de un trabajo colaborativo entre neurólogos y psiquiatras, que trabajen en una misma dirección realizando un diagnóstico positivo y guiando al paciente hacia una salida “digna”. Los diagnósticos de exclusión son insuficientes y, como ilustra nuestro caso, sumergen al paciente en espirales iatrógenas. El paciente pivota entre especialidades en busca de soluciones que “aún no le han sido dadas”.

## Bibliografía

1. Fahn. Trastornos del movimiento psicógenos, 2006.
2. Bogousslavsky. Hysteria after Charcot, 2011.

## PO-314

UTILIDAD DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA  
EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON CON ESCASA  
RESPUESTA A LEVODOPA: UN ESTUDIO PILOTO

R. Sánchez González y L. Pintor Pérez

**Introducción:** Los fenómenos “on-off” de la enfermedad de Parkinson (EP), son síntomas clínicos invalidantes que se han relacionado con la hipersensibilización de los receptores dopamínergicos postsinápticos. La terapia electroconvulsiva (TEC) desensibiliza estos receptores, por lo que se podría plantear la utilidad de este tipo de tratamiento en la corrección de las fases “on-off” de la EP.

**Objetivos:** Evaluar la utilidad y seguridad de la TEC en pacientes diagnosticados de EP avanzada, con fenómenos “on-off” refractarios al tratamiento farmacológico sustitutivo con levodopa.

**Metodología:** Estudio piloto abierto y prospectivo, con un diseño ciego simple. Se han evaluado 6 pacientes diagnosticados de EP en estadio III-IV de Hoehn y Yahr. Realización de 8 sesiones de TEC de aplicación bitemporal y frecuencia bisemanal. Evaluación neurológica, psiquiátrica, neuropsicológica y de calidad de vida antes y después del tratamiento con TEC.

**Resultados:** Se ha objetivado una mejoría estadísticamente significativa en el número de pasos en fase “on” (de  $32 \pm 7,7$  a  $23 \pm 5$ ) y

el número de freezings en “on” (de  $1,8 \pm 1$  a  $0,4 \pm 0,5$ ). Sin embargo, no se han objetivado cambios de los síntomas parkinsonianos en fase “off”, de las fluctuaciones motoras o de las discinesias. Ningún paciente presentó síntomas psiquiátricos antes, durante o después del estudio. En las pruebas neuropsicológicas, no se observaron diferencias entre la evaluación basal y la evaluación postratamiento.

**Conclusiones:** Seleccionando candidatos con fenómenos “on” de predominio axial refractarios a la levodopa, la TEC podría ser una opción terapéutica eficaz y segura si se confirma en estudios posteriores.

## Bibliografía

1. Balldin J, Granérus AK, Lindstedt G et al. Predictors of improvement after ECT in parkinsonian patients with “on-off” symptoms. *J Neural Transmission*. 1981;52:199-211.
2. Andersen K, Balldin J, Gottfries. et al. A double blind evaluation of electroconvulsive therapy in Parkinson’s disease with on-off phenomena. *Acta Neurol Scand*, 1987;87:191-9.

## PO-355

PROGRAMA PIC: INTERCONSULTA RÁPIDA EN SALUD  
MENTAL DE APOYO AL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.  
RESULTADOS 3 AÑOS DESPUÉS

M. Ruiz Feliu, M.C. Campos Mangas, J. Aizarna Rementería,  
P. Pascual Pascual y J.D. Cabrera Ortega

**Introducción:** El Programa PIC (Psiquiatra interconsultor) es un dispositivo de ayuda al Médico de Atención Primaria (MAP) en el abordaje de los casos de Salud Mental menos graves. Su objetivo principal es el apoyo al MAP sobre dudas diagnósticas y/o terapéuticas que le puedan plantear el control estas patologías.

**Objetivos:** Presentar el Programa PIC y los resultados obtenidos en sus 3 años de existencia.

**Metodología:** Explicación del dispositivo y análisis descriptivo de las interconsultas realizadas de modo presencial, telefónico u online, desde agosto de 2007 a agosto de 2010, con seguimiento posterior durante los 6 meses tras la interconsulta.

**Resultados:** Interconsultas realizadas: 1255; 79% presenciales, 21% no-presenciales. Un 22% fueron derivaciones a petición propia. Diagnósticos más prevalentes: 31%, Reacciones de estrés y trastornos adaptativos; Otros Trastornos de ansiedad, 17%; Códigos Z, 29%; Episodios depresivos 15%; Otros 12%. El 70% fueron derivados a Atención Primaria (AP) tras la interconsulta y un 26% al Centro de Salud Mental (datos extraídos desde el inicio del Programa hasta el 31 de agosto de 2010) El 64% de los pacientes atendidos no habían precisado contacto posterior con Salud Mental a los 6 meses (comprobado a fecha de 28 de febrero).

**Conclusiones:** El Programa PIC parece útil en el apoyo a los MAP, visto el número de interconsultas realizadas. Muchos Trastornos mentales menos graves pueden asumirse con éxito por AP tras la interconsulta. Presentar la interconsulta como alternativa a la derivación cuando el MAP presente dudas en el diagnóstico y manejo del Trastorno Mental Menos Grave y Códigos Z, para evitar la sobrecarga de la asistencia especializada.

## PO-356

PROGRAMA PIC: INTERCONSULTA RÁPIDA EN SALUD  
MENTAL DE APOYO AL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA  
(MAP). RESULTADOS EN PACIENTES QUE SOLICITARON A  
SU MAP INTERCONSULTA A PETICIÓN PROPIA

M. Ruiz Feliu, M.C. Campos Mangas, J. Aizarna Rementería,  
P. Pascual Pascual y J.D. Cabrera Ortega

**Objetivos:** El programa PIC (Psiquiatra interconsultor) es un dispositivo de ayuda a Atención Primaria en el abordaje de los Trastornos mentales no severos. Comunicar la experiencia del programa en el manejo de los pacientes que solicitan a su MAP atención psiquiátrica/psicológica a petición propia.

**Metodología:** Explicación breve del funcionamiento del dispositivo PIC y análisis descriptivo de las interconsultas realizadas en este dispositivo a aquellos pacientes remitidos a este programa por solicitar a petición propia atención psiquiátrica/psicológica, durante el periodo comprendido entre agosto de 2007 y diciembre de 2010 y el seguimiento posterior a los 6 meses de haber sido valorados.

**Resultados:** Pacientes atendidos a petición propia: 304 (25% de todas las interconsultas realizadas en ese periodo) El 96% en consulta de modo presencial. Diagnósticos más frecuentes: 30%, Reacciones de estrés y trastornos adaptativos; Problemas sociales (Códigos Z), 23%; Otros Trastornos de ansiedad, 17%; Episodios depresivos, 6%; otros, 24%. El 67% fueron derivados a su MAP tras la interconsulta y un 29% al Centro de Salud Mental. El 69% de estos pacientes no precisaron contacto posterior con Salud Mental (datos comprobados hasta el 31 de diciembre de 2010 sobre los pacientes vistos desde el inicio del Programa hasta el 30 de junio de 2010).

**Conclusiones:** El Programa PIC es un dispositivo útil para el MAP también en pacientes que solicitan atención psicológica/psiquiátrica a petición propia. Se observa una mayor prevalencia de Problemas sociales (Códigos Z) en estos pacientes que en el resto de los pacientes interconsultados. Un alto porcentaje de estos pacientes no precisan entrar en los circuitos de Salud Mental tras la Interconsulta. La Interconsulta sigue siendo una forma de evitar la sobrecregencia de la asistencia en Atención Especializada también en los casos que solicitan atención psiquiátrica/psicológica a petición propia.

#### PO-410

#### HEPATITIS COLESTÁSICA SECUNDARIA A SERTRALINA: A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Cabús Piñol, J.L. Villegas Martínez, J. Coullaut-Valera García, L. García García, P. Marqués Cabezas y A. Soto Loza

**Objetivos:** Describir y estudiar un caso de colestasis hepática en probable relación a sertralina. Revisar la literatura cinética con los casos publicados de reacciones adversas hepatobiliarias.

**Metodología:** Se estudia un caso clínico de psiquiatría de enlace y se revisa en Pubmed los casos publicados hasta la fecha de reacciones adversas hepatobiliarias.

**Resultados:** Diagnóstico: Eje I: F33.1 Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.31). Eje II: sin diagnóstico. Eje III: Hepatitis colestásica en probable relación a sertralina. Eje IV: sin diagnóstico. Eje V: EEAG al ingreso 60, al alta 80. Evolución y tratamiento: Evoluciona favorablemente tras la retirada de sertralina, y se introduce lorazepam 1 mg para el insomnio, dieta según tolerancia. Asintomático por completo, afebril. Mejoría de los parámetros analíticos, siempre con coagulación normal. Al alta se recomienda reposo relativo, hidroxicina dihidrocloruro 25 mg c/8h, lactulosa sobres para una deposición diaria, fitomenadiona 10 mg c/48h durante dos semanas. Control analítico a los 15 días.

**Discusión:** En nuestro caso, el paciente presenta antecedentes de hígado graso y abuso de alcohol que abandonó 10 años atrás. Existe una relación causa-tiempo en el inicio del tratamiento y la aparición de síntomas. Aunque cloxacilina puede causar una elevación de transaminasas y de bilirrubina, el paciente presentaba los síntomas descritos antes de iniciar dicho fármaco. En el test de Rucam aplicado a lesión hepática aguda se obtiene una puntuación de 8 puntos indicando una causa probable de sertralina. No se introduce sertralina de novo, y el paciente no accedió a la realización de la biopsia hepática. Se han reportado 10 casos de pacientes en tratamiento con sertralina y efectos secundarios adversos hepatobiliarios, dos de los cuales han sido descritos en España.

#### Bibliografía

1. Carvajal García-Pando A, García del Pozo J, Sánchez Sánchez A, Velasco-Martín A, Rueda de Castro AM, Lucena I. Hepatotoxicity Associated With de New Antidepressants. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:135-7.

#### PO-425

#### ALTERACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS EN ENFERMEDAD DE PARKINSON: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.R. Montoya, B. Serván Rendón-Luna, S. Rodríguez Toledo, O. Bautista Garrido y L. Morón Nozaleda

**Introducción:** Las alteraciones neuropsiquiátricas que pueden aparecer en pacientes con Enfermedad de Parkinson (EP) en tratamiento son el síndrome de disregulación dopamínérgica, trastornos del control de los impulsos, trastorno de personalidad orgánico, trastornos psicóticos y fenómenos de punding.

**Objetivos:** Describimos las alteraciones mencionadas a propósito del caso de un paciente diagnosticado de EP idiopática de inicio a los 47 años y 11 años de evolución.

**Metodología:** Describimos el caso clínico del paciente, quien inició tratamiento agonista dopamínérgico y terapia sustitutiva con levodopa-carbidopa. El paciente comenzó a abusar de la medicación sustitutiva, que tomaba a demanda. Seguidamente comenzó a presentar alteraciones del control de impulsos. Tras ajuste de medicación el descontrol de impulsos se acentúa, iniciando seguimiento psiquiátrico y tratamiento antiimpulsivo. Continúa con abuso de medicación dopamínérgica, comienza a escaparse de casa y deambular sin rumbo, requiere un ingreso psiquiátrico por episodio psicótico debido a agonistas dopamínérgicos, y finalmente es ingresado en Neurología para optimización del tratamiento antiparkinsoniano mediante bomba de dopa, y para control de los impulsos y del síndrome de disregulación dopamínérgica.

**Resultados:** Paciente al alta con mejoría del control de los impulsos y control de la EP con bomba de duodopa. Se trata de un paciente que a lo largo del curso de su enfermedad neurológica ha presentado todos los fenómenos descritos al inicio, constituyendo por este motivo un compendio original de las alteraciones neuropsiquiátricas que pueden aparecer en pacientes con EP en tratamiento.

#### Bibliografía

1. O'Sullivan, S. Evans, A. Lees, A. Dopamine Dysregulation Syndrome. An Overview of its Epidemiology, Mechanisms and Management. *CNS Drug*. 2009;23:157-70.
2. Rossi M, Merello M. Trastornos del Control de los Impulsos en la Enfermedad de Parkinson. *Arch Neurol Neuroc Neuropsiquiatr*. 2008;15:6-16.

#### PO-435

#### LOS DESÓRDENES PSIQUIÁTRICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

M.L. Pulido Cid

**Introducción y objetivos:** Muchos pacientes con cáncer tienen una respuesta normal de adaptación al estrés que genera la enfermedad. Un alto porcentaje, no logra adaptarse a la situación y, desarrolla desórdenes psicológicos y Psiquiátricos que deben ser correctamente diagnosticados para recibir la asistencia necesaria. Como objetivo se planteó conocer la prevalencia de los trastornos psicológicos/psiquiátricos de los pacientes con cáncer al ingreso en programas de cuidados paliativos.

**Metodología:** Se analizaron prospectivamente las evaluaciones de la primera consulta psicológica. Se recoge información de 79 pacientes asistidos en un periodo de 15 meses. Se recogió información demográfica (edad, sexo), tipo de cáncer, escala ECOG y los resultados de la evaluación multiaxial según criterios diagnósticos del DSM-IV.

**Resultados:** 57% de los pacientes eran mujeres. Según DSM-IV: Eje I: 77% de los pacientes tenían trastornos que fueron objeto de atención clínica; de adaptación (33%), de ansiedad (13%), delirium (11%), del estado de ánimo (10%), demencia (4%), esquizofrenia (2%), trastorno psicótico (1%), otros trastornos (3%). Eje II: 15% tenía trastornos de personalidad o retraso mental. Eje III: 32% padecían causas médicas capaces de producir desórdenes psicológicos. Eje IV: 77% tenían factores estresantes psicosociales o ambientales capaces

de producir el desorden (problemas económicos, acceso deficiente a servicios de salud) Eje V: Evaluación de actividad global. Nivel medio de actividad de los pacientes = 60,1.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes evaluados (77%) padecían desórdenes psiquiátricos que requirieron intervención. La evaluación sistematizada con el DSM-IV, permite el diagnóstico adecuado de los desórdenes psicológicos de los pacientes en cuidados paliativos, ser derivados a los servicios de Psiquiatría y así, puedan recibir la asistencia necesaria según patología.

#### Bibliografía

1. <http://www.aamyp.org> <http://www.merodio.com.ar/paliativos/vinculos.htm>

### PO-436

#### CUIDAR AL QUE CUIDA AL PACIENTE PSQUIÁTRICO

T. Pulido Cid

**Introducción y objetivos:** Cada día es más frecuente familias que deben hacerse cargo del cuidado de algunos de sus miembros que son enfermos psiquiátricos. La carga de trabajo hace que los cuidadores no identifiquen los problemas de la persona dependiente ni los suyos y, no encuentran soluciones para cuidarse ellos mismos. Nos hemos marcado como objetivos: Experimentar una mejora de calidad de vida tanto objetiva (cuestionario Zarit) como subjetiva. Conocer normas básicas de alimentación, evitar caídas.

**Metodología:** La población seleccionada por encuesta telefónica, mujeres y varones de 26 a 70 años, con un nivel socioeconómico y educativo medio. Criterios de exclusión: personas con déficit sensitivos, menores 25 años y niveles socioculturales muy altos o muy bajos. Se impartieron 7 sesiones con una duración de 90 minutos con una parte teórica y otra práctica. El grupo de discentes fue formado por 15 cuidadores.

**Resultados:** Expectativas discentes: El 80% cree que se cumplen, el 20% no lo valora. Están satisfechos con el desarrollo del taller: 20% lo califica como bueno, y el 80% muy bueno y el 100% de los participantes lo recomendaría a otra persona. El nivel de conocimientos aumentó, proporcionándoles una mejora de su calidad de vida. El 100% piensa que hemos utilizado un lenguaje y metodología adecuados. En cuanto a la duración del taller, el 70% lo valora como adecuada y, un 30% piensa que la duración del curso ha sido corta.

**Conclusiones:** Creemos que los resultados obtenidos son positivos y que se ha conseguido un aprendizaje significativo a lo largo de todo el taller. Se han cumplido los objetivos ya que, el grupo verbaliza aplicar lo aprendido en sus casas en mayor y menor grado, aunque no es posible realizar un seguimiento.

#### Bibliografía

1. Pérez Melero A. Guía de Cuidados de personas mayores. Ed. Síntesis.

### PO-452

#### INTERCONSULTA PSQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL GENERAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO I: DEMANDAS

J. García-Vilanova Comas y M. Ballester Gil de Pareja

**Introducción y objetivos:** El psiquiatra de interconsulta y enlace sirve de consultor a otros especialistas médicos y se encarga de las consultas sobre pacientes en contextos médico-quirúrgicos tanto durante la hospitalización como a nivel ambulatorio. El objetivo es describir la demanda de Interconsultas realizadas en un Hospital General.

**Metodología:** Recogida de datos de las 1.834 interconsultas realizadas por la unidad de psiquiatría de interconsulta y enlace durante cuatro años (entre julio 2006 a julio 2010). Se estudiaron 1.834 interconsultas solicitadas a la Unidad de Psiquiatría del Hospital General de Castellón durante el periodo 2006-2010, efectuadas por el mismo especialista durante 4 años. El promedio por año fue 458 in-

terconsultas realizadas, valorándose pacientes hospitalizados y no hospitalizados. De cada paciente se registraron los datos siguientes: edad, sexo, motivo de consulta, tipo de derivación (ordinaria, preferente, urgente), especialidad demandante, diagnóstico somático principal, diagnóstico psiquiátrico principal (CIE 10).

**Resultados:** Sexo predominio mujeres 53%, Distribución por edad con predominio de pacientes entre 41-50 años. Valoración de 1.305 interconsultas en pacientes hospitalizados (72%) (con predominio de medicina interna con 250 interconsultas) frente a los 28% no Hospitalizados (con predominio de valoraciones previas a cirugía bariátrica). Motivo de consulta agrupados en doce categorías con predominio de clínica ansioso-depresivo y valoraciones prequirúrgicas.

**Conclusiones:** Hay pocos trabajos descriptivos y falta de protocolos en la realización de interconsultas y psiquiatría de enlace. Sería importante una homogeneidad en los mismos.

#### Bibliografía

1. Porras S, Ribera MC, Gandarillas M, Gurbés J. La Interconsulta Psiquiátrica en el hospital general Hospital General de Elda-Alicante (UE) (14 años de Psiquiatría de Enlace).
2. Padierna Acero JA, Horcajo Ramírez MJ, Ecenarro Zapatero R, Martín Y. Análisis de las demandas de interconsulta psiquiátrica en pacientes oncológicos. Anales de Psiquiatría. 2007;23:6-11.

### PO-455

#### INTERCONSULTA PSQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL GENERAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO II: RESPUESTAS

J. García-Vilanova Comas y M. Ballester Gil de Pareja

**Introducción y objetivos:** El Psiquiatra de interconsulta y enlace sirve de consultor a otros especialistas médicos y se encarga de las consultas sobre pacientes en contextos médico-quirúrgicos tanto durante la hospitalización como a nivel ambulatorio y de atención primaria. El objetivo es describir la respuesta de Interconsultas realizadas en un Hospital General.

**Metodología:** Recogida de datos de las 1.834 interconsultas realizadas por la unidad de psiquiatría de interconsulta y enlace durante cuatro años (entre julio 2006 a julio 2010) en una base de datos.

**Resultados:** 54% de pacientes atendidos presentaban antecedentes personales psiquiátricos o tóxicos. Se ha realizado intervención farmacológica en más del 50%, siendo la moda de las visitas realizadas una y la media de 2,12 visitas. En las derivaciones al alta los dispositivos de salud mental no hospitalarios y el médico de atención primaria son las unidades más derivadas. En los diagnósticos predominan los trastornos de ansiedad y adaptativos y los trastornos mentales orgánicos destacando la presencia de pacientes sin ningún diagnóstico psiquiátrico.

**Conclusiones:** Hay pocos trabajos descriptivos y falta de protocolos en la realización de interconsultas y psiquiatría de enlace. Necesidad de mayor comunicación con médicos de atención primaria dada la alta derivación a los mismos.

#### Bibliografía

1. Padierna Acero JA, Horcajo Ramírez MJ, Ecenarro Zapatero R, Martín Y. Análisis de las demandas de interconsulta psiquiátrica en pacientes oncológicos. Anales de Psiquiatría. 2007;23:6-11.
2. Porras S, Ribera MC, Gandarillas M, Gurbés J. La Interconsulta Psiquiátrica en el hospital general Hospital General de Elda-Alicante (UE) (14 años de Psiquiatría de Enlace).

### PO-461

#### DIFERENCIAS SEGÚN LA EDAD Y EL GÉNERO ENTRE LOS PACIENTES PSQUIÁTRICOS ATENDIDOS POR UNA UNIDAD DE INTERCONSULTAS DE MEDICINA INTERNA

B. Serván Rendón-Luna, M.D. Morón Nozaleda, M. Machín Vázquez-Illá, H. Trebbau López, L. Reyes Molón, A. Rodríguez Quiroga y J. Marco Martínez

**Objetivos:** Describir las diferencias debidas a la edad y sexo en pacientes ingresados en una Unidad de Psiquiatría que consultan por problemas médicos a una Unidad de Interconsulta Médica.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo, septiembre 2007-mayo 2010. Explotación de una base de datos centralizada. Variables: edad, sexo, servicio solicitante, grupos diagnósticos y motivo del alta (mejoría, traslado y exitus). Se establecen cuatro grupos en función de la edad: 18-29 años, 30-49 años, 50-69 años y > 70 años.  $p < 0,05$  tiene significación estadística.

**Resultados:** Se identifican 638 pacientes (261 hombres, edad media 41,3 años; 372 mujeres, edad media 58,7 años). Predomina la consultoría femenina en todos los grupos, más destacado en >70 años (71,7% vs 28,3%), sin ser mayor el número de mujeres ingresadas. El grupo de edad en el que se concentran más interconsultas en ambos sexos son los 30-49 años (38,4%), concentración algo mayor en varones. En cuanto a los grupos diagnósticos predominan: Mujeres: 18-29 años tumoral e infeccioso; de 30-49 años: infeccioso y no definido; de 50-69 años: cardiorrespiratorio, tumoral y metabólico; > 70 años: cardiorrespiratorio, e infeccioso. -Hombres: 18-29 años infeccioso y cardiorrespiratorio; de 30-49 años: infeccioso, no definido y cardiorrespiratorio; de 50-69 años: cardiorrespiratorio, infeccioso, y metabólico y > 70 años: cardiorrespiratorio e infeccioso. El motivo del alta más frecuente en todos los grupos y sexos es la mejoría, requiriendo más traslados a otros servicios los varones. Encontramos un único caso de mortalidad localizado en el grupo de mujeres de 50-69 años.

**Conclusiones:** Existe significación estadística para todas las variables analizadas. La edad y el sexo son variables determinantes en el curso clínico de los pacientes con problema médicos.

#### Bibliografía

1. Shore JH. Psychiatry at a crossroad: our rule in primary care.
2. Hurowitz JC. Meeting the medical needs of adults in public psychiatric facilities.

#### PO-505

#### ¿SÍNDROME CONVERSIVO? A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Garnier Lacueva, D. Córcoles Martínez, N. Moll Jurado, J. Castaño Asins, S. Sibina García, R. Sanchis Catalán, B. Díaz Múgica, L.M. Martín López y A. Bulbena Vilarrasa

**Introducción:** Este caso trata de ilustrar las dificultades en la delimitación entre la sintomatología orgánica y la psiquiátrica.

**Objetivos:** Revisar las manifestaciones psiquiátricas de un trastorno neurológico.

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

**Resultados:** Varón de 22 años. Síndrome ansioso no filiado de larga evolución, en tratamiento con benzodiazepina. Coincidendo con varios estresores inicia ligero temblor en brazos y afonía. Se añade posteriormente debilidad en piernas, razón por la que acude a urgencias. Es estudiado por Medicina Interna quienes descartan origen orgánico de los síntomas y lo derivan a psiquiatría presumiendo origen "psicológico". Destaca la escasa repercusión y la leve mejora a la administración intramuscular de benzodiazepina. Es dado de alta con el diagnóstico de Trastorno Conversivo. Diez días después consulta nuevamente por persistencia del temblor, debilidad en extremidades con dificultad en la marcha y afonía. Se añade inexpressividad facial, bradipsiquia, disgranía. Es remitido nuevamente al área de psiquiatría, en esta ocasión sin realizar despistaje previo orgánico, basándose en la existencia de un diagnóstico anterior de "síndrome conversivo". Se objetiva hipomimia facial, rueda dentada con leve temblor postural distal en EESS. Bipedestación con base de sustentación aumentada y marcha a pequeños pasos con inestabilidad. Desde psiquiatría se solicita valoración por Neurología quien orienta el cuadro como "síndrome extrapiramidal de instauración subaguda" y se ingresa para estudio neurológico. Se obtienen los siguientes resultados: disminución del tiempo de protrombina, ecografía hepática compatible con enfermedad por depósito, alteraciones morfológicas en TAC en ganglios basales y cerebelo, disminución de ceruloplasmina. Se alcanza finalmente el diagnóstico de Enfermedad de Wilson.

**Conclusiones:** Sirva este caso para señalar la importancia de realizar cuidadosos procesos de diagnóstico diferencial, aun en los aquellos casos que en hospitales generales son pasados a psiquiatría con el diagnóstico "ya" realizado de "síndrome conversivo". Es importante para ello valorar las opiniones de los profesionales de otras especialidades que hayan podido intervenir manteniendo una visión crítica sobre las mismas.

#### Bibliografía

1. Foruny Olcina JR, Boixeda de Miquel D. Enfermedad de Wilson. Rev Esp Enferm Dig. 2010;102(1).
2. Benhanua T, Tirouche YD, Abaoub-Germain A, Theodore F. The Honest of psychiatric disorders and Wilson's disease. Encephale. 2007;33:924-32.

#### PO-521

#### RELACIÓN ENTRE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

M.R. Hernando Segura, V. Amez Cepeda, F. Chuquillín Arista, S. Pérez Gil, A. Gutiérrez, B. Peláez Gutiérrez, R. González, L.A. González Martínez y M. Vicente Mentrida

**Introducción:** Una de las consecuencias neuropsiquiátricas de los accidentes cerebrovasculares (ACV) es la depresión, ésta ejerce efectos negativos sobre los pacientes. Así mismo múltiples estudios indican que la depresión es un factor de riesgo independiente para la posibilidad de sufrir un ACV.

**Objetivos:** Averiguar cuáles son los mecanismos por los que la depresión actúa como factor de riesgo de ACV. Establecer la prevalencia, el momento de aparición y las causas de los trastornos depresivos en pacientes que han sufrido ACV. Conocer la importancia de los anti-depresivos sobre los síntomas neurológicos y las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de los pacientes afectados por ACV.

**Conclusiones:** Revisión de los últimos datos de la literatura sobre los objetivos planteados.

**Resultados:** Se han propuesto diferentes mecanismos para explicar el riesgo de ACV en pacientes deprimidos, pero el mecanismo exacto no se ha dilucidado. Varios estudios han calculado que después de ACV la prevalencia de trastornos depresivos es entre 30% y 50%, la frecuencia de depresión es máxima en los primeros 3-6 meses y los factores involucrados en la aparición de dichos trastornos son varios. Los estudios más novedosos concluyen que los pacientes con ACV no tratados adecuadamente para la depresión tienen riesgo de presentar disfunción para las ABVD.

**Conclusiones:** Existe relación bidireccional entre estas dos entidades: los pacientes con ACV presentan mayores tasas de depresión, comparados con la población general, y los pacientes deprimidos tienen mayor riesgo de tener un ACV. El impacto negativo que ejerce la depresión nos obliga a identificar su presencia e instaurar un tratamiento farmacológico adecuado.

#### Bibliografía

1. Liebetrau M, Steen B, Skoog I. Depression as a Risk Factor for the Incidence of First-Ever Stroke in 85-Year-Olds. Stroke. 2008;39:1960-5.
2. Franco López J. Enfermedad cerebro-vascular y depresión. Rev Colomb Psiquiatr. 2007;XXXVI(Supl 1).

#### PO-542

#### ACTUACIONES EN PSIQUIATRÍA DE ENLACE

T. Aparicio Reinoso

**Introducción:** La interconsulta psiquiátrica se encarga de atender a los pacientes ingresados por enfermedad médica que precisan una valoración psiquiátrica.

**Objetivos:** Realizar un estudio descriptivo observacional para analizar las demandas y el tipo de paciente que con frecuencia se atiende.

**Metodología:** Creación de una base de datos mediante el paquete estadístico SPSS sobre los factores a estudiar en torno a la atención

prestado por el servicio de interconsultas psiquiátricas del Hospital Ramón y Cajal y análisis de los datos recogidos mediante el mismo. Las principales variables a estudio fueron los motivos de consulta, servicios peticionarios, diagnósticos más frecuentes y consumo de sustancias.

**Resultados:** En total se realizaron un total de 1.544 valoraciones durante el periodo comprendido desde mayo de 2008 hasta marzo de 2011 (ambos incluidos). Por servicios los que más valoraciones requirieron fueron Medicina Interna (246 valoraciones, 15,9%), Toxicomanías (176, 11,4%), Gastroenterología (155, 10%) y Cardiología (121, 7,8%). Los diagnósticos más frecuentes fueron sd. de dependencia de sustancias psicótropas (159 pacientes, 10,3%), Sin psicopatología aguda (152, 9,8%), delirium debido a enfermedad orgánica (122, 7,9%), episodio depresivo leve (101, 6,5%) y demencia tipo Alzheimer de inicio precoz (100, 6,5%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: Ánimo triste (436 partes de interconsulta, 28,2%), Solicitud de valoración psiquiátrica sin especificar motivo (289, 18,7%), Ajuste de tratamiento (197, 12,8%). Respecto al consumo de sustancias tóxicas, en el 21,6% de la población estudiada (334 pacientes), se objetivo la presencia de este consumo. La toma de alcohol con patrones patológicos fue el tóxico más empleado (179 pacientes, 11,6%), seguido de los opioides (90, 5,8%) y del consumo de cocaína (32, 2,1%).

**Conclusiones:** En este importante volumen de pacientes atendidos, existe una gran discordancia entre el motivo de consulta y juicio clínico emitido, llamando la atención los partes recibidos con ánimo triste y el posterior diagnóstico de Tr. depresivo. Existe un aumento del consumo de sustancias, siendo la más prevalente el alcohol (11,6%) y que ocasiona una elevada morbilidad.

#### Bibliografía

1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría, 10<sup>th</sup> ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
2. Roche V. Southwestern Internal Medicine Conference. Etiology and management of delirium. Am J Med Sci 2003;325:20-30.

#### PO-551

#### PERFIL CLÍNICO Y SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES QUE INGRESAN EN UN HOSPITAL GENERAL TRAS UN INTENTO DE SUICIDIO (1997-2007)

S. Gómez Pardiñas, S. Pita Fernández, J. Alberdi Sudupe, F. Iglesias Gil de Bernabé y S. Lantes Louzao

**Introducción y objetivos:** Los intentos de suicidio constituyen un serio problema para los servicios de salud. Se ha visto que los intentos de suicidio son el mayor predictor de suicidio. El objetivo del estudio es definir las variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes que ingresan en Servicios médicos y quirúrgicos de un Hospital General, tras un intento de suicidio.

**Metodología:** Se consideraron todos los ingresos en servicios médico-quirúrgicos del Hospital A Coruña, valorados por intento de suicidio por la Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace (UPIE), durante 11 años (1997-2007; n = 5.234). La información se recogió mediante cuestionario estructurado que incluye variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas. Para el análisis estadístico se ha utilizado el SPSS 18.0 para Windows.

**Resultados:** Los intentos de suicidio supusieron el 6,9% de las consultas a la UPIE. Estos pacientes presentaban una media de edad más baja (42,5 años) que el resto (51,5 años). La mayoría fueron mujeres. Fue más frecuente entre separados y menos entre los que vivían en pareja. También más frecuente en niveles educacionales más altos (10,8%) frente a 10,5% en pacientes sin estudios. Además los estudiantes presentaron más intentos de suicidio (17,7%). Se dieron más intentos de suicidio entre los pacientes con antecedentes psiquiátricos (principalmente varios diagnósticos (19,3%), seguido de trastornos psicóticos (12,4%) y trastornos afectivos (9,8%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos de personalidad (25%), afectivos (16,6%) y psicóticos (13,8%).

**Conclusiones:** Los intentos de suicidio son un motivo frecuente de interconsulta a Psiquiatría. El perfil de pacientes que ingresan en servicios médicos y quirúrgicos tras intento de suicidio es el de una mujer joven con antecedentes psiquiátricos.

#### Bibliografía

1. Gabilondo A, et al. Prevalence and risk factors for suicide deation, plans and attempts in the Spanish general population. Results from the ESEMeD study. Med Clin (Barc). 2007;129:494-500.

#### PO-577

#### PSICOSIS LÚPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Trigo Campoy, A. Soler Catalán, F.L. Crespo Ramos, M. Asensio Martínez, S.M. Bañón González, L. Ruiz de la Hermosa Gutiérrez y R.V. Pastoreli

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es un enfermedad inflamatoria crónica de naturaleza autoinmune y etiología desconocida, caracterizada por la afectación de múltiples órganos y sistemas. Las manifestaciones neuropsiquiátricas, las cuales comprenden un amplio espectro de síndromes, se presentan en un 75-90% de los pacientes con diagnóstico de LES. Dentro de las manifestaciones psiquiátricas se incluyen los trastornos de ansiedad, las disfunciones cognitivas, los trastornos afectivos y las psicosis.

**Objetivos:** Analizar a propósito de un caso clínico sin historia previa de LES y sin antecedentes psiquiátricos las características clínicas, psicopatológicas, y posibles tratamientos de las manifestaciones psiquiátricas asociadas a LES, en especial de los trastornos psicóticos.

**Metodología:** Revisión de la literatura de impacto de los últimos 5 años en relación a los síntomas psicóticos del LES; la prevalencia, tratamiento y diagnóstico diferencial con otras patologías psiquiátricas.

**Resultados:** Los síntomas psicóticos pueden ser la primera manifestación del LES, existen múltiples mecanismos fisiopatológicos que explicarían la aparición de estos síntomas y se han investigado diversos marcadores vinculados, como los anticuerpos antirribosoma P, aunque la utilidad está limitada. Por otra parte la sintomatología psicótica puede aparecer en el curso del LES, siendo más frecuente en el primer año de evolución de la enfermedad. Por último los síntomas psicóticos podrían estar inducidos por corticoides, aunque habitualmente en los pacientes con LES no son atribuibles a ellos y a menudo dichos síntomas mejoran con mantenimiento o incremento de dosis de corticoides como en nuestro caso.

**Conclusiones:** Del estudio realizado se concluye la importancia de un completo diagnóstico, a pesar de la baja frecuencia, uno de los aspectos más importantes del tratamiento del LES es la distinción entre las reacciones psiquiátricas inducidas por los corticoides y un brote de la enfermedad y que influirá en el tratamiento a seguir.

#### PO-600

#### LA INTERCONSULTA DE PSIQUIATRÍA EN EL HOSPITAL DEL MAR. ESTUDIO PRELIMINAR

S. Gasque Llopis, S. Castillo Magaña, A. Martínez Fernández, P. Álvaro Serón, J.M. Ginés Miranda, C. García-Ribera Comdor, A. Merino Torres y A. Bulbena Vilarrasa

**Introducción:** Aproximadamente el 1% de los pacientes ingresados en un hospital general recibe atención por parte del servicio de interconsulta (IC) de psiquiatría. Los diagnósticos más frecuentes comprenden síndromes orgánicos cerebrales que pueden dificultar la evaluación somática y el cumplimiento del tratamiento prescrito. En el Hospital del Mar el servicio de IC se encuentra dividido en tres secciones: Psiquiatría, Psicooncología y Toxicomanías.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes atendidos por la IC de Psiquiatría del Hospital del Mar (Barcelona).

**Metodología:** Estudio descriptivo y transversal que incluye los pacientes atendidos por IC de Psiquiatría entre 8/7/2010 y 31/3/2011.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 129 pacientes (51,9% hombres; edad media: 63 + 16 años). El 69,8% pensionistas o jubilados y el 89,1% de origen nacional. Los servicios de solicitud más frecuentes fueron Medicina Infecciosa (14%), Medicina Interna (9,3%) y Cardiología (9,3%). Prioridad urgente en un 24,8% y número medio de visitas 2,4 + 2,2. El 57,4% presentaba antecedentes psiquiátricos siendo más frecuentes trastornos afectivos (34,9%) y psicóticos (10,9%). Los motivos de consulta principales fueron sintomatología depresiva (47,3%) y alteraciones de conducta (16,3%). Los diagnósticos más prevalentes fueron trastornos adaptativos (24,8%), psicóticos (14%), síndromes orgánicos cerebrales (13,2%) y afectivos (11,6%). El 39,5% recibió tratamiento antidepresivo y el 25,6% anti-psicótico. El 19,4% fue derivado al CSM, el 20,2% a recursos residenciales y en el 47,3% no fue necesaria la vinculación.

**Conclusiones:** El perfil de paciente visitado por la interconsulta sería pensionistas o jubilados de 63 años ingresados en los servicios de Medicina Interna o Infecciosa con antecedentes psiquiátricos y predominio actual de la sintomatología depresiva reactiva a una situación vital.

#### Bibliografía

1. Kreil S, et al. Liaison Psychiatry-An Analytic View. Psychiatr Prax. 2011 (En prensa).
2. Skaki O. Consultative psychiatry examinations of patients-review of twelve months retrospective follow up. Med Pregl. 2009;62:569-72.

#### PO-604

#### USO DE PREGABALINA EN PACIENTES CON DOLOR, ANSIEDAD E INSOMNIO

F.J. González Díaz, A. Zafra Villena, A.D. Hidalgo Borreguero, L.M. García Santos, L. Donaire Adámez, M.T. Pérez Castellano, M.T. Lobo Castillo, L. Martínez-Clemente Fernández-Orozco, B. Manzano Balsara y A.I. Lobo Castillo

**Introducción y objetivos:** En la psiquiatría de enlace son frecuentes los casos que presentan ansiedad e insomnio asociados a dolor provocado por un evento médico-quirúrgico. Proponemos como objetivo el análisis de la efectividad de la pregabalina en este tipo de cuadros.

**Metodología:** realizamos un estudio observacional mediante el estudio de tres casos clínicos de dolor de características orgánicas, utilizando la Escala Hamilton para Ansiedad, el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg y una valoración del paciente para el dolor de 0 a 10 puntos. Se hacen dos mediciones para las tres escalas, antes de iniciar tratamiento y tras ajuste de dosis definitivo.

**Resultados:** En la escala de dolor se observó una disminución media de 4,7 puntos en los tres pacientes. La disminución media en el índice de calidad de sueño fue de 6,4 puntos. Para la escala Hamilton abreviada para ansiedad la disminución media fue de 7,3 puntos.

**Conclusiones:** Conscientes de las limitaciones estadísticas de un estudio naturalístico de estudio de casos, proponemos el uso de pregabalina en ambiente hospitalario para los casos de dolor orgánico al que se le asocia ansiedad e insomnio en lugar de el uso previo de benzodiacepinas, limitando el uso de éstas por el perfil de interacciones y efectos secundarios en ambiente hospitalario.

#### Bibliografía

1. García-Portilla MP, Bascárán MT. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ars Médica, 2008.
2. Schatzberg AF, Nemeroff CB. Textbook of Psychopharmacology, 2<sup>a</sup> ed. American Psychiatric Press, 1998.

#### PO-613

#### SÍNDROME SEROTONINÉRGICO. A PROPOSITO DE UN CASO

E. Vásquez Cornieles

**Introducción:** Síndrome serotoninérgico reacción adversa que se presenta como consecuencia de una excesiva estimulación de los re-

ceptores centrales y periféricos de serotonina produciendo cambios mentales, autonómicos y neuromusculares. **Objetivos:** Presentar mediante un caso clínico los aspectos fundamentales de este síndrome y a la vez llamar la atención sobre esta condición la cual es generada por interacciones medicamentosas y cuya incidencia va en aumento.

**Metodología:** Mujer de 74 años, AP: osteoporosis, T. distímico, EPOC, sd. de Parkinson, Fx. cadera y fémur. En tratamiento con: levodopa/carbidopa 250 (1-0-1), Adiro 100 mg (0-1-0), rabeprazol (0-0-1), vit D + calcio (1-0-0), duloxetina 60 mg (1-0-0), simeticona (1-0-1) y tramadol 50 mg (1-0-0). Días previos a su ingreso, ante la persistencia de dolor osteoarticular crónico y en el contexto de una caída accidental, se le pautó un aumento en la dosis diaria de tramadol a 150 mg/día. Presentando la paciente los siguientes signos y síntomas: desorientación temporo-espacial, confusión, midriasis bilateral, rigidez generalizada, distonía bucofacial, hipersudoración y temblor mixto. TA: 140/82 mmHg, FC: 110 l/m, SatO<sub>2</sub> 93,5%, afebril. Analítica: leucocitosis 19.220, CK: 1.614. TAC: atrofia cerebral corticosubcortical.

**Resultados:** En base al cuadro clínico y a los antecedentes farmacológicos de la paciente, se diagnostica de síndrome serotoninérgico en relación al consumo de duloxetina y tramadol, ambos inhibidores de la recaptación de Serotonina. A las 48 horas de su ingreso tras tratamiento sintomático con diazepam 5 mg IV c/8h y retirada de fármacos serotoninérgico mejora cuadro de rigidez, temblor e hipersudoración.

**Conclusiones:** La probabilidad de experimentar un síndrome serotoninérgico ha aumentado en los últimos años como consecuencia de la utilización amplia de una serie de fármacos con acciones serotoninérgicas y que son de uso común.

#### Bibliografía

1. González Argüello R. El Síndrome Serotoninérgico. Revista Médica de la Universidad de Costa Rica. 2009;3.
2. Young P, et al. Síndrome Serotoninérgico. Presentación de cuatro casos y revisión de la literatura. An Med Interna. 2008;23:125-30.

#### PO-617

#### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE PACIENTES CON TRASTORNO PSICÓTICO INGRESADOS EN UN HOSPITAL GENERAL (1997-2007)

M. González Santos, L. Pérez Ramírez, J. Alberdi Sudupe, S. Pita Fernández, F. Iglesias Gil de Bernabé y S. Lantes Louzao

**Introducción:** Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia y distribución de trastornos psicóticos en hospitales generales aportan información útil en la planificación de programas de asistencia y prevención psiquiátrica. Pacientes con enfermedades mentales severas tienen mayor morbilidad médica y psiquiátrica, y mayor mortalidad que la población general y el manejo de estos pacientes en los servicios médico-quirúrgicos es a menudo difícil.

**Objetivos:** Determinar variables socio-demográficas y clínicas de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia y Otros trastornos psicóticos (F20-29), ingresados en Hospital General por patología médica-quirúrgica.

**Metodología:** Análisis descriptivo de pacientes ingresados entre 1997-2007 en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, valorados por Unidad de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría (n = 5.234). 319 presentaron diagnóstico de Trastorno Psicótico. Información recogida mediante hoja de registro estandarizada en la Unidad. Diagnósticos según criterios DSM-IV-TR con Códigos ICD-10. Análisis estadístico mediante SPSS17.0 para Windows.

**Resultados:** 6,2% presentan Trastorno psicótico. Edad media 51,17, ligero predominio de varones (54,5%), mayoría solteros (54,9%), 15,7% laboralmente activos, 8,8% parados y 37,5% pensionistas. Nivel de estudios primarios o medios 71,2%. La mayoría sin antecedentes familiares psiquiátricos (85%). Principal actuación terapéutica: farmacológica (65%), combinación fármacos y apoyo psi-

coterapéutico (16,4%) Fármacos más usados: antipsicóticos (54,4%), asociación ansiolíticos y antipsicóticos (15,4%). 9,7% no recibieron ningún tratamiento psicofarmacológico.

**Conclusiones:** Pacientes con trastornos psicóticos presentan un perfil socio-demográfico acorde con el esperado por el curso clínico deteriorante: predominio solteros, laboralmente inactivos y con nivel de estudios mínimo. Principal actuación terapéutica fue la farmacológica. Hasta un 10% no precisó tratamiento psicofarmacológico, indicando que muchos pacientes con trastornos psicóticos se mantienen psicopatológicamente estables durante su ingreso en el hospital general.

#### Bibliografía

1. Freudreich O, Stern TA. Clinical experience with the management of schizophrenia in the general hospital. *Psychosomatics*. 2003;44:12-23.
2. Díaz N, Ruiz Al. Estudio epidemiológico de la población asistida en el Departamento de Psiquiatría del Hospital de Clínicas. *Rev Med Uruguay*. 2002;18:48-58.

#### PO-619

#### MOTIVO DE INTERCONSULTA PSIQUETRICA EN PACIENTES CON TRASTORNO PSICOTICO INGRESADOS EN SERVICIOS MEDICO-QUIRURGICOS DE UN HOSPITAL GENERAL (1997-2007)

M. González Santos, L. Pérez Ramírez, J. Alberdi Sudupe, S. Pita Fernández, F. Iglesias Gil de Bernabé y S. Lantes Louzao

**Introducción:** La psicosis adopta formas diversas, pudiendo deberse a una amplia gama de trastornos médicos y psiquiátricos. La forma peculiar que el enfermar psicótico adopta en cada paciente determina la demanda de consulta del personal sanitario y su reacción ante este enfermo ingresado por otra causa. Las consultas más frecuentes se refieren a ajuste de medicación psicotropa, conductas extrañas y evaluación del riesgo suicida.

**Objetivos:** Determinar las principales causas que motivan la interconsulta psiquiátrica para pacientes con trastorno psicótico ingresados en Hospital General por patología médica-quirúrgica y los principales Servicios peticionarios.

**Metodología:** Análisis descriptivo de pacientes ingresados entre 1997-2007 en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña valorados por Unidad de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría (n = 5.234). 319 presentaron diagnóstico de Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos (F20-F29). Información recogida mediante hoja de registro estandarizada en la Unidad. Diagnósticos según criterios DSM-IV-TR con códigos ICD-10. Análisis estadístico mediante SPSS17.0 para Windows.

**Resultados:** Los motivos de consulta más frecuentes fueron: presentar antecedentes psiquiátricos (32,7%), clínica delirante-alucinatoria (27,4%), intento suicidio mediante ingesta de fármacos (6,9%) y clínica confusional o agitación (6,3%). Los principales Servicios peticionarios fueron: Hematología (23,3%), Medicina Intensiva (11,9%), Reumatología (6,9%), Cirugía General (5,7%), Traumatología (5,3%), Nefrología (4,7%). Los Servicios que menos interconsultas solicitaron fueron: Medicina Interna, Neurología, Cirugía Digestiva y Rehabilitación (0,3% cada uno).

**Conclusiones:** En general hubo concordancia entre los diagnósticos de trastornos psicóticos hechos por Psiquiatría y los motivos de interconsulta, lo cual puede indicar que existe un buen trabajo interdisciplinario. La tasa de mayor demanda de interconsulta psiquiátrica se presentó en los Servicios de Hematología y Medicina Intensiva.

#### Bibliografía

1. Lamdan RM, Ramchandani D, Schindler BA. The chronically mentally ill on a general hospital consultation-liaison service. Their needs and management. *Psychosomatics*. 1997;38:472-7.
2. Hernández G, Gallardo-Zurita P, Sepúlveda R, Morales de Sétien P. Psiquiatría de enlace en servicios médico-quirúrgicos de dos hospitales de Santiago. *Rev Med Chile*. 2004;132:725-32.

#### PO-648

#### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES INGRESADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA ATENDIDOS POR LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE INTERCONSULTA Y ENLACE (PERÍODO 1997-2007)

L. Pérez Ramírez, M. González Santos, J. Alberdi Sudupe, F. Iglesias Gil de Bernabé, S. Lantes Louzao y S. Pita Fernández

**Introducción:** La prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes médico-quirúrgicos es del 30-60%. La tasa de interconsulta psiquiátrica resulta menor del 10% de las admisiones hospitalarias. Interesa conocer las características de esta población para identificar aquellos pacientes que se beneficiarían de una valoración psiquiátrica.

**Objetivos:** Determinar las variables socio-demográficas y clínicas de los pacientes ingresados en Hospital general por patología médica o quirúrgica que requieren valoración psiquiátrica.

**Metodología:** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados durante el período 1997-2007 en el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) y valorados por la Unidad de Interconsulta y Enlace del Servicio de Psiquiatría (n = 5.234). Los datos se recogieron mediante una hoja de registro individual. Los diagnósticos se establecieron según los criterios DSM-IV-TR con códigos ICD-10. Análisis estadístico mediante SPSS 17.0 para Windows.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 50,35 años, con una desviación típica de 18,12. Un 53,9% eran varones, la mayoría casados (51,2%). El 51,6% vivían con cónyuge o pareja con hijos. El 75% cursaron estudios primarios y medios. El 33,9% en situación laboral activa, el 8,8% parados y el 31,6% pensionistas. Los riesgos médicos más frecuentes fueron posquirúrgico (13,5%) y neurológico (13,5%), seguidos por cardiovascular (5,6%). Los principales diagnósticos fueron trastornos por ansiedad, adaptativos y somatomorfos; el 40,8% sin antecedentes psiquiátricos.

**Conclusiones:** El perfil de los pacientes atendidos por la Unidad de Psiquiatría de Interconsulta y Enlace en el CHUAC es un varón de 50 años, casado, de estudios primarios y medios, en situación laboral activa o pensionista. El riesgo médico principal es quirúrgico o neurológico. Las patologías más frecuentes son los trastornos por ansiedad, adaptativos o somatomorfos.

#### Bibliografía

1. Rothenhäusler HB. Mental disorders in general hospital patients. *Psychiatr Danub*. 2006;18:183-92.
2. Abidi MA, Gadit AA. Liason psychiatry and referral rates among hospitalized patients. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2003;13:274-6.

#### PO-746

#### VALORACIÓN DE LA PATOLOGÍA PSIQUETRICA EN LOS PACIENTES QUE SOLICITAN CIRUGÍA BARIÁTRICA

A. Ortiz Martín, J. González García, P. Elías Villanueva, S. Gallego Villalta, M. Fernández Guardiola, L. Durán Sandoval, M.E. Viñuales Luis, E. del Amo Cardeñosa, E. Elías Villanueva y A.I. Redrado Lacasa

**Introducción:** La obesidad es una entidad que está aumentando en España y representa un verdadero problema de salud. En su forma mórbida, el único tratamiento prometedor es la cirugía. Los candidatos para estas intervenciones deben ser seleccionados cuidadosamente por un equipo multidisciplinario en el que el psiquiatra cumple un papel importante.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de patología psiquiátrica en pacientes con obesidad mórbida que buscan tratamiento, incremento (40-60%), así como discutir la psicopatología en la obesidad mórbida en relación a diversas variables.

**Metodología:** Estudio descriptivo de los pacientes derivados al servicio de Psicosomática para realizar la valoración psiquiátrica previa a la intervención bariátrica, durante cuatro años (n = 223).

**Resultados:** La patología psiquiátrica más frecuente es la depresión, seguida de trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de personalidad. Se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo (71% mujeres, 29% varones). La obesidad entre los pacientes valorados se asocia a riesgo de hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, apnea del sueño, enfermedad cardíaca y cerebro-vascular.

**Conclusiones:** Cuando el tratamiento médico ha fracasado, y existen indicaciones para realizar cirugía bariátrica, se deberá tener en cuenta una adecuada vigilancia psiquiátrica para facilitar el éxito del tratamiento a largo plazo. El enfoque multidisciplinario en la cirugía bariátrica es la clave para el éxito, y de acuerdo a los datos conocidos, un psiquiatra y un psicólogo deberían estar incorporados al equipo terapéutico. Existen factores psíquicos que predisponen a la obesidad y trastornos psiquiátricos se derivan de ella convirtiéndola en una enfermedad crónica y que condiciona el éxito del tratamiento de estos enfermos.

#### Bibliografía

1. Moreno Esteban B., Zugasti Murillo A. Cirugía bariátrica: situación actual. *Rev Med Univ Navarra.* 2004;48:66-71.
2. Aspectos psiquiátricos relacionados con la cirugía bariátrica. *Rev Chilena de Cirugía.* 2006;58:481-5.

#### PO-747

#### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DERIVADOS A UNA UNIDAD AMBULATORIA DE PSIQUIATRÍA PSICOSOMÁTICA Y DE ENLACE

A. Gonzalo Riveros, B. Pardiñas, B. Granados, N. Jordana, P. Sanz, C. Gómez-Biel, N. Casanova, R. Ortega-Fernández, R. Labar y J.C. Marco

**Introducción:** Una de las funciones de la Unidad de Psiquiatría Psicosomática y de Enlace (UPPE) es la valoración psiquiátrica de factores psicológicos que causen, amplifiquen o cronifiquen la patología orgánica de pacientes derivados desde las diferentes especialidades médico-quirúrgicas. En ausencia de una evidencia de que la patología psicológica genere patología orgánica la interacción es evidente.

**Objetivos:** Identificar el perfil sociodemográfico y características psicopatológicas de pacientes que acuden a consulta de UPPE del HCU de Zaragoza en un año.

**Metodología:** Revisión de historias ambulatorias de UPPE durante un año (marzo 2010 a marzo 2011). Para el análisis se realizaron pruebas descriptivas e inferencia estadística pertinentes de acuerdo con las características de las variables.

**Resultados:** 231 pacientes fueron atendidos, más de la mitad mujeres, edad media 47 años. Perfil sociodemográfico más frecuente: casados, procedencia urbana y en activo. Las consultas proceden de especialidades heterogéneas, al margen de programas específicos como son la cirugía bariátrica (30%), trasplante hepático, patología dermatológica y endocrino-metabólicas, siendo el diagnóstico predominante trastorno adaptativo. La media de valoraciones en la UPPE es de 2 consultas con remisión posterior a su USM del 50%.

**Conclusiones:** A pesar de las dificultades de recursos en pacientes atendidos ambulatoriamente en la UPPE se objetiva una importante comorbilidad médico-psiquiátrica. La evidencia de los resultados implica la necesidad de justificar estas unidades ambulatorias y la dotación de mayores recursos. Creemos que ello contribuiría a una optimización de recursos y evitar la cronificación de los cuadros.

#### Bibliografía

1. Fava GA, Trombini G, Grandi S, Bernardi M, Canestrari R. A psychosomatic outpatient clinic. *Int J Psychiatry Med.* 1987;17:261-7.
2. Wise TN. Update on consultation-liaison psychiatry (psychosomatic medicine). *Curr Opin Psychiatry.* 2008;21:196-200.

#### PO-767

#### INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL DE MÓSTOLES

N. Chinchurreta de Lora, B. Higueras Madsen, J. Martín Carballeda, F. García Sánchez, S. Bañón González y B. Ríos Rial

**Introducción:** El servicio de interconsulta psiquiátrica se ocupa de los trastornos psiquiátricos presentes en pacientes de otras áreas de la medicina, ya sea con morbilidad previa, concomitante o posterior; de las alteraciones emocionales que surgen tras un diagnóstico o tratamiento médico, y de aquellos aspectos de la relación entre equipos tratantes que son relevantes para la atención de paciente y su familia.

**Objetivos:** Analizar la demanda asistencial de la interconsulta psiquiátrica en el Hospital de Móstoles en el año 2010.

**Metodología:** Para llevar a cabo el análisis de la demanda asistencial se recopilaron los registros del servicio de interconsulta durante el año 2010.

**Resultados:** En rasgos generales se observó que el diagnóstico psiquiátrico más frecuente, es el trastorno adaptativo en relación con su patología emergente. No obstante, en el caso de enfermos crónicos con ingresos prolongados, se evidenció una mayor frecuencia de trastornos del estado del ánimo, así como de trastornos de ansiedad. Destacamos los siguientes hallazgos: el servicio de medicina interna es el que solicita una mayor demanda de interconsulta psiquiátrica. Un incremento de la demanda en meses de invierno, por parte del servicio de Neumología, donde la demanda más frecuente de este servicio fue disfunción respiratoria y ansiedad. La demanda en el servicio de medicina intensiva se relacionó con intentos autolíticos graves. Se observó que hasta en un 50% de las demandas del servicio de traumatología se debían a pacientes varones y jóvenes con fracturas óseas, tras intentos autolíticos por precipitación.

**Conclusiones:** Los pacientes con trastornos emocionales o psiquiátricos asociados a su enfermedad somática tienen, un promedio de estancias significativamente más prolongadas. La presencia de depresión en un paciente con enfermedades médicas influye significativamente en la morbilidad y mortalidad. En ocasiones precede a la aparición de los signos y síntomas (Fava et al, 1987, Folstein et al, 1983).

#### PO-859

#### EFEKTOS DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL BASADA EN MINDFULNESS EN EL ASMA DE DIFÍCIL CONTROL: UN ESTUDIO PILOTO

M.R. Rodríguez Campos, B. Rodríguez Vega, J. Muñoz Gómez, G. Sánchez Amador y E. Herrero

**Introducción:** Un asma es de difícil control (ADC) cuando el paciente recibe elevadas dosis de corticoides inhalados diarios, además de otras terapéuticas indicadas, y sigue presentando síntomas que interfieren en sus actividades diarias. Esta enfermedad se asocia a diferentes psicopatologías, predominando la ansiedad y la depresión en un 34,9% y 32,2% respectivamente. Un tercio de pacientes con ADC y psicopatología asociada reciben, multidisciplinariamente, psicoterapia. El objetivo del estudio es explorar resultados cuantitativos y cualitativos en pacientes diagnosticados de ADC derivados a un grupo de terapia cognitiva basada en la conciencia plena (TCBP).

**Metodología:** Estudio descriptivo de evaluación pre-post intervención y estudio cualitativo. No se realizó estudio estadístico formal debido al pequeño tamaño de la muestra. La muestra fue de 12 pacientes que acudieron de forma ambulatoria a la Unidad de ADC del Servicio de Neumología del Hospital de La Paz de Madrid y obtuvieron una puntuación > 8 del HADS y un termómetro del distrés superior a 7.

**Resultados:** Dos pacientes completaron todas las sesiones. Seis pacientes no completaron el programa aunque acudieron a un número alto de sesiones. Cuatro pacientes acudieron a menos de dos

sesiones. Entre las causas del abandono se citaron: horario, fácilmente modificable, y la discrepancia entre la información recibida y el tipo de intervención que se encontraron. Siete pacientes refirieron disminución de sintomatología asmática, mayor aceptación de la enfermedad, mejora en la adherencia al tratamiento y mayor calidad de vida.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos animan a mejorar las vías de colaboración con los servicios de la consulta multidisciplinar de ADC y seguir explorando las técnicas de TCBCP en esta enfermedad.

#### Bibliografía

1. Segal Z, Williams JM. TCBCP. Teasdale, 2008.
2. Kourtis G, Caiaffa MF. Retrospective Monitoring in the Management of Persistent Asthma. *Respir Care*. 2011.

### PO-919

#### EFAVIRENZ Y CLÍNICA PSICÓTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Durán Cristóbal, J. Gómez-Arnau Ramírez, C. Parro Torres, P. Artieda Urrutia, J. Andrada Meyer y F. Dronda

**Introducción:** Efavirenz es un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa. Representa uno de los fármacos en el tratamiento para VIH con eficacia establecida; este tratamiento conlleva efectos adversos psiquiátricos: insomnio, ansiedad, confusión, sintomatología afectiva, ideación autolítica y psicosis.

**Objetivos:** Sobre un caso, valoraremos implicación de efavirenz en el desarrollo de psicosis.

**Metodología:** Varón de 45 años con antecedentes de Esquizofrenia paranoida y control ambulatorio, VIH+ (últimos CD4: 388), VHB+ y tratamiento con risperidona consta 75 mg i.m./14 días, que acude a urgencias por clínica sensoperceptiva de 4 días, asegurando haber visto a gente extraña alrededor de su cama. Describe pesadillas que relata con intensa angustia y nota como alguien se introduce en su pensamiento intentando gobernarle a pesar de sus esfuerzos para evadirlo. Refiere también sentir como la gente a su paso le vigila intentando increparle. Hace 10 días comenzó tratamiento antirretroviral incluyéndose efavirenz. La exploración reveló temática de perjuicio y alteraciones sensoperceptivas de predominio visual.

**Resultados:** Descompensación psicótica en Esquizofrenia paranoida. Ingreso psiquiátrico de 4 semanas, intensificando tratamiento antipsicótico (risperidona 6 mg y haloperidol 15 mg). Se retiró efavirenz consultando con infectólogos. Al alta, desapareció clínica delirante y alucinatoria.

**Conclusiones:** Si la sintomatología alucinatoria visual (efecto secundario de efavirenz) pudo actuar como principal desencadenante de una descompensación psicótica, es necesario reevaluar cautelosamente comorbilidades médicas (VIH) así como reajustes terapéuticos en nuestros pacientes, fijándonos en efectos secundarios de fármacos prescritos. Dada la comorbilidad VIH+ y trastorno mental es indispensable tener en cuenta otros condicionantes (antecedentes, estresores...). Importancia del abordaje coordinado de diferentes servicios (Psiquiatría e Infecciosas) en planteamiento diagnóstico y manejo. Más estudios serán necesarios para establecer conclusiones certeras.

#### Bibliografía

1. Gulick RM. Antirretroviral management of treatment naive patients. *Infectious Disease Clinics of North America*. 2007;21:71-84.
2. Vallejo J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría, 6<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier Masson, 2008.

### PO-936

#### SÍNDROME SEROTONINÉRGICO: UNA SERIE DE CASOS

P. Artieda Urrutia, J. Gómez-Arnau Ramírez, M. Serrano Díaz de Otálora, M. García Dorado e I. Durán Cristóbal

**Introducción:** El síndrome serotoninérgico es una entidad clínica asociada al uso de los fármacos agonistas de la serotonina. Se produce por una hiperestimulación de los receptores de la serotonina. Recien-

tes estudios epidemiológicos reportan una prevalencia en trastornos depresivos del 13%. Encontrando mayor prevalencia en mujeres. También se describe una prevalencia del 13% en sobredosificaciones. Hay importantes dificultades diagnósticas por la inespecificidad de la sintomatología. Asimismo siguiendo los criterios clásicos de Sternbach se excluyen aquellos casos leves, subagudos o tempranos.

**Metodología:** Se recoge una serie de 15 pacientes diagnosticados de síndrome serotoninérgico en la urgencia durante los años 2003 a 2011.

**Resultados:** Observamos que 13 de 15 de los pacientes eran mujeres. En aquellos con edades comprendidos entre 30 y 50 años la causa del sd. serotoninérgico era por sobreingestas medicamentosas en su mayoría mientras que en los mayores estaban más relacionadas con interacciones farmacológicas. El fármaco más relacionado era la venlafaxina.

**Conclusiones:** Hay un infradiagnóstico del síndrome en la práctica clínica habitual, debido en parte a la inespecificidad sintomática y a que los casos leves no están incluidos dentro de los criterios clásicos. Siendo recomendable establecer unos nuevos criterios médicos consensuados que incluyan todo el espectro. Los pacientes jóvenes tienen mayor riesgo de desarrollar un síndrome serotoninérgico tras una sobredosificación del fármaco, en especial venlafaxina, mientras que en los ancianos es más frecuente encontrarlo debido al uso concomitante de diversos fármacos.

#### Bibliografía

1. Boyer EW, Shannon M. The serotonin syndrome. *N Engl J Med*. 2005;352:1112-20.
2. Sternbach H. The serotonin syndrome. *Am J Psychiatry*. 1991;148:705-13.

### PO-938

#### PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIDAD DE CÁNCER FAMILIAR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

M. Jiménez, R. Sánchez, A. Alonso, B. López, A. Alonso, C. Carcedo, M.T. Salazar y C. Guillén

**Introducción y objetivos:** El cáncer hereditario afecta entre un 5 y 10% de los casos de cáncer atendidos. Las Unidades de Consejo Genético en Cáncer evalúan el riesgo de padecer cáncer debido a la historia familiar. Nuestro objetivo es la descripción de la actividad asistencial psicológica realizada en la Unidad de Cáncer Familiar.

**Metodología:** Se atendieron un total de 256 sujetos (194 familias). De ellos 16 sujetos fueron descartados. Se realiza valoración psicológica preestudio genético y al mes de los resultados. Se administran el Cuestionario General de Salud [GHQ28], la Escala de Preocupación de Cáncer [CWS], la Escala de Eventos Estresantes [IES] y la Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton. [HAD] pre y postestudio genético. Se realiza un screening de los casos que requieren intervención psicológica. El análisis estadístico se realizó con el SPSS 15.0.

**Resultados:** La motivación para realizar el estudio es en la mayoría de los casos por sus hijos u otros familiares (77,4%). La percepción de riesgo personal de desarrollar cáncer es en la mayoría de los casos moderado (44,6%). La expectativa del resultado genético en el mayor porcentaje de sujetos es portador de mutación (71,7%). Las patologías psiquiátricas encontradas con mayor frecuencia son la ansiedad y la depresión. Se requiere intervención psicológica en un 17,6% de los casos. Las intervenciones psicológicas más frecuentes son la psicoterapia y el councelling.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos han demostrado que nuestra Unidad tiene una alta capacidad para evaluar casos de cáncer familiar y hereditario. Se pone de manifiesto la importancia de la intervención psicológica en este tipo de procesos médicos.

#### Bibliografía

1. Cruzado A et al. Necesidad de tratamiento psicológico en personas con riesgo de cáncer hereditario que inician consejo genético. *Psicooncología*. 2005;2:303-16.
2. Pérez P. Modelos y organización de una unidad de consejo genético. *Psicooncología*. 2005;2:261-8.

## PO-947

## FIBROMIALGIA Y TRASTORNOS PSQUIÁTRICOS

M. Arbell Sánchez, M.C. Díaz Fernández, I. Moreno Oliver, N. Morales Alcaide, L. Nuevo Fernández, M.D. Sánchez García y J. Aviño Isern

**Introducción:** Los trastornos psiquiátricos que acompañan las enfermedades reumáticas conlleven mayor incapacidad, mortalidad, y empeoramiento de la calidad de vida. Fietta en 2007 expone mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en pacientes diagnosticados de fibromialgia que en población general (7%), y mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos en los familiares de pacientes con fibromialgia. Los trastornos psiquiátricos del Eje I han sido ampliamente examinados, pero existen menos datos sobre trastornos de la personalidad en pacientes con fibromialgia.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos del Eje I y Eje II en pacientes con fibromialgia de nuestro medio.

**Metodología:** Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en 91 pacientes diagnosticados de fibromialgia de la provincia de Albacete, atendidos en la consulta de psiquiatría del grupo multidisciplinar de tratamiento de la fibromialgia entre 2010 y 2011. Se han tenido en cuenta las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico de Fibromialgia según el American Collage of Rheumatology, diagnóstico psiquiátrico según criterios del DSM-IV (según ítems de Structured Clinical Interview for DSM-IV).

**Resultados:** Trastornos psiquiátricos del Eje I más frecuentes: 32% Trastorno distímico y 24% Trastorno adaptativo mixto, no hallándose patología en un 20%. Trastornos del Eje II más frecuentes: Trastorno de personalidad no especificado 20% y Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad 15%. Un 25% cumplían 4 o más criterios DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, pero el comportamiento no producía un sufrimiento personal o una alteración significativa de la capacidad de adaptación.

**Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que un elevado porcentaje de los pacientes con fibromialgia atendidos en nuestra zona de salud padecen patologías psiquiátricas del eje I y del eje II.

## Bibliografía

1. Fietta P, Fietta P, Manganelli P. Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed.* 2007;78:88-95.
2. Rose S, et al. Importance des troubles de la personnalité et des comorbidité psychiatrique disorder in fibromyalgia.

## PO-965

## INFLUENCIA DE EDAD Y ORGANICIDAD EN EL MANEJO DEL SÍNDROME VISUAL ALUCINATORIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

J. Gómez-Arnau Ramírez, P. Artieda Urrutia, J. Andrada Meyer, C. Parro Torres e I. Durán Cristóbal

**Introducción y objetivos:** La aparición de alucinaciones visuales puede deberse a un trastorno psicótico funcional o, más frecuentemente, en personas de mayor edad, a alteraciones o descompensaciones estructurales que repercuten en el funcionamiento del SNC, en contexto de delirium. En estos casos, permanece controvertida la indicación de medicación neuroléptica frente al tratamiento de la causa primaria. Analizamos el manejo de este tipo de cuadros en una muestra de pacientes atendidos en el servicio de urgencias.

**Metodología:** Seleccionamos retrospectivamente aquellos pacientes atendidos en urgencias durante el año 2010 y en los que se objetivó la presencia de alucinaciones visuales. Analizamos los datos con SPSS.

**Resultados:** Identificamos 138 pacientes, con una media de edad de 71,1 años. Únicamente en 10 de ellos (7,2%) no se detectó

ningún tipo de alteración orgánica relevante. Sólo en 24,4% de los pacientes se usaron neurolépticos durante la estancia en urgencias, siendo el más frecuente, haloperidol. Este grupo tenía una media de edad significativamente ( $p < 0,05$ ) más baja (62,2 años) que aquellos pacientes en los que no se utilizaron antipsicóticos (73,8 años). En cuanto al manejo tras el alta, en 57,2% de los pacientes se optó por control ambulatorio, 37% planta médica y 5,8% ingresaron en psiquiatría, siendo éstos últimos más jóvenes y con menor patología orgánica asociada. La prescripción de neurolépticos al alta fue de 42,4%.

**Conclusiones:** Confirmamos que los clínicos son reticentes al empleo de neurolépticos en cuadros alucinatorios visuales, reservando su uso en pacientes más jóvenes y con menor patología médica asociada.

## Bibliografía

1. Gauntlett-Gilbert J, Kuipers E. Phenomenology of visual hallucinations in psychiatric conditions. *J Nerv Ment Dis.* 2003;191:203-5.
2. Paulson GW. Visual hallucinations in the elderly. *Gerontology.* 1997;43: 255-60.

## PO-966

## FIBROMIALGIA Y ENFERMEDADES ALERGO-INMUNOLÓGICAS

M.C. Díaz Fernández, M. Arbell Sánchez, V. Piqueras, N. Morales Alcaide, J. Aviño Isern, M.D. Sánchez García, L. Nuevo Fernández, P. Martínez Mollá y S.N. Tárraga Díaz

**Introducción:** A pesar de los progresos en la alergia-inmunología de los últimos años, existen enfermedades cuyas causas exactas no han sido identificadas, pero que según los estudios publicados parecen ser iniciadas o exacerbadas por mecanismos alérgicos (fibromialgia). Los síntomas de rinitis se dan en un 70% de los pacientes con Fibromialgia (Baranjuk 1998) y en el estudio de Torresani un 70% de los sujetos con urticaria crónica padecían fibromialgia. La hiperactividad bronquial se presenta con una elevada frecuencia en sujetos que padecen fibromialgia, así como la sensibilidad química múltiple (probable relación con una alteración del metabolismo de los xenobióticos) (De Luca, 2010).

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de fenómenos alérgico-inmunológicos en nuestra población de pacientes diagnosticados de fibromialgia.

**Metodología:** Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en 91 pacientes diagnosticados de fibromialgia de la provincia de Albacete, atendidos en la consulta de psiquiatría del grupo multidisciplinar de tratamiento de la fibromialgia entre 2010 y 2011. Se han tenido en cuenta las siguientes variables: sexo, edad, diagnóstico de Fibromialgia según el American Collage of Rheumatology, diagnóstico de rinitis, urticaria crónica, hiperreactividad bronquial y alergia/intolerancia a fármacos realizados por los servicios de Dermatología y Alergología de nuestro complejo hospitalario.

**Resultados:** 45%: hiperreactividad bronquial. 39%: rinitis (alérgica 20% o crónica 19%). 60%: alergia o intolerancia a fármacos (40% intolerancia, 20% alergia). 5%: urticaria crónica.

**Conclusiones:** En general la prevalencia en nuestra muestra es mayor que en la población general: hiperreactividad bronquial (4-11%), rinitis (10-30%), alergia/intolerancia (1,5-6%) y urticaria en menor medida (2,4%).

## Bibliografía

1. De Luca C, et al. Idiopathic environmental intolerances (IEI): from molecular epidemiology to molecular medicine. *Indian J Exp Biol.* 48:625-35.
2. Bellanti JA, et al. Are attention deficit hyperactivity disorder and chronic fatigue syndrome allergy related? What is fibromyalgia? *Allergy Asthma Proc.* 2005;26:19-28.

## PO-1031

## ESTUDIO DE LAS PETICIONES DE INTERCONSULTA EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE ENLACE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

J.A. Albaladejo Martínez, S. Ruiz Fabeiro, F. Toledo Romero, S. Andrés Espallardo, J.A. Rabadán Rubio, M.J. Martínez Mirete, P. Manzur Rojas, M.A. Carrillo Córdoba, M.P. Sánchez Sicilia y A. Jaén Hernández

**Introducción:** La psiquiatría de Enlace se ocupa de los trastornos psiquiátricos presentes en pacientes de otras especialidades hospitalarias, de las alteraciones emocionales que surgen en relación a los diagnósticos y tratamientos no psiquiátricos, de la relación entre los equipos tratantes relevantes para la atención del enfermo y su familia, así como de la forma especial de relación médico-enfermo.

**Metodología:** Análisis descriptivo de las solicitudes de interconsulta psiquiátrica en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca durante un año, según diversas características como carácter de la demanda, servicio de procedencia y diagnóstico.

**Resultados:** Se incluyeron 523 pacientes para los cuales se solicitó interconsulta. Según el carácter de la demanda, casi la mitad de las peticiones (48%) fueron urgentes (22%) o preferentes (24%), siendo destacable que en servicios quirúrgicos predominan las de tipo urgente (69%). Los Trastornos afectivos suponen el diagnóstico más frecuente (21.7%), seguidos de Trastornos adaptativos (18.5%) y Trastornos psicóticos (9.1%). El servicio de Medicina Interna realizó el mayor número de interconsultas y a continuación Cirugía General.

**Conclusiones:** Existe predominio de interconsultas solicitadas por especialidades médicas, resultando las de servicios quirúrgicos mayoritariamente de carácter prioritario. Los Trastornos afectivos son el diagnóstico más frecuente, proviniendo los pacientes en la mayoría de los casos de unidades médicas. Los Trastornos adaptativos son más frecuentes en enfermos quirúrgicos, incluyendo especialmente trasplantados. Destacamos también el sentido urgente en la atención de pacientes con Trastornos de personalidad y toxicomanías.

## Bibliografía

1. Valero Aguayo L, Ruiz Moreno MA. Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*. 2003;24:11-8.
2. Langarica Eseverri E, Bermejo Fraile B, Campos Burgui MS, Egüés Olazábal N. Análisis de la demanda de interconsultas psiquiátricas en los hospitales generales de Pamplona. *Anales de Psiquiatría*. 2005;21:265-73.

## Psiquiatría cultural

## PO-235

## ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES BODY-PACKER ATENDIDOS EN LA URGENCIA PSIQUIÁTRICA DE UN HOSPITAL GENERAL

J. Gómez-Arnau Ramírez, P. Artieda Urrutia, M. Serrano Díaz de Otálora, C. Parro Torres y L. García Calvo

**Introducción y objetivos:** La expresión “body-packer” (“mula”, “bolero”, “swallower”) hace referencia a pacientes que transportan pequeños paquetes de drogas ilícitas, generalmente cocaína, en el interior del tubo digestivo. Existe una literatura considerable acerca del manejo médico-quirúrgico de estos pacientes en urgencias, pero no hay prácticamente información de posibles complicaciones psiquiátricas. Aprovechamos nuestra condición de hospital de referencia del aeropuerto de Barajas para esbozar un perfil psiquiátrico de estos pacientes.

**Metodología:** Recogemos datos, de manera retrospectiva, de body-packers atendidos en urgencias en un período de 4 años, y en los que se solicitó interconsulta a psiquiatría.

**Resultados:** Obtenemos una muestra total de 18 pacientes con una media de edad de 34,5 años (rango 24-45). Sólo un 27,7% de ellos era de nacionalidad española. 14 de los pacientes por los que se consultó, tenían antecedentes de consumo abusivo de tóxicos, fundamentalmente cocaína, pero también heroína y benzodiacepinas mientras que únicamente 5 habían recibido un diagnóstico psiquiátrico previo. El motivo de consulta a psiquiatría más frecuente fue la reacción de estrés agudo a la detención (44,4%), seguido de manejo de sintomatología abstinencial a opiáceos y negativa a colaborar en el tratamiento (ambos 22,2%).

**Discusión y conclusiones:** El fenómeno body-packing se ha incrementado notablemente en nuestro país paralelamente a los vuelos internacionales. Los psiquiatras que atienden a poblaciones aeroportuarias deberían estar alerta ante las peculiaridades de este grupo de pacientes: su patoplastia cultural según procedencia, la alta prevalencia de consumo de tóxicos y la situación de intenso estrés emocional a la que se ven sometidos durante su estancia en urgencias.

## Bibliografía

1. Traub SJ, Hoffman RS, Nelson LS. Body packing: The internal co concealment of illicit drugs. *NEJM*. 2003;349:2519-26.
2. Fernández A, Miranda ML, Stiefel P, Carneado J. Psicosis tóxica como presentación inusual del síndrome del body packer. *Med Clin (Barc)*. 1998;110:317.

## PO-514

## PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL: UN FENÓMENO EMERGENTE

R.A. Cuadrado López, A.I. Sánchez Albert, A. Espinosa González, A. García Chala y P. Piles de la Fuente

**Introducción:** En poco tiempo, España ha pasado de ser un país emisor de emigrantes a ser receptor de un gran flujo migratorio. La inmigración supone un factor de riesgo de patología mental. El sistema sanitario afronta el reto de adaptarse a una población culturalmente heterogénea y con características clínicas específicas. El objetivo de este trabajo es revisar las distintas patologías psiquiátricas del paciente inmigrante en una sala de hospitalización de agudos.

**Metodología:** El presente estudio consta de una muestra de 20 pacientes inmigrantes ingresados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría durante los años 2010 y 2011. Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo que analiza sus distintas características sociodemográficas.

**Resultados:** Rango de edades: entre 23 y 71 años, 55% mujeres y 45% hombres. Procedencia más frecuente: América del Sur en el 45% de los casos seguida de Europa del este con un 40%. El 70% llevaba más de 1 año residendo en España. Un 70% dispone de apoyo familiar en España. El 50% asocia consumo de tóxicos, alcohol 60% y cannabis 30%. Motivo de ingreso más frecuentes: Trastornos de conducta 45%, agitación psicomotriz 25% y tentativas autolíticas 15%. Estancia media intrahospitalaria: 10 días. Diagnósticos al alta más frecuentes: Trastorno psicótico breve 20% y Psicosis tóxica 20%.

**Conclusiones:** El actual escenario migratorio está aportando una nueva perspectiva a la práctica clínica diaria, incorporando nuevos elementos socio-culturales y precisando una intervención multidisciplinar. Destaca la importancia de los factores de riesgo que junto a la comorbilidad con otras patologías aumentan el desarrollo de enfermedad mental.

## Bibliografía

1. Semple D. Manual Oxford de Psiquiatría. Biblioteca Aula Médica, 2009.
2. Kirmayer LJ. Beyond the new cross-cultural psychiatry: cultural biology, discursive psychology and the theories of globalization. *Transcultural Psychiatry*. 2006;43:126-44.

## PO-735

**¿EXISTE TODAVÍA ESTIGMA ANTE LA ENFERMEDAD MENTAL? ESTUDIO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ANTE LA ENFERMEDAD MENTAL EN UNA POBLACIÓN DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE CIENCIAS DE LA SALUD**

C. Jové Serrano, M. Sellart Altisent, J. Pifarré Paredero, E. Castán Campanera, T. Comella Fiestras y F. González Palau

**Introducción y objetivos:** Las enfermedades mentales constituyen un reto creciente para la Unión Europea. Se estima que los trastornos mentales afectan a uno de cada cuatro europeos adultos. El Libro Verde sobre la Salud Mental de la Unión Europea (2005) sitúa entre sus cuatro objetivos principales fomentar la integración de las personas con enfermedad mental, garantizando sus derechos y dignidad, y señala la estigmatización como un factor clave. El presente estudio, tiene el propósito de describir el nivel de estigmatización de la enfermedad mental entre la población universitaria de Lleida (Cataluña). De este modo pretendemos conocer los prejuicios de los futuros profesionales sanitarios y plantear estrategias para mejorar la calidad asistencial proporcionada.

**Metodología:** 203 estudiantes de las Facultades de Medicina, Enfermería, Psicología, Fisioterapia y Nutrición han participado en el estudio. Se han recopilado datos socio-demográficos y se ha aplicado el cuestionario de atribución AQ-27, agrupando las preguntas en 7 ítems.

**Resultados:** El 88,9% son mujeres y el 11,1% hombres con una edad media de 21,5 años. Los participantes han mostrado una baja familiaridad con la enfermedad mental (1,7, rango de 0 a 7). La puntuación más alta se ha obtenido en pena (6,3) y ayuda (6,35). Los ítems peor puntuados han sido el rechazo (2,3), la ira (2,3), el miedo (3,5) y la responsabilidad (3,7), estos últimos en rango de 1 a 9. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre edad, género, y haber trabajado en sanidad en cuanto a los ítems analizados. Por otro lado, no se objetivan diferencias entre las distintas carreras universitarias.

**Conclusiones:** Los datos muestran un elevado grado de desconocimiento de la enfermedad mental e indican mayor estigmatización de la que cabría esperar entre futuros profesionales sanitarios. Los resultados muestran la necesidad de optimizar los recursos educativos en Salud Mental y plantear un esfuerzo para minimizar los estereotipos atribuidos a personas con enfermedad mental.

**Bibliografía**

1. Libro Verde sobre la Salud Mental. Consultado en: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/public\\_health/health\\_determinants\\_lifestyle/c11570c\\_es.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11570c_es.htm) 19 de abril de 2011.
2. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *J Health Soc Behav*. 2003;44:162-79.

## PO-916

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN UNA COHORTE DE MAGREBÍES CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS**

T. del Álamo Fernández, S. Casals Galard, Y. Tascón López y O. Simón Martín

**Introducción:** La adherencia al tratamiento es objeto frecuente de debate que depende, entre otros, de factores personales y de la interrelación con el sector sociosanitario. La inmigración conlleva un mayor riesgo de exclusión social, problemas económicos y menor acceso a los servicios sanitarios, y por ende, menor cumplimiento terapéutico.

**Objetivos:** detectar diferencias en la adherencia al tratamiento de deshabituación entre una cohorte de magrebíes y una autóctona y valorar diferencias sociodemográficas y factores predictores de mala adherencia.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de hombres en tratamiento de deshabituación, divididos en casos (inmigrantes) y controles (autóctonos), apareados por edad, y tipo de droga. Se recogen datos sociodemográficos, legales, historia toxicológica, adherencia al tratamiento, variables de comprensión idiomática y tiempo de residencia.

**Resultados:** 143 hombres (magrebíes n = 76, autóctonos n = 67), con edad media = 34,4 (DE 8,9). Prácticamente la mitad de los magrebíes reconocían consumo previo de tóxicos en el país de origen. El 76,7% de éstos abandonan el seguimiento respecto al 32,8% de autóctonos ( $p < 0,001$ ). Presentan menor nivel educativo (77%), menor apoyo familiar (50,7%), mayor desempleo (50,7%) y más antecedentes legales (48%) que la población autóctona ( $p < 0,05$ ). No se encuentran diferencias relacionadas con el tiempo de residencia o el dominio del idioma.

**Conclusiones:** Existe menor adherencia al tratamiento entre la población magrebí respecto a la autóctona, con peores condiciones de vida y de apoyo. El dominio del idioma y el tiempo de residencia en nuestro país no son predictores de la adherencia terapéutica.

**Bibliografía**

1. Sanz LJ, et al. *Rev Asoc Esp Neuropsi*. 2007;XXVII:281-91.
2. Arfken CL, et al. *Transcult Psychiatry*. 2009;46:608-22.

## PO-954

**LA FENOMENOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE MARROQUÍ. A PROPÓSITO DE UN CASO**

M. Serrano Díaz de Otálora, C. Parro Torres, J. Gómez-Arnau Ramírez, J. Andrada Meyer, P. Artieda Urrutia y E. Martínez Portillo

**Introducción y objetivos:** En las últimas décadas se ha producido un importante flujo migratorio desde Marruecos, constituyendo el segundo colectivo más importante de inmigrantes (casi 750.000 personas). Los aspectos culturales influyen en la expresión psicopatológica y en la forma de presentación de la sintomatología. Nos proponemos estudiar la fenomenología de la depresión en Marruecos guiándonos mediante un caso clínico.

**Metodología:** Varón de 33 años de origen marroquí. Describe problemas de memoria, falta de iniciativa, irritabilidad, tensión muscular, dolor de espalda, cefalea, insomnio, hiporexia, disfunción eréctil e ideación autolítica. Acude con la convicción de padecer un Trastorno obsesivo-compulsivo. Dice ser objeto de insultos xenófobos y falsas acusaciones.

**Resultados:** Los sentimientos de tristeza pueden no ser verbalizados. Son frecuentes las quejas somáticas siendo una forma de manifestación de los afectos. Predomina la astenia, preocupaciones hipocondriacas, trastornos del sueño y la sexualidad. Presentan más sentimientos de decepción y ofensa, siendo los sentimientos de culpa y minusvalía poco habituales. No son raras las vivencias persecutorias o de desvalorización, y es más común la agresividad que la inhibición psicomotriz. Las ideas de muerte deben de ser activamente buscadas ya que en contadas circunstancias un marroquí las verbalizará espontáneamente.

**Conclusiones:** La sintomatología depresiva mayor desde la perspectiva occidental puede ser muy pobre, se presenta como una depresión enmascarada en forma de quejas hipocondriacas o estados delirios persecutorios. Considerando las diferencias entre los clínicos españoles y sus actuales pacientes marroquíes, y la cuantía del contingente, concluimos que el acercamiento a la influencia cultural de la expresión psicopatológica en Marruecos debería de ser un objetivo principal de la psiquiatría cultural.

**Bibliografía**

1. Balbo Ambrosolio E, Pis-Díez Pretti G. El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes. *Archivos de Psiquiatría*. 2007;70:173-88.
2. Moussaoui D, Casas M. Salud Mental en el paciente magrebí. *Glosa*, 2007.

## PO-969

## COMPARACIÓN DE LA ADHERENCIA Y TOLERANCIA A LA DULOXETINA ENTRE PACIENTES AUTÓCTONOS Y AMERINDIOS

F. Collazos Sánchez, M.M. Ramos Gascón, A. Qureshi Burckhardt, F.J. Eiroa Orosa, M. González Iglesias, J. Pérez Pazos, L. Prats Torres, E. Ros Cucurull, M.M. Valls Botet y R.M. Zelaya

**Introducción y objetivos:** Cada vez es más habitual en la práctica clínica tratar con personas de orígenes geográficos, culturales y étnicos más variados. Se presentan los resultados de un ensayo clínico que compara la adherencia y tolerancia a la duloxetina en dos cohortes de pacientes étnicamente diferentes.

**Metodología:** Se realiza un ensayo clínico abierto con una muestra de 73 pacientes repartida en dos cohortes: 32 autóctonos caucásicos y 41 latinoamericanos amerindios que cumplen criterios de Trastorno depresivo mayor, confirmado con la entrevista SCID I y con puntuación  $\geq 15$  en la escala HAMD.

**Resultados:** No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la composición por género (78,1% autóctonos vs 90,2% amerindios) entre las dos cohortes aunque sí de edad (46,88 autóctonos vs 38,63 amerindios,  $t = 3,332$ ,  $p < 0,001$ ). Un 81,3% de los pacientes autóctonos completó el tratamiento comparado con un 46,3% de los pacientes amerindios ( $OR = 5,018$ ,  $IC95\% = 1,705-14,764$ ;  $p > 0,005$ ) manteniéndose este efecto al controlar por edad y sexo. El abandono del estudio por efectos adversos e indeseados se produjo en un 18,8% entre los pacientes autóctonos y un 19,5% entre los pacientes amerindios ( $OR = 0,952$ ,  $IC95\% = 0,293-3,088$ ,  $p = 0,935$ ). Ningún autóctono finalizó el estudio por no acudir a las visitas programadas o por toma incorrecta de la medicación, mientras que en pacientes amerindios esto ocurrió en el 26,8 y el 7,3% de los casos respectivamente.

**Conclusiones:** La adherencia al tratamiento psicofarmacológico está condicionada por aspectos etnoculturales.

## Bibliografía

1. Behrens K, Calliess IT. Migration biography and culture as determinants of diagnostic and therapeutic processes in mentally ill immigrants. A systematic differentiation based on a qualitative content analysis of treatment courses. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2008;58:162-8.
2. Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001;62(suppl 13):22-8.

## PO-978

## COMPARACIÓN DE LA EFICACIA ANTIDEPRESIVA DE LA DULOXETINA ENTRE PACIENTES AUTÓCTONOS Y AMERINDIOS

F. Collazos Sánchez, A. Qureshi Burckhardt, M.M. Ramos Gascón, F.J. Eiroa Orosa, R.M. Zelaya, M.M. Valls Botet, E. Ros Cucurull, L. Prats Torres, J. Pérez Pazos y M. González Iglesias

**Introducción y objetivos:** Se presentan los resultados de un ensayo clínico abierto que compara la efectividad de la duloxetina en dos cohortes de pacientes étnicamente diferentes.

**Metodología:** Se realiza un ensayo clínico abierto con una muestra de 73 pacientes repartida en dos cohortes: 32 autóctonos caucásicos y 41 latinoamericanos amerindios que cumplen criterios de Trastorno depresivo mayor, confirmado con la entrevista SCID I y con una puntuación  $\geq 15$  en la escala HAMD. Se mide la eficacia antidepresiva comparando el resultado de la escala Hamilton y la subescala de somatización del PHQ (en adelante somatización) al inicio, 2, 6 y 12 semanas. Se presenta el análisis por protocolo (pacientes que acabaron el ensayo 81,3% de los pacientes autóctonos; 46,3% de los pacientes amerindios).

**Resultados:** No se detectaron diferencias significativas en la línea base en Hamilton pero sí en la somatización (4,62 vs 10,74;  $t =$

-4,442,  $p < 0,001$ ). La disminución de ambas variables en toda la muestra fue estadísticamente significativa. En la evolución de la sintomatología depresiva no se observan diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo la evolución de la sintomatología somática en el grupo de amerindios fue significativamente mayor que en autóctonos ( $F = 34,73$ ;  $p < 0,0001$ ) situándose en una diferencia que, a pesar de seguir siendo significativa, era menor que al principio (4,62 vs 10,74;  $t = 2,251$ ,  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La presentación de los síntomas está condicionada por elementos culturales, siendo más habitual la aparición de síntomas somáticos en poblaciones no occidentalizadas. Duloxetina demuestra ser eficaz tanto en síntomas depresivos como somáticos.

## Bibliografía

1. Bhugra D. Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(Suppl. 418):67-72.
2. Fava M, Mallinckrodt CH, Detke MJ, Watkin JG, Wohlreich MM. The effect of duloxetine on painful physical symptoms in depressed patients: do improvements in these symptoms result in higher remission rates? *J Clin Psychiatry*. 2004;65:521-30.

## Epidemiología y psiquiatría social

## PO-49

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

J. Basterra Oset, F.J. Basterra Gortari y V. Basterra Gortari

**Introducción y objetivos:** Diversos estudios confirman la asociación bidireccional entre depresión y diabetes. Además la coexistencia de ambas patologías conlleva una mayor morbi-mortalidad. Evaluar la coexistencia de diabetes 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 diabéticos si referían haber sido diagnosticados por un médico de diabetes. Se consideraba que un participante presentaba un trastorno del espectro depresivo si refería haber sido diagnosticado por un médico de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales y si además había tomado medicación en los 12 últimos meses para este problema. Se utilizó el test de ji-cuadrado y una regresión logística multivariante ajustada por edad y sexo. Se calcularon intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** Según estos criterios el 6,2% de la población refería ser diabética y el 9,4% tenía depresión. Ambas patologías estaban presentes en el 1,0% de la población, lo que es superior a lo esperable ( $p < 0,001$ ). Al estratificar por sexo se observó que la prevalencia de depresión en las mujeres era del 13,3% y en hombres del 5,4% ( $p < 0,001$ ). La prevalencia de diabetes por sexo fue del 6,0% y 6,3% respectivamente ( $p = 0,32$ ). El 1,35% de las mujeres presentaban ambas patologías y los varones en el 0,65% siendo en ambos casos superior a lo esperable ( $p < 0,001$ ). Tras ajustar por edad y sexo los individuos con depresión tenían una OR de diabetes de 1,44 ( $IC95\%: 1,25$  a 1,65).

**Conclusiones:** La diabetes y la depresión son enfermedades asociadas en la población española. Adquirir un mayor conocimiento sobre su comorbilidad resulta necesario para el tratamiento y prevención de dichos trastornos. Dado que el diseño es transversal no se puede conocer la secuencia temporal.

## PO-240

## IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS. ANÁLISIS DE POSIBLE ADICCIÓN EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

M. del Cerro Oñate, E. Santiago García, A. Cervantes Gabarrón, E. Hau, I. del Cerro San Ildefonso, M.C. Torres Riquelme y M. Zaragoza

**Introducción y objetivos:** El uso continuo de las Nuevas Tecnologías (NN.TT.), tales como Internet, videojuegos, teléfonos móviles y televisión, reportan enormes beneficios de comunicación y conocimiento, si bien su abuso puede representar un problema para el desarrollo social de jóvenes y adolescentes. Este estudio pretende recoger información sobre el uso que se les da a las NN.TT. por parte de adolescentes -12 a 18 años- y jóvenes -18 a 25 años- (Erikson, 1956) y si este uso genera percepción subjetiva de problema y conducta adictiva.

**Metodología:** Un grupo de 439 alumnos de tres centros educativos de enseñanza secundaria de la Región de Murcia, cumplimentaron el Cuestionario de Detección de Nuevas Adicciones (DENA) (Labrador, Becoña y Villadangos, 2008) (n = 439).

**Resultados:** Existen diferencias en cuanto al empleo de las distintas tecnologías, siendo el uso de la televisión la más frecuente (2,61 horas/día), seguida de Internet (2,17h/día), el teléfono móvil (1,89h) y videojuegos (1,19). También se encontraron diferencias en cuanto a sexo y edad (las chicas se inclinan más por el uso de la televisión (2,61/2,56h) y el teléfono móvil (2,09/1,65) mientras que los chicos emplean más los videojuegos (1,56/0,86h) e internet (2,20/2,14h). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en el uso de Internet ni en la percepción subjetiva de las NN.TT.

**Conclusiones:** El empleo de las NN.TT. se relacionó con la edad, el sexo y el enclave geográfico del centro. La disponibilidad de las tecnologías y su capacidad de entretenimiento y relajación, hacen que éstas se empleen más tiempo del debido (un tercio del día), produciendo interferencias en las relaciones sociales inmediatas.

## Bibliografía

1. Echeburúa E, Corral P, Amor PJ. El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Psicología Conductual*. 2005;13:511-25.
2. Labrador FJ, Villadangos. Adicción a nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes. En Echeburúa E, Labrador FJ, Becoña E (eds). *Adicción a las nuevas tecnologías en jóvenes y adolescentes*. Madrid: Pirámide (en prensa).

## PO-246

## ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

F. Rosagro Escámez, F.B. Soler Ferrería, J. Moreno Ramos y L.F. Carles Díes

**Introducción:** El trastorno adaptativo es un estado de malestar subjetivo con alteración emocional que interfiere en la actividad social y laboral. Su prevalencia es del 10-25% en la población general, 20% en salud mental y 5-10% en atención primaria. Es un cuadro que supone gran carga asistencial y elevado gasto de recursos.

**Metodología:** Realizamos un estudio descriptivo de los pacientes con este diagnóstico en un centro de salud mental con los objetivos de definir sus características, principales factores estresantes implicados, la incapacidad laboral y recursos que consumen, así como conocer si existe un patrón de funcionamiento definido. Se recogen diferentes variables de 33 historias clínicas de pacientes con dicho diagnóstico durante el año 2009.

**Resultados:** Se estima una prevalencia del 14,6%. El perfil prototípico es de pacientes mujeres, con edades comprendidas entre 36 y 55 años, de nacionalidad española, casados, con estudios primarios, pensionistas, existencia de un problema familiar, sintomatología mixta, la mayoría sin tratamiento farmacológico o en tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y benzodiacepinas. La mayoría concluyen en alta por incomparecencia.

**Conclusiones:** El problema de los trastornos adaptativos es cada vez más prevalente y cada vez se derivan más casos a salud mental por la sobrecarga en los Centros de Atención Primaria. Esto repercute en una menor atención a los pacientes con trastorno mental grave. Son pacientes que consumen elevados recursos en forma de incapacidad laboral transitoria y fármacos, existiendo una elevada frecuencia de petición de informes. Se necesitan más estudios o ampliar la muestra para generalizar resultados.

## Bibliografía

1. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor, 2006.
2. Mur Martí T et al. Estudio descriptivo de los trastornos adaptativos en un centro de atención primaria. *Atención Primaria*. 2005;36:404.

## PO-299

## DESARROLLO DE UNA TAXONOMÍA PRELIMINAR Y UNA BASE DE CONOCIMIENTO ESTÁNDAR SOBRE INDICADORES DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

L. Salvador Carulla, M. Martín Carrasco, J.A. Salinas Pérez, M. Grané Alsina, M. Roca Bennàssar y A. Bulbena Vilarrasa

**Introducción:** A pesar de las múltiples fuentes existentes sobre indicadores de salud mental carecemos de una clasificación comprensible y jerárquica que permita mejorar su utilización en la planificación de la salud mental. Se pretende desarrollar una taxonomía preliminar y una base de conocimiento para la monitorización del sistema de salud mental en España.

**Metodología:** Se utiliza una aproximación cualitativa con dos paneles de expertos para elaborar un documento marco, una taxonomía preliminar con un esquema conceptual de los indicadores, y una base de conocimiento que consta de documentos clave, glosario y base de datos de indicadores con la valoración de su relevancia para España. El listado de indicadores relevantes ha sido sometido a la opinión de expertos en salud mental a través de un panel Delphi.

**Resultados:** Se han examinado 14 bases de datos internacionales, nacionales y regionales de indicadores de salud mental. Se han descrito 661 indicadores ordenados jerárquicamente en 4 dominios principales (Contexto, Recursos, Uso y Resultados), 12 subdominios y 56 tipos. Entre éstos, los paneles de expertos han identificado 200 indicadores relevantes para el sistema español. Posteriormente se realizó un panel Delphi con 34 expertos del que se ha obtenido un amplio consenso salvo para 3 indicadores, aunque ninguno ha sido rechazado.

**Conclusiones:** Se ha obtenido un listado básico de indicadores para su uso en planificación sanitaria en salud mental en España y en sus Comunidades Autónomas. Los resultados deben compararse con otras iniciativas internacionales en el ámbito europeo.

## Bibliografía

1. Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, Martín M, Grané M, Gibert K, Roca M, Bulbena A. A preliminary taxonomy and a standard knowledge base for mental-health system indicators in Spain. *Int J Ment Health Syst*. 2010;4:29.

## PO-301

## ADAPTACIÓN CULTURAL Y LINGÜÍSTICA DEL ESPAÑOL (LATINOAMÉRICA) DE LA WHO COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW (WHO-CIDI) PARA SU USO EN ESPAÑA

F. Navarro Mateu, I. Morán Sánchez, J. Alonso, M.J. Tormo, M.L. Pujalte, A. Garriga, G. Ruiz, D. Martínez, S. Aguilar Gaxiola y C. Navarro

**Objetivos:** Desarrollar la versión española (España) de la WHO-Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) mediante

la adaptación cultural y lingüística de la versión más reciente disponible en español (Latinoamérica, LA; v 20.0).

**Metodología:** Se realizó un curso de una semana impartido por entrenadores de un Centro de Entrenamiento y Referencia de la WHO-CIDI. Un panel de expertos revisó la versión e identificó palabras o expresiones que requerían ser adaptadas a las normas culturales o lingüísticas españolas y se propusieron, por consenso, palabras o expresiones alternativas. El proceso fue supervisado y aprobado por un miembro del Comité Editorial de la WHO-CIDI. Los cambios fueron implementados en el formato informatizado CAPI (Computer Assisted Personal Interview). Un estudio piloto en una muestra de 32 voluntarios permitió calcular los tiempos de administración y viabilidad.

**Resultados:** 372 preguntas fueron modificadas (aproximadamente un 7% de las 5.000 preguntas del instrumento completo) e implementadas en la versión CAPI. La mayoría de las modificaciones fueron adaptaciones lingüísticas menores. Otras se relacionaron con recursos específicos españoles y adaptaciones a la moneda utilizada. En el estudio piloto, la mediana del tiempo de duración de la WHO-CIDI completa fue de 2 horas y 10 minutos, con un rango intercuartil entre 1 hora y 25 minutos y casi 3 horas. Todos los cambios implementados lograron una validez aparente y fueron aprobados oficialmente.

**Conclusiones:** La versión española de la WHO-CIDI ha sido adaptada y el formato CAPI ha sido pilotado con éxito, estando disponible para su utilización en España.

#### Bibliografía

1. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2004;13:93-121.
2. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109(Suppl. 420):8-20.

#### PO-345

#### IMPACTO DE LA ACTUAL CRISIS ECONÓMICA EN LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES MÁS FRECUENTES

M. Gili, M. Vives, S. Armengol, S. Monzón, M. García-García y M. Roca

**Introducción:** El impacto de las fluctuaciones económicas en la salud pública presenta resultados controvertidos. Aún así, recientes estudios empiezan a demostrar la relación entre la crisis económica mundial actual y algunos trastornos mentales como los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias. El objetivo de este estudio es comparar la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en atención primaria en dos momentos económicos diferentes: antes y durante la actual crisis económica.

**Metodología:** Dos estudios epidemiológicos, transversales y multicéntricos (Estudio Screen realizado en el 2006 y Estudio Impact realizado en el 2010). La muestra está formada por 7940 pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria en 2006 y 5876 pacientes atendidos en 2010. Los instrumentos utilizados fueron un cuaderno de recogida de datos con las características sociodemográficas y clínicas y la entrevista diagnóstica Prime-MD.

**Resultados:** Comparado con el periodo pre-crisis de 2006, los resultados de 2010 muestran incrementos significativos en la proporción de pacientes con trastornos afectivos, de ansiedad, somatoformos y de abuso de alcohol ( $p < 0,0001$ ), pero no así en trastornos de la alimentación ( $p = 0,172$ ), tras ajustar por tamaño muestral, edad, género, estado civil, educación, lugar de residencia. Los trastornos afectivos, en especial depresión (con un aumento del 19,4%) y la distimia (10,8%) muestran los aumentos más significativos, seguidos por los trastornos de ansiedad, que incluyen el trastorno por ansiedad generalizada (8,4%) y el trastorno por angustia (7,3%). Tanto a dependencia como el abuso de alcohol aumentaron de manera significativa en un 4,6% y un 2,4% (OR = 11,6 y 4,5,  $p < 0,001$ ), respectivamente.

**Conclusiones:** La crisis económica mundial puede provocar un aumento en los trastornos mentales más frecuentes en Atención Primaria. Estos trastornos parecen constituir el ámbito de salud más afectado por las fluctuaciones económicas.

#### PO-401

#### PROYECTO FUNCIONA: ENCUESTA DE FUNCIONALIDAD A PSIQUIATRAS, ENFERMEROS, PSICÓLOGOS CLÍNICOS, TRABAJADORES SOCIALES Y PACIENTES/FAMILIARES. LA VISIÓN DE LA FUNCIONALIDAD SEGÚN EL PSICÓLOGO CLÍNICO

V. Balanzá Martínez, M. Sáenz Herrero y B. Nebot Tarazona

**Introducción:** El principal reto en el tratamiento de la esquizofrenia es la remisión clínica mantenida y en último término la recuperación funcional.

**Objetivos:** Conocer la opinión de los psicólogos clínicos sobre las variables que afectan a la Funcionalidad en el enfermo mental grave.

**Metodología:** Encuesta a nivel nacional llevada a cabo del 1/ May/10 al 21/Sept/10 y dirigida a diversos profesionales de la salud mental, pacientes con esquizofrenia y sus familiares.

**Resultados:** Se encuestó a un total de 613 psiquiatras, 61 psicólogos, 50 trabajadores sociales, 226 enfermeros y 240 pacientes/familiares. Analizando los resultados de los psicólogos clínicos, el 81% considera la intervención psicológica como la actuación más importante ante una funcionalidad limitada, frente al 41% de los psiquiatras. Al igual que los psiquiatras, el 60% de los psicólogos encuestados considera que el objetivo principal en esquizofrenia es la mejoría de los síntomas psicóticos. El 84% afirma que el deterioro funcional disminuye combinando diagnóstico precoz con tratamiento efectivo. Para este colectivo, las variables que deberían guiar la selección de un tratamiento farmacológico dirigido hacia la funcionalidad siguen un orden: eficacia + tolerabilidad (efectividad), grado de cumplimiento, eficacia y, por último, comodidad en la posología. El 96% piensa que la mejora de la tolerabilidad y seguridad de los antipsicóticos repercute en un mejor funcionamiento. El 87% considera que la funcionalidad es el mejor indicador a medio-largo plazo para valorar la eficacia de los tratamientos, aunque muy pocos utilizan escalas específicas para medirla. El 92% propone la elaboración de un consenso sobre funcionalidad. Por último, casi 2 de cada 3 encuestados evalúan a sus pacientes para su grado y nivel de dependencia.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos en la encuesta sobre la Funcionalidad del paciente con enfermedad mental grave indican que la actuación más importante para los psicólogos clínicos es la intervención psicológica ante una funcionalidad limitada.

#### PO-409

#### ANÁLISIS DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE YECLA

P.E. Asensio Pascual, F.J. Álvarez Muñoz, A. García Herrero, F. Pérez Crespo, M. Infante Sánchez de Lugarnuevo y V. Serrano Jurado

**Introducción:** En las últimas décadas se han producido importantes cambios sociales, demográficos y culturales en nuestro país. Estos cambios conllevan una diferente forma en la presentación de la psicopatología.

**Objetivos:** Describir el perfil de la demanda asistencial en nuestro Centro de Salud Mental en este último año.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de los 343 pacientes atendidos por 1<sup>era</sup> vez en nuestro CSM desde el mes de abril de 2010 al mes de marzo de 2011, ambos meses incluidos.

**Resultados:** En este último año se atendieron un total de 343 pacientes nuevos. El 62% son mujeres. Los diagnósticos más frecuentes son: 1. Trastornos de ansiedad + Trastornos del humor (afectivos),

(63%) 2. T. mentales y del comportamiento debidos al consumo de tóxicos, (14%) 3. Sin diagnóstico psiquiátrico, (9%) 4. T. comportamiento en pacientes con demencia, (5%) 5. Trastornos de la conducta alimentaria, (3%) 6. Otros diagnósticos (6%).

**Conclusiones:** En la actualidad, la mayor demanda se corresponde con pacientes de sexo femenino y con el diagnóstico de trastorno adaptativo.

#### PO-415

#### UTILIDAD DEL BOX DE OBSERVACIÓN EN LAS URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS DE UN CENTRO MONOGRÁFICO

A.R. Moreno Poyato, L. González Contreras, L.G. Cerro Artacho, A.M. González Fresnedo, D. Tolosa Merlos y F.J. Guerrero Méndez

**Introducción:** Los servicios de urgencias de psiquiatría son uno de los ejes principales de la atención y el cuidado de la salud mental en la red sanitaria. Es frecuente encontrar en la literatura diferentes estudios que analizan las características de las urgencias (su duración, los trastornos más frecuentes, los tratamientos, la repercusión en el gasto sanitario, etc.). Pero no es tanto el estudio de la utilidad y de los objetivos de la observación del paciente en dicho contexto. Su objetivo es identificar las diferencias y similitudes clínicas y socio-demográficas entre los pacientes atendidos en el servicio de urgencias que han pasado por el box de observación y aquellos que no.

**Metodología:** Estudio descriptivo mediante el cual se estudian todas las urgencias atendidas durante el periodo de un año. Se recogen variables de tipo socio-demográfico y otras clínicas, y se someten a análisis mediante programa estadístico SPSS para valorar su relación y significación.

**Resultados:** Se obtiene una muestra de 3.770 pacientes, el 15% pasan por el box de observación permaneciendo 9,16 horas (DE 7,115). La edad media se sitúa en 43,56 años (DE 12,54) y el 45,5% de los casos son hombres. La forma de acceso por medios propios es significativamente inferior en los pacientes que precisan observación en box ( $p < 0,001$ ). El motivo más frecuente de ubicación en box es la ansiedad con un 35,8% de casos. La orientación diagnóstica más frecuente en los pacientes que precisan observación es el trastorno de la personalidad (26,2%). La presencia de diagnóstico dual se da en un 22,5% frente a 12,9% de casos que no requieren box ( $p < 0,001$ ) y el porcentaje de ingresos es del 23,7% frente al 30,4% del resto de las urgencias.

**Discusión y conclusiones:** La posibilidad de utilizar boxes de observación en la urgencia psiquiátrica permite concretar el motivo de la situación de crisis y la orientación diagnóstica, a la vez que facilita el plan terapéutico a desarrollar en aquellos casos más complejos. Asimismo, disminuye el número de ingresos y se consigue que muchos de ellos se hagan de forma voluntaria, promocionando la salud mental y fomentando la conciencia de enfermedad de muchos pacientes.

#### Bibliografía

1. Park JM, et al. Factors associated with extended length of stay for patients presenting to an urban Psychiatric Emergency Service: A Case-control Study. *Journal of Behavioral Health Services and Research*. 2009;36:300-8.
2. Arfken CL, et al. Case-control study of frequent visitors to an urban psychiatric emergency service. *Psychiatric Service*. 2004;55:295-301.

#### PO-450

#### CAPACIDAD DE DETECCIÓN DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN LOS MÉDICOS DE FAMILIA

S. Garrido Elustondo, B. Reneses Prieto, A. Navalón, O. Martín Díaz, I. Ramos y M. Fuentes Ferrer

**Introducción:** El médico de familia juega un papel fundamental en la detección de patología mental, su tratamiento, y adecuada derivación a psiquiatría. El objetivo del estudio es medir la capaci-

dad del médico de familia en la detección de patología psiquiátrica en la población que le consulta.

**Metodología:** Población de estudio: pacientes entre 18 y 65 años que acuden a Atención Primaria para una consulta médica en un Área de Madrid. Las psicólogas investigadoras entregaban a los pacientes seleccionados los cuestionarios GHQ-28 y "MULTICAGE" antes de la consulta. Se clasificaban en probable caso/no probable caso. A probables casos y 20% de probables no casos se realizaba la entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI, para identificar morbilidad psiquiátrica. El médico en la consulta registraba: presencia de síntomas psiquiátricos actual según su criterio, tratamiento con psicofármacos.

**Resultados:** Sujetos estudiados: 628. Prevalencia de patología psiquiátrica: detectada por el investigador: 31,7% (IC95%: 27,9-35,5), identificada por el médico de familia: 22,1% (IC95%: 18,5-25,1). Índice de concordancia (Kappa) entre investigador y médico de familia: 0,31 (IC95% de 0,23-0,39). De los pacientes con patología mental detectada por el MINI, en 44% el médico refería sintomatología psiquiátrica actual, y 59% estaban en tratamiento psicofarmacológico. Patología psiquiátrica mejor identificada por el médico de familia: Hipomanía, Trastorno distímico actual, Episodio depresivo con síntomas melancólicos, y Trastorno angustia vida.

**Conclusiones:** El grado de acuerdo entre patología psiquiátrica detectada por el MINI e impresión de patología psiquiátrica por el médico de familia es bajo. Posible razones: manifestación predominantemente somática que el médico atribuye a problemas físicos, falta de habilidad en pruebas de screening para detección de patología mental. Proponemos incluir temas psiquiátricos en los planes formativos de los médicos de familia y la implantación de protocolos de actuación conjuntos entre los diferentes dispositivos asistenciales.

#### PO-457

#### FACTORES DESENCADENANTES DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS: IMPACTO DE LA CRISIS SOCIOECONÓMICA

F. Boatas Enjuanes, D. Hospital Balada, E. Surribas Leza y S. Serrano Vivancos

**Introducción:** Los Trastornos adaptativos (TA) tienen una alta prevalencia provocando un elevado coste económico (asociado a bajas y disminución del rendimiento laboral).

**Objetivos:** Presentamos un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de TA prestando especial atención a los factores de estrés vital que los desencadenan.

**Metodología:** Se analizaron todas las primeras visitas de forma sucesiva en un periodo de tres meses, atendidas en consultas de Salud Mental ambulatoria (instaladas en los propios ambulatorios de Atención Primaria).

**Resultados:** Fueron atendidos 329 pacientes de los que 109 (33,13%) diagnosticados de Trastorno adaptativo (criterios DSM IV). Distribución por sexos: 56 mujeres/44 hombres.  $47,3 \pm 6,5$  de media de edad. La evaluación de los factores de estrés desencadenantes muestra como factores principales: problemas laborales y/o paro: 55%; problemas conyugales o de pareja: 21%; problemas relacionados con enfermedades orgánicas 9%; duelos y pérdidas 5%. Analizados por separación de sexos, se observa diferente distribución: en el caso de los hombres los factores de estrés laboral continúan como principales (55%) mientras que en las mujeres los predominantes pasan a ser los problemas de pareja (45%). Se presentan otros resultados del estudio: tratamientos (85% en tratamiento con antidepresivos), derivaciones (45% se retorna a Atención Primaria).

**Conclusiones:** Los TA son uno de los trastornos psiquiátricos más prevalentes en las consultas de Salud mental Comunitaria. Los factores desencadenantes principales son los relacionados con circunstancias laborales y/o económicas, seguidos por problemas de relación de pareja. Esta distribución se invierte en las mujeres, siendo el factor de mayor causa de TA los problemas de relación afectiva y/o conyugales.

**Bibliografía**

1. Giovanni M, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2009;5:15.
2. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*. 2011;10:11-8.

**PO-490****URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS SEGÚN EL SEXO**

A. Tatay Manteiga, M. Lloret Díez-Canseco, A. Castillo Ramón, I. Llácer Viel y P. García Iglesias

**Introducción:** Las urgencias en psiquiatría constituyen uno de los campos más complejos tanto por su dificultad de manejo como por la diversidad de casos atendidos. Pueden variar del 1 al 15% del total de las urgencias generales, de ahí la importancia de su estudio.

**Objetivos:** Determinar el perfil del paciente que acude a las urgencias psiquiátricas del Departamento 10 de Salud de Valencia y evaluar las posibles diferencias según el sexo.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se toma como muestra todo paciente visitado por el servicio de psiquiatría en las urgencias del Hospital Universitario Doctor Peset durante tres meses consecutivos (febrero, marzo y abril 2010). Se recogieron datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, situación laboral, apoyo social) y clínicos (motivo de consulta, antecedentes psiquiátricos, diagnóstico, tratamiento, destino al alta).

**Resultados:** De los 257 pacientes atendidos, 128 eran varones y 129 mujeres. La edad media fue de 37,2 años en varones y 43,5 en mujeres. El motivo de consulta más frecuente en varones fue el de alteraciones conductuales (58 pacientes, el 45,3%) y en mujeres la ideación/gesto autolítico (47 pacientes, el 36,4%). El diagnóstico que prevaleció en los varones fue el trastorno psicótico (42,9%), y en mujeres los trastornos afectivos (32,5%). El 37,5% de los varones requirieron ingreso, frente al 30% de mujeres. Hay más solteros y con escaso apoyo social entre los varones.

**Conclusiones:** De este estudio podemos concluir que existen diferencias entre los hombres y mujeres que frecuentan las urgencias psiquiátricas hospitalarias. Sin embargo, consideramos necesario que se realicen más estudios a largo plazo para poder corroborar estos datos.

**Bibliografía**

1. Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Barcelona: Masson, 2006.
2. Kaplan HI, Sadock B. *Manual de Psiquiatría de Urgencias*. Buenos Aires: Panamericana, 1999.

**PO-544****ESTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN POBLACIÓN ESCOLAR EN 2 AÑOS**

L. Rojo Moreno y N. Alberola Legorburu

**Introducción:** La estabilidad diagnóstica es una característica esencial en la validación de un trastorno, proporcionando la base para poder predecir el curso y pronóstico así como ofrecer nuevas divisiones que mejoren el sistema de clasificación diagnóstica actual. El presente estudio se centra en la población infantil y adolescente, tras una revisión bibliográfica extensa se ha observado que a pesar de la existencia de psicopatología moderada y grave, la estabilidad en los diagnósticos psiquiátricos en esta población está peor establecida que en adultos. El principal objetivo es analizar la estabilidad diagnóstica de una serie de patologías psiquiátricas dentro de la población escolar.

**Metodología:** Se realiza una valoración longitudinal de la población en dos momentos determinados, una durante el curso académico 2006-2007, con 12 años, y la siguiente 2 años después durante el curso académico 2008-2009 a esta misma población. Se emplea la adap-

tación española de la entrevista semiestructurada Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS). Para el análisis estadístico se ha empleado el programa SPSS en su versión 15.0.

**Resultados:** Muestra de 326 individuos. En el Trastorno por angustia la estabilidad diagnóstica es del 12,5%. En el Trastorno de fobia específica es del 35,29%. La estabilidad del T. fobia específica y del TCA es del 25%. El Trastorno de ansiedad generalizada y el TOC tienen estabilidad del 14,28%. TDAH es del 26,08%. El Trastorno de abuso de alcohol tiene la mayor tasa de estabilidad con el 75%. T. por agorafobia, T. depresivo mayor, la Distimia el T. ansiedad de separación y T. oposicionista tienen ausencia de estabilidad diagnóstica.

**Discusión:** Los resultados del estudio se sitúan en torno a lo esperable según bibliografía revisada donde las tasas de estabilidad diagnóstica se encuentran en un nivel bajo-moderado.

**Bibliografía**

1. Costello. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*. 2003.
2. Kendell. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*. 2003.

**PO-546****LA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA: EL ESPEJO DE LA PROBLEMÁTICA SOCIAL-ECONÓMICA**

M. Lucas Pérez-Romero, P. Romero Rodenas, M.T. Tolosa Pérez, J. Lucas Pérez-Romero, D. Fraguas Herraez y M. Domato Lluc

**Introducción:** La situación social-económica presente en nuestro país en los últimos años está influyendo de forma significativa en el perfil de pacientes derivados a consultas ambulatorias de Psiquiatría. Nos enfrentamos a una situación de riesgo psicosocial añadido que repercute en el perfil de psicopatología existente.

**Metodología:** Se selecciona la muestra de pacientes derivados desde Atención Primaria que han acudido a la consulta externa de psiquiatría en un periodo de tiempo comprendido entre octubre 2010-marzo 2011. El criterio de inclusión para ser incluido en este estudio es la relación entre la aparición de psicopatología y la problemática social-económica actual. Se realiza una entrevista psiquiátrica estructurada de la que se obtiene la información y resultados para análisis descriptivo.

**Resultados:** El 42% de los pacientes derivados desde Atención Primaria (n = 43,68) presentaban sintomatología derivada de dicha problemática social y económica. Afectaba mayoritariamente a varones (60%), cuyo estado civil es de casado con hijos menores de edad a cargo y nivel de estudios básicos. El diagnóstico en el 80% de los casos es de Trastorno adaptativo mixto. Comorbilidad importante con abuso/consumo perjudicial de alcohol, cafeína u otros tóxicos (20%), un 2% gestos/intentos autolíticos. Evolución más tórpida en el sexo femenino (mayor tiempo de tratamiento psicofarmacológico previo y peor respuesta clínica).

**Conclusiones:** La situación económica y social desfavorable genera mayor incidencia y prevalencia de patología ansiosa-depresiva. Un abordaje psicofarmacológico y/o psicoterapéutico temprano ayuda a prevenir complicaciones derivadas (riesgo autolítico, problemática conyugal y familiar, consumo de tóxicos, entre otros).

**PO-576****ESTUDIO DE LOS PATRONES DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID ENTRE 1985 Y 2005**

A.R. González Barroso, B. de Diego López, M.G. Morón Nozaleda, P.R. García Ramos y A. Fernández Liria

**Introducción:** Los Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos (RACPs) son “ficheros longitudinales de pacientes sobre los contactos con un conjunto definido de servicios psiquiátricos de una población definida” (OMS, 1983).

**Objetivos:** El propósito de este estudio longitudinal fue identificar los patrones de uso de los servicios sanitarios de Salud Mental de dos áreas sanitarias españolas (701.806 habitantes) de Madrid.

**Metodología:** Se analizaron 1.444.677 contactos (N = 134.148 pacientes), recogidos en Madrid entre 1985 y 2005, usando el RACP. Definimos el patrón de uso como la combinación de las variables: tipo de contacto (ambulatorio/hospitalario/mixto/recursos específicos), intensidad del episodio (intensivo/no intensivo) y duración del episodio (corto/largo).

**Resultados y conclusiones:** Los análisis efectuados muestran que el tipo de contacto más frecuente sería el ambulatorio (95,52%) y los episodios de cuidados más frecuentes los intensivos (50,4%) y cortos (82,6%). El patrón de uso de servicios más frecuente, por tanto, es el ambulatorio-intensivo-corto (40,20% de los episodios registrados), lo que supone un tipo de contacto ambulatorio, con más de 3 contactos al mes y menos de 9 meses de duración.

#### Bibliografía

1. Ten Horn GH (ed). *Registros de Casos Psiquiátricos en Salud Pública: Un inventario Mundial*. Consellería Sanidade Servicio Galego de Saúde, Santiago de Compostela, 1989.
2. Ruggeri M, Leese M, Slade M, Bonizzotto P, Fontecedro L, Tansella M. Demographic, clinical, social and service variables associated with higher needs for care in community psychiatric service patients. *South Verona Outcome Project 8*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:60-8.

#### PO-578

#### ESTUDIO DEL CONSUMO DE RECURSOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID ENTRE 1985 Y 2005

B. de Diego López, A.R. González Barroso, M.G. Morón Nozaleda, P.R. García Ramos y A. Fernández Liria

**Introducción:** Los Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos (RACPs) son "ficheros longitudinales de pacientes que recogen los contactos con un conjunto definido de servicios psiquiátricos de una población determinada" (OMS, 1983).

**Objetivos:** El propósito de este estudio longitudinal fue identificar la intensidad del consumo de recursos de Salud Mental y su asociación con las características del paciente -género y diagnóstico- y el tipo de episodio, en 2 áreas geográficas del Sistema Nacional de Salud (701.806 habitantes).

**Metodología:** Se analizaron 1.444.677 contactos (N = 134.148 pacientes), registrados en Madrid entre 1985 y 2005. Las variables empleadas fueron: género, diagnóstico, intensidad del consumo y tipo de episodio. Asimismo, se estableció el consumo de recursos por episodio utilizando el índice de Lavik (días de cuidado por el coste).

**Resultados y conclusiones:** El diagnóstico con mayor consumo es el de esquizofrenia, con un consumo del 41,77% (población que representa el 4,11% del total de episodios). El índice de Lavik es el doble en hombres que en mujeres (37,6 y 19,8 respectivamente;  $R^2 = 0,368$ ;  $p < 0,001$ ), a pesar de que las mujeres presentan 1,51 veces más episodios (115.340 frente a 76.470).

#### Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. *Psychiatric case registers. Report on a working group*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1983.
2. Becker T, et al. The EPSILON study of schizophrenia in five European countries. Design and methodology for standardising outcome measures and comparing patterns of care and service costs. *Br J Psychiatry*. 1999;175:514-21.

#### PO-590

#### TRASTORNO FACTICIO Y CONSUMO DE RECURSOS SOCIOSANITARIOS

A.M. González Moreno, D. Gutiérrez Castillo y F. Medina Rosas

**Introducción:** El trastorno facticio, además de generar contra-transferencia negativa hacia los pacientes, genera un gran consumo de recursos, sobre todo en consultas a especialistas y en Urgencias.

mo de recursos, sobre todo en consultas a especialistas y en Urgencias.

**Metodología:** Presentamos un caso clínico de trastorno facticio con gran consumo de recursos sociosanitarios.

**Resultados:** Varón de 57 años diagnosticado de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos que ingresa en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del Hospital General (USMHG) por descompensación psicopatológica y desnutrición severa. El paciente había agotado, durante décadas, múltiples recursos, primero de carácter familiar (ya no mantenía contacto con ningún miembro de su familia), posteriormente caritativos y actualmente asistenciales, llegando a rechazarlos, últimamente, de forma voluntaria e incluso presentando conductas agresivas hacia el personal sanitario y de los servicios sociales que intentan ayudarle a domicilio. Durante la hospitalización y a través de la observación de la conducta (enormemente variable a lo largo del día), la poca congruencia semiológica (mejoría llamativa vespertina al interrelacionarse y participar de forma activa en las actividades grupales, tomando iniciativas, como el canto y baile de tangos), el cotejo de información con otros dispositivos sociales y sanitarios y con sus amigos, hizo que fuera diagnosticado de trastorno de personalidad, descartando, evidentemente, el diagnóstico de síndrome de Cotard "diurno", siendo diagnosticado, tras varios años de seguimiento en Salud Mental, de Trastorno facticio. Finalmente fue ingresado en un recurso institucional adecuado, no habiendo realizado desde entonces ningún otro ingreso en USMHG ni precisando seguimiento ambulatorio en Salud Mental.

**Conclusiones:** Consideramos este caso relevante porque permite ver claramente cómo en el Trastorno facticio una intervención terapéutica correcta interprofesional y con los recursos adecuados disminuyen los riesgos en el paciente (éste llegó a encontrarse en desnutrición severa), aminoran el burnout en los profesionales, evitan el hospitalismo y reducen el consumo de recursos innecesarios.

#### PO-655

#### PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUEÁTRICOS ATENDIDOS EN CONSULTAS EXTERNAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIBACADA

M.A. Carrillo Córdoba, J. Abellán Estrella, S. Andrés Espallardo, J.A. Albaladejo Martínez, A. Jaén Hernández, M.J. Martínez Mirete, P. Manzur Rojas y M.P. Sánchez Sicilia

**Introducción:** Estudio descriptivo de las patologías psiquiátricas atendidas en consulta del Hospital Virgen de la Arrixaca.

**Metodología:** Se realiza una entrevista clínica psiquiátrica estructurada, durante 10 días, a cada paciente que acude a consulta, teniéndose en cuenta distribución por sexo y diagnóstico.

**Resultados:** Número de pacientes atendidos: 273; 183 mujeres y 90 hombres. De estos, 53 pacientes tienen diagnóstico de "Trastorno del estado de ánimo persistente", 49 se catalogaron como "Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación", 42 "Trastornos fóbicos de ansiedad", 40 "Episodios depresivos", 24 "Trastornos afectivos bipolares", 23 "Esquizofrenia", 18 de "Trastornos específicos de la personalidad", 15 "Trastornos de la personalidad mixtos", 7 "Trastornos de la ingestión de alimentos" y 2 "Demencia en la enfermedad de Alzheimer".

**Conclusiones:** Según los datos obtenidos observamos un mayor número de consultas por trastornos del estado del ánimo, de mayor prevalencia los de tipo "Distimia" (19,4%), seguidos de reacciones a estrés y trastornos de tipo adaptativo (17,9%). Los trastornos fóbicos de ansiedad ocuparon el 15,3% de nuestras consultas, seguidos de los episodios depresivos (14,6%). Los trastornos de la estirpe bipolar suponen un 8,7% y los de tipo psicótico (esquizofrenia) un 8,4%. Respecto a los trastornos de la personalidad un 6,5% son de tipo específico y un 5,4% mixtos. Para finalizar un 2,5% de las visitas son por trastornos de la conducta alimentaria y un 0,7% por demencia aso-

ciadas a EA. De dichos datos de prevalencia se desprenden acciones que permiten orientar los esfuerzos preventivos y asistenciales hacia tales grupos de enfermos en nuestra consulta. A nivel de la comunidad, la identificación de problemas por grupos específicos, permite la planificación de los Servicios de Salud en base a las necesidades reales de la población.

#### Bibliografía

1. Martí J, Murcia M. Conceptos Fundamentales de Epidemiología Psiquiátrica.
2. González JL, Rodríguez F. El método epidemiológico en salud mental.

### PO-669

#### VALORACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA FUNCIONALIDAD EN LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS

B. Peláez, M.R. Hernando Segura, P.A. Escribano Romero, J. Vicente, M. Vicente Mentrída, L.A. González Martínez, M. Alonso Santamaría, S. Pérez Gil, F. Chuquilín Arista y V. Amez Cepeda

**Objetivos:** Determinar los factores clínicos y sociales relacionados con la funcionalidad en los trastornos psicóticos y establecer si existe relación entre funcionalidad y remisión clínica.

**Metodología:** Estudio descriptivo de 40 pacientes diagnosticados de trastornos psicóticos en el que se analizan factores psicosociales, clínicos y la relación entre ambas variables así como el grado de funcionalidad (PSP) y remisión sintomática (PANSS) a través de correlación estadística y regresión lineal.

**Resultados:** Diagnósticos más frecuentes E. paranoide y T. psicóticos n.e. 60,5% de pacientes no consumían tóxicos, 39,5% cumplían criterios de abuso o dependencia principalmente alcohol y cannabis. Evolución previa de la enfermedad: 15,47 años. Desempleo en el 58% de la muestra. Residencia familiar en el 42% de los casos. 14 de los 38 pacientes cumplían criterios de remisión según la PANSS. La puntuación media de PSP: 58,42.

**Conclusiones:** Los pacientes con mayor tiempo de evolución de la enfermedad presentan medias de puntuación PSP más bajas. La puntuación de funcionalidad presenta una correlación altamente significativa con la puntuación de remisión de la PANSS. Así los pacientes con mayor evolución tienen peor funcionalidad.

#### Bibliografía

1. Becker M, Diamond R. Nuevos avances en la medición de la calidad de vida en esquizofrenia.
2. Katsching H, Freeman H, Sartorius N. Calidad de vida en los trastornos mentales. Barcelona, Masson, 2010.
3. Meltzer H, Gill B, et al. Economic activity and social functioning of adults with psychiatric disease. OPCS Survey of Psychiatric Disorders in UK, 1996.

### PO-672

#### ESTUDIO DE LAS DERIVACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL

M.P. Elías Villanueva, R. Sanjuán Domingo, C. Sánchez Lázaro, T. Martínez Tarrer, E. Elías Villanueva, E. Viñuales Luis, M.M. Yagüe Sebastián, S. Gallego Villalta, A. Ortiz Martín y L. Durán Sandoval

**Introducción:** Existe una alta prevalencia de patología psiquiátrica en Atención Primaria. Varios estudios demuestran que uno de cada cuatro pacientes atendidos presenta algún problema de salud mental.

**Objetivos:** Analizar las derivaciones de Atención Primaria a un Centro de Salud Mental, el diagnóstico, tratamiento y la necesidad de coordinación.

**Metodología:** Estudio descriptivo de los pacientes derivados al Centro de Salud Mental durante tres meses (n = 108).

**Resultados:** El criterio de derivación más frecuente fue sintomatología depresiva y de forma preferente. En el Centro de Salud Men-

tal el Trastorno Adaptativo (F43) fue el diagnóstico más frecuente, seguido de los Trastornos de Ansiedad (F41), siendo el 16,5% diagnóstico diferido. No se encontraron diferencias significativas en cuanto al sexo (53,7% mujeres frente al 46,3% varones). Con respecto al tratamiento, el 70% de pacientes acuden a la consulta del especialista con tratamiento pautado por su médico de cabecera, y se les mantuvo hasta en el 37,8% de los casos.

**Conclusiones:** El Médico de Atención Primaria es capaz de manejar la patología psiquiátrica no grave desempeñando un papel fundamental en la salud mental, manteniendo los psiquiatras los tratamientos en la mayor parte de los casos. No obstante, persiste un gran número de derivaciones que no resultaron necesarias, al menos de forma preferente, ya que hubo un elevado porcentaje de altas tras la primera consulta 30%. Creemos necesario fomentar la interrelación entre ambos profesionales para mejorar la calidad asistencial y la reducción en los tiempos de espera de atención especializada.

#### Bibliografía

1. Moreno Martínez F, Casals Sánchez JL, et al. Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre Atención Primaria y Especializada. Semergen. 2008; 34(5):218-23.
2. Luciano JV, Fernández A, et al. Cooperación entre Atención Primaria y Servicios de Salud Mental. Atención Primaria. 2009;41:131-40.

### PO-675

#### DISTRIBUCIÓN DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS SEGÚN LA FRANJA HORARIA

M. Lloret Díez-Canseco, A. Tatay Manteiga, M.A. Harto Cea, C. Almonacid Folch, A. Castillo Ramón, P. García Iglesias, I. Llácer Viel y R. Calabuig Crespo

**Introducción:** A pesar de las diferencias en el número de urgencias psiquiátricas atendidas por franja horaria no existen apenas estudios que corroboren dichos datos. Aunque es conocida la influencia que marca el ritmo circadiano en las urgencias psiquiátricas no parece explicar en sí misma la curiosa distribución que tienen éstas en dichas guardias.

**Objetivos:** Describir la distribución horaria de las urgencias psiquiátricas del departamento 10 de Salud de Valencia según los motivos de consulta y variables sociodemográficas.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se utiliza como muestra los pacientes atendidos por el servicio de Psiquiatría de las urgencias del Hospital Universitario Doctor Peset durante diez semanas consecutivas (de febrero a abril de 2011). Se estudia la distribución de pacientes por franjas horarias (mañana: 9-15h, tarde: 15-21h y noche de 21-9h) así como los motivos más frecuentes de consulta.

**Resultados:** Se obtiene una muestra de 221 pacientes, de los cuales un 35% (77 pacientes) fueron atendidos durante la mañana, un 42% (93 pacientes) por la tarde y un 23% por la noche. (51 pacientes). El motivo de consulta más frecuente en las tres franjas horarias fueron las alteraciones conductuales, seguido de la ideación o gesto autolítico y en tercer lugar la ansiedad.

**Conclusiones:** De este estudio podemos concluir que existen diferencias en el número de urgencias psiquiátricas atendidas por franja horaria, siendo en la tarde cuando más volumen de pacientes se asiste. Sin embargo, no se evidencian diferencias entre los motivos más frecuentes de consulta en las tres franjas horarias. No obstante, consideramos que sería necesario realizar más estudios a largo tiempo que corroborasen estos resultados.

#### Bibliografía

1. Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Barcelona: Masson, 2006.
2. Pérez E, García M.J, Liqueite L, Gómez C, Ruiz AM. Tendencias horarias en las urgencias psiquiátricas. Interpsiquis. 2009.

## PO-701

## UNA FOTO DE NUESTROS PACIENTES. PERFIL ASISTENCIAL DE UNA ZONA DE UN CSM

R. Pérez Asenjo, I. Zarzanz Herrera-Oria, L. Fernández-Clemente, B. Manzano Balsara, C. Lezcano González, A. Lobo Castillo, C. González Navajas, J. León Cuya y A. Hidalgo Borreguero

**Introducción:** Existe la impresión subjetiva que la demanda asistencial de las consultas de Psiquiatría ha ido cambiando, disminuyendo el peso relativo de los trastornos graves en favor de los trastornos reactivos y de ansiedad. Dentro de un proyecto más amplio de mejora en la atención, nos planteamos objetivar estos cambios, describiendo las características de los pacientes que atendemos habitualmente.

**Metodología:** Registro de pacientes atendidos por Psiquiatría en una zona que cubre nuestro CSM.

**Resultados:** Registramos 435 pacientes, 64% mujeres, con una edad media de 51 años y una moda de 35 años. Diagnósticos en el eje I: Tr. reactivos 93 (21,4%), Tr. ansiedad 74 (17,1%), Distimia 56 (12,9%), Tr. depresivo 38 (8,3%), Tr. bipolar 36 (8,3%), Esquizofrenia 28 (6,5%) y otras Psicosis 26 (6%). En el eje II: Tr. de personalidad 49 (11,2%) y Discapacidad intelectual 11 (2,4%). Solo 14 (3,2%) tienen origen extranjero. La mayoría no han ingresado nunca 344 (79,1%) y sólo 28 (6,5%) han ingresado más de dos veces, esto coincide bastante en número con los considerados Tr. mental grave 33 (7,6%). Destaca el bajo número de diagnósticos de abuso/dependencia 24 (5,5%), siendo fumadores 160 (36,7%). Son atendidos conjuntamente por Psiquiatría y Psicología 90 (20,7%) pacientes, en general el uso de otros recursos es poco frecuente.

**Conclusiones:** El perfil más frecuente es una mujer de 51 años, casada y con tr. reactivos o de ansiedad.

## Bibliografía

1. Montilla JF, et al. Uso de servicios ambulatorios de salud mental en España. Consumo de recursos en el primer año de asistencia a pacientes nuevos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2002;XXII:25-47.
2. Belloso JJ, et al. Un año de pacientes nuevos en un Servicio de Salud Mental. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2007;XXVII:39-58.

## PO-716

## LA REALIDAD DE LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

P. García Iglesias, I. Llácer Viel, M. Lloret Díez-Canseco, M.A. Harto Cea, C. Almonacid Folch, A. Castillo Ramón, A. Tatay Manteiga y R. Calabuig Crespo

**Introducción:** Las alteraciones de la conducta serían hoy en día uno de los motivos de consulta más frecuentes en las Urgencias Psiquiátricas, planteando un difícil y complejo manejo, por el solapamiento que plantea con otras patologías orgánicas, por la frecuencia de presentación combinada con consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas.

**Objetivos:** Intentar una aproximación diagnóstica más concreta dentro del amplio eje diferencial que plantean las alteraciones conductuales en Urgencias.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se toma como muestra todos los pacientes que acudieron a nuestro servicio de urgencias hospitalario durante un período de dos meses y que requirieron una valoración psiquiátrica. A partir de las historias clínicas se recogieron datos sociodemográficos y clínicos. Se analizan datos correspondientes a los pacientes que requirieron una valoración psiquiátrica inicial por alteraciones conductuales.

**Resultados:** Se obtiene una muestra total de 224 pacientes que requirieron una valoración por nuestro servicio. En un primer contacto, son diagnosticados de alteraciones conductuales 90 pacientes, sin diferencias significativas entre sexos. Resulta destacable el dato coincidente del diagnóstico al alta en Urgencias de Trastorno

Psicótico, con el de pacientes que finalmente han necesitado un ingreso en Unidad de Agudos, un total de 60.

**Conclusiones:** En este estudio se constata que en repetidas ocasiones se recurre al diagnóstico inicial de alteraciones conductuales, siendo frecuente un cambio a corto plazo, que se explicaría por la descripción sintomatológica que se hace del paciente en Urgencias, de un modo trasversal, para proceder a un estudio a posteriori, concretando dichos síntomas en un marco temporal de mayor amplitud.

## Bibliografía

1. Chinchilla A. *Manual de urgencias psiquiátricas.*
2. Kaplan H, Sadock BJ. *Sinopsis de Psiquiatría, Ciencias de la Conducta, Psiquiatría Clínica,* 8<sup>a</sup> ed.

## PO-732

## LA VIOLENCIA EN LAS PSICOSIS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

E. Esteban Rodríguez, B. Gómez Chagoyen, D. Saa Sendra, O. Lafuente Casanova, L. Pereyra Grustán, A. Reboreda Amoedo, G. Bernal Gómez, C. Iglesias Echegoyen, M. Blasco Mas y N. Pérez Gamir

**Introducción:** Existe la creencia popular de que las personas que padecen psicosis son peligrosas y que se les debe apartar de la sociedad en beneficio de esta. Los profesionales de la salud mental, pacientes y familiares sostienen una visión diferente.

**Objetivos:** Con este trabajo pretendemos clarificar cuánto de realidad hay en cada una de estas posiciones para desmitificar falsas creencias.

**Metodología:** Se hace una revisión bibliográfica de publicaciones científicas sobre el tema de la violencia en las psicosis.

**Resultados:** Existe un riesgo aumentado de agresiones en la población psicótica, si bien los pacientes que toman el tratamiento y no consumen tóxicos tienen el mismo que la población general. Como hallazgos importantes, destacar que son más frecuentes los actos violentos en: 1. Primer episodio psicótico, momento en el que ocurren el 40% de los homicidios cometidos por esquizofrénicos, que supone un riesgo 15 veces mayor que en el resto de la evolución. 2. Consumidores de tóxicos. El riesgo de violencia que se estima en individuos con abuso de sustancias (sin psicosis) es similar a aquellos individuos con psicosis y abuso de sustancias, y mayor que en enfermos mentales que no consumen tóxicos. En la psicopatología destacarían las ideas delirantes, más que las alucinaciones imperativas.

**Conclusiones:** Existe cierto temor en la sociedad a los enfermos mentales, pese a que los actos violentos en los enfermos mentales suponen un fenómeno muy poco frecuente. Los datos indican que los pacientes que toman tratamiento y no consumen tóxicos tienen el mismo riesgo de violencia que el resto de la sociedad.

## Bibliografía

1. Nielssen O, Large M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin.* 2010;36:702-12.
2. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Gedders JR, Grann M. Schizophrenia and violence: Systematic Review and meta-analysis.

## PO-734

## UNIDAD ABIERTA DE PSIQUIATRÍA. MÁS DE 20 AÑOS DE EXPERIENCIA

M.J. Martínez Mirete, F. Toledo Romero, J.A. Rabadán Rubio, Andrés Espallardo, J.A. Albaladejo Martínez, M.A. Carrillo Córdoba, P. Manzur Rojas, A. Jaén Hernández y M.P. Sánchez Sicilia

**Introducción:** Valoración del funcionamiento de una unidad de psiquiatría abierta, dando especial importancia al significado para el paciente.

**Metodología:** Análisis descriptivo de los pacientes ingresados en 20 años, sus diagnósticos y otros datos de interés, así como una encuesta a enfermos y sus familiares sobre la unidad abierta.

**Resultados:** Un número aproximado de 9.000 ingresos desde 1.990 hasta 2010, con la siguiente distribución: Psicosis 46%, T. personalidad 8%, Depresión 15%, Toxicomanías 6%, Tentativas suicidas 9%, TCA 5%, Neurosis 10%, Otros 6%. Número de fugas, 3-5 al año. Un suicidio consumado en nuestra unidad en más de 20 años. De la encuesta realizada a 100 pacientes, ingresados entre enero y junio de 2010, y sus familiares obtenemos los siguientes datos: Respecto a la calidad de la asistencia sanitaria, fue considerada "mejor" y "mucho mejor de lo esperado" por 23 pacientes y 21 familiares cada opción; 38 pacientes y 41 familiares optaron por "como lo esperaba". Al preguntar por la planta abierta en comparación con la cerrada, 42 pacientes y 42 familiares eligieron la opción de "mejor" y 48 pacientes y 48 familiares escogieron "no sabe/no contesta" (muchos de éstos nunca han sido ingresados en otro tipo de planta).

**Conclusiones:** Tanto pacientes como familiares consideran la calidad de nuestra unidad óptima y un alto porcentaje la prefieren a la planta cerrada. Existen diferentes factores que impiden el cambio de modelo, como la presión administrativa y gerencial, la tradición del modelo cerrado, y las falsas creencias de mayor incidencia de suicidios, fugas o agresiones en las plantas abiertas.

#### PO-749

#### PERFIL EVOLUTIVO DEL PACIENTE INGRESADO EN UN HOSPITAL DE DÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS (2006-2010)

J.M. Giménez-Salinas Botella, R. Ibáñez Relat, A. Masjoan Vila, E. López Herrán, M. Malo López, C. Rojo Castro, M. Pérez Díaz y P. Bonet Dalmau

**Introducción:** Los hospitales de día son recursos básicos en la cartera de servicios de Salud en la Comunidad.

**Objetivos:** Determinar los perfiles sociodemográficos de los pacientes ingresados en el periodo 2006-10. Valorar los perfiles de los diagnósticos de la población atendida en ese periodo.

**Metodología:** Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes atendidos en el Hospital de Día de Salud Mental desde el año 2006 al 2010.

**Resultados:** Sobre una n = 353 pacientes que han generado 700 altas en este periodo se demuestra un cambio de tendencia del perfil sociodemográfico respecto al sexo de los pacientes, pasando durante los dos primeros años a un predominio del sexo femenino (43/57; 36/64) al masculino (49/51; 49/51; 46/54). Por el otro lado existe una homogeneidad diagnóstica con un predominio dentro del diagnóstico principal de los pacientes del espectro psicótico (26%, 34%, 48%, 31%; 36%) seguidos en su mayoría por los Trastornos afectivos/T. bipolar y los trastornos de personalidad. Todos estos grupos diagnósticos siempre han representado como mínimo el 65% de todos los pacientes atendidos en Hospital de Día en este periodo, llegando a representar el 80% de los procesos atendidos en el 2008. Finalmente destacar brevemente dentro de la población psicótica la diferencia de prescripciones de risperidona consta pasando de un 10% al 2006 al 46% de los procesos en el 2010.

**Conclusiones:** Los hospitales de día atienden una población que engloban la mayor parte de los diagnósticos mayoritariamente prevalentes en la población psiquiátrica, mostrando una homogeneidad poblacional diagnóstica a lo largo de dicho periodo. Los cambios sociodemográficos diferenciales en este periodo, no determinan cambios en los diagnósticos principales. Otros aspectos deben ser valorados más adelante (perfil de tratamientos en población psicótica...).

#### Bibliografía

- Block VM, Lefkovitz PM. American Association of Partial Hospitalization Standard and Guidelines for Partial Hospitalization. *Int J Partial Hosp.* 1991;7:3-11.
- DiBella, et al. Handboock of partial hospitalization. Brunner/Mazel Publ. New Cork, 1982.

#### PO-751

#### NUEVOS DATOS DE MÓRBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN UN ÁREA URBANA DE MADRID

B. Reneses Prieto, J.J. López-Ibor, S. Garrido Elustondo, I. Ramos García, J. Moreno, Aida Navalón, O. Martín Díaz y M. Fuentes Ferrer

**Introducción:** Los estudios epidemiológicos en Atención Primaria siguen teniendo interés por los cambios poblacionales y la dificultad e extrapolación resultados de unas áreas geográficas a otras.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población de Atención Primaria de un área urbana de Madrid.

**Metodología:** Estudio transversal con muestreo aleatorio de doble fase, en un área con 550.000 habitantes. Los tamaños muestrales calculados fueron de 635 individuos (entre 18 y 65 años) en la primera fase y aproximadamente 320 en la segunda. Se utilizaron el Cuestionario de Goldberg 28 ítems sumado al test Multicage como screening para la primera fase y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI para la segunda fase.

**Resultados:** La muestra final fue de 628 sujetos (60,2% mujeres) con edad media de 42,3 años (DE 12,9). Cumplieron los criterios para ser considerados probables casos un 44,3% de los sujetos de la primera fase. La prevalencia de trastornos mentales corregida fue de 31,7% (IC95%: 27,9-35,5). La prevalencia de los diagnósticos más frecuentes fue: Episodio depresivo mayor actual (14,8%), Trastorno por ansiedad generalizada (13%) y Episodio depresivo con síntomas melancólicos (9,1%). Los factores asociados a ser caso psiquiátrico resultaron: ser mujer, tener un nivel bajo de estudios y haber nacido fuera de España.

**Conclusiones:** La prevalencia se mantiene similar a la encontrada en la misma área hace 15 años. Resulta relevante el dato de que el hecho de ser inmigrante supone un riesgo aumentado para presentar patología psiquiátrica en AP.

#### Bibliografía

1. Serrano-Blanco A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45:201-10.
2. Lowe B, et al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30:191-9.

#### PO-759

#### ANÁLISIS DE LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS COMUNITARIOS REHABILITADORES EN EL TERRITORIO DEL VALLÉS OCCIDENTAL ESTE 2009-2010 SALUT MENTAL PARC TAULÍ, SABADELL, BARCELONA, ESPAÑA

G. Severino Simonetti, G. Caupena, J. Cobo, A. Granell, J. García, R. Coronas, M. Carmona y C. Casas

**Introducción:** La Mesa Técnica de Rehabilitación del Vallés Occidental Este se enmarca Dentro del Programa de Recursos Comunitarios, con el objetivo de asegurar la continuidad asistencial en el proceso rehabilitador de las personas afectadas de trastornos mentales graves (TMG) que residan en nuestro territorio, a través de una gestión integrada de todos los recursos sanitarios y comunitarios disponibles.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo es analizar la utilización que los pacientes de las diferentes áreas básicas, efectúan de los recursos rehabilitadores del territorio.

**Metodología:** Se realiza el análisis de una muestra de 315 pacientes que son asistidos a nivel del Centro de Salud Mental de nuestro Servicio. Las variables correlacionadas son: tipo de recurso utilizado, diagnósticos, edad, sexo, procedencia y derivaciones correspondientes

**Resultados:** En cuanto al tipo de recursos utilizados, hemos detectado: El Servicio de Rehabilitación Antaviana asiste a 116 pacientes

(36,6%), Clb Social La Xamba: 54 pacientes (17,1%), Club Social Suport Castellar: 32 (10,2%), Oficina Técnica Laboral: 86 pacientes (27,3%), Prelaboral: 27 pacientes (8,6%). En cuanto al sexo: 139 pacientes pertenecen al sexo masculino y 64 pacientes al sexo femenino. Referente a los diagnósticos: 203 pacientes padecen un Trastorno mental severo.

**Conclusiones:** Concluimos que una gestión transversal e integral de los recursos comunitarios rehabilitadores en nuestro territorio, contribuye a una mejora en la calidad asistencial global.

#### Bibliografía

1. Rehabilitació Comunitaria en Salut Mental. Cuaderns de Salut Mental 3 Cat Salut. Servei Català de la Salut.
2. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2005;XXIII(94).

#### PO-777

#### PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA

T. Blanco Pena, E. Mariño Díaz, C. Rozados Villaverde y J.M. Blanco Lobeiras

**Introducción:** La hospitalización es una opción terapéutica básica dentro del tratamiento integral del enfermo mental agudo. El tiempo de estancia debe ser limitado, buscando la remisión sintomática mínima que permita una rápida externalización. Con la finalidad de mejorar la atención global resulta importante conocer las características clínicas y epidemiológicas que pueden condicionar el proceso del enfermar.

**Objetivos:** Análisis de los ingresos en una Unidad de Agudos durante 10 meses.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes ingresados en nuestra unidad durante 10 meses (enero-octubre 2010). Como fuente de información empleamos la base de datos sanitaria del SERGAS (IANUS). Para su análisis estadístico empleamos el programa SPSS.

**Resultados:** Tamaño muestral: 308 pacientes. Mujeres (55%); media de edad 45 años (14-87). 52% solteros. 74% viven con familia. Estudios primarios 53%, universitarios 7%. 46% pensionistas; población activa 30%. Motivo de ingreso: trastornos de conducta 47%, conducta suicida 27%. Derivados desde urgencias 48%. 34% precisaron autorización judicial. Estancia media 16,17 días (1-150). 85% antecedentes psiquiátricos: 26% trastorno psicótico y 23% trastornos del humor. 45% tenían ingresos previos. Seguimiento en consulta especializada: 80%. Consumo tóxico: 44%. Diagnóstico al alta: trastorno psicótico (34%), trastorno del humor (21%) y trastornos de personalidad (19%). Se prescribieron ansiolíticos al 85%, al 0,65% no se pautó tratamiento farmacológico al alta. Demandaron alta voluntaria 4%. 75% derivados a consulta especializada.

**Conclusiones:** Bajo porcentaje de pacientes en activo (30%). Sólo 7% tienen estudios universitarios. La mayoría de pacientes que ingresan tienen antecedentes psiquiátricos. Un 4% solicitaron alta voluntaria.

#### Bibliografía

1. Katz SE. Hospitalización y terapéutica ambiental. Tratado de psiquiatría, Kaplan y Sadock. Tomo II, cap32. Barcelona: Salvat.
2. Granados M, González J. La unidad de agudos como elemento terapéutico. Revista de la AEN. 1987;7:187-202.

#### PO-781

#### ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA URGENCIA PSIQUIATRÍA EN UN HOSPITAL GENERAL: ANÁLISIS DE UN AÑO

M.C. Rozados Villaverde, E. Mariño Díaz, T. Blanco Pena, J.M. Blanco Lobeiras, C.P. Losada Pérez y F.J. Gutiérrez Pérez

**Introducción:** Desde la entrada en vigor de la Ley General de Salud (año 1986), se ha producido un desarrollo progresivo de los

Servicios de Salud Mental. Siendo la urgencia psiquiátrica un acto terapéutico que requiere la atención inmediata y una rápida toma de decisiones que condicionarán el posterior seguimiento.

**Objetivos:** Conocer el perfil, características sociodemográficas y clínicas del paciente que acude al Servicio de Urgencias de un Hospital General en nuestro medio.

**Metodología:** Estudio retrospectivo durante 12 meses en área de 300.000 habitantes basado en revisión de historias clínicas de pacientes que acuden a un servicio de urgencias psiquiátricas. Estudio de variables sociodemográficas y clínicas básicas.

**Resultados:** Se estudiaron 1.531 pacientes que a lo largo de un año habían consultado en nuestro servicio. 53% mujeres con una edad media de 42 años. La mayoría (41%) eran solteros y no tenían hijos (55%). La asistencia tuvo lugar en fin de semana en el 46% de los casos. Los pacientes llegan a urgencias derivados desde el servicio de urgencias generales (46%) y acompañados por familia/amigos en 54% de las ocasiones. Los motivos de atención son: conducta suicida (22%), trastornos de conducta (20%), estados de ansiedad (15%) y agitación (13%). Los pacientes psicóticos constituyen el grupo diagnóstico más frecuente (21%). En la mayoría de las ocasiones (64%) se procede a derivación posterior a dispositivos de salud mental ambulatoria.

**Conclusiones:** El perfil de paciente atendido en nuestro servicio de urgencias es una mujer, de edad media, soltera, sin hijos, que consulta en fin de semana, tras sobreingesta medicamentosa siendo dada de alta a domicilio y derivada para seguimiento a los dispositivos ambulatorios.

#### Bibliografía

1. Ley 14/1986,25 de Abril, General de Sanidad.
2. Villari V, et al. Emergency Psychiatry. 2007;98:525-41.

#### PO-837

#### ¿CÓMO SON Y CÓMO TRATAMOS NUESTROS TRASTORNOS MENTALES GRAVES?

R. Pérez Asenjo, I. Zarzana Herrera-Oria, A. Lobo Castilla, B. Manzano Balsera, L. Fernández-Clemente, C. Lezcano González, C. González Navajas y J. León Cuya

**Introducción:** El concepto de Trastorno mental grave (TMG) permite seleccionar grupos de pacientes con características y necesidades diferentes. Dentro de un proyecto más amplio de mejora en la atención, iniciamos un registro de casos seleccionando los pacientes con criterios de TMG, recogiendo variables clínicas y asistenciales, con vistas a un tratamiento más adaptado.

**Metodología:** Registro de pacientes que cumplen criterios de TMG atendidos por Psiquiatría en una de las zonas de nuestra USM.

**Resultados:** De 435 pacientes evaluados seleccionamos 33 (7,6%) como TMG, siendo 19 (57,6%) varones, con una edad media de 49 años. Habitualmente acuden acompañados 27 (81,7%), viven mayoritariamente con sus familias de origen 17 (51,5%), estando casados sólo 8 (24,2%). Con un diagnóstico en el eje I: Esquizofrenia 18 (54,5%), Tr. bipolar 8 (24,2%) y en el eje II: Tr. de personalidad límite 5 (15,2%). Han ingresado alguna vez 27 (84,4%), siendo la media de 5 ingresos. Destaca el bajo número de diagnósticos de abuso/dependencia 1 (3%), que puede ser debido a infradiagnóstico o a la derivación a otros dispositivos específicos, son fumadores 18 (55%). Enfermería también atiende a 17 (51%), sobre todo con el programa de medicación inyectable. A pesar de la gravedad sólo 6 (18,2%) acuden a otros recursos externos al USM.

**Conclusiones:** El perfil más frecuente es un varón de mediana edad, soltero y diagnóstico de Esquizofrenia. Dada la gravedad de algunos de los casos estudiados nos deberíamos plantear las posibilidades/dificultades de movilizar otros recursos en su atención.

#### Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el TMG. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el TMG. Plan de Calidad para el SNS del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009.

## PO-882

## SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN: LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. PROYECTO PROMISE

P. Flores Martínez

PROMISE (Promoting Mental Health Minimising Mental Illness and Integrating through Education) es un proyecto de investigación europeo financiado por la Dirección General de Salud y Consumidores de la UE. Tiene como objetivo la promoción de la salud mental a través del estudio de las guías de buenas prácticas. Se incluye la identificación de las guías destinadas a los medios de comunicación; explorar el tratamiento de los temas de salud mental y el impacto que tienen los modelos de la psicología positivos en promoción de la salud. Se desarrolló un cuestionario para conocer la opinión de los profesionales de la salud mental sobre cómo los medios tratan los temas de salud mental. También para explorar qué acciones ayudarían a los medios a ser agentes promotores de la salud. Los profesionales del Parc de Salut MAR de Barcelona por Intranet contestaron la encuesta. Respondieron 67 profesionales. El 36% piensa que la TV es quien más hablan de salud mental. El 80% piensa que la imagen que se transmite en los medios de comunicación está alejada de la realidad y que en general no fomentan conductas saludables. Un 75% desconoce la existencia de guías de buenas prácticas para el tratamiento de la salud mental en los medios. Hacen falta estrategias de acercamiento entre los profesionales de los medios de comunicación y los de la salud para ampliar el discurso de la promoción de la salud. Es necesario: Diseñar programas de formación en promoción de la salud para los medios, Favorecer la difusión de las guías de buenas prácticas entre los profesionales de la salud y los profesionales de los medios de comunicación.

## PO-895

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA CONDUCTA SUICIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

R. Angora Cañego

**Introducción:** Conocer el número y características de los pacientes con conducta autolítica que utilizan los servicios de urgencia hospitalarios es clave para la disponibilidad de recursos asistenciales y su organización.

**Objetivos:** Describir la epidemiología y características de quienes acuden a la urgencia de un hospital general por conducta autolítica.

**Metodología:** Los datos de las atenciones prestadas durante 2007 se obtuvieron de los registros de urgencia del hospital 12 de Octubre de Madrid. Los datos de filiación, diagnóstico y derivación fueron tratados mediante análisis estadístico.

**Resultados:** Durante el año 2007 se realizaron 2.574 atenciones en la urgencia de psiquiatría. De estas el 16% fueron por conducta autolítica. Supuso una tasa anual de 0,56 atenciones por 1000 habitantes del área 11 de Madrid. Estas atenciones supusieron un 0,22% del total de las urgencias atendidas en el hospital. Participaron en la atención de urgencia de estos pacientes los servicios de Medicina Interna, UCI, Traumatología, Cirugía Plástica.

**Conclusiones:** Las visitas a la urgencia de psiquiatría de pacientes con conducta suicida representan un sustancial número. Estas visitas precisan de la atención de varios recursos médicos y quirúrgicos en el Servicio de Urgencias de un hospital general. La mayoría de los casos atendidos se resuelven en la urgencia. A pesar de las limitaciones de un estudio transversal, el conocimiento de datos demográficos y características clínicas de las demandas por conducta autolítica en un Servicio de Urgencias proporciona datos clave para la elaboración de estrategias racionalizadas de gestión de estos servicios.

## Bibliografía

- Yves JA, Chaput, Lebel MJ. Demographic and Clinical Profiles of Patients Who Make Multiple Visits to Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Services*. 2007;58(3).

- Schynder U, Klaghofer R, Beddeberg C. Characteristics of psychiatric emergencies and the choice of intervention strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999;99:179-87.

## PO-917

## DEMANDA DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE INFANTO-JUVENIL EN UN CSM

C.I. Lacunza, J. García, M.J. Aibar Luis, L. Azcárate Jiménez y J.A. Agüero Goñi

**Introducción:** En los últimos lustros, la inmigración ha sido un fenómeno creciente en nuestro país y con ella se ha producido un aumento de las atenciones a personas procedentes de otros países en los diferentes dispositivos de salud mental. Sin embargo, no son muchos los estudios centrados en las demandas de este colectivo, especialmente en la población infanto-juvenil. El CSM Ansoain, es un centro de nueva creación que atiende a una población de aproximadamente 60.000 habitantes de la comarca de Pamplona, y donde se observa la demanda de este nuevo sector poblacional.

**Objetivos:** Estudiar las principales características demográficas de la población inmigrante en nuestro centro de salud mental. Estudiar los diagnósticos más frecuentes en esta población.

**Metodología:** Se han extraído los datos de todos los pacientes nuevos atendidos en nuestro centro entre 1 de noviembre de 2010 y el 1 de mayo de 2011. Los criterios de inclusión han sido tener una edad igual o menor a 16 años y tener ambos padres de nacionalidad extranjera.

**Resultados:** El número total de pacientes procedentes de otros países es 21 (15,21%). La edad media (en meses) es 133, 61, siendo el país que más casos aporta Ecuador (12,6%) seguido de Bulgaria (6,3%). Los diagnósticos más frecuentes se encuadran en las alteraciones de conducta seguidas de los trastornos hipercinéticos.

**Conclusiones:** Según los resultados, en nuestra muestra la patología de este colectivo es bastante similar a la descrita para la población nacional. En cuanto a la utilización que esta población realiza de los servicios sanitarios ésta estaría en consonancia con el porcentaje poblacional que representan.

## Bibliografía

- Franco C, Arango C. Prevalencia de Trastornos mentales en niños y adolescentes. *Monografías de Psiquiatría*. 2004;XVI:19-27.
- Carlson-Aburto J, Ballabriga MCJ. Salud mental infantojuvenil en inmigrantes. *Revista Psiquiatría.com* 2001;5(4).

## PO-968

## INCIDENCIA Y PRONÓSTICO DE CÓDIGOS Z EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL. INDICACIÓN DE NO TRATAMIENTO

O. Bautista Garrido, J.C. Vázquez Caubet, B. Serván Rendón-Luna, M.R. Montoya y S. Rodríguez Toledo

**Introducción:** Desde hace ya algunos años ha aumentado la demanda asistencial en los Servicios de Salud Mental. Cada vez son más frecuentes situaciones que tienen que ver con conflictos familiares, laborales y otros acontecimientos vitales, que podrían considerarse como adaptativos y normales a una determinada circunstancia. Las clasificaciones DSM-IV y CIE-10 las denominan códigos Z. La indicación de no tratamiento puede ser una intervención posible, enormemente terapéutica en la medida que efectúa prevención cuaternaria, ya que protege al paciente de efectos adversos y se resignifica su malestar, que se reorienta a un contexto no sanitizado.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre el papel de los profesionales de salud mental en el tratamiento del malestar, implicaciones clínicas y asistenciales, así como las alternativas posibles.

**Metodología:** Se revisa la literatura existente acerca de la prevalencia y pronóstico de los códigos Z. Comparamos los datos con los

resultados obtenidos en un Centro de Salud Mental del área 7 de Madrid a lo largo de nueve meses.

**Resultados:** El 45% de los pacientes evaluados obtuvieron diagnóstico de código Z. En todos los casos se realizó la indicación de no tratamiento mediante la técnica conocida como resignificación. El porcentaje de pacientes que acudió a revisión posterior fue del 8%. Sólo el 5% cumplieron criterios de trastorno mental en su evolución.

**Conclusiones:** La clave estaría en saber si ante el problema humano que tenemos delante vamos a obtener mejores resultados considerándolo una enfermedad que si no fuera tratado como tal. Considerar la indicación de no tratamiento como una intervención psicoterapéutica, además, le permite al profesional ver al paciente como alguien que necesita ayuda para entender que no es un enfermo y no precisa tratamiento. Probablemente esto le permitirá al paciente sentirse comprendido en su sufrimiento y arroja un buen pronóstico en el manejo del mismo.

## PO-985

### ¿QUÉ OCURRE CON NUESTROS MAYORES?

P. Hernández Jusdado, B. Muchada López  
y R. Guridiola Wanden-Berghe

**Introducción:** La enfermedad mental grave y crónica conlleva un gran deterioro psicosocial y laboral, por ello el tratamiento dirigido a la rehabilitación es imprescindible para ayudar al paciente a recuperar las capacidades y habilidades que le permitan vivir de forma autónoma y gozar de una mejor calidad de vida.

**Objetivos:** Valorar las necesidades que presenta esta población y las posibilidades que actualmente se le ofrecen.

**Metodología:** Análisis de datos demográficos recogidos del Instituto Nacional de Estadística y revisión de los recursos de atención a personas con enfermedad mental mayores de 64 años en la Comunidad de Madrid.

**Resultados:** Los mayores crecimientos absolutos y relativos en los próximos 40 años se concentrarán en edades avanzadas. El grupo de edad de mayores de 64 años se duplicaría en tamaño y pasaría a constituir el 31,9% de la población total de España. La tasa de prevalencia de los trastornos mentales en mayores de 65 años es de 6,6% para cualquier trastorno.

**Conclusiones:** La mayoría de recursos de rehabilitación disponibles en salud mental están dirigidos a personas con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, esto ocasiona que un gran número de enfermos mentales no reciban las prestaciones necesarias. Debido al aumento en la esperanza de vida y al rápido envejecimiento de la población española es importante ampliar y mejorar la atención social a estas personas y a sus familias para favorecer y apoyar su integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, participación social y calidad de vida.

#### Bibliografía

1. Consejería de Servicios Sociales. Programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Crónica. CAM, 2010.
2. Laviana-Cuetos M. La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: atención integral e integrada en un modelo comunitario.

## PO-990

### PROBLEMÁTICA SOCIAL EN UNA PLANTA DE PSIQUIATRÍA

L. Pereyra Grustán, B. Gómez Chagoyen, E. Esteban Rodríguez, S. Reboreda Amoedo, A.C. Navarro, C. Fonseca López y D. Saa Sandra

**Introducción y objetivos:** Los pacientes que ingresan en planta de psiquiatría muchas veces presentan problemática social, familiar y laboral que pueden ser consecuencia de las dificultades para la adaptación a los requerimientos de la vida cotidiana de los pacien-

tes con enfermedad mental. Revisamos los motivos de derivación a trabajo social y las patologías que suelen requerir de este servicio.

**Metodología:** Pacientes ingresados en planta de psiquiatría del Hospital Obispo Polanco durante el 2009 que han sido derivados a trabajo social. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría del Hospital Obispo Polanco (Teruel) durante el año 2009 que han sido derivados a trabajo social. Se obtiene una muestra de 257 pacientes de los cuales 41 fueron derivados a trabajo social. Se dividieron los motivos de derivación en: necesidad de ayuda en domicilio, ubicación terapéutica fuera del domicilio, trastornos conductuales, hábito tóxico, claudicación familiar, transeúnte, entorno no adecuado y otros (ocupacionales, derivación a otros dispositivos).

**Resultados:** De los pacientes ingresados en planta de psiquiatría el 15,95% son derivados a trabajo social. Los diagnósticos que más precisan ayuda social por orden son: Trastornos de personalidad 24,39%, Esquizofrenia 17,07%, Toxicomanías (Alcoholismo) 14,63%, Trastornos psicóticos agudos 9,75%, Retraso mental 7,31%, Trastornos depresivos 12,9%, Trastornos adaptativos 9,75%, Bipolares 4,8%, Demencia 2,43%. Los motivos de derivación son: Necesidad de ayuda en domicilio 31,7%, otros (ocupacionales, derivación a otros dispositivos 31,7%, claudicación familiar 29,26%, Necesidad de ubicación fuera del domicilio 26,82%, Trastornos conductuales 17,07%, Entorno no adecuado 12,19%, Hábito tóxico 12,19%, Transeúnte 7,3%. Cada paciente tiene 1,78 motivos de los referidos para necesitar ayuda por trabajo social.

**Conclusiones:** Necesitamos de ayuda fundamentalmente residencial y de apoyo en domicilio y ocupacional para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad mental. Esto ahorraría ingresos y gastos a nivel hospitalario.

## Comportamiento suicida

### PO-198

#### VARIABILIDAD DIAGNÓSTICA E INCIDENCIA DE LAS CONDUCTAS AUTOLÍTICAS EN EL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME

M.J. Rodríguez Macías, F. López Rodríguez, F. Gotor Sánchez-Luengo y J.M. Álvarez Halcón

**Introducción:** En nuestro país existen datos como los obtenidos por el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, donde atienden a una media superior a 1,3 pacientes con intento de suicidio al día. El objetivo de nuestro estudio es analizar la tasa de incidencia y la proporción de los diferentes diagnósticos psiquiátricos implicados en las conductas autolíticas atendidas en nuestro hospital.

**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo, donde analizamos las intervenciones urgentes en el ámbito hospitalario por conductas autolíticas durante los años 2007 y 2010. Igualmente, se cuantificó la tasa de estas conductas y la proporción de los diferentes diagnósticos implicados en las mismas en cada año.

**Resultados:** En el 2007 se atendieron un total de 341 urgencias por conductas autolíticas, que supusieron el 12,51% de las urgencias psiquiátricas totales en ese año (2.725). Éstas se incrementaron hasta 602 en el 2010, representando el 24,18% de las urgencias totales (2.489). La tasa de incidencia de estas conductas en 2007 fue de 99,6/100.000 habitantes/año, aumentando en 2010 a 169,6/100.000 habitantes/año. La proporción de los diferentes diagnósticos implicados se cuantificó, observado un incremento en el año 2010 con respecto al 2007 de los T. mixtos ansioso-depresivos, los episodios depresivos y los T. límite de la personalidad. En cambio, existió una

reducción en la esquizofrenia, T. esquizoafectivo, otras psicosis, T. afectivo bipolar, los T. de adaptación y otros T. de la personalidad.

**Conclusiones:** El aumento en las tasas de incidencia observadas en nuestra área hospitalaria está acorde con la literatura consultada, que señalan una tendencia al alza en las mismas en nuestro país. La proporción de los diagnósticos implicados no ha sufrido grandes variaciones, aunque es interesante señalar el descenso en el porcentaje de patología psicótica atendida por conductas autolíticas y el aumento en el T. límite de la personalidad.

#### PO-206

#### ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE LAS CONDUCTAS AUTOLÍTICAS EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

J.M. Álvarez Halcón, F. López Rodríguez, F. Gotor Sánchez-Luengo y M.J. Rodríguez Macías

**Introducción:** Desde la creación, en el año 2006, del Proceso Asistencial Integrado (PAI) para la atención de pacientes con Trastorno mental grave (TMG) y su introducción en las diferentes áreas hospitalarias del servicio andaluz de salud, se ha intensificado la atención clínica y gestión de recursos de estos de pacientes. El concepto de TMG no es una definición clínica, sino operativa. Se trata de un conjunto de personas que sufren una serie de entidades diferentes, pero que tienen problemas comunes, derivados de la discapacidad producida por la enfermedad.

**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo, donde cuantificamos las intervenciones urgentes hospitalarias por conductas autolíticas a pacientes con TMG durante el 2007, año de inicio de la implantación del PAI-TMG, comparándolas con las del 2010, tras tres años de desarrollo de este PAI. Igualmente, cuantificamos el total de atenciones hospitalarias urgentes por conductas autolíticas en estos dos años.

**Resultados:** En el año 2007 se atendieron 350 urgencias por conductas autolíticas, 15 correspondieron a pacientes TMG, lo cual supuso un 3,2% del total autolíticas. El censo TMG de 2007 lo formaban 167 pacientes, de los cuales 10 presentaron conductas autolíticas. El 6,6% del total de pacientes TMG censados presentaron estas conductas. En el año 2010 fueron atendidas 602 consultas, de las que 7 correspondieron a pacientes TMG, un 1,16% del total de consultas autolíticas. El censo TMG de 2010 constaba de 200 pacientes, que representaron un 3,5% del total de pacientes censados.

**Conclusiones:** El desarrollo e implantación del PAI-TMG ha acaecido una mejora en la gestión de recursos asistenciales y residenciales. Creemos que ello ha motivado una reducción en las conductas autolíticas de estos pacientes, a pesar de que el número total de atenciones hospitalarias urgentes a este tipo de conductas aumentan en 2010 con respecto al 2007.

#### PO-245

#### INTERVENCIÓN ESTRATÉGICA EN DUELO PATOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Guillén Benítez

Se presenta un caso en el que se llevaba trabajando en psicoterapia individual (apoyo) y psicofarmacoterapia por largo tiempo (más de 4 años) con pobres resultados. La paciente era una madre con tendencia a la hiperprotección ejercida hacia su única hija (diagnosticada de hipoacusia y TDAH). La hija muere de tumor cerebral y ella entra en un largo proceso de duelo. Clínicamente presentaba síntomas depresivos graves con ideación autolítica y tendencia al autoabandono, que hacía que el apoyo familiar fuera ejercido hasta en las funciones más primitivas (comer, higiene, etc.). Se realiza una intervención estratégica, ante la aparición de la primera señal de cambio. Dicha intervención se realiza a modo de reformulación, y destaca por su sencillez: "Ud. tiene un gran corazón donde caben

muchas cosas (se dibuja un corazón en un papel, dividido en varios compartimentos y distribuyendo algunas funciones vitales en cada parte)". En posteriores visitas la paciente ya realizaba varias actividades (trabajaba, tenía pareja, etc.) La indicación es oportuna precisamente en un momento crucial para la paciente (con grave riesgo de suicidio), la cual dudaba entre realizar o no algún cambio en su vida (podían sucumbrir sus incipientes deseos de cambio ante el empuje de los sentimientos de culpa) y el efecto comprobado fue que la paciente era capaz de compartir sentimientos de duelo con una vida plenamente satisfactoria. En más de cuatro años de intervenciones de psicoterapia de apoyo que parecen infructuosas se culminan con una sencilla indicación (reestructuración) estratégica plenamente efectiva.

#### PO-312

#### EVALUACIÓN DE PACIENTES CON IDEAS SUICIDAS EN INTENTOS SUICIDAS EN URGENCIAS

N. Morales Alcaide, M.D. Sánchez García, M.C. Díaz Fernández, J. Aviñó Isern, L. Nuevo Fernández, P. Martínez Mollà, S. Nicanor Tárraga Díaz y S.J. Mancebo Nolasco

**Introducción:** Ideación e intento suicida son dos de las consultas más frecuentes en la urgencia psiquiátrica. Aunque el suicidio no es absolutamente predecible, muchas de estas muertes podrían evitarse con una adecuada actuación en urgencias.

**Objetivos:** Describir a los pacientes evaluados en enero y febrero de 2011 en urgencias por ideación autolítica o intento autolítico y analizar su evaluación.

**Metodología:** Recogemos datos clínicos y sociodemográficos de los pacientes y describimos los resultados de su evaluación con el Cuestionario de Intencionalidad Suicida (Beck) y la Escala Sad Persons (Patterson).

**Resultados:** De 45 pacientes atendidos, la mayoría fueron hombres (edad media 41 años), remitidos mayoritariamente por intento autolítico. El método más utilizado fue la sobreingesta farmacológica (seguido de venosección y defenestración). Diagnóstico más frecuente: trastorno del estado de ánimo, seguido del trastorno de la personalidad. La mayoría ingresaron. La concordancia entre la decisión tomada por el psiquiatra y la indicada según la escala SPS fue elevada (88,9%). Las puntuaciones en la escala SIS de los pacientes ingresados fueron elevadas (mayores de 15).

**Conclusiones:** El paciente atendido de urgencias por ideas autolíticas o intento autolítico es un varón de 41 años, remitido desde un hospital general por intento autolítico realizado con sobreingesta medicamentosa, diagnosticado de trastorno del estado de ánimo o de trastorno de la personalidad, y que ingresa en la unidad de psiquiatría, resultando concordante esta decisión con la indicación sugerida por la escala SPS y habiendo obtenido una puntuación mayor o igual a 15 en la escala SIS.

#### Bibliografía

1. Palomo T, Jiménez Arriero MA, Fernández Liria A, Gómez Beneyto M, Vallejo Ruiloba J, eds. *Manual de Psiquiatría*. Madrid, 2009.
2. García MP, Bascarrán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousón M, Bobes J. *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica*, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ars Medica, 2008.

#### PO-377

#### ¿CÓMO SON LOS INTENTOS DE SUICIDIO EN EL ÁREA VII DE SALUD MENTAL?

C. Huergo Lora, C. Emeterio Delgado y S. Ocio León

**Introducción:** El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas, pero la actitud al mismo ha sido diferente dependiendo de las influencias religiosas, filosóficas, de las estructuras socio-políticas y culturales.

**Objetivos:** En un estudio descriptivo retrospectivo realizado entre noviembre de 2008 y octubre de 2009, se busca conocer las variables de los intentos suicidas llevados a cabo en un área de Salud Mental.

**Metodología:** De todos los pacientes valorados, se seleccionaron aquellos, que precisaron bien un ingreso en la Unidad de Psiquiatría o bien en seguimiento en Centro de Salud Mental.

**Resultados:** En la muestra, predomina el sexo femenino (58,3%), con una media de edad de 43,53 (DT 14,58). En función del sexo, son estadísticamente significativas las diferencias encontradas en la media de edad de llevar a cabo el intento suicida ( $p = 0,037$ ). Por lo tanto, los hombres realizan el intento a más edad que las mujeres. Estado civil más frecuente es casado. En cuanto a las enfermedades mentales, el 27,8% son trastornos distímicos. Posteriormente, siguen en misma proporción (13,9%), los trastornos adaptativos y aquellos sin antecedentes de enfermedad mental previa. El método más usado es la autointoxicación medicamentosa (61,1%) mediante abuso de benzodiacepinas.

**Conclusiones:** En líneas generales comparte muchas características con lo descrito en muchas publicaciones a excepción del estado civil (1). Sería recomendable educar a la población para reducir este tipo de actos con dudosa finalidad autolítica.

#### Bibliografía

1. Sadock BJ, Sadock VA, eds. Suicidio. En Kaplan & Sadok Sinopsis de Psiquiatría, 10<sup>th</sup> ed. Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins, 2009. p. 897-907.
2. Bobes García J, Sáiz Martínez PA, García-Portilla González MP, Bascárán Fernández MT, Bousón García M. Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento. Barcelona: Ars Medica, 2004.

#### PO-380

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON TENTATIVAS DE SUICIDIO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE VALENCIA

P. Benítez Laguno, M. Fortea, L. Castells y M.J. Escartí Fabra

**Introducción:** El suicidio es un problema mayor de salud pública. Existen datos sociodemográficos relacionados estadísticamente con un mayor riesgo de suicidio. Se han realizado diversos estudios epidemiológicos en España para evaluar los datos sociodemográficos y clínicos relacionados estadísticamente con un mayor riesgo de suicidio.

**Objetivos:** Establecer los perfiles socio-demográficos y clínicos de los sujetos que fueron atendidos por intento de suicidio en el Hospital Clínico Universitario de Valencia.

**Metodología:** Se realizó un registro de todos los intentos de suicidio atendidos en los diferentes dispositivos hospitalarios durante un año. Se elaboró un protocolo de recogida de datos con distintas variables.

**Resultados:** La edad media es de  $40 \pm 14,38$  años, predominantemente mujeres (58,7%). Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en el eje I fueron el Trastorno adaptativo (22%) y el trastorno depresivo mayor (15%). El diagnóstico más frecuente en el eje II fueron el Trastorno de personalidad no especificado (22,4%) y el de trastorno límite de personalidad (32,8%). El 68% de los pacientes tienen historia de tentativas previas. La tentativa es de baja letalidad (78,2%), el método más utilizado es la sobreingesta medicamentosa (55,2%).

**Conclusiones:** En general, se corroboran los principales factores de riesgo mencionados en la literatura destacándose la alta prevalencia de tentativas previas por lo que se sugiere la necesidad de elaborar protocolos específicos de abordaje.

#### Bibliografía

1. Gabilondo, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc)*. 2007;129):494-500.
2. Roca de Togores, et al. Intentos de suicidio atendidos en un centro de salud. *Aten Primaria*. 2002;29:547-52.

#### PO-389

#### PREDICTORES DE PERSONALIDAD PARA LA IDEACIÓN Y TENTATIVA SUICIDA

M.J. Jaén Moreno y E. Cañete Quesada

**Introducción:** La relación entre conducta suicida y personalidad no presenta una asociación tan clara y comprobada como la que existe con trastornos del eje I.

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias significativas en la fórmula de personalidad entre sujetos con y sin conducta suicida así como si existen rasgos predictores de dicha conducta.

**Metodología:** 60 pacientes en régimen ambulatorio, con edades comprendidas entre 18 y 60 años, sometidos a tratamiento farmacológico, psicológico, o ambos. Se recogieron variables sociodemográficas, de diagnóstico de Eje I y II y de conducta suicida en general. La totalidad de la muestra fue evaluada mediante el cuestionario MCMI-II de Millon. Estadística descriptiva, pruebas de chi cuadrado y coeficiente de correlación de Spearman para variables cualitativas de significancia y ANOVA de un factor para significancia entre variables cuanti-cualitativas. Análisis de regresión logística binaria.

**Resultados:** Los sujetos con tentativas de suicidio alcanzan significancia en las escalas Z, 1, 2, 8a, 8b, A y D. Los que tienen ideas de suicidio se diferencia con el grupo de tentativas tan solo en la escala Z, mientras que los que presentan amenazas de suicidio vuelven a significarse por la escala Z, pero sólo alcanzan valores patológicos significativos en la 2, en A y D. Nos encontramos a expensas de realizar el análisis de la regresión logística binaria.

**Conclusiones:** La mayor severidad en la alteración de determinadas escalas de personalidad y de disfunción interpersonal, se da en los sujetos que pasan de la ideación a la acción.

#### Bibliografía

1. Brezo J, Paris J, et al. Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. *Psychological Medicine*. 2006;36:191-202.
2. Millon T. MCMI-II inventario clínico multiaxial. Madrid: Tea ediciones, 1998.

#### PO-399

#### ESTUDIO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE AGUDOS POR RIESGO SUICIDA

M.M. Lázaro Redondo, E.M. Stantiford Camdeborde, N. Echeverría Hernández, A. Duque Domínguez, J.R. Rodríguez Larios, F. de la Torre Brasas, S. Escribano Sánchez y J.I. Bango Suárez

**Introducción y objetivos:** Se estima que el 90% de los pacientes que realizan una tentativa suicida padecen un trastorno psiquiátrico mayor destacando entre todos la depresión. Pretendemos analizar qué trastorno mental está presente en los pacientes que ingresan por riesgo suicida a lo largo del 2010 y su relación con el tipo de conducta suicida.

**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo y descriptivo a partir de los datos recogidos en la historia clínica de los pacientes ingresados en la unidad de agudos de psiquiatría durante 2010. El análisis se realiza con SPSS.

**Resultados:** Estudiamos 39 casos (53,8% son varones) de los que: el 41% fueron Trastornos adaptativos, el 23,1% Trastornos del estado de ánimo, el 17,9% Trastornos de personalidad, el 2,6% dependencia a sustancias y tanto los Trastornos de ansiedad como los Trastornos psicóticos como otros diagnósticos correspondieron al 5,1% respectivamente. El motivo de ingreso en el 43,6% fue tentativa de suicidio con psicofármacos. Se observó que el 56,4% de la muestra carecía de comorbilidad psiquiátrica.

**Conclusiones:** En nuestro estudio prevalece el diagnóstico al alta de trastorno adaptativo sobre el de trastorno del estado de ánimo. A diferencia de los datos encontrados en la literatura, en nuestro caso la sobreingesta de psicofármacos no discrimina entre

ambos diagnósticos, siendo el método autolesivo de elección tanto en el trastorno adaptativo como en el trastorno del estado de ánimo. Coincidimos con otros autores en que no hay que menospreciar el riesgo de morbilidad por suicidio de los trastornos adaptativos.

#### Bibliografía

1. Strain JJ, et al. Trastornos de adaptación. Board review guide for psychiatry n3. Barcelona: Medical Trends, 2010. p. 46-51.
2. Chinchilla A, et al. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Elsevier, 2006. p. 122-48.

#### PO-422

#### VALORACIÓN DE LA INTENCIONALIDAD SUICIDA MEDIANTE LA ESCALA DE BECK

C. Huergo Lora, C. Emeterio Delgado y S. Ocio León

**Introducción:** Se evidencia que en un número elevado de casos hay otros motivos tras un intento suicida y no siempre es la muerte.

**Objetivos:** Se trata de estudiar mediante la aplicación de la escala de Beck de la intencionalidad suicida, principalmente, tres variables que los autores del poster les parecen más significativas (impulsividad, finalidad del intento y posibilidad de pedir ayuda).

**Metodología:** Partiendo de una muestra de 36 pacientes tras un intento suicida, se les aplica la escala de la intencionalidad suicida de Beck (consta de 20 ítems, valorados en una escala de 3 puntos (de 0 a 2). La puntuación total es la suma de las puntuaciones de los ítems 1 a 15 (los 5 últimos no puntúan). Los autores no ponen punto de corte. A mayor puntuación, mayor gravedad. En el trabajo, se pasó la escala con los 15 primeros ítems.

**Resultados:** La puntuación media en la escala de Beck fue de 8,694 siendo de mayor gravedad en los hombres (12,2) que para las mujeres (6,2) habiendo diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,007$ ). En cuanto al aislamiento; un 83% podía pedir ayuda; un 61,1% su objetivo era cambiar el medio que les rodea y en el 83,3% se realizó de forma impulsiva.

**Conclusiones:** Las diferencias de la seriedad del intento en función del sexo y no siempre la muerte es la finalidad del acto suicida.

#### Bibliografía

1. Beck AT, Shuyler D, Herman I. development of suicidal intent scales. En: Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ, eds. *The prediction of suicide*. Bowie: Charles Press, 1974. p. 45-56.
2. Fernández González C, Sáiz Martínez PA, González G-Portilla MP, González Seijo JC, Bobes García J. Tentativa suicidio versus intención suicida: un estudio de las características diferenciales. *Actas Españolas Psiquiatría*. 2000;28:224-30.

#### PO-427

#### IDEACIÓN AUTOLÍTICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

I.M. Llacer Viel, M. Lloret Díez-Canseco, M.A. Harto Cea, A. Tatay Manteiga, C. Almonacid Folch, A. Castillo Ramón, P. García Iglesias y R. Calabuig Crespo

**Introducción:** La conducta suicida que engloba tanto el gesto como la ideación autolítica ha ido aumentando en estas últimas décadas. Aproximadamente ha crecido un 65% en los últimos 45 años en todo el mundo. Aunque hasta el momento, las tasas de suicidio consumado eran superiores en los hombres mayores, actualmente se apunta a que los jóvenes pueden considerarse como el grupo de más alto riesgo.

**Objetivos:** Identificar el grupo de edad de mayor riesgo dentro del espectro de conducta suicida. Conocer los diversos factores relacionados (sexo, antecedentes psiquiátricos, apoyo socio-familiar, estado civil, actividad laboral) dentro de los diversos grupos de edad.

**Metodología:** Se pretende realizar un estudio descriptivo-retrospectivo de los pacientes que han llegado a los servicios de Urgencias

del Hospital Dr. Peset durante 2 meses y medio y son clasificados para valorar por Psiquiatría con ideación autolítica/gesto autolítico como motivo de consulta.

**Resultados:** Se han obtenido un total de 226 urgencias psiquiátricas, de las cuales un 27% tuvieron ideación autolítica/gesto autolítico como motivo de consulta, y de éstas la edad media fue de aproximadamente 40 años. La frecuencia de ideación autolítica por rangos de edad fue la siguiente: menos de 20 años: 8%; 21-35 años: 35%; 36-60 años: 45%; más de 60 años: 12%. Los factores que más frecuentemente se asociaban fueron sexo femenino, tener antecedentes psiquiátricos, estar en situación laboral inactiva y no tener apoyo socio-familiar.

**Conclusiones:** Como se ha podido comprobar el grupo donde más frecuentemente se da la ideación autolítica es en la edad media de la vida, donde el factor que más se asocia es la presencia de antecedentes psiquiátricos.

#### Bibliografía

1. Chinchilla A. *Breviario de Urgencias Psiquiátricas*. Barcelona: Elsevier, 2011.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica*, 9<sup>a</sup> ed. Madrid: Waverly Hispánica, 2004.

#### PO-433

#### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL INTENTO AUTOLÍTICO

M.P. Elías Villanueva, I. Lozano Soriano, E. Viñuales Luis, E. Elías Villanueva, M. Fernández Guardiola, S. Gallego Villalta, A. Ortiz Martín, L. Duran Sandoval, E. del Amo Cardenosa y L. Santos González-Guerrero

**Introducción y objetivos:** En la actualidad, el suicidio es una de las primeras causas de pérdida potencial de años de vida. Se constituye, por tanto, como un problema grave de salud pública. Los diversos estudios coinciden en un incremento de las tasas, por lo que nos interesa determinar las características epidemiológicas para conocer el perfil de estos pacientes y establecer factores de riesgo para su abordaje.

**Metodología:** Revisión retrospectiva de 442 historias clínicas de pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, durante el año 2010, por conducta autolítica. Las principales variables a estudio fueron: sexo, edad, estado civil, intentos autolíticos previos, patología psiquiátrica, consumo de drogas, problemática sociofamiliar, diagnóstico y tratamiento.

**Resultados:** La edad media se situó en 41 años, con mayor porcentaje de solteros (40,30%), sin diferencias significativas respecto al sexo, siendo el método utilizado más frecuente la ingesta medicamentosa (85,30%) y el grupo farmacológico más utilizado las benzodiacepinas. La estancia media fue de 11,17 días. Los diagnósticos más frecuentes fueron: el trastorno afectivo (26,42%), los rasgos vulnerables de personalidad (22,64%) y la reacción vivencial anómala. En la mayoría se observa problemática sociofamiliar (60,40%) y el 20,22% tenía antecedentes previos.

**Conclusiones:** Los pacientes con conducta suicida fueron el 23,07% del total de ingresos analizados. Los intentos autolíticos medicamentosos son producidos en su mayoría por fármacos psicoactivos debido, probablemente, a una alta prevalencia de patología psiquiátrica subyacente en estos pacientes. Los resultados obtenidos son concordantes con los de otros estudios similares reforzando los factores de riesgo vigentes a considerar para adoptar medidas preventivas de intervención.

#### Bibliografía

1. Bertolote JM, Fleishman A. A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*. 2002;7:6-8.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. *Sinopsis de Psiquiatría*, 8<sup>a</sup> ed. 1999. p. 983-92.

## PO-458

## RELACIÓN DE LOS INTENTOS DE SUICIDIO CON LOS FENÓMENOS METEOROLÓGICOS Y LAS FASES LUNARES

R. Cecilia Costa

El suicidio es la principal causa de muerte de las patologías psiquiátricas. La comarca de Osona (Cataluña central) es un área con alta incidencia de suicidio y con unas características climatológicas propias. El presente estudio pretende identificar la relación de las 189 tentativas autolíticas atendidas en urgencias del Hospital General de Vic en el trienio 2008-2010 con los fenómenos meteorológicos registrados en la estación de Roda de Ter y con las fases lunares. El invierno es la época del año con menos intentos de suicidio (17%) y en verano es cuando ingresan más (28,3%) ya que las tentativas de suicidio realizadas son de mayor gravedad pero sin diferencias estadísticamente significativas entre estaciones. El 76% de tentativas ocurrieron en meses lluviosos y un 80% en meses con más días de niebla pero sin alcanzar significación estadística. 41 de las 45 tentativas que ingresan han realizado el intento en meses con días de viento pero se alcanza una significación estadística insuficiente ( $p = 0,06$ ). Respecto a las fases lunares, un 40% de las tentativas autolíticas se produjeron en cuarto menguante y es en luna llena cuando se registraron menos (13,5%) sin alcanzar diferencias significativas. Se sabe desde la antigüedad que el clima afecta la salud y se ha establecido una tendencia a la estacionalidad de determinados fenómenos psicopatológicos. También se postula sobre la posible relación de determinadas conductas humanas y las fases lunares pero esta relación no se ha demostrado. Nuestra casuística no nos ha permitido establecer ninguna relación entre los fenómenos meteorológicos y las fases lunares en las tentativas de suicidio.

## Bibliografía

1. Sangil J, González JL, González J. Estacionalidad y psicopatología. *Psiquis*. 1988;88:92-101.
2. Gutiérrez-García JM, Tusell F. Suicides and the lunar cycle. *Psychol Rep*. 1997;80:243-50.

## PO-488

## ESTUDIO DE SEGUIMIENTO A 3 AÑOS DE LAS TENTATIVAS AUTOLÍTICAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DEL VALLÉS OCCIDENTAL. EVALUAR EL TIEMPO DE MAYOR RIESGO DE REINTENTO

M. Llorens Capdevila

**Introducción:** Algunos autores apuntan el año posterior a la primera tentativa como el de mayor riesgo de realizar una nueva tentativa autolítica (TA). Otros autores aseguran que este riesgo se mantiene durante toda la vida.

**Objetivos:** Estudio de los reintentos de suicidio durante un periodo de 3 años: determinar características psicopatológicas y evolución.

**Metodología:** Revisión retrospectiva de los informes clínicos de todas las TA asistidas en urgencias del Hospital Parc Taulí de Sabadell desde noviembre 2007 hasta febrero 2011.

**Resultados:** La muestra recogida es de 1.013 pacientes, 869 (85,5%) han realizado 1 TA (edad media 40,25 años; mujeres 64,8%) y 144 (14,5%) pacientes  $\geq 2$  TA (edad media 37,46 años; mujeres 66,7%). La mayoría de las TA en ambos grupos no presentaron gravedad somática (87,2%). El método más empleado fue la sobreingesta medicamentosa (1TA 79,3%,  $\geq 2$  TA 80,6%), con un predominio entre las mujeres. En el grupo de pacientes de  $\geq 2$  TA, un 24% cambió el método, un 9,2% introdujo tóxicos en la segunda tentativa y un 10% aumentó la gravedad al reintentar. El 50% de los pacientes reintentó el suicidio en 201 días de mediana. El diagnóstico de trastorno de personalidad cluster B fue más frecuente entre los repetidores de manera estadísticamente significativa (59% vs 29%,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La intervención directa en los pacientes que realizan TA es un método importante para disminuir el riesgo suicida. En relación con los datos obtenidos y de acuerdo con estudios previos, podemos pensar que esta intervención es sobre todo importante en el año posterior del intento (201 días).

## Bibliografía

1. López-Castroman J, et al., Distinguishing the relevant features of frequent suicide attempters, *Journal of Psychiatric Research*. 2010.
2. Tejedor MC, Díaz A, Castillón JJ, Percay JM. Attempted suicide: repetition and survival findings of follow up study. *Acta Psychiatr Scand*. 1999;100:205-11.

## PO-569

## IDEACIÓN E INTENTOS AUTOLÍTICOS EN PERSONAS TRANSEXUALES DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO DEL HOSPITAL CARLOS HAYA, MÁLAGA

T. Bergero Miguel, S. Asiaín Vierge, N. Cantero Rodríguez, I. Esteva de Antonio, P. Milán Fernández y J. Guzmán Parra

**Objetivos:** Describir ideación e intentos autolíticos en transexuales y evaluar diferencias entre Hombre-a-Mujer (HaM) y Mujer-a-Hombre (MaH).

**Metodología:** Estudio descriptivo de corte transversal. Participantes: 206 personas, 127 HaM (media 28,95  $\pm$  9,24 DE) y 79 MaH (media 28,29  $\pm$  6,21 DE). HaM entre 15 y 61 años. MaH entre 18 y 45 años. Instrumentos: entrevista semiestructurada no estandarizada elaborada en la UTIG.

**Resultados:** Ideación suicida 59,5% del grupo HaM y 62,3% de MaH. Edad media primera ideación suicida: 16,4 años ( $\pm 7,87$  DE) en el grupo HaM y 16,25 años ( $\pm 7,23$  DS) en MaH. Intentos autolíticos: el 32,8% del grupo HaM y el 30,3% de MaH. Edad media primer intento: 20,55 años ( $\pm 6,5$  DE) en el grupo HaM y 16,25 años ( $\pm 5,6$  DE) en MaH. Número de intentos de suicidio: media de 1,78 veces. (Valores entre 1 y 8) en el grupo HaM y 2,73 veces (valores entre 1 y 10) en MaH. Ingresos psiquiátricos por intentos autolíticos: El 8,7% del grupo HaM y el 6,6% de MaH. Tras el intento de suicidio, sólo el 11% del grupo HaM, y el 6,3% de MaH comenzaron tratamiento en salud mental.

**Conclusiones:** La edad media del primer intento de suicidio es similar en ambos grupos. Tras el intento, sólo un porcentaje muy bajo comienzan tratamiento en salud mental. No encontramos diferencias significativas entre los dos grupos ni en ideación ni en intentos autolíticos. Debe realizarse una exploración sistemática de ideación e intención autolítica fundamentalmente en la adolescencia.

## Bibliografía

1. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. Psychiatric comorbidity in gender identity disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005.
2. Cole CM, O'Boyle M, Emory LE, Meyer WJ 3rd. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Arch-Sex-Behav*. 1997;26(1).

## PO-620

## ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PARASUICIDIO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

M.J. Manchón Asenjo, V. Guarido Rivera, S. Cámara Barrio, F.J. Domínguez Bellosio, R. Rivera Mera, M.T. Cañas Cañas y F. Ruiz Sanz

**Introducción:** La conducta suicida en las últimas décadas ha demostrado una tendencia a elevar sus tasas de incidencia en el ámbito mundial, esto constituye un importante problema de salud pública debido a su elevada incidencia y a las múltiples consecuencias médicas y sociales que conllevan.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo longitudinal de los casos con conducta suicida que fueron ingresados en

la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría del Complejo Asistencial de Palencia, entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2010. Se han valorado características demográficas, clínicas y psicosociales del paciente, así como las características del parasuicidio, y sus repercusiones médicas. La muestra la constituyeron el 100% de los pacientes ingresados por intento o ideación autolítica durante el periodo de estudio, que fueron 99 pacientes.

**Resultados:** Los resultados obtenidos reflejan que el perfil del paciente es el de una mujer soltera de 40,8 años de media, con problemas en el grupo de apoyo, y cuya situación laboral es inestable. El método más utilizado fue el de ingestión de psicofármacos, benzodiacepinas y antidepresivos, y un 20% había tenido un intento previo. Un 80% estaba ya en tratamiento psiquiátrico, siendo los diagnósticos más frecuentes los trastorno afectivos, seguidos de trastornos de personalidad.

**Conclusiones:** Varios autores señalan que la mayoría de los pacientes tienen antecedentes de intentos previos, señalando que el 20% de las personas que tienen historia de parasuicidio finalmente se quitan la vida, por tanto consideramos importante el estudio de las conductas suicidas con el objetivo de elaborar medidas preventivas de la población en riesgo.

#### Bibliografía

1. Lonnqvist JK. Suicidio. En: Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de Psiquiatría. Barcelona, Psiquiatría Editores, 2003. p. 1233-40.
2. Welch SS. A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in general population. Psychiatr Serv. 2001;52:368-75.

#### PO-691

#### RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO EN MADRID CAPITAL

A. Navalón Fraile, B. Reneses Prieto, I. Ramos, S. Garrido Elustondo, M. Fuentes, J. Moreno, O. Martín Díaz y J.J. López-Ibor

**Introducción:** Es conocida la importancia de identificar el riesgo de suicidio en Atención Primaria, con el objetivo de tratar la patología psiquiátrica subyacente tempranamente, especialmente cuando este nivel asistencial es la puerta de entrada al sistema sanitario.

**Objetivos:** Identificar la proporción de sujetos con riesgo autolítico en la población consultante en AP, dentro de un estudio de morbilidad psiquiátrica más amplio.

**Metodología:** Estudio transversal con muestreo de doble fase, en un área de salud con 550.000 habitantes. El tamaño muestral fue de 635 individuos (edades entre 18 y 65 años) en la primera fase y 320 individuos en la segunda. Se utilizaron como screening el Cuestionario Goldberg-28 y el test Multicage; la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI se utilizó en la segunda fase. Se analizaron los datos de las 45 personas que puntuaron en el módulo de riesgo de suicidio en esta entrevista MINI.

**Resultados:** La prevalencia total de riesgo de suicidio fue del 7,31% (leve: 4,39%, moderado 0,98% grave: 1,95%). El 80% de estos sujetos cumplieron criterios de depresión mayor, un 40% de TAG, 35,6% de agorafobia, 35,6% trastorno de angustia de por vida y 22,2% de estrés postraumático actual. En 46,7% el médico de familia no había identificado ninguna sintomatología psiquiátrica.

**Conclusiones:** La proporción de sujetos con riesgo de suicidio identificado a través de la entrevista MINI en AP es elevada. El médico sólo identificó sintomatología psiquiátrica en el 53,3% de los sujetos, indicando necesidad de formación en este nivel asistencial.

#### Bibliografía

1. Madoz-Gúrpide A, Baca-García E, Díaz-Sastre C, Ceverino A, Guerro D, Saiz J. Demanda de asistencia previa al intento de suicidio. Act Esp Psiquiatr. 1999;27:329-33.
2. Roca de Togores López A, Rubio Sanjaime P, Sánchez Sánchez P, Rodríguez Calabuig D, Villar Grimalt A. Intentos de suicidio atendidos en un centro de salud. Atención Primaria. 2002;29:547-52.

#### PO-778

#### CONTENCIÓN DE SUICIDIO EN GRUPO MULTIFAMILIAR

I. Codina Fuillerat, M. Martín Esquinias y A.M. Gutiérrez Navarro

**Introducción:** Valoración del uso de grupo de corte multifamiliar en la contención del suicidio en pacientes de diagnóstico heterogéneo con ideación autolítica. Planteamiento de grupo multifamiliar como intervención paralela a la realizada en consultas individuales y familiares en unidad de salud mental comunitaria.

**Objetivos:** Estudio de aspectos relacionados con el grupo multifamiliar que el paciente valora como positivo en la contención/prevención de conductas suicidas.

**Metodología:** Estudio cualitativo de pacientes de grupo multifamiliar respecto a: infundir esperanza, universalidad, transmisión de información, altruismo, desarrollo de técnicas de socialización, comportamiento imitativo y catarsis.

**Resultados:** Valoración significativa respecto a prevención de suicidio (98%). Con desglose de aspectos relacionados con este dato destacando la universalidad (40%) y la catarsis (30%). Reparto equitativo de resto de variables.

**Conclusiones:** Rentabilidad de uso de Grupo multifamiliar respecto a pacientes con conductas autolíticas, así como aspectos terapéuticos del grupo con efectos terapéuticos. Posibilidad de aprendizaje de familiares de herramientas terapéuticas que ayudan a plantear estrategias del cuidador.

#### Bibliografía

1. Yalom ID. Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Paidós, 2000.
2. García Badaracco JE. Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar- Tecnicpublicaciones, 1990.

#### PO-779

#### CONDUCTA SUICIDA: PERFIL DEL PACIENTE QUE CONSULTA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

E. Mariño Díaz, C. Rozados Villaverde, T. Blanco Pena y J.M. Blanco Lobeiras

**Introducción:** La conducta suicida, tanto en forma de intento de suicidio como suicidio consumado, constituye un importante problema de salud pública debido a su elevada incidencia y a las múltiples consecuencias médicas y sociales que conlleva.

**Objetivos:** Conocer el perfil, las características sociodemográficas y clínicas del paciente que consulta en un servicio de urgencias tras tentativa autolesiva.

**Metodología:** Realizamos un estudio observacional descriptivo de los pacientes que tras conducta autolesiva fueron valorados en urgencias psiquiátricas. Para ello diseñamos un protocolo donde se recogen las variables a estudio. Tras la obtención de los datos realizamos el análisis estadístico con el programa SPSS.

**Resultados:** Se estudiaron 349 pacientes que habían consultado por tentativas suicidas de distinta letalidad. 60% mujeres. Edad media 38,28 años. La mayoría eran solteros (46%) y vivían acompañados (72%). El mes con más atenciones es diciembre (12%); la mayoría de las consultas tuvieron lugar en fin de semana (52%). Los métodos más frecuentes fueron: intoxicación medicamentosa (53%) y heridas incisivas (12%). A destacar 22% que consultaron refiriendo ideación suicida. Trastornos de personalidad (36%) y trastornos neuróticos (22%) eran los diagnósticos, previos o al alta, más frecuentes. El 63% de los casos fueron derivados para seguimiento por las consultas de salud mental.

**Conclusiones:** El prototipo de paciente que consulta en nuestro servicio de urgencias es el de una mujer, joven, soltera, con diagnóstico de trastorno de la personalidad, que el fin de semana realiza ingestión medicamentosa y es derivada a dispositivos ambulatorios de salud mental para seguimiento.

**Bibliografía**

1. Pérez- Poza A, et al. Tentativas de suicidio en un hospital general. *Psiquis*. 2001;2:73-9.
2. Soto AA, Ruiz A. Epidemiología del suicidio en España. *Monografía de psiquiatría*. 1995;VII:14-20.

**PO-804****IMPULSIVIDAD EN EL SUICIDIO CONSUMADO SEGÚN ANTECEDENTES DE INTENTO DE SUICIDIO. ESTUDIO A TRAVÉS DE LA AUTOPSIA PSICOLÓGICA**

L. Giner Jiménez, M.C. Ruiz Alarcón, E.M. Barranco Moreno, S. García Tarrero, J.A. Guija Villa, M. Blanco, R. Marín, J. Lucena y J. Giner Ubago

**Introducción:** El suicidio supone un gran problema de salud en el mundo. Es una de las 10 principales causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados. En la actualidad, se considera la impulsividad como una de las dimensiones psicológicas más relacionadas con la conducta suicida.

**Objetivos:** Con este estudio pretendemos encontrar una mayor impulsividad en sujetos con suicidio consumado con intentos previos comparados con aquellos que no han tenido intentos de suicidio previos, relacionando así los rasgos de impulsividad con las tentativas de suicidio y no con el suicidio consumado.

**Metodología:** Se ha estudiado una muestra de 194 suicidios consumados (147H; 47M). La información recogida por autopsia psicológica. Para la evaluación se utilizó la escala de impulsividad de Barrat. Se analizó la impulsividad como rasgo comparando ambas poblaciones (intento previo sí/no) mediante t de Student por SPSS versión 16 para MAC.

**Resultados:** Intento previo si H: 62 (42,17%); M: 31 (65,95%). Se observó una mayor impulsividad en sujetos con tentativas de suicidio frente a aquellos que no tenían intentos de suicidio previos [media: 53,60 vs 44,97 (t = 0,46; gl = 192; p = 0,014)]. Esta diferencia sólo se mantuvo en hombres [media: 57,48 vs 44,62 (t = 0,25; gl = 145; p = 0,001)] y no en mujeres. Estas diferencias se observaron en las tres subescalas de la escala de Barrat, la atencional, motora y de no planificación también fueron diferentes en la población total y en los varones.

**Conclusiones:** Existe una mayor impulsividad en aquellos sujetos suicidados varones con tentativas de suicidio previos. La impulsividad en relación con la conducta suicida está mayormente relacionada con el intento de suicidio que con el suicidio consumado en el hombre. Hacen falta más estudios que confirmen estos hallazgos.

**Bibliografía**

1. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003;4:819-28.
2. Turecki G. Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *J Psychiatry Neurosci*. 2005;30:398-408.

**PO-912****DIFERENCIAS NEUROBIOLÓGICAS ENTRE LA CONDUCTA SUICIDA DE PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO VERSUS PACIENTES CON TRASTORNO PSICÓTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

I.M. Castillo García, L.P. del Nido Varo, R. Angora Cañego, M. Marín Mayor, J.C. Vázquez Caubet, E. Soria García- Rosel y M. Navío Acosta

**Introducción:** La prevalencia y factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes con un trastorno psicótico se diferencia de esta conducta en pacientes con trastorno afectivo. La explicación podría estar en una neurobiología diferente.

**Objetivos:** Revisión de la neurobiología de la conducta suicida en pacientes con afectivo y pacientes con T. psicóticos.

**Metodología:** Revisión en Medline de artículos publicados desde 2001 sobre neurobiología de la conducta suicida en pacientes con T. psicótico. Se describe un caso de una paciente de 44 años, con diagnóstico previo de Sd. ansioso-depresivo, vista por nuestro servicio de interconsulta tras haberse precipitado desde 12m, describiendo clínica psicótica en ese momento. Se trató con olanzapina y aripiprazol.

**Resultados:** Se han encontrado: niveles más bajos en sangre de 5HT-plaquetaria y colesterol en pacientes varones con primer episodio psicótico y conducta suicida que en pacientes con primer episodio psicótico sin conducta suicida, siendo en ambos casos más bajos que en controles varones sanos. Disminución del volumen de sustancia blanca de la parte inferior de ambos lóbulos frontales en pacientes con esquizofrenia y conducta suicida; correlacionándose esta disminución de forma positiva con la agresividad del intento autolítico.

**Discusión:** Parece existir una base neurobiológica diferente entre la conducta suicida de pacientes con T. afectivos y de pacientes con T. psicótico, que podría explicar la diferencia existente en la prevalencia de suicidio entre ambas patologías y las características diferentes de esta conducta en los diferentes trastornos.

**Bibliografía**

1. Marcinko D, Pivac N, Martinac M, Jakovljevi M, Muck-Seler D. Platelet serotonin and serum cholesterol concentrations in suicidal and non-suicidal male patients with a first episode of psychosis. *Psychiatry Res*. 2007;28:105-8.
2. Rüsch N, Spoletini I, Wilke M, Martinotti G, Bria P, Trequattrini A, Spalletta G. Inferior frontal white matter volume and suicidality in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2008;30:206-14.

**PO-918****INTENTOS AUTOLÍTICOS Y GÉNERO EN ALBACETE**

N. Morales Alcaide, M.C. Díaz Fernández, M.D. Sánchez García, L. Nuevo Fernández, J. Aviño Isern, S.N. Tárraga Díaz, P. Martínez Mollá, V.M. Piquerias García e I. Moreno Oliver

**Introducción:** La ideación y el intento suicida son dos de las consultas más frecuentes en la urgencia psiquiátrica. Existen diferencias entre hombres y mujeres en lo que se refiere a las características de los intentos suicidas. Con este trabajo estudiamos las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes que acuden a urgencias por ideación autolítica o intento autolítico.

**Metodología:** Se recogen los datos clínicos y sociodemográficos de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias, mediante un cuestionario de recogida de datos y se realiza una comparativa según el sexo.

**Resultados y conclusiones:** La mayoría de los pacientes atendidos por ideación autolítica o intento autolítico son mujeres de 41 años de edad. Las mujeres proceden de un entorno rural, los hombres de un entorno urbano. Los hombres son solteros; las mujeres casadas o separadas. Más hombres que mujeres tienen estudios primarios; más hombres están solteros. Las mujeres realizan más gestos autolíticos; los hombres realizan más intentos. Las mujeres escogen más frecuentemente la sobreingesta farmacológica; los hombres utilizan métodos más agresivos (venosección, ahorcamiento, defenestración). El diagnóstico psiquiátrico primario más frecuente en ambos sexos es el trastorno del estado de ánimo (trastorno bipolar sólo en mujeres). Ingresa en la unidad de psiquiatría una mayor proporción de hombres, pero quedan en observación más mujeres; así son dados de alta menos hombres que mujeres. La concordancia entre las recomendaciones de la escala SPS son mayores en hombres, y son más los hombres que ingresan con puntuación en la escala SIS  $\geq 15$ .

**Bibliografía**

1. Palomo T, Jiménez Arriero MA, Fernández Liria A, Gómez Beneyto M, Vallejo Ruiloba J, eds. *Manual de Psiquiatría*. Madrid, 2009.
2. García MP, Bascárán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousóñ M, Bobes J. *Banco de instrumentos para la práctica de la psiquiatría clínica*, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ars Medica, 2008.

## PO-927

**SUICIDIO CONSUMADO EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

A. Keymer Gausset, A. Farré Martínez, I. Corripio Collado, A. Díaz Pérez, J. Pérez Blanco y C. Tejedor Azpeitia

**Introducción:** El suicidio es la primera causa de muerte violenta, la enfermedad mental es el principal factor de riesgo.

**Objetivos:** Describir las características de una muestra de pacientes que consumaron el suicidio durante el seguimiento psiquiátrico.

**Metodología:** Estudio naturalístico observacional prospectivo de 87 pacientes que consumaron el suicidio entre los años 1984-2010 asistidos en Servicio de Psiquiatría del Hospital de Sant Pau. Se protocolizaron: datos sociodemográficos y clínicos, características de la conducta suicida previa, si la tenían. Escalas: Suicide Intent Scale de Risk-Rescue, BRPS y HAM-D.

**Resultados:** La edad media fue de  $45,9 \pm 17,40$  años, un 54% mujeres. Diagnósticos DSM-IV y DSM-III: 50% trastornos afectivos (TA), 30% psicóticos (TP) y 20% otros diagnósticos. Un 36% presentaba diagnóstico de trastorno de la personalidad (TdP). Un 14% no realizaba seguimiento psiquiátrico en el momento de la autolisis. El método de suicidio fue en 77% de forma violenta y 23% por sobreingesta de fármacos. El 64% habían realizado intentos previos. Diferencias significativas: diagnóstico y número de tentativas previas (TA 2,48 vs TP 1,73). La media de tentativas previas era mayor en los TdP (4,9 vs 2,9), siendo superior en el subgrupo de los cluster B (media de 8,10). Existen asociaciones entre el diagnóstico y el método; los TP utilizaron métodos más violentos y tentativas previas más graves que los TA.

**Conclusiones:** Se identifican dos patrones suicidas: TA (más edad, más tentativas previas, menos semanas hasta suicidio, método menos violento) y TP (menos edad, menos tentativas, más tiempo desde primera tentativa, métodos más violentos). Un tercer patrón los TdP (puntuación menor en Risk-Rescue y métodos no violentos, carrera suicida más larga).

**Bibliografía**

1. Simon R, Hales R. Textbook of Suicide Assessment and Management. American Psychiatric Publishing. Washington, 2004.
2. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. Lancet. 2009;373:1372-81.

## PO-946

**ESTUDIO SOBRE EL PERFIL DE PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS DE PSIQUIATRÍA DE UN HOSPITAL GENERAL POR GESTO AUTOLÍTICO**

A.M. Gutiérrez Navarro, M. Martín Esquinas e I. Codina Fuillerat

**Introducción:** El suicidio es una de las 10 causas de muerte más frecuentes de la población general en el mundo, siendo la enfermedad mental el principal factor de riesgo. Los gestos autolíticos son entre 10-40 veces más frecuentes que los suicidios consumados y suponen uno de los motivos de consulta más frecuentes en las unidades de urgencias de los hospitales. Se trata de una población con características muy variadas, por lo que resulta interesante su estudio para un mejor conocimiento de las conductas suicidas reales.

**Objetivos:** Se trata de estudiar el porcentaje de pacientes que llegan a urgencias por conductas suicidas y analizar las características de los diferentes gestos autolíticos y la psicopatología previa, así como las diferencias demográficas, socio-culturales, de género y edad.

**Metodología:** Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo, realizando la recogida de datos a través de un protocolo elaborado previamente.

**Resultados:** Se mostrarán resultados descriptivos y comparativos, mediante tablas, sobre sexo, edad, diagnósticos previos, precipitantes, finalidad real suicida y tipo de gesto autolítico.

**Conclusiones:** El tipo de conducta autolítica más frecuente, es la intoxicación medicamentosa, sobre todo de psicofármacos. Es más fre-

cuente en el sexo femenino. El 30%, se trata de pacientes sin seguimiento previo en las Unidades de S. Mental, que realizan el gesto de forma impulsiva y reactiva a cambios bruscos en la situación personal. Es más frecuente en personas con situaciones familiares desestructuradas. Se ha encontrado que existe también una importante relación con el consumo de alcohol y otros tóxicos, siendo realizado el gesto bajo sus efectos (entre un 10% y un 15% en pacientes con alcoholismo).

**Bibliografía**

1. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría, Barcelona: Elsevier Masson, 2007.
2. Chinchilla A. Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Elsevier Masson, 2011.

## PO-989

**EL SUICIDIO Y SU HISTORIA**

S. Antón Cruz, H. Díaz Moreno, M. Blanco Prieto, N. Vicente Muelas y B. Gamo Bravo

**Introducción:** La primera vez que se utilizó la palabra suicidio fue en el siglo XVIII por Desfontaines. En pueblos indígenas y primitivos, el suicidio era el final al que todos debían aspirar, era algo honorable, una forma muy elegante de acabar con la vida. La influencia del cristianismo cambió de forma radical estos conceptos, consideró el suicidio como algo inmoral, hasta el punto de que a los suicidas se les negaba sepultura. Independientemente de las culturas, el suicidio se ha convertido en un fenómeno social, político y de salud, importante de estudiar y analizar. Según las estadísticas de la OMS, cada día tienen lugar en el mundo 1.000 muertes por suicidio y las tasas de suicidio en Europa van desde 3,5/100.000 habitantes en Grecia hasta 43/100.000 habitantes en Hungría, la cifra más elevada. En España, la tasa se sitúa en 4,1/100.000 habitantes, situándose en la primera causa de muerte no natural. En este estudio se han considerado solo los suicidios consumados entendiendo como tales, según los criterios empíricos de determinación de suicidio seguidos por David et al, los casos en los que existía evidencia de deseo de morir y de que la causa directa de la muerte ha sido producida por el propio sujeto. Se han revisado los documentos e información médico-legal del total de suicidios consumados protagonizados durante 5 años en Alcalá de Henares, localidad de 200.000 habitantes al este de Madrid. Se recogieron datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, nacionalidad), datos médicos (enfermedades físicas, psíquicas, tratamiento farmacológico), intentos de suicidios previos y método de ejecución del suicidio (intoxicación, precipitación, ahorcadura, atropello, arma de fuego).

**Resultados:** Muestra de 30 pacientes. Perfil predominante varón, de mediana edad, raza caucasiana, soltero, con historia de tratamiento psiquiátrico, consumo de alcohol en el momento del acto, diagnosticado de trastorno afectivo y forma más frecuente de ejecución la precipitación en altura.

**Conclusiones:** Conociendo el perfil del suicida, podrían ponerse en práctica medios para evitar que el suicidio se produzca.

## PO-999

**LA HOSPITALIZACIÓN DE LAS TENTATIVAS SUICIDAS ATENDIDAS ENTRE 2006 Y 2008 EN URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE A CORUÑA (CHUAC): UNA DECISIÓN COMPLEJA**

M.C. Serrano Cartón, B. Menéndez Sánchez y T. Ferrero Álvarez

**Introducción:** Las conductas suicidas se han convertido en una de las principales causas urgentes de demanda sanitaria. Los factores clínicos y vitales en la evaluación del riesgo suicida, son los más relacionados con el riesgo individual. Estudios previos sobre la evaluación de criterios hospitalarios de tentativas suicidas, demuestran que los datos que mejor predicen su correcta hospitalización se resumen en cinco variables principales: consumo de tóxicos durante la

tentativa, falta de soporte familiar, creencia sobre efectividad de tentativa, ama de casa e historia familiar de tentativas.

**Objetivos y metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de 99 tentativas autolíticas atendidas en urgencias del CHUAC entre 2006-2008 que precisaron ingreso, analizando criterios de hospitalización. Comparación con criterios utilizados en guías clínicas principales de tentativas suicidas. Análisis de datos con paquete estadístico SPSS-18.

**Resultados:** El perfil sociodemográfico del paciente que ingresa tras tentativa autolítica corresponde a mujer (56,6%), no casada (56,5%), vive con familia propia (49,5%), sin hijos (58,6%), en medio urbano (50,5%), inactiva en el momento de la tentativa (74,8%). El 13,1% eran amas de casa. No existe consumo de tóxicos durante la tentativa ni antecedentes de consumo (80,8 y 68,7% respectivamente) Antecedentes tentativas previas en 55,6% y apoyo familiar en 62,6%. En el 13,1% se desconocen los antecedentes familiares psiquiátricos. Un 97% no especifica conductas suicidas en familiares.

**Conclusiones:** Considerando las variables que mejor predicen la correcta hospitalización de tentativas suicidas en estudios previos, los resultados de nuestro estudio no son consistentes: La variable "ama de casa" se produce en el 13,1% de pacientes, no replicando hallazgos de estudios previos. La falta de apoyo familiar y consumo de tóxicos durante la tentativa (18,2%) no son los factores más directamente relacionados con necesidad de ingreso. Existen datos no recogidos (antecedentes familiares tentativa/suicidio) que por su importancia deberán ser incluidos en futuras valoraciones.

#### PO-1023

##### NEUROBIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA: RELACIÓN DE LOS NIVELES DE CORTISOL EN SALIVA EN JÓVENES CON IDEACIÓN AUTOLÍTICA

M.J. Mota Rodríguez, P. de Usabel Guzmán, M. Vidal Millares, J. Brenlla González, M.J. Nuñez y M.C. del Río Nieto

**Introducción:** La conducta suicida es un fenómeno multidimensional y complejo constituyendo un problema de salud pública. Representa la cuarta causa de muerte en la adolescencia precoz (de los 10 a los 14 años) y la tercera en la adolescencia tardía y en los adultos jóvenes. Numerosos estudios demuestran que las cifras elevadas de cortisol se relacionan con la presencia de depresión y un incremento del riesgo suicida.

**Objetivos:** Analizar la relación entre niveles de cortisol en una población de alumnos universitarios y resultados obtenidos con el cuestionario para la depresión de Beck (BDI).

**Metodología:** La muestra la configuran 106 alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Santiago de Compostela. El 88,7% son mujeres con una edad media de  $21,50 \pm 2,52$ ; el 99% son solteros. Se desarrolló un protocolo con 3 apartados: variables sociodemográficas, cuestionario BDI siguiendo baremación española y determinación de niveles de cortisol salival. Se utilizó como prueba estadística el análisis de la varianza (ANOVA).

**Resultados:** Existen diferencias estadísticamente significativas en los promedios de cifras de cortisol entre los alumnos dependiendo de si puntúan como caso o no caso en el BDI. De igual manera, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en los promedios de cifras de cortisol entre alumnos que presentan ideación suicida (ítem 9 del BDI) frente a los que no la presentan.

**Conclusiones:** Los estudios realizados demuestran la asociación entre marcadores biológicos neuroendocrinos y los cuadros afectivos, radicando su importancia en que, además de explicar la conducta suicida, podrían ser utilizados como pruebas de screening en poblaciones vulnerables para establecer el riesgo y actuar mediante estrategias de intervención precoz.

#### Bibliografía

1. Buchanan TW. Cortisol fluctuates with increases and decreases in negative affect. *Psychoneuroendocrinology*. 1999;24:227-41.
2. Peeters F. Levels and variability of daily life cortisol secretion in major depression. *Psychiatry Research*. 2004;126:1-13.

## Miscelánea

#### PO-178

##### MEDICINA TRASLACIONAL Y MEDICINA INDIVIDUALIZADA EN LOS NIH

O.X. Fernández de la Vega Gorgoso

**Introducción:** Los avances en el ámbito de la biomedicina, solo han tenido una discreta aplicación en el ámbito clínico asistencial. No se mejoró la práctica clínica diaria, y la incomunicación entre los investigadores básicos, alejados de los pacientes y los hospitales, y la dificultad por parte de los clínicos de actualizarse en los conceptos que maneja la ciencia básica, se ha hecho cada vez mayor. La "Medicina Traslacional" Puede ser una respuesta a este nuevo reto.

**Objetivos:** Abundar en el concepto de medicina traslacional y medicina individualizada.

**Metodología:** Revisión bibliográfica, utilizando el material que obtuve durante mi experiencia en los National Institutes of Health(NIH) de EEUU, lugar en que realicé mi rotación MIR, y que han sido impulsores en 2005 de un programa guía sobre Medicina Traslacional.

**Resultados:** En definitiva lo que se pretende es establecer un puente que permita un flujo bidireccional que alimente y retroalimente a la ciencia básica y a la clínica asistencial.

**Conclusiones:** Arduo será el camino para llevar a cabo una medicina traslacional en Europa. Los NIH en EEUU suponen una política científica y de desarrollo común. En Europa se yuxtaponen tantas políticas científicas como estados miembros. En Europa, y salvando algunas excepciones, urge integrar los dictados de la Medicina Individualizada en los modelos de gestión hospitalaria, hemos de incorporar, con carácter general, en forma rutinaria y sistemática el diagnóstico molecular, la genómica así como las últimas técnicas de neuroimagen.

#### PO-211

##### TERAPIA GRUPAL PSICODRAMÁTICA: UNA EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

M. Leira Sanmartín y M. González Molinier

**Introducción:** El psicodrama es un modelo psicoterapéutico cuyas técnicas activas son ampliamente utilizadas desde otros modelos teóricos de psicoterapia. Sin embargo, no suele emplearse de forma habitual en el ámbito del sistema público de salud.

**Objetivos:** Describir una experiencia llevada a cabo en un centro de salud mental, con un grupo de psicoterapia de orientación psicodramática. Determinar los objetivos terapéuticos de la terapia psicodramática grupal e instrumentos de medida adecuados para determinar la eficacia de la intervención.

**Metodología:** Se describe un grupo de psicoterapia psicodramática constituido por pacientes con patología de tipo afectivo (ansiedad/depresión), con objetivos generales y específicos definidos, en sus distintas fases, enfatizando en las particularidades del enfoque psicodramático.

**Resultados:** El grupo se constituyó con nueve pacientes, finalizando siete el tratamiento. La distribución por sexos fue de 2 varones por 7 mujeres. La media de edad fue de 36,14 años. Se celebraron 22 sesiones de frecuencia semanal. Uno de los pacientes incluidos no llegó a incorporarse al grupo. El otro paciente que abandonó lo hizo en la sesión 16, por motivos laborales. El resto mantuvieron buen compromiso terapéutico con el grupo. Al final del proceso del tratamiento, la valoración subjetiva de los pacientes de su evolución y del proceso grupal fue favorable. Dos de ellos fueron dados de alta médica tras finalizar el grupo.

**Discusión y conclusiones:** El psicodrama es un modelo de psicoterapia que puede ser implantado en los servicios públicos de Salud

Mental, con buena participación y aceptación de la metodología de trabajo por los pacientes en nuestra experiencia. Se plantea la posibilidad de estandarizar mediciones pre- y post- intervención para objetivar modificaciones potenciales en variables clínicas (HAM-D, HAM-A) y psicológicas (autoestima, assertividad).

#### Bibliografía

1. López-Barberá E, Población-Knappe P. La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia. Ed. Paidós, 1997.
2. Población-Knappe P. Teoría y práctica del juego en psicoterapia. Ed. Fundamentos, 1997.

#### PO-215

#### SÍNDROME DE GUILLES DE LA TOURETTE Y PSICOPATOLOGÍA

M.I. Moreno García y V. Alba Fernández

**Introducción:** El neurólogo francés Gilles de la Tourette describió este trastorno, en 1885, en nueve pacientes. El cuadro clínico se caracteriza por presentar tics motores que se prolongan por más de un año y se asocian aunque no necesariamente al mismo tiempo a tics vocales. Las alteraciones asociadas son el TDAH con una frecuencia que llega al 75% y el trastorno obsesivo-compulsivo que afecta a un 40% de los individuos con Gilles de la Tourette. También pueden aparecer trastornos de ansiedad, depresión y alteraciones conductuales con agresividad o impulsividad.

**Objetivos:** Valorar la relación existente entre el síndrome de Gilles de la Tourette y las complicaciones psiquiátricas.

**Metodología:** Revisión caso clínico diagnosticado de síndrome de Gilles de la Tourette con TDAH en la infancia y actualmente con inatención, síntomas obsesivo-compulsivos, impulsividad con agresividad contra objetos. Existen asimismo, síntomas adaptativos mixtos ansioso-depresivos secundarios a las limitaciones que le impone el síndrome. Presenta además antecedentes familiares de TOC y de tics. Se realiza un análisis de la bibliografía existente en Medline sobre el tema.

**Resultados:** El interés de este caso radica en que el paciente presenta asociada a los tics una grave agresividad que le provoca un deterioro significativo en la actividad laboral, social y en otras áreas importantes de su actividad diaria. Tras la instauración de tratamiento se aprecia una mejoría conductual significativa. Coincide con los estudios existentes al respecto que ponen de manifiesto que el área de mayor importancia no son los tics sino más bien las alteraciones conductuales asociadas.

**Conclusiones:** Es importante un tratamiento adecuado de cara mejorar la calidad de vida y la función psicosocial de los pacientes afectados. Actualmente existen gran cantidad de estudios sobre este síndrome pero parece evidente que todavía tenemos un largo camino por delante hasta llegar a soluciones en los varios problemas que ocasiona este cuadro.

#### Bibliografía

1. Jankovic J, Gelineau-Kattner R, Davidsson A. Tourette's syndrome in adults. *Mov Disord*. 2010;25:2171-5.
2. Eddy CM, Rizzo R, Gulisano M, Agodi A, Barchitta M, Cali P, et al. Quality of life in young people with Tourette syndrome: a controlled study. *J Neurol*. 2011;258:291-301.

#### PO-238

#### CLÍNICA DEL SÍNDROME DE DIÓGENES

M.C. Campos Mangas y M. Ruiz Feliu

**Introducción:** El síndrome de Diógenes (SD) es un trastorno de la conducta caracterizado por el abandono extremo del autocuidado, acumulación de basuras y objetos inservibles, autonegligencia, marcado aislamiento social y nula conciencia de enfermedad. A pesar de la relevancia del trastorno, existe poca documentación al respecto.

**Metodología:** Se presenta el caso clínico de una paciente con síndrome de Diógenes de tipo secundario, asociado a Esquizofrenia y consumo perjudicial de alcohol.

**Resultados:** Mujer de 60 años remitida a urgencias con autorización judicial para internamiento involuntario en el servicio de psiquiatría por alteración del comportamiento. La hija acude al juzgado, por iniciativa de los servicios sociales, refiriendo consumo abusivo de alcohol y posible síndrome de Diógenes de su madre. La familia ha recibido quejas continuas de los vecinos por presentar conductas de acumulación de basura en el domicilio. Durante el ingreso la paciente mantiene una actitud paranoide. TAC craneal: normal. A través de los servicios sociales se interviene en el domicilio, tardando varios días en adecentar el domicilio por las toneladas de basura acumulada. Se inicia tratamiento con olanzapina hasta 15 mg/día objetivándose leve mejoría, por lo que al alta es preciso gestionar un recurso residencial.

**Discusión:** Es importante realizar una adecuada valoración psiquiátrica y un buen diagnóstico diferencial. Tan solo un tercio de pacientes no presentan una patología subyacente. Entre la mitad y dos tercios sufren demencia (habitualmente demencias frontotemporales) o algún trastorno psiquiátrico (más frecuentemente esquizofrenia, trastorno de personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno afectivo o alcoholismo). Es necesario un tratamiento multidisciplinar. En el caso presentado, el diagnóstico principal propuesto en el eje I es Esquizofrenia paranoide. Esta enfermedad explicaría por sí misma el deterioro en las relaciones sociales, en el autocuidado y la falta de conciencia de enfermedad. También puede haber conductas extrañas, como la acumulativa, aunque no hay información que permita afirmar que esta responda a algún delirio. Por tanto, además de Esquizofrenia, esta paciente reúne las características del SD.

#### PO-241

#### ESTUDIO BASAL DE LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE HOSPITAL DE DÍA

L. García González, S. Ocio León, S. Martínez Barrondo, M.J. Hernández González y M. Gómez Simón

**Introducción:** La complejidad de los factores que inciden en la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos y que como consecuencia sufren una pérdida de funcionalidad para el desarrollo de actividades cotidianas es muy elevada. Conseguir una mejora de las limitaciones se plantea como un objetivo prioritario.

**Objetivos:** Estudio abierto, prospectivo y observacional sobre una muestra de pacientes que presentan un Trastorno mental severo incluidos dentro de un programa de Hospital de Día, para conocer su estado actual en términos de funcionalidad.

**Metodología:** Realizamos un protocolo, utilizando como escalas de medida: Impresión Clínica Global (CGI), Satisfacción global de paciente con el tratamiento (MSQ), Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS), Escala del Comportamiento Personal y Social (PSP). Analizamos los datos mediante SPSS.

**Resultados:** El perfil tipo de los pacientes estudiados fue: hombre (57,1%), de 49,14 años  $\pm$  9,24 de edad. La evolución de su enfermedad es de 22 años  $\pm$  10,7. En el 50% de los casos el paciente sigue tratamiento con antipsicóticos inyectables de liberación prolongada. Un 57,2% presentan un CGI moderado/notablemente enfermo. El 47,6% de los pacientes puntuaban como algo o muy satisfactorio en la escala MSQ. La puntuación media en la BPRS era de 23,9  $\pm$  9,8. La valoración de la funcionalidad medida con la escala PSP era de 34,6%  $\pm$  13,59.

**Conclusiones:** El gran desafío, no es sólo conseguir el control de los síntomas psicóticos. La recuperación funcional es un objetivo que exige un superior esfuerzo terapéutico y que precisa de tratamientos eficaces de tipo farmacológico y psicológico, dentro de un marco de abordaje multiprofesional. De los resultados obtenidos en el presente estudio se pone de manifiesto la precariedad funcional

de nuestros pacientes y la necesidad de tener en cuenta todos estos aspectos a la hora de planificar las intervenciones.

#### PO-249

#### HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL

S. Nicanor Tárraga Díaz y A. Carranza Román

**Introducción:** En psiquiatría, la coexistencia de diagnósticos psiquiátricos con trastornos adictivos se denomina patología dual, siendo muchas las consecuencias y problemas a nivel clínico, como son el mayor número de ingresos.

**Objetivos:** Analizar el número de recaídas en forma de ingresos a nivel hospitalario en salud mental en una muestra de pacientes de patología dual. Descripción de una serie de variables epidemiológicas de la muestra.

**Metodología:** Estudio retrospectivo de una muestra de pacientes en seguimiento actual en consulta patología dual. Análisis de ingresos psiquiátricos realizados durante evolución clínica.

**Resultados:** 46 pacientes (33 hombres y 13 mujeres). Edad media: 34,28 años. 27 pacientes procedentes de núcleo urbano y 19 núcleo rural. 20 de 46 pacientes (43,4%) presentaban al menos un ingreso en salud mental durante los años que llevaban en seguimiento. En estos 20 pacientes, 75% eran de sexo masculino y 25% sexo femenino. Limitando desde el año 2009 a 2011, 14 de 46 pacientes (30,43%) presentaban al menos un ingreso psiquiátrico en dichas fechas. En los pacientes que han realizado ingresos psiquiátricos, T. personalidad (60% casos) y Esquizofrenia/T. psicóticos en porcentaje menor, son las patologías psiquiátricas más frecuentes, comórbidas al T. consumo de sustancias.

**Conclusiones:** Encontramos un porcentaje importante de pacientes duales que presentan recaídas durante su evolución clínica en forma de ingresos (resultados mayores de un 40%). T. personalidad es la patología psiquiátrica que con mayor frecuencia se ha encontrado relacionada con las recaídas en forma de ingresos a nivel psiquiátrico en nuestro estudio.

#### Bibliografía

1. San Molina L. Consenso de la SEP sobre Patología Dual. SEP y SEPB. Barcelona: Psiquiatría Editores (Ars Médica), 2004.
2. Soler P, Gascón J. RTM III. Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales, 3<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ars Medica. 2005.

#### PO-255

#### REVISIÓN DEL CONCEPTO DE PSEUDOLOGÍA FANTÁSTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. de Paul Tobajas, I. Muñoz León, M.J. García Cantalapiedra y D. Castro

**Introducción:** Cuando la necesidad de estimación se centra en referir historias o representar escenas que realzan la propia personalidad se utiliza el concepto de "pseudología fantástica". En la pseudología fantástica el sujeto recurre a hechos o narraciones inventadas y fantaseadas, fácilmente detectables y refutables, a causa de una necesidad afectiva.

**Objetivos:** 1. Revisión del concepto "pseudología fantástica". 2. Diagnóstico diferencial con síndrome Korsakoff y patologías orgánicas.

**Metodología:** Se presenta el caso de C.C., mujer de 80 años, soltera y sin hijos. Ingresa en nuestro Hospital por alteraciones de conducta y aparentes alucinaciones auditivas y visuales. Sus familiares la definen como "una persona difícil y muy suya". Su hermana falleció hace 2 años y desde entonces vive sola. La paciente refiere una historia totalmente alejada de la realidad, creándose una nueva vida ante su incapacidad de asumir su propia realidad. Durante el ingreso sufre una fractura de cadera, y se evidencia la existencia de metrorragias. Comenta que consume alcohol. Se plantea el diagnóstico diferencial de pseudología fantástica con patología orgánica y con síndrome de Korsakoff.

**Resultados:** La IC a ginecología descarta patología. Mediante TAC y RMN se descartó patología orgánica y el estudio de la clínica descarta un síndrome de Korsakoff. La paciente responde parcialmente a antipsicóticos, continuando al alta prácticamente con toda su temática fantástica. Trastorno poco frecuente e infradiagnosticado con sintomatología similar a otras patologías. Importante conocer las bases de un adecuado diagnóstico diferencial.

**Conclusiones:** Descartadas posibles etiologías orgánicas, se concluye que la patología corresponde con un Trastorno delirante de grandeza (297.1) y un Trastorno facticio con síntomas psicológicos (pseudología fantástica).

#### Bibliografía

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Madrid: Panamericana, 1998.
2. Hales E, Yudofsky C, Talbott. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Ancora, 1996.

#### PO-264

#### PSICOFÁRMACOS, ENFERMEDADES MENTALES Y CONDUCCIÓN

I. Moran Sánchez, A. de Concepción Salesa e I. Martínez Pérez

**Introducción:** En nuestra práctica asistencial tratamos a personas cuya patología puede limitar sus aptitudes psicofísicas. También prescribimos fármacos que pueden repercutir negativamente en las capacidades del paciente para conducir. Es común que nos soliciten informes para renovar u obtener el permiso de conducir. Nuestro objetivo es dar unas pautas prácticas que nos permitan una atención correcta en esta área.

**Metodología:** Realizamos una revisión de la normativa en vigor.

**Resultados:** El Real Decreto 818/2009 enumera los trastornos mentales y por consumo de sustancias que incapacitan a una persona para conducir, diferenciando conductores profesionales y no profesionales. La enfermedad por sí misma no supone necesariamente la causa de denegación del permiso, si existe dictamen favorable de psiquiatra o psicólogo. Los pacientes tienen obligación de declarar las enfermedades que padecen según un Real Decreto vigente desde el 2010 pudiendo incurrir en delito si no lo cumplen. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios ha sacado listas de medicamentos que pueden influir en la capacidad de conducción y antes del 2011 los medicamentos deben llevar un símbolo en el cartonaje advirtiendo sobre los efectos en la conducción y recomendando leer el prospecto. Todos los grupos de psicofármacos están incluidos en dicha lista.

**Conclusiones:** La normativa vigente es clara y ha sido actualizada recientemente. Hay que considerar el balance riesgo-beneficio en cada caso individual.

#### Bibliografía

1. Aptitudes psicofísicas requeridas para obtener o prorrogar la vigencia del permiso o de la licencia de conducción. Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores. 2010. p. 87-9.
2. Aspectos legales y éticos. Capacidad de conducir. In: Semple D, Smyth R, Burns J, Darjee R, McIntosh A, eds. Manual Oxford de Psiquiatría. Consejos prácticos para el manejo de situaciones psiquiátricas. Grupo Aula Médica, 2011. p. 1018-9.

#### PO-270

#### ¿ES PELIGROSO EL USO DE LA SUCCINILCOLINA COMO RELAJANTE MUSCULAR EN LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CATATONÍA?

V. Saiz Alarcón, M.J. Fernández Carbonell, N. Alberola Legorburu y P.I. González Valls

**Introducción:** Algunos profesionales han optado por sustituir la succinilcolina por un relajante muscular no despolarizante en la TEC de pacientes con catatonia. Intentamos averiguar los motivos y si está justificado.

**Metodología:** El servicio de UCI de nuestro hospital nos facilita 3 artículos. Posteriormente, hacemos dos búsquedas en PubMed con los términos: “succinylcholine and ETC and catatonia and arrhythmias” y con “succinylcholine and ETC and catatonia and hyperkalemia”.

**Resultados:** Tras realizar las dos búsquedas bibliográficas y comparar los resultados con las 3 referencias facilitadas desde la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital, obtenemos sólo un total de 6 publicaciones relacionadas con el tema. En 1 de las 6 publicaciones no podemos acceder al abstract. 3 publicaciones se limitaban a describir un caso clínico. En 2 publicaciones revisan el empleo del TEC como tratamiento eficaz de pacientes con Síndrome neuroléptico maligno: en una de las publicaciones revisaron 45 casos publicados + 9 casos nuevos, y sólo en 1 ocasión se asoció el uso de la succinilcolina a un aumento de la concentración de potasio; en la otra publicación se revisaron 14 casos publicados + 3 nuevos casos, sólo se describieron arritmias cardíacas en 4 ocasiones y no se pudo establecer una asociación directa entre estos eventos y el uso de la succinilcolina.

**Conclusiones:** En pacientes inmovilizados durante largo tiempo, con atrofia y cambios degenerativos en la unión neuromuscular, aparecen receptores de acetilcolina inmaduros, que, además de permanecer más tiempo abiertos, son más sensibles a la despolarización NMBA. Con la despolarización, esto se traduce en un aumento de la salida de potasio de la célula. Sin embargo, es poco consistente la relación entre este aumento, el uso de succinilcolina y mayor riesgo de complicaciones cardíacas.

## PO-286

### ESTUDIO PSICOPATOLÓGICO DE PACIENTES CANDIDATOS A NEUROMODULACIÓN

N. Echeverría Hernández, D. Guerro Prado, F. de la Torre Brasas, D. Abejón González, A. Duque Domínguez, J.R. Rodríguez Larios y E.M. Stantiford Camdeborde

**Introducción:** En el presente estudio se realizó una exploración psicopatológica a una serie de pacientes candidatos a la colocación de un dispositivo de neuromodulación, siendo la gran mayoría pacientes que han pasado por varias cirugías fallidas y tratamientos analgésicos sin éxito. El objetivo del estudio es valorar el estado psicológico de los pacientes, y comprobar la posible existencia de algún factor de exclusión desde el punto de vista psiquiátrico para la colocación del neuromodulador.

**Metodología:** Se incluyen en el estudio 60 pacientes que acuden a la Unidad de Dolor del Hospital Puerta de Hierro de Madrid, que por sus patologías y tratamientos previos, pueden ser candidatos a la colocación de un neuromodulador. Nuestra exploración psicopatológica combinó una entrevista con el paciente y la realización de unos test: la Escala de Ansiedad de Hamilton, el Cuestionario de Depresión de Beck y el Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ28). Se estudiaron 45 parámetros que exploran la repercusión del dolor crónico y las variables psicopatológicas en este grupo de pacientes.

**Resultados y conclusiones:** La edad media fue de 52 años, con predominio de mujeres. Muy pocos pacientes cuentan con un empleo estable (8 pacientes, 13% de la muestra). La puntuación media en la Escala de Ansiedad de Hamilton es de 18,62 (> 15 ansiedad grave). En el cuestionario de depresión de Beck se registra una puntuación de 17,46 (> 17 depresión intermitentes), y en el General de Salud de Goldberg de 16,95 (> 16 deterioro de salud mental). Estos datos demuestran la elevada incidencia de problemas psicopatológicos en los pacientes con dolor crónico, especialmente en las subescalas de ansiedad y deterioro de la salud física y mental.

#### Bibliografía

1. Monsalve V, De Andrés J. Rev Soc Esp Dolor. 1999;6:357-62.
2. Bravo PA, González-Durán R. Rev Soc Esp Dolor. 2001;8:48-69.

## PO-330

### CAMBIOS EN EL PERFIL DE LOS PACIENTES DE UN HOSPITAL DE DÍA TRAS LA APARICIÓN DE NUEVOS RECURSOS ASISTENCIALES

P. del Valle López, B. Treceño Campillo, S. del Pozo Torres y A. Grijalvo Rebollo

**Introducción y objetivos:** Los hospitales de día de psiquiatría aparecen paralelamente a la desinstitucionalización de los enfermos mentales. Ofrecen un tratamiento intensivo, estructurado y menos restrictivo que la hospitalización completa. Sirven de puente con el tratamiento comunitario y aumentan el funcionamiento de enfermos mentales graves. El hospital de día de Palencia surge en 2006 sin existir otros dispositivos salvo Hospitalización Breve y Salud Mental. En febrero de 2009 se crea Convalecencia y Rehabilitación Psiquiátrica. Este estudio analiza posibles cambios en el perfil de los pacientes al completarse la red de asistencia.

**Metodología:** Estudio descriptivo realizado sobre 302 pacientes atendidos entre mayo 2006 y marzo de 2011. Se recoge edad, sexo, derivación, tiempo de estancia, diagnóstico DSM-IV y motivo del alta. Comparamos los datos antes y después de febrero 2009 fecha de aparición de las nuevas unidades.

**Resultados:** No hubo diferencias en cuanto a edad y estancia media. En el primer periodo se atendieron más varones que mujeres: 57% versus 43% mujeres, en el segundo las proporciones fueron iguales. Diagnósticos predominantes en el primer grupo: 53,22% espectro psicótico, 10,75% depresiones; en el segundo: 34,9% espectro psicótico, 22,41% depresiones. En el primer grupo 55,37% fueron derivados desde UHB mientras que en el segundo predominan las derivaciones de CSM 58,62%. Similares motivos de alta.

**Conclusiones:** Las nuevas unidades absorben pacientes más graves reflejándose en una disminución del número de psicóticos. Se discuten los cambios de las derivaciones.

#### Bibliografía

1. Horvitz Lennon M. Partial versus full hospitalization for adults in Psychiatry distress: a systematic review of the published literature. Am J Psych. 2001;158:676-85.
2. Marshall M. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders. Health Technology Assessment. 2001;5(21).

## PO-365

### TRASTORNO DELIRANTE: DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE A LO LARGO DE 10 AÑOS Y DE SU ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO

A. González Rodríguez, I. Grande Fullana, O. Molina Andreu y A. Pons Villanueva

**Introducción:** El trastorno delirante (TD) se caracteriza por un sistema delirante persistente con escasas alteraciones sensoperceptivas. Suele iniciarse a partir de los 45 años, afectando más a las mujeres. La presentación más frecuente es el tipo persecutorio y la co-morbilidad psiquiátrica se sitúa alrededor del 33,1-64,8%. Típicamente, se considera baja la adherencia al seguimiento y al tratamiento.

**Objetivos:** Descripción de la muestra y de la adherencia al seguimiento.

**Metodología:** Estudio retrospectivo longitudinal de 60 casos consecutivos de TD (DSM-IV-TR), que ingresan entre 2001 y 2011. Variables evaluadas: sexo, edad al primer ingreso, número de ingresos, co-morbilidad psiquiátrica y presencia de deterioro cognitivo o enfermedad neurológica. Se registran los tratamientos farmacológicos ensayados y el porcentaje de mantenimiento del seguimiento al 1<sup>er</sup> año des del último ingreso, la adherencia al 1r año y durante el periodo evaluado.

**Resultados:** El 78,3% de sujetos son mujeres y la edad media al primer ingreso es de 56 ± 12,77 años. Se observa co-morbilidad psi-

quiátrica en un 31,7%. Un 21,7% desarrollan deterioro cognitivo durante la evolución. El subtipo más frecuente es el persecutorio (78,3%) seguido del erotomaníaco y del somático (6,7% en ambos casos). La adherencia al seguimiento al año es del 46,7% de pacientes y acuden alrededor del 45% de pacientes a más de un 75% de las visitas. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo en la adherencia al seguimiento, y al final del periodo evaluado un 45% mantienen el seguimiento.

**Conclusiones:** La adherencia al seguimiento a medio plazo de pacientes con TD no es más baja que la de otros pacientes con enfermedades somáticas o psiquiátricas.

#### Bibliografía

1. De Portugal E, et al. Gender differences in delusional disorder: Evidence from an outpatient sample. *Psych Res.* 2010.
2. Burra P, et al. Adherence in liver transplant recipients. *Liver Transpl.* 2011.

### PO-366

#### SÍNDROME DE GANSER: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Herrera Giménez, J.M. López Navarro, S. Martínez Benítez y M. Sánchez Garre

**Introducción:** El síndrome de Ganser es una controvertida entidad clínica incluida en las clasificaciones internacionales en los trastornos dissociativos. Se considera una variante de la simulación asociada a individuos presidiarios caracterizada por la utilización de pararrespuestas de rara presentación en nuestros días. Consideramos de interés el siguiente caso como contribución al estudio de este curioso síndrome, por lo controvertido de su naturaleza, lo desconcertante que nos resultó el paciente que nos evidenció las dificultades diarias con las que se enfrenta la psiquiatría, en concreto cuando se sale de la norma.

**Metodología:** A partir de un caso clínico que precisó ingreso en UPH realizamos una revisión bibliográfica de este síndrome. Se trata de un paciente de 46 años sin antecedentes psiquiátricos previos que es trasladado al S.U. por la guardia civil presentando un cuadro caracterizado por oscilaciones de conciencia, alucinaciones visuales y pararrespuestas.

**Resultados:** Además de las características clínicas para el diagnóstico certero debemos tener en cuenta otros elementos: los síntomas son una representación imperfecta de la enfermedad que sugieren, estos síntomas parecen corresponder a la idea que el paciente tiene de la enfermedad, se puede constatar un beneficio secundario, antecedentes personales de sintomatología histerica previa.

**Conclusiones:** El síndrome de Ganser es un comportamiento pseudopsicótico ligado a situaciones carcelarias o catastróficas y al intento de simular una enfermedad mental. Puede ser una variante de la simulación ya que el paciente evita el castigo o la responsabilidad de sus actos. Es más común entre los hombres. Un factor predisponente importante es la existencia de un trastorno de personalidad grave. Este síndrome puede conocerse por su naturaleza parasintomática o por el hecho de que los síntomas sean más graves cuando el paciente cree que lo están observando.

#### Bibliografía

1. Estallo D, Llunch J, Batalla I. Psiquiatría penitenciaria. Introducción histórica y problemática actual. En: Intervenciones en crisis y tratamiento agudo de los trastornos psiquiátricos graves. Madrid: Aula Médica, 2003.
2. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría, 8<sup>a</sup> ed. Barcelona: Masson, 1989.

### PO-371

#### DELIRIO DE PARASITOSIS O FORMICACIÓN

M. Herrera Giménez, M. Sánchez Garre, S. Martínez Benítez y J.M. López Navarro

**Introducción:** En el delirio de formicación o parasitosis el paciente tiene la creencia errónea e irredimible a la lógica de estar infectado

por parásitos. Con menor frecuencia se pueden producir las alucinaciones de formicación. Presentamos el siguiente caso clínico como contribución al estudio de este curioso síndrome, poco frecuente en la clínica diaria, aunque se sospecha que existen más pacientes no detectados que son vistos por médicos de familia y en servicios de dermatología. A pesar de su escasa relevancia clínica si provoca un importante impacto en la vida diaria de quienes lo padecen.

**Metodología:** A partir de un caso clínico realizamos una revisión bibliográfica del delirio de parasitosis. Se trata de un varón de 37 años consumidor habitual de cocaína. Acude a la consulta de forma urgente con evidente inquietud y angustia, verbalizando "estar infectado por muchos insectos" los cuales le están produciendo quemazón y picor en la piel, lo que le conduce a intentar quitarlos incluso provocándose quemaduras con cigarrillos.

**Resultados:** El consumo de cocaína se asocia al cuadro poco común en que la persona cree estar infectada por parásitos acompañado en ocasiones de alucinaciones visuales y hapticas de insectos bajo la piel. Esta tiene sus consecuentes repercusiones afectivas y conductuales, de forma que el paciente intenta acabar con los insectos provocándose lesiones dermatológicas. La hipótesis etiológica se refiere a la disminución de la actividad del transportador de dopamina de las neuronas del núcleo estriado.

**Conclusiones:** Cuando un paciente presenta lesiones dermatológicas heterogéneas y polimorfas, marcada angustia y labilidad afectiva y comportamientos delirantes debemos realizar pruebas toxicológicas para descartar el consumo de cocaína. El tratamiento con pimocide junto al abandono del consumo de tóxicos produce una notable mejoría clínica resolviendo el cuadro.

### PO-382

#### PROTOCOLO PARA LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN SALUD MENTAL

C.I. Lacunza Juangarcía, J. Laparra Garrido, G. Cozar Santiago, P. Corte de Paz, E. Pérez Vicente y A. Cano Prous

**Introducción:** La comunicación de malas noticias (diagnóstico de enfermedad grave, pronóstico negativo) es un acto inherente a la actividad en el ámbito de la salud mental. La forma en la que los profesionales comunican estas noticias a los pacientes puede afectar a la relación médico paciente, al cumplimiento terapéutico e incluso influir en el curso de la enfermedad. Sin embargo, es escasa la formación que los médicos reciben a lo largo de su formación para enfrentar esta tarea satisfactoriamente. Algunos estudios han puesto de manifiesto las dificultades de esta actividad y los problemas que encuentran los psiquiatras para llevarla a cabo.

**Objetivos:** Presentar un protocolo ampliamente divulgado para facilitar la transmisión de malas noticias en el ámbito de la salud mental.

**Metodología:** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diversos buscadores médicos sobre el tema, tratando de localizar posibles formas y protocolos de actuación para la comunicación de malas noticias en psiquiatría.

**Resultados:** Se presenta el protocolo más citado y empleado para la comunicación de malas noticias. Consta de seis fases, preparación del entorno, averiguación de lo que conoce el enfermo, de lo que quiere saber, empleo de la empatía, transmisión de información y establecimiento de la estrategia.

**Conclusiones:** El protocolo presentado, realizado inicialmente para ser utilizado en oncología, ha sido revisado y aplicado también en patologías psiquiátricas como la esquizofrenia. Diversos autores señalan la necesidad de investigar para concretar la utilidad específica de este protocolo y cómo puede influir en la práctica psiquiátrica.

#### Bibliografía

1. Buckman R. How to break bad news. A guide for health care professionals. Baltimore: John Hopkins, 1992.
2. Cleary M, Hunt GE, Horsfall J. Delivering difficult news in psychiatric settings. *Harvard Review of Psychiatry.* 2009;17:315-32.

## PO-395

## EMPLEO DE ANTIPSICÓTICOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA

B. Granados, P. Sanz, N. Casanova, C. Gómez, G. Riveros, N. Jordana, M.A. Quintanilla, R. Ortega, O. Ortega y R. Labar

**Introducción:** El uso de fármacos antipsicóticos con frecuencia genera controversia, sea por usos fuera de indicación, la aparición de efectos secundarios, o bien por la reciente aparición de "nuevos" fármacos de esta familia. Pretendemos analizar el empleo de fármacos antipsicóticos en su medio más habitual, una Unidad de Agudos Psiquiátrica.

**Metodología:** La muestra la comprenden 222 pacientes ingresados en nuestra Unidad durante un período de 6 meses. Se clasifican los pacientes según su diagnóstico. Se valora el tratamiento utilizado de acuerdo a estos diagnósticos. Para la esquizofrenia se analiza el tratamiento utilizado según el tiempo de evolución de la enfermedad. Se registra la aparición de efectos secundarios según el fármaco empleado.

**Resultados:** Se utiliza medicación antipsicótica en 136 pacientes (61,26%). En la esquizofrenia los fármacos más utilizados son olanzapina (19,3%), paliperidona (17,5%) y antipsicóticos depot típicos (24,6%). En el trastorno bipolar aparecen como más empleados olanzapina (34,1%) y quetiapina (31,7%). En los trastornos delirantes el fármaco más usado es la risperidona LP (27,4%), seguida de olanzapina (18,2%). Es frecuente la utilización de polifarmacia: dos antipsicóticos (45,6% en esquizofrenia y trastorno delirante) antipsicótico y estabilizador del humor (76,3% en trastorno bipolar, 26,3% en esquizofrenia). Respecto a la aparición de efectos secundarios, las sustancias en las que más se observan son risperidona, paliperidona y en antipsicóticos típicos en formulación depot.

**Conclusiones:** De los datos obtenidos se confirma la tendencia actual de utilización de antipsicóticos atípicos frente a los típicos, que salvo en formulación depot, apenas son empleados. Destaca el uso de olanzapina por encima del resto de antipsicóticos atípicos, probablemente influido por su rápida eficacia, y sin tener en cuenta los posibles efectos a largo plazo de este fármaco, como el síndrome metabólico, debido al tiempo limitado del ingreso.

## PO-421

## TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC): ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ANTE LA TEC ENTRE PSIQUIATRAS Y MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (MAP)

A. Camarasa Darbra, M. Irigoyen, J. Salvador, A. Torrent, M. Mur y J. Pifarré

**Introducción:** La TEC sigue siendo un tratamiento de primera línea en la práctica psiquiátrica actual con eficacia y seguridad demostrada. Su aceptación, incluso entre profesionales, continúa siendo controvertida.

**Objetivos:** Evaluar la evolución de la opinión y del conocimiento de la TEC en el colectivo médico. Y diseñar a partir de los resultados, estrategias para mejorar el conocimiento y la opinión sobre esta técnica.

**Metodología:** Se ha realizado un estudio transversal a través de 2 tipos de encuestas de opinión y conocimiento -encuesta modificada de D. Barcίa- sobre la TEC de forma personalizada en la región sanitaria de Lérida. Se han dirigido al 100% de la población médica, hasta la fecha ha respondido el 15% (psiquiatras y MAP).

**Resultados:** No se han encontrado diferencias significativas sobre la opinión del uso de la TEC entre psiquiatras y MAP ( $p = 0,72$ ) pero sí se encontraron diferencias en cuanto al conocimiento de la técnica ( $p < 0,05$ ). El 90% de los psiquiatras y MAP conocen la TEC como terapia vigente; un 5% de médicos de atención primaria está en contra de su aplicación, un 85% la consideran un buen tratamiento y un 52% desconocen sus riesgos de aplicación. El 100% de la población médica encuestada conoce la utilización de anestésicos en la técnica.

**Conclusiones:** A pesar de una mejoría de la opinión de la TEC en relación a estudios previos, aún existe recelo y estigmatización de su uso. Aunque su eficacia es reconocida, faltan conocimientos sobre la técnica en el colectivo de MAP.

## Bibliografía

1. Barcίa D, Martίnez Pardo F. Encuesta acerca de las actitudes de los psiquiatras españoles ante la TEC. *Actas Luso Esp Neu Psiq Ciencias Afines*. 1979;VI:117-55.
2. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso español sobre terapia electroconvulsiva. Pamplona, 1999, p. 15-16, 35.

## PO-428

## PREVALENCIA DE LOS FALSOS RECONOCIMIENTOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA

L. Livianos Aldana, S. García Aznar, H. Tobella Llerena y A.C. García Blanco

**Introducción y objetivos:** Los Falsos reconocimientos pueden aparecer formando parte de un trastorno esquizofrénico, afectivo, incluso en estados orgánicos. A su escasa frecuencia, se añade la poca propensión del profesional a preguntar por ellos durante la entrevista clínica. Existen cinco síndromes: Capgras: el paciente mantiene que una persona cercana o familiar ha sido reemplazado por un doble exacto. Frégori: el paciente mantiene la idea de que un familiar o persona cercana se ha transformado hábilmente en otro en el cual lo reconoce. Intermetamorfosis: el paciente cree que un familiar (normalmente con características persecutorias), tiene características que lo hacen indiferenciable con otra persona, desconocida para el paciente. Dobles subjetivos: el paciente cree que otra persona ha sido transformada físicamente en sí mismo. Síndrome del Espejo: el paciente es incapaz de reconocerse a sí mismo en el espejo. El objetivo es analizar la prevalencia del síndrome en pacientes psiquiátricos.

**Metodología:** Elaboración de un cuestionario heteroaplicado ad hoc a modo de entrevista estructurada, realizada en pacientes ingresados desde septiembre 2009 hasta septiembre 2010. El número total de pacientes ingresados durante ese periodo, fue 353, habiendo excluido previamente los reingresos, y 263 se negaron a realizar el cuestionario.

**Resultados:** Con una  $n$  de 90, obtuvimos: 10 pacientes refirieron sintomatología compatible con Capgras, 13 con Frégori, 9 con Sd. del espejo, 2 con Intermetamorfosis y 5 pacientes con Sd. de dobles subjetivos.

**Conclusiones:** Generalmente, los síntomas estudiados tienden a ser obviados, en caso de no ser referidos espontáneamente por el paciente. Este hecho podría estar dando lugar al infradiagnóstico de este tipo de síndromes entre nuestros pacientes, que generalmente minimizan u ocultan psicopatología. Consideramos que los Falsos Reconocimientos pudieran tener una mayor prevalencia a la descrita clásicamente en la literatura.

## Bibliografía

1. Sims A. Síntomas mentales Madrid: Triacastela, 2008.
2. Egiluz JL. Introducción a la psicopatología. Madrid: IM&C, 2001.

## PO-446

## SÍNDROME DE DIÓGENES EN UN CASO DE RETRASO MENTAL

E. González Pablos, C. Botillo Martίn, F. García Sánchez, R. Ovejero Arranz, I. Herreros Guijarro y C. Acebes Ortega

**Introducción:** El llamado síndrome de Diógenes no figura en los manuales diagnósticos y puede ocurrir como una conducta en varios trastornos mentales. Conocemos pocos casos descritos en pacientes con retraso mental. Características: Se caracteriza por la acumula-

ción de objetos y basuras en casa, la negligencia y descuido en el autocuidado, el aislamiento social y la ausencia de conciencia de enfermedad.

**Metodología:** Paciente de 44 años de edad, soltera, con dos hijas de 24 y 18 años. Incapacitada judicialmente desde los 18 años de edad por presentar "oligofrenia en grado ligero". Desde hace 7 años está tutelada por una Fundación Tutelar (a la muerte de su madre, antigua tutora). Desde esa fecha ya se observó que la vivienda tenía acumuladas cosas por todas partes, periódicos, revistas, botes vacíos, restos de comida, basuras; además de convivir con varios animales: perros, gatos, tortugas, peces, etc. Progresivamente el material que se ha ido acumulando ha llegado a tapar las ventanas, con lo que ha anulado la ventilación, siendo el olor de la casa cada día peor. Además se acompaña de descuido y negligencia en su cuidado e higiene personal, con negativas de acudir a Consulta de Psiquiatría. Por lo que es necesario ingreso involuntario. Diagnóstico: F71.8 Retraso mental moderado con otros deterioros del comportamiento. Síndrome de Diógenes. Evolución: no se han observado rasgos de acumulación de objetos o de falta de higiene durante su ingreso. Sin embargo, no tiene conciencia de la gravedad de su conducta y de los riesgos higiénico-sanitarios para ella y el vecindario. Se plantea alta con un programa específico de tratamiento en la comunidad.

**Discusión:** El caso clínico nos parece de interés por: su originalidad, resaltar los límites sociales de una conducta antisocial extrema, las deficiencias del sistema sociosanitario para controlar estas conductas y las dificultades para intervenir incluso en casos tan graves como el descrito.

#### PO-459

#### CALIDAD PERCIBIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, RECEPTORAS DE TERAPIA Y/O EDUCACIÓN ASISTIDA POR ANIMALES DE COMPAÑÍA (TEAAC): VALORES COMUNES

A.B. Poves Plumed, J.J. Muñoz García y J.M. Manzano Callejo

**Introducción y objetivos:** Evaluar el grado de satisfacción y aspectos más valorados por los usuarios de programas de Terapia y/o Educación Asistida por Animales de Compañía, residentes en un centro de atención a Personas con Discapacidad Intelectual.

**Metodología:** Sesiones individuales/grupales mediadas por la interacción con dos perras adiestradas que viven en el Centro. Estimulación sensorial; expresión afectiva; habilidades instrumentales; repertorios cognitivos, práctica psicomotriz; comunicación y relación social; integración en la comunidad; autorregulación emocional; valores.

**Resultados:** La mayoría están satisfechos con la terapia que han recibido (95%) y volverían a realizarla (92,5%) Un 27,5% expresó gusto por los perros y/o animales. Un 25% valora las relaciones afectivas con sus perras, un 12,5% considera que mejora su ánimo, un 10% enfatiza en la importancia de los juegos o actividades lúdicas, un 7,5% prioriza la responsabilidad o cuidado de sus animales, un 5% tiene en cuenta el establecimiento de relaciones sociales, un 10% no sabe/no contesta y el 2,5% expresa que no le gustan los perros. Entre las actividades que realizan y mencionan como preferentes un 62,5% destaca las de tipo lúdico y el 15% señala las relacionadas con la expresión de afecto hacia los perros. Además, el 65% no cambiarían nada de la TEAAC.

**Conclusiones:** De acuerdo con los trabajos existentes, el trabajo con Animales de Compañía en entornos residenciales supone un potente motivador hacia las terapias, pues las personas con Di que participan en programas de este tipo, tienden a valorarlos como positivos.

#### Bibliografía

1. Nathans-Barel I, Feldman P, Berger B, Modai I, Silver H. Animal-assisted therapy ameliorates anhedonia in schizophrenia patients. A controlled pilot study. *Psychotherapy And Psychosomatics*. 2005;74:31-5.
2. Macauley BL. Animal-assisted therapy for persons with aphasia: A pilot study. *Journal of Rehabilitation Research & Development*. 2006;43:357.

#### PO-460

#### LA METACOGNICIÓN Y EL TRATAMIENTO COGNITIVO BASADO EN MINDFULNESS

J.M. Bertolín Guillén, S. Hernández Campos, G. Esteve Blasco, C. López Martínez, A. Sanz Santos y E. Ferrer Sánchez

**Introducción:** Cada vez son más los autores que señalan que las terapias cognitivas actuales deben orientarse principalmente a estimular la metacognición entrenando a los pacientes para que puedan experimentar sus pensamientos y sentimientos negativos desde una perspectiva descentralizada o desidentificada que les permita tomar distancia de los mismos.

**Metodología:** Revisión bibliográfica y análisis conceptual. Búsqueda en PubMed de los descriptores mindfulness, cognitive therapy y metacognition.

**Resultados:** La metacognición es la capacidad de supervisión de los procesos cognitivos que se activan durante la ejecución de alguna tarea o en la resolución de algún problema que plantea cierta exigencia intelectual. La base sobre la que se funda el tratamiento cognitivo basado en mindfulness son los modelos cognitivos que incluyen la metacognición como un sistema integrado dentro de la estructura cognitiva, en particular el modelo de subsistemas cognitivos interactivos. Este modelo es parte de un movimiento teórico de la psicología cognitiva que representa el mecanismo humano de procesamiento de la información como una organización en paralelo con una estructura modular. Es un ejemplo de teoría multinivel que fue desarrollada inicialmente para dar cuenta del procesamiento cognitivo en los individuos diagnosticados de depresión. A diferencia de los modelos clásicos de tratamiento cognitivo, el énfasis en este modelo está en el modo de procesamiento más que en el contenido de las estructuras.

**Conclusiones:** El tratamiento cognitivo se centra demasiado en los elementos de contenidos proposicionales y debe ampliar su horizonte más hacia intervenciones sobre la metacognición.

#### Bibliografía

1. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2004;72:31-40.
2. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68:615-23.

#### PO-478

#### A PROPÓSITO DE UN CASO: ORGASMOS DE REPETICIÓN TRAS CAMBIO DE TRATAMIENTO

L.J. Fernández-Clemente Martín-Orozco, R. Pérez Asenjo, M.T. Pérez Castellanos, B. Manzano Balsera y A.I. Lobo Castillo

**Introducción:** El trastorno de excitación sexual persistente (TESP) fue descrito por primera vez en 2001, se define como excitación genital no deseada y usualmente molesta, en ausencia de interés sexual y puede durar días. La mayoría de las veces no se encuentra una causa clara. Puede relacionarse con factores psicológicos, neurológicos, hormonales y fármacos. Ocasionalmente se ha asociado al uso o discontinuación de ISRS. Presentamos el único caso descrito hasta el momento de TESP tras la sustitución de paroxetina por fluoxetina.

**Objetivos:** A partir de un caso atendido en nuestro CSM, realizamos una revisión bibliográfica, centrándonos en la epidemiología, la patofisiología del fenómeno y sus implicaciones terapéuticas.

**Metodología:** Revisión sistemática en libros especializados y en Pubmed con las palabras claves "Orgasm", "Antidepressive" y "Persistent Genital Arousal (PGAD)".

**Resultados:** Paciente de 25 años, casada 4 meses antes. En seguimiento desde los 15 años por clínica ansioso-depresiva y rasgos obsesivos. Asintomática en los 2 últimos años, se sustituye paroxetina por fluoxetina por deseo de embarazo. A los 4 días del cambio co-

mienra a experimentar múltiples orgasmos espontáneos, que le dificultan las actividades diarias y le causan gran ansiedad. Acudió a Ginecología y posteriormente a Psiquiatría. No manifestaba otros síntomas, ni existían otros posibles desencadenantes. Al retornar a la pauta anterior desaparecieron los síntomas. No hemos encontrado series amplias, sólo casos puntuales asociados a venlafaxina, paroxetina, fluoxetina, mirtazapina y citalopram y ninguno tras esta modificación del tratamiento.

**Conclusiones:** El uso o la discontinuación de ISRS es una de las posibles causas del trastorno de excitación sexual persistente. Existen varios mecanismos etiológicos propuestos, siendo el desbalance en la relación dopamina-serotonina el más aceptado.

#### Bibliografía

- Leiblum S, Seehuus M, Goldmeier D, Brown C. Psychological, medical, and pharmacological correlates of persistent genital arousal disorder. *J Sex Med.* 2007;4:1358-66.
- Leiblum SR, Goldmeier D. Persistent genital arousal disorder in women: case reports of association with anti-depressant usage and withdrawal. *J Sex Marital Ther.* 2008;34:150-9.

#### PO-481

#### ACTITUDES HACIA LA PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS PSIQUIÁTRICOS: ¿DIFIERE LA VISIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA Y MEDICINA?

C. de las Cuevas Castresana, W. Peñate Perdomo, L. Perestelo Pérez, A. Rivero Santana, J. Pérez Ramos, M. González Lorenzo y A. Pérez Wehbe

**Introducción:** La coincidencia entre las preferencias de un paciente informado y las opciones de tratamiento es un componente clave de la atención centrada en el paciente. La concordancia se ha sugerido como un proceso de consulta en el que la prescripción se basa en una negociación entre iguales.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio transversal fue comparar las actitudes hacia la medicación psiquiátrica y la concordancia en la toma de la medicación entre estudiantes de medicina y de psicología, ya que representan a los futuros miembros de los equipos terapéuticos en salud mental.

**Metodología:** Doscientos dieciséis estudiantes de medicina y 222 de psicología completaron el Beliefs about Medication Questionnaire (puntuación promedio entre 1-5) y la Leeds Attitudes Towards Concordance scale (puntuación promedio entre 0-3), ambos adaptados para psicofármacos.

**Resultados y conclusiones:** Los estudiantes de Psicología perciben los psicofármacos como más perjudiciales (2,68 vs 2,38;  $p < 0,001$ ) y son más propensos a creer que los psiquiatras prescriben en exceso (3,67 vs 3,18;  $p < 0,001$ ). También tienen una actitud más positiva que los estudiantes de medicina hacia la concordancia, aunque esta diferencia se mantuvo en el límite de la significación estadística (2,03 vs 1,97;  $p = 0,07$ ).

#### PO-504

#### HOSPITALIZACIÓN PARCIAL POSTALTA. UN PUENTE ENTRE DOS ORILLAS

E. Aristegui Ruesga

**Introducción:** Presentamos el Programa Zubia (Puente) en funcionamiento 2 años en el Hospital de Galdakao-Usansolo, un paso intermedio entre la hospitalización total y la atención ambulatoria.

**Metodología:** Programa Intensivo de hospitalización parcial. Método de trabajo: planes individualizados (PTI) con intervenciones grupales e individuales. Tiempo de estancia limitado (2-3 semanas). Equipo: 1 Psiquiatra, 1 DUE y Auxiliar y Terapeuta Ocupacional media jornada. Capacidad: 8-9 pacientes. Pacientes recién dados de alta de hospitalización, con cobertura social que garantice sus cuidados básicos.

**Resultados:** Se han atendido 217 pacientes, con reingresos: 4 veces: 1; 3 veces: 3; 2 veces: 13. Distribución: Casados: 81 (37,20%). Hombres: 11,62%. Mujeres: 25,58%. Solteros, separados o viudos: 136 (62,79%). Hombres: 19,18%. Mujeres: 43,60%. Diagnósticos: Tr. esquizofrénico: 31,33%. Tr. bipolar: 26,26%. Otras psicosis: 7,37%. Tr. depresivo: 18,89%. Distimia: 1,84%. Tr. personalidad: 7,83%. Dependencia de alcohol y/o otros tóxicos: 2,30%. Tr. conducta alimentaria: 2,30%. Otros: 1,84%. Procedencia de los pacientes: Unidad Agudos: 93,08%. Unidad Desintoxicación: 2,76%. Consultas Externas: 4,14%. Derivación: Abandonos: 4,6%. Reingreso Unidad Agudos: 12,44%. Centro Salud Mental: 76,03%. Hospital de Día: 5,52%. Unidad Media Estancia: 1,38%.

**Discusión:** No hay dudas sobre la vulnerabilidad de los pacientes al alta del ingreso y existe un salto cuantitativo en la intensidad de su atención. Proponemos un programa de tratamiento de intensidad intermedia, para acompañar al paciente en su reincorporación al medio socio-familiar y laboral.

#### Bibliografía

- Hayners RB, McDonald H, Garg AX, et al. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane database Syst. Rev* 2002.
- Rettenbacher MA, Hofer A, Eder U, et al. Compliance in Schizophrenia: Psychopathology, side effects and patients' attitudes toward the illness and medication. *J Clin Psychiatry.* 2004;65:1211-8.

#### PO-519

#### ESTUDIO DE EFICACIA DE ASOCIACIÓN ANTIPSICÓTICOS-ANTIDEPRESIVOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

A.I. Ledo Rubio, I. Muñoz Siscart, J. de la Gándara Martín, H. Hernández Herrero, A. de Dios Francos, C. Deza García, L. Mínguez Martín y B. Pelaez Gutiérrez

**Introducción:** La limitada respuesta a monoterapia en trastornos mentales induce a la asociación psicofarmacológica como alternativa.

**Objetivos:** Analizar tipos de asociaciones antidepresivo-antipsicótico, principales indicaciones y eficacia clínica en pacientes hospitalizados.

**Metodología:** Estudio prospectivo de pacientes en Unidad de Hospitalización en año 2009 que fueron tratados con asociación antidepresivo-antipsicótico, al margen de otros psicofármacos. Se emplearon escalas BPRS, ICGS e ICGM como medida de eficacia clínica.

**Resultados:** 31,5% de los ingresos recibieron asociación de antidepresivo-antipsicótico. Los principales diagnósticos en Eje I fueron trastornos afectivos (41,3%), psicosis y trastorno por uso de sustancias (14,5% cada uno). 51,7% tenía diagnóstico en Eje II: trastorno de personalidad no especificado, seguido de trastorno límite de personalidad, habiendo comorbilidad con Eje I en 47,6%. Los antidepresivos más utilizados fueron mirtazapina (30,9%), venlafaxina (19,7%) y escitalopram (18,6%); Los antipsicóticos más empleados: quetiapina (43,5%); olanzapina (32,3%) y risperidona (11,9%). De las asociaciones antidepresivo-antipsicótico más utilizadas destacan: mirtazapina-quetiapina (12,0%), mirtazapina-olanzapina y escitalopram-quetiapina (11,2% cada una), venlafaxina-quetiapina (9,0%) y venlafaxina-olanzapina (7,5%). La BPRS globalmente fue diferente estadísticamente ( $t = 19,78$ ;  $p = 0,000$ ): Al ingreso 46,83 y al alta 33,55. Ítems de BPRS individualizados, excepto ítem 8, fueron diferentes estadísticamente. ICGS también diferente ( $t = 20,66$ ;  $p = 0,000$ ): Al ingreso 4,40 y al alta 3,26. ICGM al alta: en grado cuatro: 36, grado tres: 102, grado dos: 96 y uno: 34.

**Conclusiones:** Asociación antidepresivo-antipsicótico constituye una práctica médica habitual. Empleada principalmente en pacientes reingresadores, con trastornos afectivos y con frecuente comorbilidad con trastorno por uso de sustancias y trastorno de personalidad no especificado. Las más empleadas: mirtazapina-quetiapina, mirtazapina-olanzapina, escitalopram-quetiapina. Eficaces, consi-

guiendo reducciones significativas en BPRS y mejorías en ICGM e ICGS., con un promedio de ingreso de 12,9 días.

#### Bibliografía

1. Quintin P. Efficacy of atypical antipsychotics in depressive syndromes. *Encephale*. 2004;30:583-9.
2. Carvalho AF. Augmentation strategies for treatment-resistant depression. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22:7-12.

#### PO-526

#### FACTORES RELACIONADOS CON LAS CONDUCTAS AGRESIVAS EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

M.T. Aparicio Reinoso

**Introducción:** Las conductas violentas producidas en las UHB psiquiátrica son actos frecuentes y en ocasiones prevenibles.

**Objetivos:** Analizar las variables que influyen en las conductas violentas de los pacientes ingresados en dos UHB, en total 66 camas del Hospital psiquiátrico Dr. Rodríguez Lafora durante 2 años.

**Metodología:** Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo de dos años de duración.

**Resultados:** El 88,42% de las agresiones tienen un origen en un ingreso de forma involuntaria. No se observan variaciones significativas con respecto a la unidad y año de seguimiento. Los episodios de agresividad tienen lugar en 67% turno de tarde, 23% mañana y 10% turno de noche. El diagnóstico predominante en los pacientes con conductas violentas es Tr. psicótico en 48%, trastorno de personalidad en 25% y 17% trastornos del humor, siendo el factor desencadenante de las conductas las alteraciones del pensamiento en 23% y no aceptación de las normas en 28% de los casos. Entre 31-40 años se dan el 41% de las agresiones, 21-30 años se dan 22% de las agresiones. En nuestra práctica hemos observado que en 83% de los casos una adecuada contención verbal en el primer momento es suficiente para evitar el episodio de agresividad.

**Conclusiones:** Conocer los factores que pueden influir en la producción de una conducta violenta y el empleo de las técnicas de contención adecuadas pueden considerarse una opción terapéutica para prevenir y afrontar las conductas violentas en la población psiquiátrica hospitalizada en unidades de hospitalización breve.

#### Bibliografía

1. Soliman AE, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv*. 2001;52:75-80.
2. Grassi L, Biancosino B, Marmai L, Kotrotsiou V, Zanchi P, Peron L, et al. Violence in psychiatric units: 7-year Italian study of persistently assaultive patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:698-703.
3. Amore M, Menchetti M, Toni C, Scarlatti F, Lundgren E, Esposito W, Berrardi D. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008;62:247-55.

#### PO-549

#### ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL HACIA LA CONCORDANCIA EN LA TOMA DE LA MEDICACIÓN PRESCRITA

C. de las Cuevas Castresana, A. Rivero Santana, L. Perestelo Pérez y E.J. Sanz Álvarez

**Objetivos:** Explorar las actitudes de los psiquiatras españoles hacia la concordancia y la involucración del paciente en el proceso de toma de decisiones en relación con su enfermedad y tratamiento por medio de la validación de la "Leeds Attitudes towards Concordance Scale" (LATCon II) en una muestra de profesionales de la salud mental españoles.

**Metodología:** Estudio transversal en el que 125 psiquiatras y 100 residentes en psiquiatría asistentes al XIV Congreso nacional de Psiquiatría, que tuvo lugar en Barcelona en el año 2010, cumplimentaron el cuestionario LATCon II, suministrando datos sociodemográficos y profesionales. Se llevó a cabo un Análisis de Componentes

Principales (PCA) de la escala LATCon II y se calcularon las asociaciones con las variables sociodemográficas y profesionales registradas.

**Resultados:** El PCA produjo tres componentes que etiquetamos como "Comunicación/Empatía", "Control Compartido" y "Estilo eventual Paternalista", con unos índices de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) de 0,83, 0,69 y 0,65, respectivamente. Las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los hombres en el segundo componente registrado ( $F = 15,71$ ;  $p < 0,001$ ). Las variables profesionales no se relacionan con la actitud hacia la concordancia con la toma de la medicación.

**Conclusiones:** Los psiquiatras muestran una actitud favorable a la participación de los pacientes psiquiátricos en un proceso de comunicación recíproca, donde las preferencias de los pacientes, sus valores y expectativas sean considerados, pero son más cautos en su actitud hacia la toma de decisiones compartidas con los pacientes. Futuros estudios deben abordar las diferencias de género en las actitudes de los psiquiatras hacia la concordancia.

#### PO-556

#### PRIAPISMO Y PSICOFÁRMACOS

R. Pérez Asenjo, B. Manzano Balsera, L. Fernández-Clemente Martín-Orozco, C. Lezcano González, C. González Navajas, J. León Cuya, A. Lobo Castillo y A. Hidalgo Borreguero

**Introducción:** El priapismo se define como una erección persistente, involuntaria, en ausencia de estímulo o deseo sexual, con una duración mayor de 4 horas. Con una incidencia estimada de 1/100.000 habitantes, se está incrementado por el uso de inyecciones intracavernosas e inhibidores de la 5 fosfodiesterasa. Existen múltiples causas (neoplasias hematológicas, traumatismos, drogas, fármacos...), siendo la más frecuente (50%) la idiopática. Varios psicofármacos se han asociado al subtipo isquémico, que es el más grave. Presentamos un caso atípico por estar implicada la quetiapina (sólo hemos encontrado 6 casos previos descritos y ninguno a dosis bajas) y la oxcarbamazepina (sólo un caso descrito en asociación).

**Objetivos:** A partir de un caso atendido en nuestro centro nos planteamos una revisión bibliográfica de la epidemiología, fisiopatología y las posibles medidas preventivas o terapéuticas.

**Metodología:** Realizamos una revisión sistemática en libros especializados y en Pubmed, con las palabras claves "Priapism", "Antipsychotic", "Antidepressive", "Benzodiazepines" y 'Drug-Induced Priapism'.

**Resultados:** Se trata de un paciente de 31 años. En seguimiento por Psiquiatría por Autismo y alteraciones de conducta, bien adaptado en un centro especializado y con buena tolerancia al tratamiento (clorazapato 30 mg/día, oxcarbamazepina 1200 mg/día y quetiapina 50 mg/día). Acude a urgencias tras priapismo de tipo isquémico de tres días de evolución. A pesar de la retirada de los psicofármacos por su posible influencia e inyección de fenilefrina, se tuvo que realizar un shunt arteriovenoso. Posteriormente se reintrodujo el tratamiento, evitando la quetiapina, sin incidencias. Aunque es un efecto secundario muy poco frecuente, hay casos descritos de priapismo secundarios a psicofármacos, fundamentalmente con antipsicóticos, Trazodona y diversas asociaciones. A pesar de figurar en las listas de causas posibles no hemos encontrado referencias con benzodiacepinas, y se han usado con éxito junto con terbutalina para priapismo recurrente. Aunque el mecanismo no está claro se relaciona con el antagonismo alfa-adrenérgico en los receptores del cuerpo cavernoso.

**Conclusiones:** El priapismo secundario a psicofármacos es muy poco frecuente, pero es un efecto secundario grave que debe tenerse en cuenta, sobre todo al prescribir antipsicóticos y trazodona.

#### Bibliografía

1. Sood S, James W, Bailon MJ. Priapism associated with atypical antipsychotic medications: a review. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008;23:9-17.
2. Juhong Yuan, Rowena DeSouza, O. Lenaine Westney, Run Wang. Insights of priapism mechanism and rationale treatment for recurrent priapism. *Asian J Androl*. 2008;10:88-101.

## PO-573

## BASE DE DATOS CLÍNICA DE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC): EVALUAR MEJORAS EN LA PRÁCTICA DE LA TEC

J. Salvador Sánchez, M. Mur, M. Irigoyen, A. Camarasa, G. Dolcet, A. Torrent y J. Pifarré

**Introducción:** Se ha descrito que disponer de una base de datos de TEC permite conocer la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso (Rai et al, 2010). Las evidencias sobre cómo los distintos parámetros del estímulo influyen en los efectos terapéuticos de la TEC son escasas. Se ha descrito que los pulsos breves y el incremento de la duración es más eficaz para generar crisis que el incremento de la frecuencia (Sackeim et al, 2002).

**Objetivos:** Describir la tendencia de los parámetros del estímulo (pulso, frecuencia, corriente y duración) en una cohorte de TEC en 5 años.

**Metodología:** Estudio descriptivo y retrospectivo, con el total de 3.828 tratamientos de TEC bilateral frontotemporal realizados con la máquina Mecta sPECTrum 5000Q entre 2006 y 2011, en 168 pacientes (60% mujeres), que comprenden entre 17 y 88 años. Se realiza un análisis ponderado por el inverso del número de TECs realizados por cada paciente y por año de tratamiento.

**Resultados:** En estos 5 años la tendencia ha sido disminuir el pulso (de 1,80 mseg. a 1,00 de mediana) y aumentar la duración (de 2 a 4 seg. de mediana). La energía en este periodo ha disminuido progresivamente (de 75,25 a 49,30 julios de mediana), manteniendo constante tiempo de convulsión eléctrica.

**Conclusiones:** El análisis de la base de datos permite objetivar que en 5 años se han aplicado procesos de mejora de la calidad de la TEC, mediante la disminución del pulso y el aumento de la duración, ajustando la dosis de energía.

## Bibliografía

- Rai S, Kivilaslu T, Rabheru K, et al. Electroconvulsive Therapy Clinical Database A Standardized Approach in Tertiary Care Psychiatry. *J ECT*. 2010;26:304-9.
- Weiner R, Moench L, Sackeim H, et al. La práctica de la terapia electroconvulsiva. Informe del Comité elaborador de la APA. Editorial ArsMedica, 2002.

## PO-583

## RIESGO DE DISMINUCIÓN PATOLÓGICA DE LA IDENTIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA PARENTAL

R. Marín Lacasa, J.R. Lozano Ortiz, A. Pascual García, M.J. Santacruz Abión, F. Sebastián Pérez, J. Peña Mateo y M.D. Vázquez Rodríguez

**Introducción y objetivos:** El objetivo ha sido calcular el riesgo de osteoporosis y/u osteopenia a largo plazo en pacientes en tratamiento con risperidona parenteral.

**Metodología:** Muestra de 59 pacientes, 63% mujeres, edad  $44 \pm 16$  años e  $IMC = 29,5 \pm 6 \text{ kg/m}^2$ , tratados con risperidona parenteral,  $52 \pm 24 \text{ mg}$ , durante  $6 \pm 3$  años. Se analizó prolactina (PRL), estradiol (E), testosterona (T), cortisol y TSH, considerándose pacientes con hipogonadismo si  $T < 3,0 \text{ ng/mL}$  e hipoesrogenismo si  $E < 40 \text{ pg/mL}$ . La DMO inicial se calculó por medio de:  $BMD1/BMD2 = 2\exp[E(T)1/E(T)2]$  aplicándose posteriormente una reducción anual del 2% para obtener la DMO final.

**Resultados:**  $PRL = 1.828 \pm 793 \text{ }\mu\text{UI/mL}$ ,  $E = 19 \pm 13 \text{ pg/mL}$ ,  $T = 0,6 \pm 0,3 \text{ ng/mL}$ , cortisol =  $21 \pm 7 \text{ }\mu\text{g/dL}$  TSH =  $3,4 \pm 2,0 \text{ }\mu\text{UI/mL}$  para mujeres y  $PRL = 667 \pm 282 \text{ }\mu\text{UI/mL}$ ,  $E = 22 \pm 3 \text{ pg/mL}$ ,  $T = 3,9 \pm 1,6 \text{ ng/mL}$ , cortisol =  $17 \pm 6 \text{ }\mu\text{g/dL}$  y TSH =  $2,6 \pm 1,6 \text{ }\mu\text{UI/mL}$  en hombres. Los valores del incremento máximo anual en la probabilidad de riesgo de osteoporosis y osteopenia fueron los siguientes: OR = 5,3 y OR = 2,4, para osteopenia, se alcanzaron en el cuarto año de trata-

miento con risperidona en mujeres y hombres; valores de OR para osteoporosis de 3,18 y 4,5 se alcanzaron en el séptimo año de tratamiento para las mujeres y en el decimoséptimo año en hombres. Por otro lado, el valor de OR en pacientes tratados con risperidona en comparación con personas sanas fue superior a 4, tanto para osteopenia como osteoporosis, y el valor de OR en mujeres frente a hombres, tratados ambos con risperidona, fue superior a 4 y 2, en osteopenia y osteoporosis, respectivamente.

**Conclusiones:** Hipoesrogenismo estuvo presente en 75% de las mujeres e hipogonadismo en el 42% de los varones. Para osteopenia, el mayor aumento de OR se produce en el cuarto año de tratamiento con risperidona, mientras que para osteoporosis se produce en el séptimo año en mujeres. Las mujeres en tratamiento con risperidona, tienen un riesgo más alto de presentar densidad mineral ósea patológica, en comparación con varones sin tratamiento.

## Bibliografía

- Osteoporosis after combined use of a neuroleptic and antidepressants *Pharm World Sci.* 2008;30:613-6.
- Antipsychotics and hyperprolactinaemia: pathophysiology, clinical relevance, diagnosis and therapy. *Neuropsychiatr.* 2009;23:71-83.

## PO-587

## ANÁLISIS DEL RIESGO DE ACCIDENTES TROMBOVASCULARES EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CLOZAPINA

R. Marín Lacasa, J.R. Lozano Ortiz, M.J. Santa Cruz Abión, F. Sebastián Pérez, J. Peña Mateo, A. Pascual García y S. de Miguel Gimeno

**Objetivos:** Cuantificar el riesgo relativo (RR) de aparición de accidentes trombovasculares, en pacientes en tratamiento con clozapina, en función de sus niveles de proteína C reactiva (PCR)

**Metodología:** Muestra de 26 pacientes, 68% varones y  $43 \pm 2$  años, en tratamiento con clozapina,  $206 \pm 120 \text{ mg}$ , durante al menos 2 años, asociada a un segundo antipsicótico en el 75% de los casos. Se analizó la PCR junto a PRL, Cort, TSH, FT4, Glu, Col, LDL, HDL e IMC; datos que, junto a los provenientes de los estudios Framingham heart study, Emerging Risk Factors Collaboration y Copenhagen General Population Study, se utilizaron para calcular el riesgo de eventos trombovasculares en nuestra muestra.

**Resultados:**  $PCR = 4,71 \pm 4,7 \text{ mg/L}$ ,  $PRL = 523 \pm 537 \text{ mcU/L}$ ,  $Cort = 19,7 \pm 7,1 \text{ }\mu\text{g/dL}$ ,  $TSH = 2,7 \pm 1,5 \text{ }\mu\text{U/mL}$ ,  $FT4 = 1,1 \pm 0,2 \text{ ng/dL}$  y parámetros metabólicos:  $Glu = 108 \pm 25 \text{ mg/dL}$ ,  $Col = 197 \pm 46 \text{ mg/dL}$ ,  $TG = 146 \pm 75 \text{ mg/dL}$ ,  $LDL = 123 \pm 43 \text{ mg/dL}$ ,  $HDL = 50 \pm 16 \text{ mg/dL}$  e  $IMC = 28,7 \pm 5,6 \text{ Kg/m}^2$ . De acuerdo a los resultados de PCR obtenidos los pacientes se agruparon, según su riesgo global, en: Bajo riesgo,  $PCR < 1$ ,  $n = 5$ , 19%; Moderado riesgo,  $1 < PCR < 3$  frente a  $PCR < 3$  Accidente cerebrovascular (ACV) RR = 1,8, (pacientes con  $PCR > 3$  frente a  $PCR < 3$ ) Trombosis venosa profunda RR = 6,7, (pacientes con  $PCR > 3$  frente a  $PCR < 1$ ). Correspondiendo, por tanto, al tromboembolismo venoso profundo el mayor riesgo relativo, tal y como han publicado numerosos autores, seguido del obtenido para enfermedad cardiovascular y accidente cerebrovascular.

**Conclusiones:** Los pacientes en tratamiento con clozapina y una PCR  $> 3 \text{ mg/dL}$  tiene un riesgo (RR) de sufrir trombosis venosa profunda, enfermedad cardiovascular y accidente cerebrovascular de 6,7, 2,1 y 1,8 respectivamente.

## PO-593

## RETRASO MENTAL Y PSICOSIS: ABORDAJE GLOBAL EN BUSCA DE UN MEJOR FUNCIONAMIENTO

M. García Moreno, A. de Cós Milas, B. Poza Cano, M.J. Güerre Lobera y L. Beatobe Carreño

**Introducción y objetivos:** La funcionalidad de un paciente con Retraso mental (RM) y Psicosis puede deteriorarse por diferentes

factores (síntomatología del trastorno de base y efectos adversos del tratamiento psicofarmacológico, entre otros). Se plantea el caso de una mujer diagnosticada de RM leve y Psicosis injertada, con importante limitación en su nivel de actividad y autonomía, derivada del déficit intelectual, psicopatología y efectos secundarios del tratamiento antipsicótico.

**Metodología:** Tras reagudización de síntomatología psicótica, se incrementa pauta neuroléptica, observándose a la exploración psicopatológica una disminución significativa de dicha síntomatología productiva, junto con un nivel muy reducido de actividad que la propia paciente relaciona con efectos adversos farmacológicos. Se aplica la Escala de Efectos Secundarios UKU, con puntuación = 30, sustituyéndose la pauta de risperidona oral 4 mg DMD por paliperidona 12 mg DMD.

**Resultados:** Un mes después del cambio de tratamiento, la paciente experimenta una mejoría significativa de efectos secundarios (UKU = 12), sin que se produzca reagudización de síntomatología psicótica. Esto favorece que la paciente sea derivada a un recurso de rehabilitación según el Programa de Continuidad de Cuidados (PCC), donde se objetiva progresivamente una participación más activa e incremento notable en su autonomía.

**Conclusiones:** Es importante un abordaje integral del paciente con RM y psicosis, valorando la influencia que tienen en su funcionamiento la psicopatología, el déficit cognitivo y los efectos adversos. Así, el objetivo será una mejoría global de estos factores, con tratamientos farmacológicos con buen perfil de tolerabilidad, y abordaje integral según PCC.

#### Bibliografía

1. Lingjaerd O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1987;76(Suppl 334):1-100.
2. Donsen A. Trastornos psiquiátricos y del comportamiento en adultos con retraso mental. En Gelder MG, López- Ibor JJ, Andreasen N. Tratado de Psiquiatría. Tomo III. Barcelona: Ars Médica, 2003; p. 2326-69.

#### PO-605

#### SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO

J. Martín Carballeda, N. Chinchurreta de Lora, S. Bañón González y F. García Sánchez

**Introducción:** Se trata de un trastorno de aparición rara (0,4-2,4%), observado en pacientes tratados con neurolépticos, de carácter idiosincrático grave y potencialmente fatal. A pesar de haber sido descrita en 1968 por Delay y Deniker como un cuadro clínico caracterizado por hipertermia, rigidez muscular y alteraciones de la conciencia que aparece en una minoría de pacientes que han sido tratados con neurolépticos, no fue reconocido en la literatura inglesa hasta 1980 a partir de una revisión realizada por Caroff.

**Objetivos:** Analizar a propósito de un caso las características clínicas, epidemiológicas, abordaje diagnóstico y tratamiento de este cuadro, así como los posibles tratamientos farmacológico implicados en el desarrollo del mismo.

**Metodología:** Caso clínico (paciente mujer con cuadro de depresión con síntomas psicóticos y tratada con varios neurolépticos: aripiprazol, risperidona, quetiapina, haloperidol).

**Resultados:** Revisión de la lectura de impacto relacionada con este cuadro clínico. La relevancia de lo descrito es que incluso los nuevos neurolépticos continúan produciendo este cuadro clínico de aparición rara, pero que puede llegar a ser mortal en algunos casos.

**Conclusiones:** Se conoce poco sobre la causa de este proceso. Hay claros indicios sobre la implicación de una alteración dopamínérgica cerebral pero también se ha propuesto la existencia de otras alteraciones cerebrales y a otros niveles. No hay pruebas complementarias que confirmen el diagnóstico, aunque suelen ser útiles para descartar otros procesos y complicaciones. Sin embargo, son muy características, y útiles para el diagnóstico, la elevación de los enzimas musculares y la leucocitosis. El tratamiento consiste en la retirada inmediata del fármaco desencadenante, el soporte

vital y la utilización principalmente de fármacos dopamínérgicos (agonistas dopamínérgicos probablemente mejor que levodopa). Se puede utilizar también dantroleno y en casos seleccionados electrochoque. La mortalidad es elevada pudiendo aproximarse al 20%, principalmente si se retrasa la instauración del tratamiento. Entre las secuelas se citan alteraciones de memoria, alteraciones motoras, neuropatía y miopatía, pero la recuperación habitualmente es completa.

#### Bibliografía

1. Caroff SN, Mann SC. Neuroleptic malignant syndrome. *Med Clin N Am.* 1993;77:185-202.
2. Levenson, J.L. Tratado de Medicina Psicosomática. Barcelona: Ars Médica, 2006.

#### PO-614

#### PALIPERIDONA Y CUIDADOS ENFERMEROS PARA MEJORAR LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO

M. Amenábar Figueroa, D. Pozo de Cos-Estrada y M.L. González Montoro

**Introducción:** La gran mayoría de los antipsicóticos pueden generar como efecto secundario disfunciones sexuales como por ejemplo la disfunción eréctil. Esta puede afectar al 25% de los pacientes. El uso adecuado del tratamiento antipsicótico y las intervenciones psicológicas pueden mejorar la función sexual.

**Metodología:** 1. Exploración de la función sexual del paciente. 2. Psicoeducación en los efectos secundarios de los psicofármacos. 3. Ajuste del tratamiento psicofarmacológico.

**Objetivos:** 1. Mejorar adherencia al tratamiento y calidad de vida del paciente.

**Resultados:** Al mes del inicio de la actuación multidisciplinar desaparece la disfunción sexual y mejora la autoestima y el funcionamiento social.

**Conclusiones:** Las medidas terapéuticas han mejorado la adhesión al tratamiento, aumentado la confianza y vinculación al dispositivo sanitario. Interés o relevancia: La importancia de este caso se basa en como los efectos secundarios pueden afectar la adherencia al tratamiento farmacológico y la necesidad de explorar siempre los efectos en la esfera sexual de algunos psicofármacos. Además de como un adecuado manejo de los antipsicóticos y las intervenciones psicológicas pueden mejorar la funcionalidad sexual.

#### PO-625

#### CRISIS CONVULSIVAS. ¿CUÁL FUE LA CAUSA?

R. García Bouza, R.G. Danis, M.P. Castillo Alarcón y N. Díaz-Regañón Anechina

Nuestro caso clínico trata de una mujer de 55 años que ingresa en nuestra unidad ante trastornos de conducta. Entre los antecedentes médicos destacamos infección por VIH. Como antecedentes psiquiátricos de Trastorno esquizoafectivo. Tratamiento habitual: risperidona, ác. valproico, y tratamiento antirretroviral. La paciente ingresa en nuestra unidad ante trastornos de conducta, rechazo a la alimentación y episodios de agitación con difícil manejo a nivel domicilio. Mostraba comportamiento negativista y hostilidad hacia sus familiares. La síntomatología actual era similar a un episodio previo hacia 6 años motivando un ingreso hospitalario con leve respuesta farmacológica precisando Terapia electroconvulsiva (TEC). Durante su ingreso en nuestra unidad la paciente presentó una caída accidental con traumatismo craneal leve. Ante leve respuesta farmacológica, empeoramiento de la conducta (negativa a la alimentación, actitud mutista) y antecedentes de respuesta favorable a TEC se plantea como alternativa terapéutica retirando de forma paulatina ác. valproico. En las siguientes 24 horas tras la primera sesión aplicada la paciente presenta síntomas compatibles con crisis comicial. Nuestro caso clínico presenta varias cuestiones interesantes en rela-

ción al diagnóstico diferencial de las crisis comiciales: secundarias a la propia técnica (TEC), posible complicación en contexto de traumatismo craneal previo, origen farmacológico (neurolépticos y anti-retrovirales-didanosina). Un hecho importante a destacar es la retirada de ác. valproico previo a la administración de TEC, y posible organicidad (infección por VIH). Dado la complejidad del caso se inicia un estudio exhaustivo en colaboración con el equipo de Neurología solicitando Rx tórax, TAC craneal, RMN encefálica, punción lumbar, electroencefalograma (EEG), analítica de sangre (se incluyeron hemo/urocultivos/serologías) sin hallazgos significativos. En relación al manejo farmacológico se reinicia tratamiento con valproato, suspendiendo didanosina. Tras completar el estudio neurológico descartando origen orgánico de las crisis comiciales, podemos deducir que la causa más probable fue la concurrencia de la TEC, el uso de neurolépticos y la suspensión de valproato. Tras estabilización clínica de la paciente, se reinicia didanosina encontrándose asintomática desde el punto de vista neurológico. Ante la persistencia de sintomatología psicótica y negativa a la ingesta se plantea nueva administración de TEC con retirada progresiva de ác. valproico, sin objetivar crisis comicial. Fueron administradas un total de 11 sesiones sin nuevas complicaciones con una evolución favorable (mejoría del estado nutricional de la paciente, remisión de sintomatología psicótica). Previa al alta se ajusta tratamiento farmacológico reiniciando ác. valproico y seguimiento con equipo de Neurología y Psiquiatría.

#### PO-641

#### CONTROL AMBULATORIO PSIQUIÁTRICO PREVIO A COMISIÓN DE DELITO Y SU RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DEL MISMO EN POBLACIÓN PENITENCIARIA

E. Soria García-Rosel, M. Navío Acosta, P. Portillo, M.A. Jiménez-Arriero y M.D. Crespo

**Introducción:** Estudios señalan que los individuos con enfermedad mental que cometen un acto violento se encuentran insuficientemente tratados o no reciben ningún tratamiento psicofarmacológico en el momento del acto.

**Objetivos:** Averiguar si existía control ambulatorio adecuado por Salud Mental previo al delito cometido. Conocer la influencia de un adecuado control ambulatorio de la patología psiquiátrica previa al ingreso, en la gravedad de los delitos cometidos en población penitenciaria.

**Metodología:** Se revisaron las historias clínicas de los internados en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario que residían en Madrid (total 44 sujetos), siendo algunos entrevistados por psiquiatras del equipo investigador si existían dudas diagnósticas. Se realizó el análisis estadístico de frecuencias y se ha empleado la chi cuadrado para la comparación de grupos con variables cualitativas. Se ha considerado delito grave aquel que ha conllevado al fallecimiento de una persona.

**Resultados:** El 50% de los internados del centro no recibían un control ambulatorio adecuado previo a la realización del delito. Hay menor control ambulatorio previo en los delitos graves (62,5%), que en los delitos menos graves (20%), con una  $p < 0,05$ .

**Conclusiones:** La ausencia o el inadecuado control ambulatorio previo al internamiento en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario, se asocia de forma estadísticamente significativa con la realización de delitos graves.

#### Bibliografía

- Richard-Devantoy S, Chocard AS, Bourdel MC, Gohier B, Duflot JP, Lhuillier JP, Garré JB. Homicide and major mental disorder: what are the social, clinical, and forensic differences between murderers with a major mental disorder and murderers without any mental disorder? *Encephale*. 2009;35:304-14.
- Modestin J, Ammann R. Mental disorder and criminality: male schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1996;22:69-82.

#### PO-651

#### SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO. ACTUALIZACIÓN A TRAVÉS DE TRES CASOS CLÍNICOS

M.A. Ferreros Villar, M. Lloret Díez-Canseco, M.A. Harto Cea, C. Almonacid Folch, A. Castillo Ramón, P. García Iglesias, I. Llácer Viel y R. Calabuig Crespo

**Introducción:** El Síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una complicación infrecuente (0,4-2,4%) asociada al uso de fármacos que comprometen la vía dopaminérgica. Su aparición es idiosincrática, con una recurrencia del 15% y una mortalidad del 12-20% siendo necesario un diagnóstico y tratamiento precoz.

**Objetivos:** Revisar a través de 3 casos clínicos ocurridos en la unidad de hospitalización psiquiátrica (UHP), las características clínicas, abordaje diagnóstico y terapéutico así como los fármacos implicados en el desarrollo del SNM.

**Metodología:** Caso 1: varón de 54 años, diagnosticado de Trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos. En tratamiento con 9 mg de risperidona oral, 45 mg de cloracepato y zuclopentixol im. Caso 2: mujer de 73 años, diagnosticada de T. bipolar tipo II, fase actual maníaca. Tratamiento previo con 6 mg de risperidona; posteriormente 9 mg de paliperidona; al ingreso 10 mg de olanzapina y 300 mg de quetiapina. Caso 3: mujer de 60 años, con diagnóstico de T. psicótico n-e en tratamiento con 50 mg de risperidona inyectable.

**Resultados:** En los tres casos se instauró un cuadro de leucocitosis, fiebre y rigidez muscular con CPK > 15.000 U/L a los pocos días de ingreso en la UPH requiriendo ingreso en UCI para su manejo. El diagnóstico al alta fue SNM.

**Conclusiones:** Pese a los nuevos NLP, seguimos asistiendo a la aparición de esta grave complicación. En nuestro caso, se ha asociado al uso de zuclopentixol, risperidona (oral e im), olanzapina y quetiapina sido más frecuente en mujeres en las que la evolución ha sido más tórpida.

#### Bibliografía

- Caroff S, Mann S, Campbell E. Neuroleptic malignant syndrome. *Adverse Drug React Bull*. 2001;20:799-802.
- Ananth J, Parameswaran S, Gunatilake S, Burgoyne K, Sidhom T. Neuroleptic Malignant Syndrome and atypical antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry* 2004;65:464-70.

#### PO-653

#### MONITORIZACIÓN DE EFECTOS SECUNDARIOS DE TRATAMIENTO NEUROLÉPTICO EN PACIENTES PSICÓTICOS: BENEFICIOS DE CAMBIO A PALIPERIDONA

M. García Moreno, A. de Cós Milas, B. Poza Cano, F. García Sánchez y L.B. Carreño

**Introducción y objetivos:** Los efectos secundarios del tratamiento neuroléptico constituyen una de las principales causas de abandono del mismo y del deterioro funcional de los pacientes psicóticos. Evaluar, mediante la Escala de Efectos Secundarios UKU, la mejoría experimentada a nivel de efectos adversos tras cambio a paliperidona.

**Metodología:** Se recogió en una consulta de Psiquiatría General una muestra de 14 pacientes con diagnóstico de Psicosis durante un periodo de 4 meses. Se aplicó la Escala UKU antes y 1 mes después del cambio de tratamiento neuroléptico a paliperidona (3-24 mg/día), excepto en los cambios procedentes de olanzapina que se reevaluó a los 2 meses.

**Resultados:** El análisis descriptivo revela un 78,6% de varones y un 21,4%, con una edad media de 50,5 años. 10 tienen diagnóstico de Esquizofrenia, 2 de Trastorno delirante, 1 de Trastorno esquizoafectivo y 1 de Retraso mental con psicosis injertada. Los cambios se realizaron desde distintos neurolépticos atípicos: 6 risperidona (1-9 mg/día), 6 olanzapina (5-25 mg/día), 1 aripiprazol (35 mg/día) y un caso de combinación (olanzapina 10 mg/día + risperidona 1 mg/día). El

análisis de resultados de la escala UKU revela una mejoría importante en todos los pacientes, con una diferencia media de puntuación UKU de 7,6 puntos entre ambas mediciones. La mejoría es mayor en los efectos psíquicos (fatigabilidad, sedación, indiferencia emocional), en los procedentes de olanzapina, y en los neurológicos (hipocinesia, distonía, rigidez), en los cambios desde risperidona. No se observaron cambios significativos en efectos autonómicos.

**Conclusiones:** El cambio de tratamiento neuroléptico a paliperidona proporciona mejoría evidente en los efectos secundarios, manteniendo la eficacia antipsicótica, e incrementando el funcionamiento de los pacientes.

#### Bibliografía

1. Lingjaerd O, et al. The UKU side effect rating scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1987;76(Suppl 334):1-100.
2. Stahl SM. *Psicofarmacología Esencial de Stahl. Guía del Prescriptor.* Grupo Aula Médica, 2010.

#### PO-656

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE FRECUENTADORES DE URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS DEL CONSORCIO HOSPITALARIO PROVINCIAL DE CASTELLÓN (CHPC)

A. Belda Martínez, N. Ribes Alcover, S. García Chulb y M. Boronat Carbonell

**Introducción:** Las urgencias psiquiátricas (UP) del CHPC atienden al área sanitaria 2-3 de la Provincia de Castellón. Nuestro objetivo es investigar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes frequentadores atendidos en el periodo entre 1/10/2009 al 30/9/2010.

**Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos >7 visitas en UP de CHPC en el periodo a estudio, a partir de la revisión de la base de datos de nuestro hospital y de historias clínicas. Descripción de variables socio-demográficas y clínicas en función del diagnóstico principal DSM IV eje I (excepto adicciones): Trastornos psicóticos (TPs), Trastornos depresivos (TD), Trastornos ansiedad (TA), Trastorno bipolar (TB), Otros trastornos (OT) y Sin diagnóstico (SD).

**Resultados:** Muestra de 41 pacientes: 17 mujeres: 24 hombres, rango de edad 19-73. Media de visitas por grupos: 8,9 TPs, 10 TD, 17,4 TA, 14,5 TB, 14,5 OT, 18 SD. Comorbilidad total con adicciones fue 48,8%; por grupos: 67% TPs, 40% TD, 22% TA, 67% TB, 0% OT, 67% SD. Comorbilidad total con Eje II: 2,43% Cluster A; 56,1% Cluster B; 0% Cluster C; 17,1% Trastorno personalidad no especificado (TPNE); 4,87% Retraso mental (RM); 19,2% Sin trastorno de personalidad (STP). Por grupos diagnósticos: TPs (33,3% B; 8,3% TPNE; 16,6% RM; 41,66% STP); TD (60% B, 40% TPNE); TA (11% A, 33,3% B, 33,3% TPNE, 22,2% STP); TB (100% B), OT (33,3% B, 33,3% RM, 33,3% STP); SD (100% B) Existía comorbilidad con Eje IV en el 70,7% total. Desglosando eje IV: 46,3% Problemas familiares (PF), 2,4% problemas económicos (PE), 14,6% PF+PE, 2,4% PF+ problemas legales (PL) y 2,43% PL+Transeúnte. La distancia (km) a UP fue 1-10 km en un 61% y > 10 km en un 39%. El 100% de la muestra tenía asignado un dispositivo (61% Unidad Salud Mental; 7,3% Unidad Conductas Adictivas; 2,4% Programa Patología Dual; 2,4% Centro Previ, 14,6% > 2 dispositivos), siendo buena la adherencia en un 21,29%.

**Conclusiones:** Mayor número de visitas en pacientes SD con patología en eje II cluster B y en adicciones. A pesar de la asignación a dispositivos, los pacientes tienden a acudir a urgencias. La asociación con patología en eje IV y comorbilidad con adicciones en todos los grupos indica su importancia, a pesar de ello un bajo % acudían a dispositivo especializado. Las visitas a UP fueron más frecuentes desde áreas más cercanas al SU.

#### Bibliografía

1. Chinchilla A, Correas J. *Manual de urgencias psiquiátricas.* Barcelona: Masson, 2009.
2. Pasic J, Russo J. *High Utilizers of psychiatric emergency services. Psychiatric Services.* 2005.

#### PO-657

#### ESTANCIA MEDIA EN UNA UNIDAD PSIQUIÁTRICA DE CORTA ESTANCIA: FACTORES ASOCIADOS

N. Jordana Vilanova, P. Sanz, B. Granados, G. Riveros, N. Casanova, C. Hugo Gómez, M.A. Quintanilla, R.P. Labar, R. Ortega y O. Ortega

**Introducción:** La estancia media hospitalaria en la unidad de agudos genera controversia. La hospitalización se considera un continuo terapéutico siendo el recurso más caro por lo que su utilización debe ser óptima.

**Metodología:** Valoramos todos los ingresos de la Unidad Psiquiátrica de Corte Estancia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza durante un periodo de 6 meses. Analizamos las estancias medias y su relación con diferentes variables como la edad, el género, el diagnóstico y tiempo de evolución de enfermedad en casos de psicosis.

**Resultados:** Obtenemos una muestra de 222 ingresos en el periodo estudiado. La duración de la estancia media fue de  $15 \pm 11,1$  días. Por género observamos una estancia media en mujeres de  $16,5 \pm 12,4$  días y en varones de  $13,6 \pm 9,5$  días, siendo las diferencias casi significativas ( $p = 0,05$ ). Por grupos de edad las estancias fueron significativamente inferiores en el grupo de 18 años y superiores en el de 65 o más años. Por diagnóstico encontramos una tendencia a ingresos más largos en el trastorno por ideas delirantes y más cortos en el trastorno por consumo de sustancias aunque las diferencias no llegaron a ser significativas. Por tiempo de evolución de la psicosis existe una tendencia a ingresos más prolongados conforme sea mayor el tiempo de evolución.

**Conclusiones:** Encontramos unas estancias medias comparables con los estándares recomendados. La mayor duración de los ingresos en población anciana puede estar motivada por factores clínicos (cronicidad, comorbilidad, resistencia) o psicosociales (falta de apoyos o recursos residenciales al alta). Son necesarios nuevos estudios para valorar si estancias demasiado cortas resultan perjudiciales al provocar un mayor número de recaídas y estancias excesivamente largas supongan un riesgo de cronificación y un mal uso de los recursos.

#### Bibliografía

1. Glick ID. *Textbook of hospital Psychiatry.* 2009. p. 23-35.
2. Lelliott P. *Epidemiol Psichiatri Soc.* 2006;15:91-4.

#### PO-663

#### DIFERENCIAS RELATIVAS A GÉNERO EN CUANTO A DIAGNÓSTICO, EDAD Y ESTANCIA MEDIA EN PACIENTES INGRESADOS EN PLANTA HOSPITALARIA DE PSIQUIATRÍA

R. Ortega Fernández, R.P. Labar Silva, O. Ortega Aladrén, A.G. Riveros Tejada, B. Granados, N. Jordana Vilanova, C.H. Gómez Biel, P. Sanz Asín, N. Casanova Gracia y M.A. Quintanilla

**Introducción:** Existe una gran controversia referida a la existencia o no de diferencias entre sexos en cuanto a trastornos mentales graves se refiere y los posibles factores que pudieran influir. Analizamos de forma descriptiva los pacientes ingresados en nuestra UCE para valorar posibles diferencias.

**Metodología:** Se incluyeron en el estudio todos los ingresos en la planta de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza durante 6 meses en 2010 ( $n = 222$ ). Analizamos los diagnósticos al alta en función del sexo del paciente y la existencia o no de diferencias significativas entre éstos, así como si existen diferencias entre sexos en la edad media del paciente y la duración del ingreso.

**Resultados:** El 52,7% de los pacientes eran hombres y el 47,3% mujeres. La edad media en varones es de  $39,2 \pm 16,4$  años y en mujeres  $50 \pm 19,7$  años ( $p < 0,01$ ). La duración de la estancia media fue en mujeres de  $16,5 \pm 12,4$  días y en varones de  $13,6 \pm 9,5$  días ( $p = 0,05$ ). Por patología encontramos diferencias significativas en Esqui-

zofrenia, (70,7% varones, 29,3% mujeres) y en Trastorno por ideas delirantes persistentes (18,8% varones, 81,8% mujeres).

**Conclusiones:** Los datos obtenidos sugieren una gran prevalencia masculina de Esquizofrenia, comparable al T. por ideas delirantes persistentes en la mujer. También la edad es más avanzada en las mujeres ingresadas respecto a los hombres. Esto deja una puerta abierta a la discusión acerca de los posibles factores que intervienen en estos resultados.

#### Bibliografía

1. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22:417-28.
2. Narrow WE, First MB, Sirovatka, PJ, Regier DA. Gender and the prevalence of psychiatric disorders. En: *Age and gender considerations in Psychiatric Diagnosis*. American Psychiatry Publishing, 2007. p. 31-45.

### PO-676

#### INTERACCIÓN ENTRE PSICOFÁRMACOS Y PLANTAS MEDICINALES

P.R. García Ramos, S.E. García Ramos, B. de Diego López, N. Freund Llovera y C. Harkous

**Objetivos:** Conocer la utilización de plantas medicinales por pacientes psiquiátricos y estudiar las interacciones existentes con la medicación psiquiátrica empleada.

**Metodología:** Estudio observacional, con una muestra de 35 pacientes en seguimiento en una consulta de Psiquiatría de un Centro de Salud Mental. Se recogieron los datos de sexo, edad, diagnóstico psiquiátrico, farmacoterapia habitual y consumo de plantas medicinales. Se calculó la incidencia de consumo de plantas medicinales. Para cada paciente se identificó si la planta medicinal consumida presentaba interacciones farmacoterapéuticas y se calculó el número de interacciones por paciente y en función de la planta medicinal implicada.

**Resultados:** El 60% (21 pacientes) de la muestra estudiada consumía alguna planta medicinal. Los productos naturales utilizados fueron los siguientes: manzanilla, tila, poleo, té, aceite de argán, valeriana, plantabén, fave de fuca, sales de frutas, melisa, alcachofa, aloe vera, espino cervical, hinojo. En el 85% de los casos podría darse algún tipo de interacción entre el fármaco prescrito y la planta medicinal consumida. Las interacciones predominantes fueron: potenciación del efecto farmacológico y alteración en la biodisponibilidad del medicamento.

**Conclusiones:** Tanto el consumo de plantas medicinales como las interacciones existentes con la farmacoterapia empleada en la población psiquiátrica justifican que se realice un seguimiento de las mismas. La inclusión de la medicina natural empleada en la historia farmacoterapéutica del paciente, podría ayudar a prevenir problemas relacionados con la medicación, optimizando la eficacia y seguridad de la farmacoterapia empleada.

#### Bibliografía

1. Serrano Ruiz A, Cabrera García L, Saldaña Valderas M, Avedaño Solá C, Ruiz Antorán B. Riesgos de las plantas medicinales en uso concomitante con medicamentos. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2003;27:161-7.
2. Tres JC. Interacción entre fármacos y plantas medicinales. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:233-52.

### PO-679

#### ACTIVIDADES DE FORMACIÓN Y DOCENCIA EN UNA RED DE INVESTIGACIÓN MULTICÉNTRICA: DE LAS RETICS AL CIBERSAM

M. Rapado Castro, A. Pazos, M. Bernardo, J.L. Ayuso, A. González-Pinto, J. Sanjuán, J.M. Haro, M. Sánchez-Delgado y C. Arango

**Introducción:** Uno de los aspectos fundamentales en investigación es la organización y desarrollo de planes/actividades docentes

que permitan; la actualización y formación de los equipos y el desarrollo de tesis doctorales y publicación de resultados.

**Objetivos:** Examinar la formación y docencia en una red de Salud Mental desde su conformación en la convocatoria RETIC hasta su consolidación a través de los CIBER.

**Metodología:** Se recogen las horas de formación de la RETIC G03/032 durante el período 2003-2005 y las actividades regladas de Formación del CIBER de Salud Mental (CIBERSam) desde 2008-actualidad.

**Resultados y conclusiones:** El promedio de horas semanales de formación en la RETIC fue 2,5 en 2003 (1,1 formación global de la RETIC; 1,4 formación específica de cada centro). En 2004, el total fue de 5 horas/semanas (2,8 formación RETIC; 2,2 formación específica) y 8,2 horas (4,8 la RETIC; 3,4 cada uno de los centros) en 2005, aunque hay diferencias entre centros. Se observa un aumento de 2,4 a 5 y a 8,2 horas de promedio semanal de formación, tras designar un responsable de formación. En cuanto al CIBERSAM, con un responsable desde su inicio, se ha centrado en la formación a investigadores de sus grupos mediante 1) oferta de estancias y organización de cursos propios; 2) financiación de actividades intra- y extra-CIBER: asistencia a cursos de interés y estancias en Unidades específicas. Durante sus 3 primeros años de existencia ha financiado 188 asistencias de investigadores del CIBERSam a 146 cursos (23 en 2008, 58 en 2009 y 68 en 2010) 12 de ellos fuera de España y ha facilitado la realización de 46 estancias científicas (17 en 2008, 22 en 2009 y 7 en 2010), 20 de ellas en el extranjero. Estas actividades se consolidan en la presentación de un Programa interuniversitario de Master y Posgrado de investigación en Salud Mental.

### PO-682

#### ASPECTOS RELACIONADOS CON LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO EN LAS DISFUNCIONES CONYUGALES

J.A. Gómez Sánchez, A. Cano Prous, R. Martín Lanas, F. Lahortiga Ramos, G. Cozar Santiago y A. Baquero Mahecha

**Introducción:** Según el Instituto de Política Familiar, entre 1997 y 2007 aumentaron un 268% las rupturas matrimoniales en Europa. Por otra parte, numerosos estudios demuestran la eficacia de distintas modalidades de terapia conyugal, incidiendo en la asociación de psicoterapia con tratamiento psicofarmacológico fundamentalmente en casos de alteración afectiva.

**Objetivos:** Estudiar las variables asociadas a la eficacia del tratamiento en una muestra de matrimonios disfuncionales.

**Metodología:** Estudiamos una muestra constituida por los últimos 25 matrimonios disfuncionales que recibieron tratamiento en la Unidad de Diagnóstico y Terapia Familiar (UDITEF). Se recogen las características sociodemográficas, el grado de satisfacción conyugal mediante el Dyadic Adjustment Scale (DAS), el tratamiento recibido y la evolución del caso.

**Resultados:** El análisis de los 25 matrimonios mostró una relación estadísticamente significativa entre el número de hijos y los matrimonios que se separan ( $p < 0,05$ ), disminuyendo el número de separaciones ante una mayor presencia de hijos. También existen diferencias significativas entre los matrimonios tratados con psicoterapia conyugal y a los que se les asocia psicofármacos, observándose una mayor eficacia en estos últimos ( $p < 0,01$ ). Finalmente, encontramos que una mayor puntuación en el DAS total de las esposas se asocia significativamente a menor número de separaciones ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** En nuestra muestra, es más eficaz asociar a la psicoterapia conyugal un tratamiento psicofarmacológico. Además, cuantos más hijos tiene el matrimonio, más protegidos están ante la posibilidad de terminar en separación o divorcio.

#### Bibliografía

1. Klann N, Hahlweg K, Baucom DH, Kroeger C. The Effectiveness of couple therapy in Germany: A Replication Study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2011;37:200-8.
2. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and other dyads. *Journal of Marriage and the Family*. 1976;38:15-28.

## PO-688

## ESTUDIO CONTROLADO SOBRE LA FUNCIONALIDAD EN ADULTOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

X. Mozo Alegría, L. Prats Torres, J. Pérez Pazos, S. Valero Ventura, R. Bosch Munsò y A. Ramos Quiroga

**Introducción:** El TDAH es un trastorno de inicio en la infancia que afecta al 4% de población general adulta. En la infancia se asocia con peor funcionalidad, pero no existen estudios en nuestro medio en edad adulta.

**Objetivos:** Estudiar el funcionamiento global en pacientes diagnosticados de TDAH en comparación con controles clínicos sin TDAH.

**Metodología:** Se realiza estudio transversal con muestra de 1173 pacientes ambulatorios: 987 diagnosticados de TDAH (según criterios DSM-IVTR) y 186 controles clínicos sin TDAH. Se emplearon entrevistas CAADD y SCID-I, y la Sheehan disability scale (SDS). Se analizan diferencias en su funcionalidad según las variables: problemas legales, multas de tráfico, accidentes (de tráfico, domésticos y laborales), relaciones de pareja, actividad laboral, estudios realizados y consumo de sustancias. Se utilizó el programa SPSSv15.0 y las pruebas chi-cuadrado y t-Student.

**Resultados:** Los pacientes TDAH mostraron diferencias con respecto a los controles ( $p < 0,05$ ) en las variables: arrestos policiales (OR: 2,46, IC95% = 1,39-4,36), condenas legales (OR: 3,67, IC95% = 1,47-9,17), contactos con la ley (OR: 2,36, IC95% = 1,39-4,01), accidentes de tráfico (OR: 1,61, IC95% = 1,14-2,29) y domésticos (OR: 2,15, IC95% = 1,30-3,55), número de multas (3,25 vs 1,07) y de parejas (2,74 vs 1,87). Se obtuvieron diferencias significativas en todas las subescalas de la SDS, mostrando peor funcionalidad los pacientes con TDAH ( $p < 0,001$ ). Asimismo, tuvieron mayor prevalencia de consumo de alcohol, cannabis y cocaína.

**Conclusiones:** Pacientes TDAH mostraron mayor dificultad en su funcionamiento global y mayor consumo de sustancias. La ausencia de diferencias en algunas variables pudiera deberse a que los controles fueron clínicos y no población general.

## Bibliografía

1. Biederman J, Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aleardi M. Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:524-40.
2. Goodman DW. The consequences of attention-déficit/hyperactivity disorder in adults. *J Psychiatr Pract*. 2007;13:318-27.

## PO-698

## TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

M.C. Campos Mangas y M. Ruiz Feliu

**Introducción:** El trastorno dismórfico corporal (TDC), antiguamente conocido como dismorfofobia, se caracteriza por una preocupación por un defecto imaginario del aspecto que causa un sufrimiento clínicamente significativo o interfiere en áreas importantes de la actividad diaria. Actualmente, está clasificado dentro de los trastornos somatomorfos (DSM-IV). La edad de inicio más habitual se sitúa entre los 15 y 30 años y las mujeres se ven afectadas algo más que los hombres. Prevalencia estimada del 1% de la población general. Se desconoce la causa del TDC, pero la serotonina puede intervenir en la fisiopatología del trastorno. Respecto al cuadro clínico, las preocupaciones más habituales conciernen a defectos faciales. Los síntomas asociados suelen incluir ideas de referencia (delirantes o no), comprobación excesiva en los espejos, así como intentos de ocultación de la supuesta deformidad. Los efectos a nivel funcional pueden ser significativos; la mayoría de los pacientes evitan mantener contactos de tipo social o laboral. Hasta un tercio pueden aislararse en casa y cerca de una quinta parte realizan tentativas de suicidio. La comorbilidad es frecuente con trastornos depresivos o de

ansiedad (fobia social), pueden presentar rasgos de TOC, y de trastornos esquizoide y narcisista de la personalidad, incluso problemática de abuso de sustancias. Habitualmente la evolución es prolongada y fluctuante, con pocos intervalos asintomáticos.

**Metodología:** A partir de la exposición de un caso clínico, realizamos una revisión sistemática sobre el tema en diversas bases de datos.

**Resultados:** Descripción del caso de un paciente joven de 32 años diagnosticado de trastorno dismórfico corporal que acudió al CSM hace 8 años por un trastorno depresivo con ideación autolítica. Existen antecedentes familiares de suicidio en familiares de primer y segundo grado. Posteriormente aparecieron conductas de comprobación mirándose continuamente en el espejo, conductas de evitación y retraimiento social llegando a abandonar el trabajo y las relaciones sociales. También ha presentado ideación delirante autorreferencial. A pesar de ensayos farmacológicos con diferentes antidepresivos y antipsicóticos junto con terapia cognitivo-conductual la evolución ha sido desfavorable presentando una importante limitación funcional.

**Conclusiones:** El TDC es una patología infradiagnosticada, de pronóstico y tratamiento complejos, que plantea dificultades de diagnóstico diferencial en diversos trastornos psiquiátricos (especialmente con trastornos psicóticos y trastornos obsesivos), consultas dermatológicas y de cirugía estética. Se trata de una entidad que es terapéuticamente sensible a intervenciones farmacológicas y psico-terapéuticas.

## Bibliografía

1. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry*. 2004;3:12-7.
2. Phillips KA, Menard W, Fay C, Pagano ME. Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatr*. 2005;46:256-60.

## PO-713

## UNA TERAPIA RÁPIDA, EFICAZ Y SEGURA: TEC

M.E. Viñuales Luis, A. Arilla Aguilera, P. Elías Villanueva, M. Fernández Guardiola, S. Gallego Villalta, L. Durán Sandoval, A. Ortíz Martín, E. del Amo Cardeñosa y E. Elías Villanueva

**Objetivos:** Estudiar con carácter retrospectivo diversos aspectos de la TEC (epidemiológicos, asistenciales y técnicos) en la práctica clínica habitual.

**Metodología:** Se trata de un estudio abierto en el que se han revisado las historias clínicas de los pacientes que recibieron TEC durante un año, en la Unidad de Agudos de psiquiatría de un Hospital General.

**Resultados:** Se administraron un total de 192 sesiones de TEC distribuidas entre 20 pacientes, que suponen el 10% de los ingresos (N: 432). El diagnóstico principal encontrado fue el trastorno depresivo mayor recurrente. Se consideró eficaz el tratamiento en casi un 90% de los pacientes. La técnica fue bien tolerada. Los principales efectos secundarios fueron confusión mental (40%), quejas mnésicas sostenidas (30%), cefaleas (10%), hipotensión (10%). Se indicó como tratamiento de mantenimiento en el 35% de los casos.

**Conclusiones:** La TEC se emplea cada vez más en este servicio de psiquiatría, aunque de manera equiparable a otras unidades. Su indicación fundamental es la patología afectiva severa, resistente a la terapia farmacológica. El número medio de sesiones por paciente es inferior al que se cita en otras publicaciones, una posible explicación podría ser la frecuente indicación de TEC de mantenimiento. En un 100% de los enfermos se mantuvo el tratamiento psicofarmacológico. En definitiva la TEC se sigue utilizando con frecuencia en la práctica cotidiana, con un perfil de indicación muy concreto, fundamentalmente en la patología afectiva severa. A pesar de la refractariedad de los pacientes, la técnica resulta muy eficaz, segura y bien tolerada.

## Bibliografía

1. Bertolín Guillén JM. Terapia Electroconvulsiva: estudio sistemático de las evidencias científicas de su eficacia; actitudes y patrones de uso en España. Generalitat Valenciana, 2004.
2. Coentre R, et al. Electroconvulsive therapy: myths and evidences. *Acta Med Port*. 2009;22:275-80.

## PO-717

**TRASTORNO MENTAL GRAVE Y ASOCIACIÓN DE ANTIPSICÓTICOS: SEGUIMIENTO A UN AÑO EN UNA UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA**

A. Castillo Ramón, A. Zafra Villena, M.A. Harto Cea, F.J. González Díaz y A. González d'Huicque

**Introducción y objetivos:** La Unidad de Media Estancia es un dispositivo hospitalario para la asistencia en régimen de ingreso orientado en dar respuestas a las necesidades de pacientes con enfermedad psiquiátrica severa que precisan abordajes de tipo rehabilitador. El objetivo es revisar la frecuencia del uso de antipsicóticos en asociación y las combinaciones más frecuentes en relación con los diagnósticos en las que se emplean, en una UME.

**Metodología:** Se realiza un estudio descriptivo realizando la revisión de la historia clínica de pacientes con trastorno mental grave y datos de alta en la UME del Área de Salud Mental del Hospital Pare Jofré durante el año 2010 (12 meses).

**Resultados:** De los 136 pacientes dados de alta, 124 incluyen en la prescripción antipsicóticos. Sexo: hombres (n = 75)/mujeres (n = 49); Edad: Media (x = 37,01 años); Diagnóstico principal: esquizofrenia (74,19%); trastorno de la personalidad (6,44%); trastorno bipolar (8,14%); otros diagnósticos (11,23%). Diagnóstico secundario más frecuente: abuso de tóxicos (37,09%). Terapia psicofarmacológica: Monoterapia antipsicóticos: n = 39 (atípicos: n = 37; típicos: n = 2) (atípico/oral: n = 29; típico/oral: n = 0; atípico/inyectable de larga duración: n = 8; típico/inyectable depot: n = 2). Politerapia antipsicóticos n = 85 (2 antipsicóticos: n = 62; 3 antipsicóticos: n = 23). Antipsicótico oral más frecuente: 1º quetiapina XR: n = 41 (300 mg/día); 2º paliperidona: n = 17 (18 mg/día). Antipsicótico inyectable de larga duración/depot más frecuentemente utilizado: 1º risperidona LP n = 43 (75 mg/im/14 días).

**Conclusiones:** En nuestro estudio: 1. La asociación de antipsicóticos atípicos es una práctica habitual para el tratamiento del TMS en nuestro Dispositivo Asistencial. 2. Entre los antipsicóticos utilizados, destacan las formulaciones que facilitan una posología sencilla con formulaciones de liberación prolongada.

**Bibliografía**

1. APA. Guía clínica para el tratamiento de Esquizofrenia, 2ª ed. Barcelona: Ars Medica, 2005. p. 145.
2. Faries D, Ascger Svanum H, Zhu B, Correl C, Kane J. Antipsychotic monotherapy and polypharmacy in the naturalistic treatment of schizophrenia with atypical antipsychotics. *BMC Psychiatry* 2005;5:26.

## PO-718

**ANÁLISIS DE LA PATOLOGÍA SEGÚN EDAD EN UNA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA DE PSIQUIATRÍA**

R.P. Labar Silva, O. Ortega Aladrén, R. Ortega Fernández, B. Granados Martínez, N. Jordana Vilanova, A.G. Riveros Tejada, N. Casanova Gracia, C.H. Gómez Biel, P. Sanz Asín y M.A. Quintanilla López

**Introducción:** La presentación de los trastornos mentales suele estar en relación con la edad.

**Objetivos:** Describir los trastornos mentales en pacientes ingresados en una Unidad de Agudos en función de grupos de edad.

**Metodología:** Analizamos durante un periodo de seis meses, los pacientes ingresados en la Unidad de Corta Estancia del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, de los cuales se recoge la edad, categorizada en cuatro grupos (< 18 años, 18-44 años, 45-64 años, > 65 años), género, diagnóstico y estancia media.

**Resultados:** Obtenemos una muestra de 222 pacientes, con una media de edad de  $44,3 \pm 18,8$  años con un rango de 12 a 91 años. Las mujeres presentan una edad significativamente mayor que los varones. En el grupo de menor edad las patologías que aparecen prevalente son Trastorno Mental Orgánico/Retraso Mental (40%) junto

con Trastorno Conducta Alimentaria (33%); en el de mayor edad, el trastorno que más se registró fue Depresión (47,4%), seguido de TMO (21,1%). En edades medias, EQZ representa el 40,4% entre 18-44 años, mientras que Depresión se presenta en 29,2% entre 45-64. Respecto a la estancia media, ésta es significativamente más corta en edades tempranas y más prolongada en el grupo de mayor edad.

**Conclusiones:** Observamos que los diagnósticos de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Agudos se corresponden con la edad de presentación de las diferentes patologías. Durante las primeras décadas corresponde a Retraso mental/Trastorno mental orgánico, éste último reaparece en edades extremas probablemente relacionado con Demencias. Respecto a la Depresión comienza a aparecer significativamente a los 45 años, aumentando a partir de los 65. Objetivamos que en edades avanzadas, ingresos por EQZ desciden, bien sea porque requieren menor hospitalización en UCEs o por fallecimiento.

**Bibliografía**

1. Morlino M. *Eur Psychiatry*. 2011.
2. Guzzetta. *Psychiatry Res.* 2010;176:62-8.

## PO-721

**PERCEPCIONES DE PACIENTES Y TERAPEUTAS SOBRE ASPECTOS ÉTICOS DE LAS TERAPIAS GRUPALES**

E. Guerra Gómez, M. Blanco Prieto y C. Bonilla Reyes

**Introducción:** Una de las fuentes principales de investigación de los conflictos éticos en las psicoterapias de grupo son los cuestionarios y encuestas dirigidas a pacientes, su estudio y análisis ha sido esencial en la elaboración de códigos, reglamentos, etc que regulan la conducta ética del psicoterapeuta.

**Objetivos:** Recoger y analizar las opiniones de pacientes que acuden a psicoterapias de grupo sobre las actividades y conductas éticas de los psicoterapeutas.

**Metodología:** Se elabora un cuestionario de 38 preguntas cerradas y autoaplicado, referido a la ética de los psicoterapeutas y se entrega a pacientes que acuden a tratamiento grupal en la asistencia pública. Las preguntas se organizan en bloques temáticos: A. Datos estadísticos (sociodemográficos y característicos del grupo). B. Aspectos éticos antes de entrar al grupo. C. Aspectos éticos en el grupo (confidencialidad, relaciones interpersonales, documentación y registro).

**Resultados:** De forma sucinta, la edad media de la muestra es de 45 años, predominio de varones, normalmente psicoterapeuta único, el tiempo medio en psicoterapia es de 1,5 años y la mayoría están tratados con psicofármacos. Respecto a los apartados B y C tomados de forma global, el paciente percibe al terapeuta como suficientemente ético, aunque hay deficiencias en: 1. Información previa: 39% 2. Posibilidad de pedir informes 3. Relaciones extragrupales entre pacientes: 19,35% 4. Manejo de los regalos al psicoterapeuta: 16%.

**Conclusiones:** Acorde con la literatura al respecto, es notable la dificultad de obtención de muestras amplias y cuestionarios completados debido probablemente a: 1. Temor a perder el anonimato. 2. Consecuentemente, temor a un trato desfavorable del psicoterapeuta que, en la fantasía del paciente, conocería sus respuestas pese a haberle advertido previamente de lo contrario. También concuerdan los resultados con los déficit éticos que aportan las investigaciones realizadas: la información y el manejo de las relaciones extragrupales por este orden.

## PO-748

**EL CAMBIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON EPILEPSIA TRAS LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

L. López Moreno, S. Ben-Bouchta, K. Eaton, M. Alcañiz, E. García-Camba de la Muela y M. Álvarez

**Objetivos:** Evaluar el cambio en la calidad de vida de pacientes con epilepsia fármaco-resistente tras la neurocirugía.

**Metodología:** La muestra consiste en 50 pacientes epilépticos fármaco-resistentes a los que se les administró el inventario de calidad de vida específico de epilepsia (Qolie-31) un mes antes de la operación y al año de la cirugía. Este cuestionario contiene 7 escalas que incluyen: preocupación por crisis, valoración global de la calidad de vida, bienestar emocional, sensaciones de energía-fatiga, funciones cognitivas, relaciones sociales y valoración de la salud general. El estudio de las variables se hizo a través de la prueba t de student para diferencia de medias. Para el análisis de las puntuaciones se utilizó el programa estadístico SPSS versión 16.0.

**Resultados:** Las puntuaciones del Qolie-31 se incrementaron significativamente tras la cirugía. Esta mejoría fue estadísticamente significativa en los siguientes parámetros: preocupación por crisis (pre = 52,9, post = 70,3, t(48) = -4,084 p < 0,000), valoración global calidad de vida (pre = 54,6, post = 70,8, t(49) = -4,084 p < 0,000), bienestar emocional (pre = 62,3, post = 69,9, t(48) = -2,378 p < 0,021), sensaciones de energía-fatiga (pre = 61, post = 71,4, t(48) = -3,074 p < 0,003), relaciones sociales (pre = 43,9, post = 73,1, t(49) = -6,194 p < 0,000), valoración salud general (pre = 56,8, post = 77,5, t(46) = -5,942 p < 0,000) y calidad de vida total (pre = 57, post = 71,7, t(30) = -3,992 p < 0,000).

**Conclusiones:** Los datos apuntan hacia una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes epilépticos tras la intervención neuroquirúrgica.

#### Bibliografía

1. Cascino GD. Improving quality of life with epilepsy surgery: the seizure outcome is the key to success. *Neurology*. 2007;68:1967-8.
2. Birbeck G, Hays R, Cui X, Vickrey B. Seizure Reduction and Quality of Life Improvements in People with Epilepsy. *Epilepsia*. 2002;43:535-8.

#### PO-753

#### SÍNDROME DE ASPERGER DE DIAGNÓSTICO TARDÍO

M. del Cerro Oñate, J.M. González Matas, R. Consuegra Sánchez, E. Santiago García y L. Medina Garrido

**Introducción:** El Síndrome de Asperger (SA) es un trastorno del neuro-desarrollo que afecta la alteración cualitativa de la interacción social; patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados y causa un deterioro significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**Objetivos:** No existe ningún marcador biológico o prueba de neuroimagen patognomónica para el diagnóstico, debiendo guiarnos por nuestro juicio clínico para establecer el diagnóstico de SA y evitar errores diagnósticos. Pueden pasar por alumnos vagos, TDHA, trastornos de vinculación en la infancia, trastornos de tics crónicos, rasos... Esto hace que muestren gran ansiedad, trastornos del aprendizaje, conductas disociales, sufran exclusión familiar y social, y acaben en la indigencia.

**Metodología:** Descripción de un caso clínico derivado a Unidad de Media Estancia por imposibilidad de control ambulatorio, graves carencias afectivas, exclusión sociofamiliar, indigencia... se ha revisado la literatura actual en relación al SA.

**Resultados:** Presentamos el caso de un varón de 26 años que desde los 3-4 años comienza visitas a CSM infantojuvenil por problemas de lenguaje y trastornos de conducta sin especificación. Con 12 años comienza el consumo de alcohol y varios años más tarde el de múltiples tóxicos. Excluido del servicio militar donde ingresó voluntario por TP. Múltiples ingresos en UPHs con diferentes diagnósticos: F80, F90, F60, F19, F20.6, F95.1; conductas antisociales que han desembocado en frecuentes procesos judiciales. El paciente mostraba alteraciones en la interacción socio/ laboral y otras áreas del contacto, esteriotipias -tipo aleteos-, manierismos motores (girar manos y dedos), rituales no funcionales y sin retraso cognitivo ni del lenguaje.

**Conclusiones:** 1. Los esfuerzos deberían encaminarse hacia un diagnóstico precoz de SA en las primeras etapas evolutivas pues condiciona el tratamiento. 2. Debe tenerse en cuenta la elevada comorbilidad y establecer el diagnóstico diferencial con otras patologías próximas.

#### PO-754

#### SÍNDROME DE ASPERGER EN EL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Muñoz Martínez, G. Belda Moreno, C. Rodríguez Gómez Carreño y E. Segura Escobar

**Introducción y objetivos:** El Síndrome de Asperger (SA) se incluye dentro de los trastornos del espectro autista. Son individuos que se caracterizan por discapacidad importante para la interacción social, dificultad para reconocer señales no verbales, intereses inusuales y tendencia a comportamientos de tipo obsesivos así como un patrón de conducta en el día a día repetitivo fácilmente alterable con cualquier cambio inesperado.

**Metodología:** Varón de 18 años que ingresa por presentar desde hace 2 meses alteraciones de la conducta graves junto con empeoramiento de estado anímico basal.

**Resultados:** El mayor de dos hermanos, padres divorciados. Antecedentes psicobiográficos: adquisición tardía del lenguaje, sin otras alteraciones en los hitos del desarrollo. Escolarizado a los 3 años, presentado ansiedad de separación, dificultad para relacionarse con sus pares y aislamiento. Aprende a leer solo en casa, excelentes rendimientos académicos hasta 2º de Bachillerato, que abandona los estudios. No se le conoce círculo de amistades y sus intereses se centran en la informática y en la lectura de periódicos especializados en economía. Ha llegado a presentar conductas repetitivas como ir todos los días al mismo bar al abrir y abandonarlo cuando comenzaban a acudir clientes. Esta situación basal empeora al aparecer sintomatología depresiva asociada.

**Conclusiones:** En adultos, el síndrome de Asperger es una entidad a tener al hacer el diagnóstico diferencial con otras patologías mentales, como por ejemplo los Trastornos de personalidad, T. psicóticos, T. afectivos; y esto es importante ya el abordaje, tanto psicofarmacológico como psicoterapéutico, de estos individuos va a ser diferente. Además el síndrome de Asperger en el adulto es un cuadro clínico poco descrito en la literatura.

#### Bibliografía

1. Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Trastornos generalizados del desarrollo. Sinopsis de psiquiatría, 8º ed. Madrid: Médica Panamericana, 1999; p. 1201-4.
2. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson, 2002; p. 56-7.

#### PO-774

#### EVOLUCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA

K. Eaton Itúrbide, L. López Moreno, S. Ben-Bouchta del Viejo, M. Álvarez Calderón, M. Alcañiz Rodríguez y E. García-Camba de la Muela

**Introducción:** Existe una alta comorbilidad entre epilepsia y trastornos afectivos y de ansiedad. Esto constituye un problema importante, ya que están mal reconocidos y poco tratados, a pesar de su enorme impacto en la calidad de vida de los pacientes.

**Objetivos:** Comprobar si los niveles de ansiedad y depresión evaluados en pacientes con epilepsia fármaco-resistente un mes antes de ser sometidos a la intervención neuro-quirúrgica disminuyen tras ésta.

**Metodología:** Se trata de un diseño cuasi-experimental pre-post con un solo grupo de sujetos. La muestra se compone de 56 pacientes epilépticos fármaco-resistentes sometidos a cirugía de la epilepsia, evaluados en las variables ansiedad y depresión mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) un mes antes y un año después de la intervención. Para la comparación de medias se ha utilizado la prueba t de Student para muestras relacionadas del programa estadístico SPSS 16.0.

**Resultados:** Los resultados indican que, si bien las medias en los niveles de ansiedad y depresión han disminuido tras la intervención

(de 6,54 desciende a 4,91 en el caso de la ansiedad; de 4,05 a 3,07 en el caso de la depresión y de 10,59 a 7,96 en el HAD total), esta diferencia sólo resulta estadísticamente significativa en el caso de la ansiedad y en el resultado total ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** Los datos apuntan hacia una mejoría en la sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes con epilepsia fármaco-resistente tras la intervención, resultando estadísticamente significativa en la escala de ansiedad y en la total. Sin embargo, la media de las distintas escalas no supera en ningún caso el punto de corte, por lo que estamos hablando de niveles de ansiedad y depresión no patológicos. Además, se observa un predominio de la sintomatología ansiosa sobre la depresiva tanto antes como después de la intervención.

#### PO-789

#### EFICACIA DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC) EN PACIENTES CON SINTOMATOLOGÍA AGUDA REFRACTARIA A TRATAMIENTO EN UNA MUESTRA RECOGIDA POR LA UNIDAD DE TEC REGIONAL DE MURCIA: RESULTADOS 2010

M.L. Medina Garrido, M. López Villaescusa y J. Martínez Serrano

**Introducción:** La terapia psicofarmacológica sigue siendo el tratamiento de primera elección en nuestra práctica clínica diaria. Aunque la TEC ha probado su eficacia sobre todo en depresiones psicóticas, manía aguda y otros cuadros esquizofrénicos, en nuestra muestra van creciendo las demandas debido al fallo del tratamiento farmacológico y resistencia a la mejoría clínica.

**Objetivos:** El estudio de 79 pacientes en TEC aguda durante el 2010 que fueron derivados a la unidad regional y estudio descriptivo de datos obtenidos.

**Metodología:** Recogemos una encuesta con datos sociodemográficos. Para el estudio estadístico descriptivo, índices de correlaciones y pruebas de significación  $\chi^2$  se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.

**Resultados:** El 54,4% son hombres y la proporción hombre/mujer es de 1,19 a favor del sexo masculino. La mediana de edad es de 45,92 con una desviación típica de  $\pm 14,508$ . El diagnóstico principal fueron los Trastornos depresivos en un 44,3% igualando este año a los cuadros psicóticos con un 44,3%. Las indicaciones para ser remitidos por sus psiquiatras eran de fallo de tratamiento en un 62,08% de los casos. El número de sesiones de TEC presenta de media 10,16 sesiones  $\pm 5,187$ . La impresión clínica de eficacia por el equipo entre las categorías notable y moderada que suman un 70,9%.

**Conclusiones:** TEC combinada con terapia psicofarmacológica se presenta como una opción de primera elección en casos de sintomatología aguda fármaco resistente. Aunque es preciso realizar ensayos más rigurosos, presenta un nivel de riesgo aceptable y una notable eficacia por la potenciación que presentan.

#### Bibliografía

1. Consenso español sobre la TEC Sociedad Española de Psiquiatría. Bernardo M, coordinador. Documento de trabajo revisado el 02.07.99.
2. Sanz-Fuentenebro FJ, Vidal Navarro I, Ballesteros Sanz D, Verdura Vizcaino E. Eficacia y riesgos de la combinación de psicofármacos con el tratamiento electroconvulsivo. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc). 2011;4:42-52.

#### PO-791

#### EFFECTIVIDAD DE LA TEC DE MANTENIMIENTO

A. González Rodríguez, A.E. Ortiz García, A. Batalla Cases, J.M. Garrido Ocaña, J.M. Goikolea Alberdi, A. Pons Villanueva y R. Martín-Santos Laffon

**Introducción:** La terapia electroconvulsiva de mantenimiento (TECM) es definida como el tratamiento que se extiende más de 6 meses teniendo como objeto la prevención de recaídas, en pacientes resistentes a tratamiento o intolerantes a la medicación. Existen pocos estudios en la literatura sobre la eficacia de este tratamiento.

La mayoría de los trabajos publicados aportan series de casos o estudios abiertos no controlados.

**Objetivos:** Evaluar la efectividad del TECM comparando la tasa de reingresos, visitas a urgencias y al Centro de Salud Mental (CSM), entre el año previo y posterior al inicio de la TECM.

**Metodología:** Durante 2009 y 2010 fueron tratados 154 pacientes, con un total de 2957 sesiones de TEC en nuestro programa. Treinta pacientes (19,5%) iniciaron TECM en este periodo. Se registró retrospectivamente el número de ingresos, visitas a urgencias y al CSM durante el año previo y posterior al inicio del TECM. Se comparó mediante prueba de Wilcoxon.

**Resultados:** El 70% de los casos fueron mujeres, con una edad media (DT) de 48,3 (15,4) años. El diagnóstico (DSM-IV-TR) fue 33,3% tr. bipolar, 40% esquizofrenia, 16,7% tr.e squizoafectivo, y 10% tr. depresivo mayor. Se observó una disminución en el número de ingresos y de visitas en urgencias tras TECM [media (DT) ingresos pre: 0,8 (0,8), pos: 0,3 (0,7),  $p = 0,014$ ; visitas a urgencias pre: 1,3 (1,9), pos: 0,61 (1,2),  $p = 0,048$ ], no ocurriendo lo mismo con las visitas al CSM [pre: 11,7 (8,7), pos: 9,5 (8,9) ( $p = NS$ )].

**Conclusiones:** La TECM podría ser efectiva en la prevención de recaídas puesto que se relaciona con una reducción del número de reingresos hospitalarios y de visitas a Urgencias.

#### Bibliografía

1. Gupta, et al. Use of continuation and maintenance electroconvulsive therapy. UK National trends. J ECT. 2011;27:77-80.
2. O'Connor, et al. The effectiveness of continuation-maintenance ECT in reducing depressed older patients hospital re-admissions. J Affect Dis. 2010;120:62-6.

#### PO-794

#### COMPLIANCE THERAPY: UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

F. Mayoral Cleries, C. Bayón, M. Bravo, J. Mauriño y J.M. Montes

**Introducción:** La falta de adherencia a la medicación de las personas con trastorno mental grave constituye una de las principales barreras para la efectividad del tratamiento. La causa es compleja y está relacionada con factores dependientes del paciente, del régimen de tratamiento (posología, galénica, tolerabilidad) y con los profesionales (actitud, conocimientos, estilo de abordaje).

**Objetivos:** Evaluar el cambio de actitud en el abordaje de los problemas de adherencia producido en los profesionales tras un entrenamiento en habilidades en técnicas de entrevista y comunicación basado en la “compliance therapy”.

**Metodología:** Se realizaron cinco talleres de entrenamiento en la “compliance therapy” adaptada a pacientes con enfermedad mental grave, distribuidos por todo el territorio de España. Se administró un cuestionario antes y después de participar en el taller, incluyendo datos socio-demográficos y laborales, factores percibidos como asociados con la adherencia terapéutica, consecuencias de los problemas de adherencia, habilidades del terapeuta para su mejora, estrategias de mejora y actitud ante la falta de adherencia.

**Resultados:** Se analizaron los cuestionarios de 93 psiquiatras. Edad media: 36,6 años (DE 9,4), 54,9% mujeres. Tiempo de experiencia profesional: 9,3 años (DE 8,5). Lugar de trabajo: CSM (41%), Unidad de Hospitalización (39%). La falta de conciencia de enfermedad y los efectos adversos de los fármacos fueron considerados los factores más importantes asociados con los problemas de adherencia. Tras el taller se detectaron cambios estadísticamente significativos en las habilidades de los terapeutas para construir una adecuada relación terapéutica y para planificar un plan de tratamiento, así como para comprender el punto de vista del paciente y sus razones para no tomar el tratamiento.

**Conclusiones:** La “compliance therapy” es una estrategia sencilla y breve, capaz de cambiar la actitud de los profesionales hacia

los problemas de adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad mental grave.

#### PO-798

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE PALIPERIDONA EN UNA UNIDAD DE AGUDOS PSIQUIÁTRICA: PERFIL CLÍNICO DE USO

M.E. Viñuales Luis, P. Elías Villanueva, S. Gallego Villalta, M. Fernández Guardiola, A. Ortiz Martín, L. Durán Sandoval, E. del Amo Cardeñosa y E. Elías Villanueva

**Objetivos:** Describir el perfil clínico de los pacientes en los que se utilizó paliperidona como tratamiento antipsicótico.

**Metodología:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo revisando las historias clínicas de los pacientes ingresados durante 8 meses en una Unidad de Corta Estancia psiquiátrica. Se seleccionaron los casos en los que se utilizó paliperidona y se recogieron datos de filiación, clínicos y de tratamiento.

**Resultados:** Se utilizó paliperidona en un 3,58%(10 casos) del total de pacientes ingresados (n = 279). Su utilización fundamental es en los trastornos psicóticos (60%), aunque también ha sido utilizado con éxito en los trastornos afectivos, depresión psicótica y manía (30%) y en el trastorno generalizado del desarrollo (10%). Un 20% de los pacientes son consumidores de tóxicos y un 10% presentaba un trastorno de la personalidad comórbido. La dosis media utilizada es 7,2 mg (rango 3-15 mg). En el 100% de los casos existe tratamiento psicofarmacológico concomitante: 70% otros neurolépticos (40% antipsicóticos atípicos y 30% antipsicóticos típicos y atípicos), un 20% antipsicóticos en preparación depot. Un 70% tratamiento con benzodiacepinas e hipnóticos, un 20% antidepresivos, un 20% eutimizantes y sólo un 10% medicación anticolinérgica.

**Conclusiones:** Un 70% de los casos se beneficiaron con dosis de 6 mg/día. En general, buena tolerabilidad (sólo un 10% de los pacientes precisó tratamiento anticolinérgico), con bajo riesgo de interacciones, lo cual es importante dada la elevada asociación a otros psicofármacos. Su eficacia, tolerabilidad y seguridad hacen de esta molécula una alternativa segura en el tratamiento de los trastornos psicóticos con resultados prometedores en el trastorno bipolar.

#### Bibliografía

1. Gahr M, Kölle MA, Schönfeldt-Lecuona C, Lepping P, Freudenmann RV. Paliperidone extended-release: does it have a place in antipsychotic therapy? *Drug Des Devel Ther*. 2011;5:125-46.
2. Abraham M Nussbaum, TS Stroup. Paliperidona oral para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009, N. 4.

#### PO-805

#### EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UN CASO DE SÍNDROME KEARNS-SAYRE

S. Cámara Barrio, M.J. Manchón Asenjo, V. Guarido Rivera, R. Rivera Mera y A. Royuela Rico

**Introducción:** Las citopatías mitocondriales (CM) son enfermedades poco comunes, que engloban más de 50 afecciones, cuya fisiopatología común consiste en una disfunción del metabolismo energético mitocondrial. Comprometen especialmente a los tejidos muscular y cerebral por su alto metabolismo oxidativo, de ahí que se les identifique más frecuentemente como "encefalomiopatías". Las más representativas son el síndrome Kearns Sayre, la epilepsia mioclónica con fibras rojas rasgadas (MERRF), la enfermedad de Leber, la oftalmoplejía progresiva externa y el síndrome de Alpers.

**Metodología:** Mujer de 28 años, que a los 20 inicia un cuadro caracterizado por dificultad en la marcha, ptosis palpebral, diagnosticada de síndrome Kearns Sayre. Es seguida actualmente por la Unidad Salud Mental tras un episodio ansioso-depresivo. Recibe

tratamiento psiquiátrico y psicológico. Se realiza una exploración neuropsicológica, con el fin de evaluar la situación cognitiva.

**Metodología:** pruebas utilizadas son: Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos WAIS-III, Test Barcelona Revisado TBR y Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin WCST.

**Resultados:** los resultados revelan deterioro cognitivo a nivel general, que aparece invariablemente en todas las pruebas administradas. También se encuentran déficit específicos coherentes con los encontrados en estudios anteriores.

**Discusión:** Se destaca el interés de este caso ya que resalta la creciente importancia de la exploración neuropsicológica en síndromes neurológicos que cursan con deterioro cognitivo y alteraciones psiquiátricas; permite por una parte objetivar el grado de deterioro cognitivo global, así como dilucidar aquellas funciones que de manera específica se encuentran afectadas, permitiendo un análisis más detallado y ayudando a establecer una correlación de los déficit encontrados con las áreas cerebrales implicadas. Instrumento sumamente útil como complemento de las pruebas de imagen. El perfil obtenido, es de gran utilidad en la elaboración de programas de rehabilitación centrados en la estimulación y recuperación de funciones alteradas.

#### PO-812

#### ACTUALIZACIÓN SOBRE INVESTIGACIÓN EN PRUEBAS NEUROFUNCIONALES

A. Ballesteros Prados, B. Cortés Morales, R. Fernández Barrera y J. Becker Costa

**Introducción:** Los hallazgos con pruebas funcionales están permitiendo entender el funcionamiento cerebral de una forma más dinámica. La correcta metodología en futuros estudios arrojará resultados esclarecedores.

**Metodología:** Búsqueda en MEDLINE/Pubmed con los términos: "neurofunctional studies" [MESH] AND "schizophrenia" [MESH]. Criterios de selección: restricción de búsqueda a revisiones bibliográficas publicadas entre 2009 y 2010.

**Resultados:** Describimos las pruebas no invasivas más importantes: Electroencefalografía (EEG): registra la actividad eléctrica cerebral a una escala temporal rápida. Registra los potenciales evocados: exploración que evalúa la función del sistema sensorial por medio de respuestas provocadas frente a un estímulo. La amplitud de la señal depende del número, orientación y sincronización de las neuronas piramidales. Un 20% de las neuronas son de otros tipos y su actividad es indetectable, al igual que con la magnetoencefalografía (MEG). MEG: registra actividad cerebral a escala temporal rápida y con precisión anatómica de centímetros cúbicos captando campos magnéticos que ubican funciones cerebrales en zonas anatómicas independientemente de su profundidad. La señal emitida por activación sincrónica de un conjunto de neuronas no se distorsiona por la resistencia tisular. Resonancia Magnética funcional: registra el gasto metabólico producido por la actividad eléctrica cerebral durante un período de tiempo en términos de diferencias de concentración de desoxihemoglobina con independencia de la profundidad del área cerebral a estudio. Su principal limitación es que mide promedios de actividad cerebral.

**Discusión y conclusiones:** Los estudios de carácter polimodal son el "gold standard" en éste área de investigación por su fiabilidad al minimizar las carencias que presenta una prueba determinada.

#### Bibliografía

1. Rissling AJ, Light GA. Neurophysiological measures of sensory registration, stimulus discrimination, and selection in schizophrenia patients. *Curr Top Behav Neurosci*. 2010;4:283-309.
2. Broyd SJ, Demanuele C, Debener S, Helps SK, James CJ, Sonuga-Barke EJ. Default-mode brain dysfunction in mental disorders: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2009;33:279-96.

## PO-814

## TRASTORNO ADAPTATIVO: ESTUDIO DESCRIPTIVO

V. García Fuertes, B. Arenas Tuzón, L. Morante Hernández y F. Pérez Prieto

**Introducción y objetivos:** El Trastorno adaptativo es uno de los diagnósticos más frecuentes en un Centro de Salud Mental (CSM), pero existen pocos datos en la bibliografía científica sobre éste trastorno. El objetivo de este trabajo es realizar un estudio retrospectivo sobre el diagnóstico y tratamiento de pacientes atendidos en un CSM de la ciudad de Valencia con diagnóstico de Trastorno adaptativo.

**Metodología:** Revisión de todos los pacientes nuevos derivados desde los Centros de Atención Primaria a CSM Malvarrosa, durante los meses de julio a diciembre de 2010, determinando la frecuencia y tratamiento de los Trastornos adaptativos.

**Resultados:** El análisis preliminar obtenido de la revisión de ochenta primeras visitas, indica que, el 28% de los pacientes son diagnosticados de Trastorno adaptativo. Respecto al tratamiento, acuden sin medicación desde el médico de Primaria un 33% de los pacientes. Desde CSM se modifica o se instaura tratamiento en un 90% de los casos y los fármacos prescritos son en un 10% benzodiacepinas, 18% antidepresivos, y en 72% de los pacientes, se combinan ambos. El 42% de los pacientes son derivados a terapia psicológica de apoyo.

**Conclusiones:** En nuestra área, alrededor de un tercio de los pacientes derivados a Salud Mental son diagnosticados de Trastorno adaptativo. Estos datos coinciden con la literatura científica que señala que en Consultas Ambulatorias de Psiquiatría, la prevalencia del Trastorno adaptativo es del 36%, siendo el diagnóstico clínico superior a los datos obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas. Estos datos confirmarían que el Trastorno adaptativo es unos de los diagnósticos clínicos más frecuentes. Aunque, son necesarios más estudios que profundicen en estos resultados.

## Bibliografía

1. Casey P. Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*. 2009;23:927-38.
2. Carta MG, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. Review Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2009;5:15.

## PO-819

## PADRES DE NIÑOS CON TDAH: ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y CONSUMO DE TÓXICOS

L. Ros Ribés, S. Crivillés Mas y J. Cobo Gómez

**Introducción y objetivo:** El TDAH es un trastorno de inicio en la infancia con una heredabilidad cercana al 70%; en el adulto suele presentarse con comorbilidad, especialmente con las drogodependencias. Comparamos el consumo de tóxicos y antecedentes psiquiátricos en padres de niños con TDAH que resultan positivos en tests de screening vs negativos, con el objetivo de demostrar que los positivos serían un subgrupo intermedio entre la normalidad y el diagnóstico de TDAH.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Muestra: adultos que acuden sin un malestar propio, por su hijo TDAH en seguimiento en nuestro CSMIJ (mayor probabilidad hereditaria de resultar positivo en test de screening). Test de screening: ASRS y WURS para síntomas actuales y pasados. Apareamos screening positivos y negativos por edad y sexo. Análisis estadístico: SPSS 19.0.

**Resultados:** 58 casos: 75,9% mujeres, apareados por edad y sexo. Edad media: 40,79. Definimos positivo: resultado en ASRS  $\geq 4$ . Alcohol, café y tabaco: globalmente, los positivos consumen el 82,75% respecto al 72,41% de negativos. Separadamente: diferencia de consumo estadísticamente significativa en cada uno, más evidente en café (24% en positivos, 10,34% en negativos) y café + tabaco (10,34%

en positivos y 6,89% en negativos) ( $p: 0,036$ ). Cocaína, cannabis y anfetaminas: globalmente, un 3,44% de positivos consumen actualmente y un 10,34% retrospectivamente; ningún consumo en negativos. Tóxico más frecuente: cocaína + cannabis (7,14% de positivos). **Consultas psiquiatra:** 58,62% de positivos con antecedentes de consulta; 24,13% en los negativos ( $p: 0,22$ ). 41,37% de positivos han consultado de adultos (estadísticamente significativo respecto negativos;  $p: 0,024$ ).

**Discusión y conclusiones:** A pesar de no tener el diagnóstico de TDAH, encontramos más antecedentes psiquiátricos y consumo de tóxicos en los screenings positivos, apoyando la concepción del TDAH como un continuum de sintomatología.

## Bibliografía

1. Can J Psychiatry. 2009;54:673-83.
2. BMC Psychiatry. 2010;10:67.

## PO-824

## PADRES DE NIÑOS CON TDAH: FUNCIONALIDAD

S. Crivillés Mas, L. Ros Ribés y J. Cobo Gómez

**Introducción y objetivos:** El TDAH es un trastorno de inicio en la infancia con una heredabilidad cercana al 70%. Persiste en un 30-70% de adultos y suele tener impacto en la adaptación socio-laboral. Realizamos una comparación del nivel de escolarización, problemas legales y accidentalidad en padres de niños con TDAH que resultan positivos en tests de screening vs negativos con el objetivo de demostrar que los positivos serían un subgrupo intermedio entre la normalidad y el diagnóstico de TDAH

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Muestra de adultos que acuden a nuestra unidad por un motivo no relacionado con un malestar propio, con hijo diagnosticado de TDAH en seguimiento en nuestro CSMIJ (por mayor probabilidad hereditaria de resultar positivo en test de screening). Test de screening: ASRS y WURS para síntomas actuales y pasados. Apareamos screening positivos y negativos por edad y sexo. Análisis estadístico con SPSS 19.0.

**Resultados:** 58 casos: 75,9% de mujeres, apareados por edad y sexo. Edad media: 40,79. Se define positivo: resultado ASRS  $\geq 4$ . Escolarización: los positivos presentan 31% estudios primarios, 55,17% secundarios y 13,79% superiores. Los negativos un 48,27%, 37,93% y 13,79 respectivamente. No hay diferencias. Problemas legales: 6,9% de positivos presentan problemas; en los negativos nadie. No estadísticamente significativo (tendencia). Accidentalidad: en positivos hay un 44,82% de accidentes; 37,93% en los negativos. Diferencias no estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Tras analizar screenings positivos vs negativos, sin confirmar diagnóstico de TDAH, objetivamos diferencias respecto a “problemas legales” y “accidentalidad”, no estadísticamente significativas. Podría ser debido a sesgos: muestra pequeña, o que el grupo negativo tiene un hijo TDAH (factor de confusión). Aún así, encontrar tendencias apoyaría la concepción del TDAH como un continuum de sintomatología.

## Bibliografía

1. Can J Psychiatry. 2009;54:673-83.
2. BMC Psychiatry. 2010;10:67.

## PO-840

## MINDFULNESS Y REGULACIÓN DE LA IRA EN EL ENTRENAMIENTO DE TERAPEUTAS

J. Melero Llorente, C. Valverde García, B. Manzano Balsera, E. Cordero Gutiérrez, B. Muchada López, A. Fernández Liria y B. Rodríguez Vega

**Introducción:** La expresión Mindfulness hace referencia a un conjunto de procedimientos y técnicas basados en la meditación vipassana. Consiste en el proceso de observar expresamente cuerpo y

mente, de permitir que nuestras experiencias se vayan desplegando de momento en momento y de aceptarlas como son. El entrenamiento en mindfulness para profesionales de la salud ha mostrado, cuando se emplean este tipo de programas en esta población, mejorías en empatía, resiliencia y percepción de eficacia, así como una menor sintomatología burnout (Sanders, 2010).

**Objetivos:** Estudiar los cambios en la regulación de la emoción de ira en residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica tras un programa de 8 sesiones de reducción del estrés basada en mindfulness (MBSR, Kabat-Zinn, 1990).

**Metodología:** 23 residentes en Psiquiatría y Psicología Clínica llevaron a cabo un entrenamiento MBSR, contestando al autoinforme STAXI-II (Spielberger, 2006) al iniciar y al finalizar el entrenamiento. Adicionalmente, un grupo de 18 participantes en lista de espera para el entrenamiento (sin diferencias significativas en cuanto a edad, sexo o profesión) contestaron al mismo cuestionario en dos ocasiones separadas por un intervalo igual a la duración del programa.

**Resultados:** Se observan efectos significativos atribuibles al entrenamiento en las escalas Estado de ira ( $F = 5,08$ ,  $p = 0,03$ ), Sentimiento de ira ( $F = 4,27$ ,  $p = 0,04$ ), Rasgo de ira ( $F = 4,59$ ,  $p = 0,03$ ), Expresión física de la ira ( $F = 4,28$ ,  $p = 0,04$ ) y Reacción de ira ( $F = 5,51$ ,  $p = 0,24$ ).

**Conclusiones:** El entrenamiento MBSR genera en los participantes, respecto al grupo de lista de espera, menor experiencia subjetiva de emociones de ira, así como una menor tendencia a reaccionar de forma airada o físicamente.

#### PO-843

#### CAMBIOS EN EL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO GLOBAL Y SALUD MENTAL EN PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA SOMETIDOS A CIRUGÍA

S. Ben-Bouchta, M. Calderón, K. Eaton, L. López, M. Alcáñiz y E. García-Camba de la Muela

**Objetivos:** Evaluar los cambios en el nivel de actividad global (nivel de funcionamiento psicológico, social y ocupacional), así como en variables de salud mental (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión) en pacientes con epilepsia fármaco-resistente sometidos a neurocirugía.

**Metodología:** Diseño cuasi-experimental pre-post. La muestra consta de 53 pacientes con epilepsia fármaco-resistente tratados mediante neurocirugía. Se administró la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG acorde con el Eje V, DSM-IV-TR) para medir el nivel de funcionamiento global, así como el Cuestionario de Salud Mental de Goldberg (GHQ-28) con sus 4 subescalas correspondientes a síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión un mes antes y un año después de la intervención. Para el análisis de datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS 12.0.

**Resultados:** Los niveles de funcionamiento global se han incrementado tras la neurocirugía, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a variables específicas de salud mental, se registró una mejoría no estadísticamente significativa. Sin embargo, cuando se consideran los pacientes con psicopatología más graves, las diferencias adquieren significación estadística en síntomas somáticos, ansiedad e insomnio y nivel global de salud mental.

**Conclusiones:** Se produjo un incremento significativo en la actividad global, con una puntuación media en el EEAG de 66,13 en la medida pre a 76,32 en la medida post, y siendo esta diferencia estadísticamente significativa al nivel de significación  $p < 0,05$ . Asimismo, se observó una reducción de los síntomas somáticos (con una puntuación media en la medida pre de 1,11 a 0,64 en la medida post), una mejoría en el nivel de disfunción social (de 0,94 en la medida pre a 0,89 en la medida post) y un alivio de los síntomas depresivos (de 0,64 en la medida pre a 0,45 en la medida post), así como una mejoría global a nivel de salud mental (de 3,87 en la me-

dida pre a 3,26 en la medida post), no siendo estas diferencias estadísticamente significativas. La significación aumenta cuando se tiene en cuenta a los pacientes con psicopatología previa más grave, encontrando diferencias estadísticamente significativas en síntomas somáticos ( $p < 0,05$ ), ansiedad e insomnio ( $p < 0,01$ ) y nivel global de salud mental ( $p < 0,05$ ). Estos datos evidencian el beneficio potencial de la neurocirugía en pacientes con epilepsia fármaco-resistente, especialmente en aquellos más graves.

#### Bibliografía

1. Suurmeijer TP, et al. Social functioning, psychological functioning and quality of life in epilepsy. *Epilepsia*. 2001;42:1160-8.
2. Meldolesi GN, et al. Changes in depression, anxiety, anger, and personality after resective surgery for drug-resistant temporal lobe epilepsy: a 2-year follow-up study. *Epilepsy Research*. 2007;77:22-30.

#### PO-855

#### DIFICULTADES DE DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE ASPERGER EN ADULTOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. Borrás Torralbo

**Introducción:** El sd. de Asperger (SA) es un trastorno generalizado del desarrollo del que existe poca conciencia en la práctica clínica psiquiátrica en adultos. Los pacientes consultan por diferentes síntomas, siendo descritos como sujetos raros, presentando una elevada comorbilidad con trastornos psiquiátricos. Se describen dos casos clínicos del CSMA de Mataró con el objetivo de evidenciar las dificultades diagnósticas y la comorbilidad del SA. Se realiza revisión bibliográfica.

**Metodología y resultados:** En la evaluación psicométrica se ha empleado la entrevista clínica y escalas específicas (Autism Questionnaire, ASRS, SCL-90) y subtests del WAIS III (TMT A y B, STROOP, PMR). El primer paciente refirió factores de riesgo perinatales, el segundo no. Ningún paciente presentó disminución del coeficiente intelectual y ambos tenían una historia de desarrollo psicomotor compatible con SA, con lenguaje "pedante" en el primer caso. Ambos presentaron síntomas de déficit de atención de predominio inatento, desde la infancia, teniendo ambos un hermano gemelo con TDHA. Ambos pacientes presentaron síntomatología depresiva y ansiosa, con fobia social, como síntomas principales comórbidos, siendo además el motivo de consulta inicial, rasgos obsesivos de personalidad y se orientaron en algún momento como trastornos de la personalidad esquizoides. El segundo paciente presentó síntomas obsesivos-compulsivos invasivos, el primero consumo de alcohol en patrón de abuso, con supuestos fines ansiolíticos.

**Conclusiones:** El diagnóstico de sd. de Asperger en adultos es difícil y puede ser eclipsado por otros trastornos psiquiátricos comórbidos, requiriendo para ello una anamnesis detallada y escalas de screening específicas. En los casos descritos se pone de manifiesto su predisposición genética y se observan las comorbilidades referidas en la literatura.

#### Bibliografía

1. Toth K. Asperger's syndrome: diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry*. 2008;165:958-63.
2. Lugnérard T, et al. Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 2011.

#### PO-871

#### DISFUCIÓN DEL LÓBULO FRONTAL. NUEVAS PERSPECTIVAS PARA EL DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. González Garrido y M.L. Gutiérrez López

**Introducción:** Las disfunciones que tanto en la clínica como en la investigación se atribuyen al lóbulo frontal incluyen una compleja

interacción de alteraciones emocionales, conductuales y cognitivas difíciles de enmarcar en las actuales clasificaciones diagnósticas.

**Objetivos:** El presente estudio pretende poner de manifiesto el cambio de perspectiva que las nuevas pruebas diagnósticas ofrecen para la evaluación y diagnóstico de pacientes que muestran una afectación del lóbulo frontal.

**Metodología:** Se expone un caso de una mujer de 39 años actualmente ingresada en Comunidad Terapéutica. Se realizó análisis de los antecedentes personales en historia clínica, exploraciones complementarias e informes de alta hospitalaria.

**Resultados:** Atendida por primera vez en año 2005 en USMC fue diagnosticada de trastorno obsesivo-compulsivo. Un primer ingreso en Unidad de Agudos en el año 2008 por presentar conductas compulsivas que llegaron a afectar la realización de las actividades básicas de la vida diaria, aislamiento social, indiferencia afectiva, nula conciencia de enfermedad y escasa capacidad de insight. Se realizó entonces una SPECT, en la que se apreció una importante hipoperfusión frontal y una evaluación neuropsicológica con alteraciones en el MMS y la Torre de Hanoi. Desde este ingreso hasta la actualidad y dada la escasa respuesta a numerosas intervenciones terapéuticas se han barajado diferentes orientaciones diagnósticas: trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno psicótico o inicio temprano de demencia fronto-temporal.

**Conclusiones:** Este caso es un ejemplo de cómo la utilización de nuevas herramientas diagnósticas retan al paradigma de la psiquiatría actual. La hipoperfusión frontal detectada en SPECT y las alteraciones en las pruebas neuropsicológicas señalan una disfunción del lóbulo frontal. Cómo interpretar este hallazgo, enmarcar la sintomatología atribuible y prever la evolución son demasiadas incógnitas a resolver.

#### Bibliografía

1. Goldberg E. *The executive brain*. New York: Oxford University Press, 2001.
2. Tirapu-Ustároz J, Muñoz-Céspedes JM, Pelegrín-Valero C. Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Rev Neurol*. 2002;34:673-85.

#### PO-875

#### DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO DEL TDAH EN ADULTOS EN ESPAÑA Y EN EUROPA A PARTIR DE LAS DISCREPANCIAS EN LAS ESTIMACIONES DE SU PREVALENCIA

J.A. Hormaechea Beldarrain y L. Prieto Rodríguez

**Introducción y objetivos:** Las estimaciones de la prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) en adultos pueden obtenerse a partir de estudios transversales de la población general o, alternativamente, del análisis de bases de datos clínicas. El propósito del presente estudio fue realizar una revisión sistemática de la literatura para identificar estudios de prevalencia del TDAH en adultos en España y en el resto de Europa con el objetivo de comparar ambos tipos de estimaciones.

**Metodología:** Se realizaron búsquedas (1947-2011), en cualquier idioma y limitadas a adultos, de referencias bibliográficas en EMBASE, MEDLINE, y Web of Science utilizando los términos (en inglés): "déficit de atención con hiperactividad" o "TDAH" y "prevalencia". El análisis de los resultados se centró en identificar estudios españoles en primera instancia, y estudios en otros países Europeos, en segunda.

**Resultados:** Se obtuvieron inicialmente 588 referencias, de las cuales, 7 cumplieron los criterios establecidos. De las siete referencias identificadas, una correspondía a una revisión de la literatura, 3 a estimaciones de prevalencia basadas en muestras de la población general, y 3 a estimaciones de prevalencia a partir de registros médicos. A partir de estas 7 referencias se identificaron estudios en población general en 6 países (Bélgica, Francia, Holanda, Hungría, Italia, y España), con prevalencias oscilando entre 1,2-7,3%; así como tres estudios basados en el análisis de bases de datos clínicas: dos en España, con estimaciones de 0,04% (basada en un estudio transversal de las bases de datos de atención primaria

del Instituto Catalán de la Salud, n = 2.452.107) y 0,06% (basada en un estudio del número de recetas proporcionado por el Ministerio de Sanidad), y otro en Alemania (0,04%), basado en el análisis de los registros de seguro médico en la población de Nordbaden de 2.238.000 habitantes.

**Conclusiones:** Aunque la información sobre la prevalencia de TDAH de adultos es limitada, los estudios identificados proporcionaron resultados consistentes al aplicar métodos de estimación similares. Se observaron diferencias sustantivas entre las estimaciones basadas en población general y las basadas en bases de datos clínicas que indican el infradiagnóstico e/o el infratratamiento del TDAH en adultos en España y en Europa.

#### Bibliografía

1. Kooij SJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: the European network adult ADHD. *BMC Psychiatry*. 2010;10:67.
2. Simon V, et al., Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psych*. 2009;194:204-11.

#### PO-878

#### MEJORÍA DE LA FUNCIONALIDAD CON TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE AGUDOS

F.J. Zamora Rodríguez, A. Leal Micharet, I. Baltasar Tello, F. Méndez Sánchez, J.A. Guisado Macías y M. Bolívar Perálvarez

**Introducción:** La funcionalidad es uno de los parámetros más importantes a considerar con el uso del tratamiento con antipsicóticos.

**Objetivos:** Analizar la mejoría en la funcionalidad tras la instauración de tratamiento con antipsicóticos en una muestra de pacientes ingresados en una unidad de agudos hospitalaria.

**Metodología:** Se estudió durante un periodo de 50 días todos los pacientes ingresados en una unidad de hospitalización breve que requirieron introducción o cambio de tratamiento antipsicótico. Se analizaron las variables: edad, sexo, diagnóstico al alta, puntuación de la PSP al ingreso, puntuación de la PSP al alta, mejoría en la escala de la PSP, número de días ingresados y tratamiento antipsicótico utilizado.

**Resultados:** Del total de la muestra (24 pacientes) el 54,2% eran mujeres y el 45,8% hombres, con una edad media de 43,12 años. El diagnóstico recibido al alta era en un 37,5% de los pacientes el de esquizofrenia y en un 37,5% el de trastorno bipolar. La estancia media fue de 23,41 días. Los tratamientos más frecuentemente utilizados fueron paliperidona (16,7%) y risperidona (16,7%), olanzapina (12,5%) y la combinación de olanzapina y aripiprazol (12,5%). La media de la puntuación de la PSP al ingreso fue de 24,08 y al alta de 59,62, con una mejoría media de 35,54. El grupo con el que más mejoría se produjo en la PSP fue el de paliperidona, con una mejoría en la puntuación de 45 puntos.

**Conclusiones:** Encontramos una importante mejoría en la funcionalidad de los pacientes tratados con antipsicóticos. El antipsicótico con el que mayor mejoría en la escala de funcionalidad encontramos fue paliperidona.

#### PO-890

#### ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO: EVOLUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA ESPAÑOLA EN PSIQUIATRÍA DURANTE EL PERÍODO 2001-2010

J. de Arriba Enríquez, E. Sanz Casado, M. Rapado Castro y C. Arango López

**Introducción:** En los últimos años ha habido un importante aumento en la producción científica en psiquiatría y neurociencias. Los indicadores bibliométricos son las mejores herramientas para medir la producción. Son datos que se extraen de los documentos publicados y que permiten analizar la actividad científica<sup>1,2</sup>.

**Objetivos:** Realizar un análisis sistemático de la producción científica en psiquiatría en España, indexada en la base de datos ISI WOK, durante 2001-2010. **Métodos:** Los términos de recuperación fueron obtenidos en PubMed, a través del tesauro MeSH. Tras un análisis por expertos, se seleccionaron 178 términos MeSH válidos. **Estrategia de búsqueda:** se introdujeron dichos términos separados por operadores booleanos, centrando el área geográfica del estudio en España durante 2001-2010.

**Resultados:** De 23.392 documentos, filtrados por parte de expertos, se establecieron como válidos para el análisis 6564 documentos. Los cuales recibieron 71291 citas en el periodo de estudio, lo que supone 10,86 citas de media por documento. Los años más productivos son 2008 (956 docs) y 2009 (848 docs). La tipología documental más utilizada es el artículo (4182 docs). El inglés es el idioma principal (80% de trabajos). La producción psiquiátrica española se concentra en Cataluña (27,96%) y en Madrid (24,60%). Las revistas más productivas son la Revista de Neurología (462); Actas Españolas de Psiquiatría (439).

**Conclusiones:** La revista más productiva sobre trabajos de psiquiatría, es la Revista de Neurología. Más del 60% de la producción científica española en psiquiatría se concentra en centros sanitarios y en universidades. Destaca el CIBERSAM como institución más productiva en este período.

#### Bibliografía

1. Méndez-Vásquez, et al. Caracterización bibliométrica de grupos de investigación en psiquiatría, psicología clínica y drogodependencias. España 1996-2004. FAK y Parque de Investigación Biomédica de Barcelona.
2. Sanz Casado, et al. Técnicas bibliométricas aplicadas a los estudios de usuarios. Revista general de información y documentación. 1997;7:41-68.

#### PO-923

#### EVOLUCIÓN DEL TDAH DE LA INFANCIA A LA EDAD ADULTA

M. Dívar Conde, A. Cano Prous y G. Cázar Santiago

**Introducción:** Según el Consenso Europeo sobre el Diagnóstico y Tratamiento del TDAH del adulto dos tercios de los niños diagnosticados de TDAH siguen presentando síntomas en la edad adulta. Un 40% de estos pacientes presentan comorbilidad cuando se hacen mayores.

**Objetivos:** Analizar la evolución, comorbilidad y mantenimiento del tratamiento en pacientes adultos que en su infancia fueron diagnosticados de TDAH.

**Metodología:** Estudiamos una muestra de 42 pacientes diagnosticados en su infancia o adolescencia de TDAH en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica de la Clínica Universidad de Navarra, que actualmente siguen revisiones en la Unidad de adultos. Analizamos variables sociodemográficas, cambios en el diagnóstico y trastornos comórbidos aparecidos, variaciones en el tratamiento y evolución del cuadro clínico.

**Resultados:** Dos tercios de la muestra eran varones. La edad media era de 13 años. Los pacientes han sido seguidos durante una media de 6,23 años, durante los cuales la mitad ha cambiado de tratamiento, manteniendo el mismo diagnóstico de TDAH el 95,23% de ellos, aunque el 57,14% ha presentado un diagnóstico comórbido. Durante la evolución, un 8,3% de los pacientes presentan asociado el consumo de sustancias, siendo el Trastorno del comportamiento (29,16%) el diagnóstico comórbido más frecuente.

**Conclusiones:** En nuestra muestra, los pacientes diagnosticados de TDAH en la infancia y adolescencia modifican su tratamiento al alcanzar la edad adulta. Constatamos el consumo de tóxicos como una complicación del TDAH diagnosticado en la infancia o adolescencia.

#### Bibliografía

1. Kooij et al. Declaración de consenso europeo sobre el diagnóstico y el tratamiento del TDAH del adulto: la European Network Adult ADHD BMC Psychiatry. 2010;10:67.
2. San Sebastián J, Soutullo C, Figueroa A. Trastornos por déficit de atención y del comportamiento disruptivo. En: Soutullo C, Mardomingo MJ, eds. Manual de psiquiatría del niño y adolescente. Madrid: Panamericana; 2010. p. 55-78.

#### PO-926

#### ALUCINACIONES DE VOZ EN PACIENTES SORDOS CON PSICOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Moreno Izco, J.M. López Ilundain y A.M. Sánchez Torres

**Introducción:** Aproximadamente la mitad de las personas sordas diagnosticadas de Esquizofrenia, refieren experimentar voces mediante las cuales alguien se comunica con ellas en ausencia de un estímulo externo. La evaluación del estado mental en pacientes sordos es una práctica clínica difícil de realizar, por lo que existe escasa literatura sobre el tema y apenas datos epidemiológicos.

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

**Resultados:** Mujer de 28 años de edad con antecedentes de rubéola congénita, presentando a consecuencia de ello microcefalia, sordera y retraso en el desarrollo psicomotor. Antecedentes de tratamiento en su Centro de Salud Mental de referencia por sintomatología de corte afectivo. En el año 2007 comenzó a signarse a sí misma y a realizar articulación vocal. Presentaba ánimo triste con labilidad emocional, insomnio, hiperfagia e ideación delirante. Aseguraba haber hablado con gente con la que era imposible que hubiera estado. Fue diagnosticada de Trastorno esquizoafectivo, en tratamiento con ácido valproico y olanzapina.

**Conclusiones:** El interés o relevancia de este caso, radica en la escasa literatura publicada sobre este fenómeno. El estudio de las alucinaciones de voz en personas sordas es una buena oportunidad para reflejar la naturaleza de las alucinaciones auditivas en general. Existen múltiples teorías que tratan de explicar las alucinaciones auditivas en oyentes y una de las más prometedoras ha sido las del pensamiento subvocal. Podría utilizarse el modelo de la articulación subvocal para los fenómenos de voces en personas sordas que utilizan el lenguaje de signos.

#### Bibliografía

1. du Feu M, McKenna P. Prelingually profoundly deaf schizophrenic patients who hear voices: a phenomenological analysis. Acta Psychiatr Scand. 1999;99:453-9.
2. Atkinson JR. The Perceptual Characteristics of Voice-Hallucinations in Deaf People: Insights into the Nature of Subvocal Thought and Sensory Feedback Loops. Schizophr Bull. 2006;32:701-8.

#### PO-943

#### INSIGHT Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA: EL GRAN RETO DEL CSMA

M. Martín Subero, S. Oller Canet, J.I. Castro Rodríguez, N. Moll Jurado, D. Flamarich Zampalo, M. Toledano Ramón y L.M. Martín López

**Introducción:** La falta de insight es un fenómeno frecuente en psiquiatría que, en los últimos años, se ha relacionado esencialmente con la esquizofrenia. Casi la totalidad de datos publicados sobre el insight en los pacientes afectos de un trastorno mental severo (TMS) deriva de estudios realizados en pacientes hospitalizados. Sin embargo, la gran mayoría de pacientes psiquiátricos realizan un tratamiento ambulatorio.

**Objetivos:** Evaluar cuál es el grado de insight en los pacientes afectos de un TMS que acuden regularmente a un CSMA y comprobar si existen diferencias entre pacientes con distintos diagnósticos.

**Metodología:** Se obtuvo una muestra aleatoria de 50 pacientes adultos con diagnóstico TMS vinculados a un CSMA. Se recogieron datos sociodemográficos; se administraron escalas para comprobar la estabilidad clínica, el cuestionario de actitudes hacia la medicación y se evaluó el insight mediante la escala SUMD.

**Resultados:** Resultó una muestra de 41 pacientes con el diagnóstico de trastorno bipolar en un 39%, seguido de esquizofrenia (36,6%) y trastorno esquizoafectivo (24,4%). La mayoría de los pacientes eran mujeres (58,5%), solteros (36,6%), que vivían acompañados (80,5%) y eran pensionistas (80,5%). Presentaban un largo

curso de enfermedad con una media de 18,70 años desde el diagnóstico. Con una puntuación en la escala de evaluación de la actividad global EEAG de 64,29 (DE 10,97). La mayoría de los pacientes (56,1%) mostraron déficit en el insight. No se observaron diferencias significativas entre los grupos diagnósticos en cuanto al nivel de insight.

**Conclusiones:** Un 56,1% de los pacientes TMS que se visitan regularmente en un CSMA presentan un déficit moderado o grave de insight. No se han observado diferencias entre los distintos grupos diagnósticos en cuanto al nivel de insight.

#### Bibliografía

1. Gay C, Margerie JJ. La conscience du trouble. *L'encéphale*. 2009;5:160-3.
2. Dickerson FB, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 1997;48:195-9.

#### PO-963

#### URGENCIAS PSQUIÁTRICAS. ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO SOBRE UNA SERIE DE CASOS CLÍNICOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA (ESPAÑA)

M.J. Martín Esquinas, A.M. Gutiérrez Navarro  
e I. Codina Fuillerat

**Introducción:** La demanda de atención psiquiátrica en el servicio de urgencias del hospital general ha experimentado un notable crecimiento en los últimos años, desde el aumento en las conductas suicidas, cuadros psicóticos, crisis neuróticas y trastornos de personalidad, hasta la psiquiatrización de dificultades vitales cotidianas, pasando por problemáticas sociales.

**Objetivos:** Observar descriptivamente las variables sociodemográficas, antecedentes psiquiátricos, motivo de consulta, familiares acompañantes, semiología psicopatológica en el momento de la valoración e indicación terapéutica de ingreso en pacientes atendidos por psiquiatría en el servicio de urgencias.

**Metodología:** Estudio observacional de tipo descriptivo sobre una serie de noventa y nueve casos clínicos atendidos por psiquiatría en servicio de urgencias de dispositivo hospitalario de tercer nivel a partir de enero de 2011.

**Resultados:** Los resultados obtenidos al describir la muestra de sesenta casos clínicos muestran que: la relación hombres/mujeres fue del 55% a favor de las segundas; la edad media de los pacientes se situó en 40,65 años, con edades comprendidas entre los 17 y los 70 años. El 89% de los pacientes atendidos tenían antecedentes psiquiátricos. Entre los familiares que acompañaron a los pacientes: madre 24%, hija 20%, pareja masculina 16%, hijo 12%, pareja femenina 8%, hermana 8%, padre 8%, 4% padre y madre. Un 21% de los pacientes atendidos fueron ingresados debido a la psicopatología presentada, que se repartió de la siguiente manera: 46% clínica psicótica, 30% maniforme y 14% de trastornos de conducta. El motivo de consulta más frecuente entre los ingresos fue agitación 30%. Un 69% de los pacientes finalmente ingresados no estaban acompañados por familiar en el momento de la valoración.

**Conclusiones:** Los resultados de nuestro trabajo nos permiten agrupar las condiciones biopsicosociales de los pacientes atendidos; además nos sugiere la posible asociación del acompañamiento familiar -tanto cuantitativo como cualitativo- del paciente en el servicio de Urgencias, con la indicación de ingreso hospitalario en Salud Mental, lo que nos abre camino para elaborar futuras hipótesis e investigaciones analíticas.

#### Bibliografía

1. Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, et al. Manual de Urgencias Psiquiátrica. Barcelona: Elsevier Masson, 2010.
2. Civeira J, Pérez A, Corbera M. Urgencias en psiquiatría. Madrid: Grafimar, 2003.

#### PO-987

#### SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN LUIS DE PALENCIA

F.J. García Sánchez, J.M. Vallés de la Calle, A. Cepeda Andrés, N. Arce Martín y E. González Pablos

**Introducción:** El síndrome metabólico se puede definir como una asociación de múltiples factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular. En este trabajo medimos la incidencia del síndrome metabólico (siguiendo criterios NCEP-ATP III) en una muestra de pacientes con retraso mental y alteraciones de conducta del Complejo Hospitalario San Luis, en Palencia.

**Metodología:** De los 159 pacientes del Área de Discapacidad Intelectual se seleccionan 46 sujetos diagnosticados de retraso mental con alteraciones conductuales. Se recoge el consentimiento informado de los tutores o responsables y se miden altura, peso, perímetro abdominal y analítica sanguínea. Utilizamos los criterios NCEP-ATP III. Obesidad abdominal (perímetro abdominal > 102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres). Hipertrigliceridemia > 150 mg/dl. Colesterol HDL < 40 mg/dl en hombres y < 50 mg/dl en mujeres. Tensión arterial > 130/85 mmHg. Glucemia basal > 100 mg/dl.

**Resultados:** La muestra consta de 46 pacientes (17 hombres y 29 mujeres), con una edad media de 46 años. El 87% de los pacientes recibía tratamiento con neurolépticos. Encontramos síndrome metabólico (3 o más criterios) en un 11% de pacientes. El criterio más prevalente es el perímetro abdominal (67%), seguido del HDL (28%), los triglicéridos (15%), la tensión arterial (11%) y el que menos la glucemia (2%).

**Conclusiones:** Encontramos que la prevalencia de síndrome metabólico en nuestra muestra (11%) es menor de la esperada, comparando con los resultados en población general y en pacientes ambulatorios con esquizofrenia de otros estudios. El hecho de residir en un medio hospitalario, con el mayor control sanitario que conlleva (casi nulo consumo de tóxicos, dieta adecuada, acceso a los cuidados médicos y de enfermería) puede explicar estos datos.

#### PO-992

#### ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO Y PSICOLÓGICO DEL PACIENTE CON EPILEPSIA FÁRMACO-RESISTENTE

M. Álvarez Calderón, K. Eaton Iturbide, L. López, S. Ben Bouchta, M. Alcañiz y E. García-Camba

**Objetivos:** Se presenta un análisis descriptivo del paciente con epilepsia fármaco-resistente que acude al Servicio de Neurocirugía para someterse a una intervención quirúrgica. Las variables analizadas son de carácter sociodemográfico y psicológico.

**Metodología:** La muestra está formada por 192 sujetos, evaluados mediante un protocolo que recoge: datos sociodemográficos y de su enfermedad, el IPDE-versión DSM-IV (personalidad), el HADS (ansiedad y depresión), la Escala de control de impulsos Ramón y Cajal (ECIRyC) y el Qolie 31 (calidad de vida). El análisis de los datos se realiza con el SPSS 12.0.

**Resultados:** Los sujetos tienen una media de edad de 34,03 años. Algo más de la mitad (54,9%) son mujeres. El 57,5% no tiene más estudios que los primarios y sólo un 30,6% están trabajando a tiempo completo. Casi el 60% están solteros. En el IPDE (International Personality Disorder Examination), cuestionario utilizado para la evaluación de la personalidad, es destacable que el 69,76% de los sujetos puntúen por encima de la media (mayor a 3) en la escala "Evitativo", y el 57,36% en "Límite". En el HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale), concretamente en Ansiedad, casi la mitad (43,57%) están por encima del punto de corte (mayor a 7). En el ECIRyC (Escala de control de impulsos Ramón y Cajal), el 54,76% se sitúan por encima del punto de corte ( $\geq 27$ ), y un 34,5% están a más de dos desviaciones estándar de dicho punto. En

el Qolte 31 (Quality of Life in Epilepsy), la valoración media global que hacen de su calidad de vida es de 54,77 y de su salud general es de 52,21.

**Conclusiones:** Se obtienen puntuaciones por encima de la media en las escalas administradas (sobre todo en ansiedad, impulsividad, y en las subescalas de personalidad "Evitativo" y "Límite").

#### Bibliografía

1. Geschwind N. Personality changes in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2009;15:425-33.
2. Tapar A. Stress, anxiety, depression, and epilepsy: Investigating the relationship between psychological factors and seizures. *Epilepsy & Behavior*. 2009;14:134-40.

### PO-1005

#### USO DE ANTIPSICÓTICOS EN EL PACIENTE HIPERFRECUENTADOR Y DESCRIPCIÓN DE OTRAS INTERVENCIONES DE CARÁCTER ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PSQUIÁTRICAS

S. García Chulbi, M. Boronat, A. Belda Martínez y N. Ribes Alcover

**Introducción y objetivos:** Describir la asistencia prestada a hiperfrequentadores del Servicio de Urgencias de psiquiátricas (SU) a los que se les administró antipsicóticos (AP).

**Metodología:** Estudio descriptivo y retrospectivo. Muestra: 41 hiperfrequentadores (7 o más visitas al SU entre octubre 2009 y septiembre 2010). Obtención de datos: Historias clínicas y base de datos del Hospital Provincial de Castellón.

**Resultados:** En más del 70% de las asistencias se usaron antipsicóticos atípico siendo lo más frecuente, pauta intramuscular. Porcentaje de uso de antipsicóticos: olanzapina (50%), ziprasidona (12,3%), clorpromazina (9,6%), quetiapina (7%), tiaprida (5,3%), antipsicóticos depots (5,3%), aripiprazol (2,6%) y risperidona (0,9%). Alta hospitalaria en más del 80% de las visitas. En un 50% de las ocasiones no se modificó el tratamiento psicofarmacológico de base.

**Conclusiones:** Los pacientes frequentadores resultan un reto por su elevado uso de recursos sanitarios. Conocerlos mejor es el primer paso para una buena asistencia y una optimización de recursos.

#### Bibliografía

1. Chaput YJ, Lebel MJ. An examination of the temporal and geographical patterns of psychiatric emergency service use by multiple visit patients as a means for their early detection. *BMC Psychiatry*. 2007;7:60.
2. O'Toole TP, Gibbon JL. Urban homelessness and poverty during economic prosperity and welfare reform: changes in self-report comorbidities, insurance and sources for usual care, 1995-1997. *J Urban Health*. 2002;79:200-10.

### PO-1018

#### APRENDER A ESCUCHAR EN SILENCIO

M.P. Elías Villanueva, M.E. Viñuales Luis, M. Fernández Guardiola, S. Gallego Villalta, A. Ortiz Martín, L. Durán Sandoval, E. del Amo Cardeñosa, E. Elías Villanueva, I. Lozano Soriano y M.T. Cortina Lacambra

**Objetivos:** Resaltar el problema al que nos enfrentamos los profesionales para realizar un diagnóstico adecuado en pacientes con hipoaacusia y déficit en la adquisición del lenguaje, así como la importancia que tiene para ellos el aprendizaje de la lengua de signos. El interés del caso radica en la dificultad para comunicarnos con el paciente que tiene estas limitaciones, sobre todo para conocer sus emociones y sentimientos que suelen ser difíciles de transferir por un interlocutor a través del lenguaje de los signos.

**Metodología:** Caso clínico: mujer de 37 años con déficit sensorial auditivo y profunda limitación del lenguaje verbal y escaso conocimiento del lenguaje de signos. En su historia constan amplios antecedentes psiquiátricos con diversos diagnósticos. Actualmente pre-

senta alteraciones conductuales, ánimo expansivo con pérdida de la distancia social, conducta pueril, desinhibición e ideación delirante de contenido megalomaníaco.

**Resultados:** Se le diagnosticó "episodio maníaco con síntomas psicóticos", aunque consideramos necesario el seguimiento para establecer un diagnóstico definitivo, teniendo en cuenta la atipicidad del cuadro y los diferentes diagnósticos barajados.

**Discusión:** La falta de información a la que se ve sometida una persona con déficit auditivo puede representar implicaciones en su desarrollo intelectual, lingüístico y emocional, provocando un aislamiento que dificulta el desarrollo cognitivo y afectivo así como el proceso de integración y relación social. El lenguaje es el principal instrumento diagnóstico en psiquiatría y es difícil conocer el estado mental del paciente si no se puede tener una comunicación directa con él. Muchos errores de diagnóstico se producen por las dificultades de comunicación, la ausencia de instrumentos de diagnóstico adecuados y el desconocimiento del mundo de la deficiencia auditiva.

#### Bibliografía

1. Fernández-Viader, M. Pertusa. El valor de la mirada: sordera y educación, 2004.
2. Buscaglia V, Massone MI. Los sordos: miradas que se entrecruzan. Nuevo Concepto de Salud Mental, 2008.

### PO-1032

#### REVISIÓN MAGNETOENCEFALOGRAFÍA EN PSIQUETRÍA

J. Tarragó y C. Alonso-Villaverde Lacasa

**Introducción:** En los últimos años se han ido desarrollando diferentes técnicas para el estudio de la función cerebral. La magnetoencefalografía (MEG) es una de ellas. Es una prueba que ha sido poco destacada a nivel clínico e investigador quizás por su lento desarrollo en los últimos 40 años.

**Objetivos:** Dar a conocer las bases de la técnica y describir las diferencias con otras. Nombrar las diferentes aplicaciones de la misma y en especial en psiquiatría -Describir algunos de los patrones detectados en psiquiatría. Panorama actual de la aplicación de la MEG.

**Metodología:** Búsqueda en Pubmed, término MeSH Magnetoencephalography (de 1979 a 2911 4594 referencias) año 2011 (55 referencias) y anteriormente mismo término limitado a revisiones y consulta a partir de bibliografía secundaria de las mismas.

**Resultados:** Tras hallar 130 artículos relacionados con los términos MSH de Magnetoencephalography, and Psychiatry. Diferenciamos 10 revisiones y 7 ensayos clínicos entre el resto. Tras su revisión sistemática logramos una serie de conclusiones.

**Conclusiones:** Las características más importantes de la MEG: gran resolución temporal, buena resolución espacial, no es invasiva (y por lo tanto resultaría también útil en seguimientos), capacidad de medición de la actividad oscilatoria cerebral, costo elevado. Aplicaciones en epilepsia y neurocirugía. En psiquiatría se empleado en investigación de múltiples trastornos; depresión mayor, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención, trastorno obsesivo compulsivo. Actualmente uso en investigación. La MEG es junto con la EEG la única técnica con capacidad de realizar un seguimiento continuo temporalmente. Durante los años de desarrollo de la MEG se ha perfeccionado la detección de la señal y actualmente la dificultad se centra más en la interpretación de los resultados obtenidos.

#### Bibliografía

1. Fernández A, Andreina Méndez M, Hornero R, Ortiz T, López-Ibor JJ. Análisis de complejidad de la actividad cerebral y trastornos mentales. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38:229-38.
2. Rojas DC, Arcienegas DB, Teale PD, Reite ML. MEG and magnetic source imaging: technology overview and applications in psychiatric neuroimaging. *CNS Spectr*. 1999;4:37-43.

## PO-1034

**DETECCIÓN GENÉTICA DE LA ENFERMEDAD DE NIEMANN-PICK TIPO C EN PACIENTES CON PSICOSIS O DEMÉNCIA PRECOZ**

J.A. García Mellado, S. Garcinuño Pérez, M.A. Franco Martín, V. de Vena Rodríguez, J.L. Muñoz Sánchez y S. Borja

**Introducción y objetivos:** La enfermedad de Niemann-Pick tipo C (ENP-C) es una rara enfermedad de almacenamiento lisosómico, de carácter hereditario, autosómica recesiva. Se manifiesta por síntomas neuropsiquiátricos, hepato y/o esplenomegalia. La incidencia mínima descrita es de 1/150.000 habitantes (Varnier, 2003). El trastorno se debe a mutación genética en el gen NPC1 o NPC2. Existen casos descritos sobre la forma adulta, que cursan inicialmente como un trastorno psiquiátrico, incluyendo esquizofrenia (Walterfang, 2006). En un estudio reciente (Bauer, 2009), se detectó un 5,2% de pacientes psiquiátricos institucionalizados que padecían dicha enfermedad genética.

**Metodología:** Se realiza un estudio de detección genética en pacientes psiquiátricos, con demencia de inicio precoz y/o psicosis y, al menos, un signo neurológico indicativo (distorción focal, ataxia cerebelosa, disartria, parálisis de la mirada vertical o epilepsia). Se analizan las variables clínicas y sociodemográficas de los pacientes estudiados, con el objetivo de realizar un patrón fenotípico de los pacientes que presentan criterios para sospechar dicha enfermedad genética.

**Resultados:** Se incluyen 17 pacientes que cumplen los criterios de inclusión para la detección genética de la ENP-C, resultando nega-

tivos a la detección de mutaciones genéticas NPC1 o NPC2 el 100%. La edad media de los pacientes estudiados es de 47 años. En cuanto al género, 87% son varones. Respecto al diagnóstico psiquiátrico, la mayoría sufren esquizofrenia (87%) asociado a síntomas neurológicos. Respecto a los síntomas neurológicos más representativos, disartria (48%) seguido de distonía focal (33%). Existe un grupo de pacientes incluidos que asocian psicosis y demencia de inicio precoz (45%), de los cuales todos presentan síndrome disexecutivo, alteraciones en la atención y déficit mnésicos. En la valoración neurológica, la Disability Rating Scale aparece con alguna alteración el 60%. Asimismo, la media del Test de Fluencia Verbal es de 10. En ningún caso existe alteración en la movilidad de la mirada vertical. Finalmente, en cuanto a reflejos tendinosos, 46% presenta alteraciones. **Discusión** La prevalencia de ENP-C en nuestra población estudiada es nula. Se desconoce aún qué características fenotípicas pueden ser valoradas como factor de riesgo para identificar a pacientes con enfermedad mental (psicosis y/o demencia precoz) que sean suficientemente sensibles y/o específicas para poder realizar una determinación genética de la ENP-C.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos no permiten identificar población psiquiátrica adulta con sospecha clínica para la detección de la ENP-C. Habría que analizar la detección de la ENP-C en otras etapas etarias (adolescencia), donde hay criterios clínicos mejor definidos, y cuya psicopatología principal es el deterioro cognitivo.

**Bibliografía**

1. Bauer P. NP-C and psychiatry: the unexpected link, 2009.
2. Sevin M, et al. The adult form of Niemann-Pick disease type C. *Brain*. 2007.