

TERAPIA INTERPERSONAL Y DE RITMO SOCIAL

Montserrat Ibarra Jato, centro de salud mental Martí i Julià
Margarita Beatriz García Balado, centro de salud mental Martí i Julià
Isabel Pérez Rigau, CSM.A Collblanc Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

La disfunción interpersonal característica del Trastorno Bipolar es una expresión epigenética esencial del mismo que debería considerarse un síntoma nuclear en el diagnóstico. Desde esta perspectiva se aborda un caso de Trastorno Bipolar priorizando la dimensión relacional a través de sesiones terapéuticas bajo la metodología de la terapia interpersonal y de ritmo social.

En el caso propuesto se realizaron 10 sesiones de 1h de duración con la utilización de material escrito, previo consentimiento por parte de la paciente.

Este modelo de terapia se centra en la expresión emocional con relación a los ritmos circadianos y las rutinas del paciente. El encontrar un equilibrio que ayude a restaurar o iniciar una cotidianidad que considere como eje el esquema sueño-vigilia fisiológico del paciente y no tanto las bases neurobiológicas de la enfermedad como tal, es la meta o uno de los retos de este tipo de tratamiento.

Esta terapia se basa en el manejo de la estabilidad y el estrés a través de una lista de actividades llamada "medida del ritmo social", tomando como centro los ritmos nictamerales.

Sin que el paciente haga una demanda explícita, durante el seguimiento convencional terapéutico, el profesional referente del caso, en función de los síntomas prevalentes, plantea el inicio de las sesiones con la explicación pertinente que permita comprender al paciente qué trabajo se va a realizar.

La aplicación en el ámbito comunitario cada vez debería ser más frecuente para tener una muestra suficientemente amplia que permita evaluar la eficacia y eficiencia del abordaje. Permite trabajar individualmente y en grupo intercalando técnicas como el role-play, escenoterapia, y estrategias gestálticas entre otras.

¿Por qué los obesos toman psicofármacos?

Juan Alday, Instituto Psiquiátrico José Germain
Álvaro Muzquiz, Instituto Psiquiátrico José Germain
Vanesa Corella, Instituto Psiquiátrico José Germain
Encarnación Navas, Instituto Psiquiátrico José Germain

La obesidad simple está incluida en la CIE-10 como una enfermedad médica y no como un trastorno psiquiátrico ya que no se ha establecido una asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. No obstante, está descrita en la literatura la asociación de la obesidad, en particular de la obesidad mórbida, con determinados trastornos psiquiátricos, en especial con trastornos de la conducta alimentaria, pero también con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad o con trastornos de la personalidad (1). Habitualmente se considera la acción de los psicofármacos como específica para un trastorno concreto y la prescripción de éstos como una práctica guiada por esta especificidad de acción. El estudio de los tratamientos en pacientes obesos puede aportar datos acerca de la correspondencia entre este modelo de acción-prescripción y la prescripción real en la práctica cotidiana.

Objetivo: Describir los tratamientos farmacológicos prescritos en una población de obesos mórbidos en lista de espera para cirugía bariátrica.

Material y métodos: Se revisaron los tratamientos farmacológicos de una muestra de 51 pacientes obesos mórbidos incluidos en la lista de espera quirúrgica para cirugía bariátrica. Los candidatos tenían edades comprendidas entre los 18 y los 65 años (13 varones con edad media de 44 años y 38 mujeres con edad media de 43 años) y presentaban en el momento de la evaluación un IMC > 40 o IMC > 35 y comorbilidad y no habían perdido peso con un tratamiento dietético y farmacológico realizado durante los dos años previos.

Resultados: Los resultados fueron los siguientes: 23 pacientes no tenían prescrito tratamiento farmacológico, mientras 28 sí lo tenían, de entre ellos: 6 tenían prescrito un tratamiento con benzodiazepinas; 11 con ISRS; 7 una combinación de ISRS y benzodiazepinas; 1 benzodiazepinas y antiepilépticos; 3 ISRS, benzodiazepinas y antiepilépticos.

Conclusiones: Más de la mitad de nuestra población tenía prescrito un tratamiento farmacológico. Además, estos tratamientos eran diversos y consistían en distintas combinaciones de fármacos cuya especificidad es cuestionable, y para los que se han propuesto modelos de acción basados en sus propiedades psicoactivas (modelo centrado en el fármaco) (2). A pesar de su probable utilidad, estos datos y cuestiones sugieren que hay que evaluar con cautela la eficacia de estos tratamientos e impulsan a plantear dudas acerca del motivo concreto de cada prescripción: si los fármacos han sido prescritos como tratamientos específicos para el trastorno por atracón, para un trastorno psiquiátrico subyacente, están funcionando como placebo, o si, por último, están produciendo una alteración de la conciencia (sedación, indiferencia emocional), que de algún modo resulte beneficiosa para estos pacientes. La comprobación de estas hipótesis no sólo esclarecería por qué los obesos toman psicofármacos, sino que ayudaría a entender mejor la acción y efectos terapéuticos generales de esta clase de medicamentos.

Bibliografía

Simon G, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti D, Crane P, Van Belle G, Kessler R. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. Arch Gen Psychiatry. 2006; 63: 824-830
Moncrieff J. The Myth of the Chemical Cure. Palgrave Macmillan, 2008

Fiabilidad del diagnóstico en psiquiatría: Revisión a propósito de un caso.

María Del Valle Martín, Instituto Psiquiátrico Servicios De Salud Mental José Germain
 Sandra Pacheco, Instituto Psiquiátrico Servicios De Salud Mental José Germain
 Nuria Roman Avezuela, Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid)
 Teodosia Sobrino Calzado, Instituto Psiquiátrico Servicios De Salud Mental José Germain

INTRODUCCIÓN: En 1980, la American Psychiatric Association desarrolló y publicó la tercera edición de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), lo que representó un hito en la historia de la Psiquiatría moderna. El DSM fue diseñado para servir a propósitos clínicos e investigadores, con la intención de mejorar la baja fiabilidad diagnóstica, uno de los principales problemas en nuestra especialidad.

OBJETIVOS: Revisión de la literatura disponible en relación a la fiabilidad y validez del diagnóstico en Psiquiatría, así como las posibles consecuencias negativas para el paciente, especialmente en el caso de la población infanto-juvenil.

MATERIAL Y MÉTODOS: Búsqueda electrónica en PubMed de revisiones y artículos empleando como palabras clave: "validity", "reliability", "specificity", "psychiatric diagnoses". Presentación del caso de un varón de 18 años, que desde su primer contacto con Salud Mental (2001) hasta la actualidad ha recibido hasta 8 etiquetas diagnósticas diferentes.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Hay muy poca evidencia disponible sobre la fiabilidad diagnóstica del DSM/CIE en la práctica clínica. Los estudios realizados han obtenido resultados aceptables en cuanto a la fiabilidad del diagnóstico en el ámbito de la investigación, siendo la validez de los mismos menos aplicable a la práctica clínica. Las consecuencias negativas de un diagnóstico erróneo tanto para el paciente como para la adecuada gestión de los recursos sociosanitarios, plantean la necesidad de realizar investigaciones que permitan implementar la fiabilidad diagnóstica en la práctica cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA:

- Aboraya A, Rankin E, France C, et al, The reliability of psychiatric diagnosis revisited: The clinician's guide to improve the reliability of psychiatric diagnosis. *Psychiatry*. 2006;3(1): p. 41–50.
- First MB, There isn't enough evidence available to speculate on the reliability of diagnoses in clinical settings. *Psychiatry*. 2007;4(1): p. 22–5.
- Goldberg D, Huxley P, Common mental disorders. A bio-social model. 1992, London, New York: Tavistock/Routledge Editors.
- Helzer JE, Robins LN, Taibleson M, et al, Reliability of psychiatric diagnosis. I. A methodological review. *Arch Gen Psychiatry* 1977. 34(2): p. 129–33.
- Kendell R, Jablensky A, Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 2003. 160: p. 4-12.
- Ramirez Basco M, Bostic JQ, Davies D, et al, Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry*, 2000. 157(10): p. 1599–605.
- Skre I, Onstad S, Torgensen S, Kringlen E, High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatr Scand* 991, 1991. 84(2): p. 167–73.
- Spitzer R, Forman J, Nee J, DSMIII field trials: I. Initial interrater diagnostic reliability. *American Journal of Psychiatry* 1979. 136: p. 815–7.
- Summerfield D, How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *British Journal of Medicine*, 2008. 336: p. 992-994.

Sobre la conciencia de enfermedad

Eduardo Kuffer Melen

Uno de los objetivos del tratamiento trastorno mental severo es que el paciente consiga la llamada conciencia de enfermedad la cual serviría para que el paciente tome su medicación, acuda a las visitas donde se evalúa cuál es su estado, si tiene o manifiesta sintomatología psicótica o afectiva activa, para así proceder a reajustar la medicación.

Esto es correcto, es necesario valorar el estado del paciente y si está estabilizado o no para poder ayudarlo. Sabemos que cuando un paciente está descompensado lo primero que valoramos es si toma o no toma la medicación.

Ahí están los estudios para decirnos que los que toman la medicación, y eso es porque tienen conciencia de enfermedad, reingresan menos que los que no la toman: no será que los que no toman la medicación tienen vínculos sociales, familiares y terapéuticos más lábiles? y que tener menos vínculo social es producto de la soledad y al autismo que produce la enfermedad?

El psicótico en su terrible soledad no sólo no toma medicación, no come, no duerme, no piensa, no ama, no obtiene placer en nada, vive en la vivencia de la pulsión de muerte.

Por lo tanto este trabajo propone que los pacientes no toman la medicación porque se han descompensado y que dicha descompensación tiene por principal causa la imposibilidad de un vínculo terapéutico basado no solo en el fármaco sino también en la palabra, palabra que sostiene el conjunto de las posibles actividades terapéuticas, arte terapia, laborterapia, musicoterapia, farmacoterapia, si es que tienen acceso a ellas.

En cuanto a los reingresos no todos tiene el mismo sentido, hay pacientes que sólo se pueden sostener en el medio hospitalario, los hay que vuelven porque hay algo no dicho o manifestado pendiente, porque no toman la medicación, porque no pueden controlar la enfermedad, etc. Que hay algo más más que detener la psicosis con el fármaco y el supuesto funcionamiento del paciente.

Se propone que más que conciencia de enfermedad el paciente tenga conciencia de que existe Otro que escucha, que existe otro que puede responder, que se puede ser sensible a su vivencia psicótica, que se trata de tomar la medicación porque eso los ayuda y que también se puede ser escuchado e introducir un límite mediante un nuevo sentido, o tal vez la posibilidad de apaciguamiento para el odio del psicótico, o un más allá del desecho en el melancólico.

Deberíamos intentar en el vínculo con cada paciente, en su particularidad, crear algo único para ese sujeto, de la nada a la falta.

La ciencia propone una solución válida para todos y para cada uno de nosotros, pero la práctica lo desmiente constantemente.

Oponerse a esta ilusión ayudando a los pacientes a que encuentren un vínculo más estable y menos pernicioso con lo real del goce....sería conseguir algo al servicio de la salud pública es decir trabajar para el bien común y no por un supuesto orden que el loco puede alterar.

Dificultades Diagnósticas De Síndrome De Asperger En Pacientes Ya Adultos Sin Diagnóstico Previo

Marta Bravo Sanchez, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Mario De Matteis, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Santiago Gil Molina, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Alvaro Esguevillas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción: En los últimos años ha existido un aumento creciente de casos diagnosticados de Síndrome de Asperger (SA) en la edad adulta, estimándose una prevalencia de 2,5/10000. Sin embargo, debido a la escasez de criterios diagnósticos bien establecidos se considera infradiagnosticado en nuestra época (1).

Objetivos: Destacar las dificultades diagnósticas existentes en pacientes adultos con SA sin diagnóstico previo en la edad infantil.

Material y métodos: A propósito de un caso clínico: Varón, 29 años, ingresa por ideación autolítica en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Historia de abuso físico continuado a nivel escolar. Seguimiento reciente por escucha de voces peyorativas con leve resonancia emocional, diagnosticado de psicosis sin especificar. Casado, un hijo de 7 meses. El paciente verbaliza que tras ser rechazado laboralmente se siente frustrado, no siendo capaz de manejar su angustia, lo que deriva en ideación suicida.

Tanto en su historia biográfica como en las entrevistas, aparecen:

- Inadecuación social.
- Dificultades de empatía.
- Restricción emocional.
- Lenguaje no verbal deficitario
- Prosodia monocorde.
- Pensamiento concreto.
- Intereses restringidos.

El paciente es tratado con ISRS, benzodicepinas y entrevistas psicoterapéuticas, siendo dado de alta en una semana.

Discusión: Se nos plantea el siguiente diagnóstico diferencial: Trastorno psicótico. Trastorno de la personalidad. Trastorno del Espectro Autista.

En nuestra hipótesis diagnóstica, explicamos las alucinaciones auditivas como un fenómeno disociativo en una persona abusada. Aun cuando muchas de las características clínicas del paciente eran compatibles con diferentes diagnósticos en Eje II (fundamentalmente Trastorno de la Personalidad Esquizoide), había elementos en su comunicación verbal y no verbal muy significativos. Estos elementos, junto con la información retrospectiva, nos hicieron pensar en un SA como diagnóstico más correcto.

El SA es una entidad clínica controvertida que se ha conceptualizado de manera muy diferente en función de la orientación teórica del clínico tratante, y de las distintas nosologías. Esto nos lleva a plantearnos varias cuestiones:

¿Qué significación plantea a un paciente adulto el diagnóstico de un trastorno del espectro autista, con el estigma social que podría acarrear? ¿Qué diferencias prácticas en cuanto a pronóstico y estructura de tratamiento plantea el hacer este diagnóstico, dado que no hay

tratamientos específicos validados para el paciente adulto? ¿Dónde encuadrar el SA, dentro de las diversas escuelas psicopatológicas? ¿Con qué recursos cuenta nuestro sistema de salud para el abordaje de esta patología en el adulto?

Conclusiones: Considerando todos los datos aportados consideramos que el diagnóstico más adecuado es: Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y la conducta en paciente con SA. Existen todavía muchas incógnitas entorno a los SA en la edad adulta. Sin duda, es necesario profundizar en el conocimiento de esta patología, de cara a que un adecuado diagnóstico vaya seguido de un tratamiento optimizado, y por tanto de un mejor pronóstico.

Bibliografía:

Toth K, King Bryan H, MD Asperger's Syndrome: Diagnosis and Treatment. Am J Psychiatry.2008 Aug;165(8):958-63.

Lugnegårda T, Hallerbäckb MU, Gillbergb C. Personality disorders and autism spectrum disorders: what are the connections? Compr Psychiatry. 2011Aug 5.

Conseguir tranquilizarme para vivir mejor

Ana Maria Loureiro Pérez, Unidad de Media Estancia
Irga Idaira Pulido Galván, Unidad de Media Estancia
Alfonso Hernández Sosa, Unidad de Media Estancia

Taller de Prevención de Recaídas

Ana Maria Loureiro Pérez, Unidad de Media Estancia
Alfonso Hernandez Sosa, Unidad de Media Estancia
Yaiza Santana Gonzalez, Unidad de Media Estancia
David Luz Coronilla, Unidad de Media Estancia
Cira Sanchez Rodriguez, Unidad de Media Estancia
Maria del Rosario Medina Moreno, Unidad de Media Estancia

Fumar O No Fumar. Resultados Tras Un Año De Aplicación De La Ley Antitabaco En Una UHB Psiquiátrica

Manuel Delgado, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés
Manuel Delgado, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés
Sandra Pacheco, Instituto Psiquiátrico Servicios De Salud Mental José Germain, Leganés
Sara De Los Reyes Díez, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés
Eva María Ruiz, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés

INTRODUCCIÓN: La Ley 42/2010, de 30 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo, prohibía de manera expresa el consumo de tabaco dentro de los hospitales, permitiendo, en el caso de las unidades psiquiátricas, su uso en condiciones específicas, en las unidades de larga y media estancia. Ello excluía las unidades de Hospitalización Breve de hospitales generales, y obligó a una serie de adaptaciones en el manejo de los pacientes agudos hospitalizados.

OBJETIVOS: El presente trabajo relata de forma esquemática la forma en que se aplicó la Ley Antitabaco en una UHB, y los efectos observados en el trabajo y el contexto terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se relata la experiencia en una UHB psiquiátrica de un Hospital General (Leganés, Madrid) para adaptarse a la legislación antitabaco que entró en vigor al inicio de 2011, así como la evolución e implicaciones que ha tenido, en una valoración realizada un año después de su puesta en marcha. Tras 15 días de adaptación de los pacientes ingresados, a los que se permitió ir reduciendo paulatinamente el consumo según un ritmo preestablecido, y con ayuda de parches de nicotina, todos los pacientes ingresados pudieron dejar de fumar hasta su alta sin evidencia de problemas añadidos a los observados en ingresos previos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Un año después de la aplicación se objetivó un número algo menor de ingresos de pacientes con TP, y una menor duración de los ingresos de éstos (con aumento del nº de altas voluntarias), sin modificaciones destacables en el resto de pacientes. Casi un 10% de los ingresados fumadores manifestaron su deseo de seguir sin fumar tras el alta, y pidieron ayuda para ello. Es posible, y sanitariamente recomendable, mantener sin humo las UHB psiquiátricas. La implicación de todo el personal sanitario en contacto con los pacientes es fundamental para el éxito de la supresión del tabaco en la unidad de hospitalización. Sugerimos valorar extender la medida a unidades de media estancia.

BIBLIOGRAFIA:

Prochaska JJ, Gill P, Hall SM. "Treatment of tobacco use in an inpatient psychiatric setting". *Psychiatric Serv.* 2004 Nov; 55(11):1265-70.
Schulz M, Töpfer M, Behrens J. "Smoking habits of employees and patients in the psychiatric department of a general hospital". *Gesundheitswesen.* 2004 Feb; 66(2):107-13.
González J, Gonzalo S, González A, Gil E, Jaén C, Gómez M. "Tabaco y Salud Mental". 12^a Congreso Virtual de Psiquiatría. Barcelona, 2011.
Wernz FD, Friederich HM, Buchkremer G, Brata A. "Acceptance of smoke-free policy in a psychiatric department by in-patients and staff". *Wien Med Wochenschr.* 2009;159(1-2):33-9.