

Estudio Epidemiológico del suicidio en la isla de Tenerife

Sergio Martinez Aguilar, Instituto Medico Forence
Sergio Martinez Aguilar, Instituto Medicina Legal
Milagros de la Rosa Hormiga, Universidad de La Laguna
Juan Manuel Herrera Hernandez, Universidad de La Laguna
Candelaria Merced Diaz-Gonzalez, ULPGC
Francisco Rodriguez Pulido, Universidad de La Laguna

En este poster se exponen los resultados del estudio descriptivo sobre las muertes por suicidio consumado en la isla de Tenerife sucedidos a lo largo del año 2007. Los datos obtenidos se han comparado, con otros estudios similares. Los resultados obtenidos, son de 8,36 de suicidios por 100.000 habitantes con una relación hombre/mujer de 3:1. La edad media es de 30 y 59 años en los hombres y de 40 a 49 años en mujeres. El mayor número de suicidios se producen en la estaciones de otoño y primavera. En cuanto al estado civil, la mayor frecuencia se produce en personas solteras. Solo el 7,4% de los suicidas, tenían antecedentes de intentos auto líticos previos. La intoxicación ha sido el mecanismo más empleado en los varones, mientras que en las mujeres, el mecanismo más frecuente ha sido la precipitación. Un 57,1 % de los sujetos, padecía antecedentes psiquiátricos siendo los trastornos más frecuentes la depresión o los síntomas depresivos, junto a la esquizofrenia. Se efectuaron análisis químico-toxicológicos en el 68,6 % de los casos y los antidepresivos fueron la sustancia más detectadas, seguido de las benzodiacepinas y los neurolépticos.

Palabras claves: suicidio consumado, autopsia, muerte violenta, autopsia psicosocial.

In this poster descriptive results of the study are explained on deaths for consummated suicide in the island of Tenerife succeeded the long thing of 2007. Obtained data have been compared, with other similar studies. Results are 8.36 of suicides for 100,000 inhabitants with a relationship man/woman of 3:1. The average age is 30 and 59 years in the men and between 40 and 49 years in women. The greater numbers of suicides are produced in the stations of autumn and spring. When it comes to the marital status, the great frequency is produced in eligible single people. Alone 7.4% of the suicidal ones, had auto attempt antecedents lithic previous. The intoxication has been the most employed mechanism in the males, whereas in the women, the most frequent mechanism has been the rainfall. 57.1% of the individuals, suffered psychiatric antecedents being the most frequent disorders the depressive depression or symptoms, together with the schizophrenia. Analysis chemist-toxicological were made in 68.6% of cases and antidepressants went the most detected substance, followed by benzodiazepines and the neuroleptics.

Key words: consummated suicide, autopsy, violent death, psychosocial autopsy.

Diferencias de género en trastorno delirante

Nuria Román Avezuela, Hospital universitario Gregorio Marañón- Madrid

Nuria Esteve, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Leticia Domarco Manrique, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Alberto Domínguez, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Maria Del Valle Martín, Instituto Psiquiátrico José Germain

Enrique De Portugal Fernández del Rivero, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

El objetivo de nuestro estudio fue explorar las diferencias de género en trastorno delirante (TD) comparando aspectos sociodemográficos, factores de riesgo, correlatos clínicos y características del curso del trastorno. La muestra se compuso de 50 pacientes con primer ingreso psiquiátrico y con diagnóstico de TD (según SCID-I para criterios DSM-IV).

Los casos fueron evaluados retrospectivamente mediante la revisión de historia clínicas mediante el cuestionario OPCRIT 4.0 y un inventario sistematizado que comprendió distintos aspectos clínicos no recogidos en el anterior instrumento. La proporción mujer-hombre fue de 1.27:1. La edad del primer ingreso psiquiátrico y la duración de la enfermedad hasta el primer ingreso psiquiátrico fueron más altas en mujeres.

Respecto a los potenciales factores de riesgo, los hombres presentaron mayor prevalencia de TUS premórbido mientras las mujeres más retraimiento social y síntomas depresivos previos al inicio del trastorno. Respecto a la sintomatología delirante, los hombres presentaron mayor frecuencia de delirios de grandiosidad, de celos y de persecución y celos con correlato alucinatorio, mientras que las mujeres presentaron mayor frecuencia de delirio erotomaniaco así como percepciones y humor delirantes. Los hombres presentaron mayor frecuencia aumento de la estima del Self, pérdida de energía y cansancio y las mujeres insomnio inicial y de media noche. No se observaron diferencias de género en otros factores sociodemográficos, potenciales factores de riesgo, correlatos clínicos y características del curso de la enfermedad.

Trastorno Delirante y Esquizofrenia Paranoide: diferencias basadas en un registro de casos de primeros ingresos psiquiátricos

Nuria Esteve, Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Nuria Roman Avezuela, Hospital universitario Gregorio Marañón - Madrid
Alberto Dominguez Longás, Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Leticia Domarco Manrique, Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Carolina Miguélez Fernández, Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Enrique De Portugal Fernández del Rivero, Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Introducción: La relación existente entre la Esquizofrenia Paranoide (EP) y el Trastorno Delirante (TD) ha sido y sigue siendo controvertida. La validación del diagnóstico de TD se ha basado fundamentalmente en estudios sociodemográficos, familiares y de estabilidad diagnóstica. Estudios biológicos, psicopatológicos y familiares recientes cuestionan la independencia diagnóstica del TD. Estudios neurofisiológicos, neuropsicológicos y genéticos no han hallado diferencias significativas.

Objetivos: Comparar variables sociodemográficas, factores de riesgo y clínicos entre pacientes con TD y EP en un primer ingreso hospitalario. Establecer las diferencias que validan la hipótesis de que el TD es una entidad independiente de la EP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de casos (TD) y controles (EP). Para validar los diagnósticos se empleó EL OPCRIT, cuestionario que recoge información sociodemográfica, psicosocial, clínica y factores de riesgo. Además, se empleó un inventario sistematizado que fue diseñado por los autores. Para el análisis estadístico se emplearon estadísticos descriptivos. SPSS (versión 15.5) se utilizó para calcular los datos.

Resultados: Los pacientes con TD son mayores, predominan las mujeres y viven solos más frecuentemente, presentan menos familiares de primer grado con EP, consumen menos cannabis y padecen más patología afectiva (factores sociodemográficos y de riesgo). El delirio de influencia, bizarro y de pasividad, los fenómenos de primer rango, el comportamiento extraño, las dificultades para comprender el habla, las alucinaciones auditivas en tercera persona, voces que comentan y voces abusivas, acusatorias y/o persecutorias son más frecuentes en la EP así como el afecto restringido, embotado e inapropiado. La disforia, aparece más frecuentemente en el TD. Existe una mayor relación entre sintomatología afectiva y psicótica en el TD que en la EP (factores psicopatológicos). La edad de inicio del trastorno fue superior en el TD. Los pacientes con TD tienen con mayor frecuencia un trabajo al comienzo de la enfermedad, menores dificultades para mantener un puesto de empleo o cursar estudios antes del inicio del trastorno, un menor grado de deterioro funcional a nivel premórbido y una mejor adaptación premórbida social. Los pacientes con TD responden peor al tratamiento con neurolépticos (factores psicosociales y terapéuticos).

Conclusiones: El TD no es lo mismo que la EP y sí una entidad independiente.

Análisis longitudinal de las altas hospitalarias psiquiátricas (CIE9.cod290-319) causadas en España durante las últimas tres décadas (1980-2009).

Álvaro Medel Herrero· CIBERNED Hospital 12 de Octubre. Servicio de Neurología. - Madrid

Durante las últimas décadas asistimos a un proceso deshospitalizador, observado en los países de nuestro entorno y caracterizado por el decremento de altas y estancias hospitalarias.

Objetivo: Análisis longitudinal de las altas hospitalarias psiquiátricas (CIE9.cod290-319) causadas en España durante las últimas tres décadas (1980-2009).

Método y población: Análisis descriptivo de altas hospitalarias psiquiátricas (AHP) causadas durante las últimas tres décadas en España (1980-2009). Se analizó la tasa causada por cada grupo diagnóstico (CIE9.Cod.290-319) y la correspondiente a los grandes conjuntos diagnósticos.

Resultados: En España el decremento de estancias, correspondiente al proceso deshospitalizador, no fue acompañado por descenso de AHP. Entre 1980-2004 la tasa de AHP aumenta de forma continua. Sin embargo, a partir de 2005 comienza un importante decremento de altas. Se observa una proporción relativamente constante entre las altas causadas por los grandes conjuntos diagnósticos. Las altas causadas por las psicosis orgánicas (CIE9.Cód.290, 293, 294) y las altas causadas por las psicosis funcionales (CIE9.Cód.295-296) siguen una evolución muy similar a lo largo de las tres décadas analizadas. Durante estos cinco primeros quinquenios de la serie, se observa un incremento lineal de altas causadas por el conjunto de las psicosis orgánicas (CIE.Cód.290, 293, 294). Las altas causadas por estos tres grupos diagnósticos que forman las psicosis orgánicas, analizadas por separado, aumentaron o disminuyeron en la medida que aumentan o disminuyen los otros grupos diagnósticos que se integran en las psicosis orgánicas, observándose una evolución conjunta difícilmente explicable por la prevalencia real de la enfermedad.

Con respecto a las psicosis funcionales observamos también una evolución conjunta que nos hace plantear la posibilidad de que la forma de atribuir diagnósticos se haya visto afectada por el contexto social o clínico. Se observa una clara evolución conjunta entre, por un lado, CIE9.Cód.295 Esquizofrenia y CIE9.Cód.296 Psicosis Afectiva y por otro, CIE9.Cód.297. Estados Paranoides y CIE9.Cód.298. Otras Psicosis no orgánicas. Una evolución observada en hombres y mujeres de forma idéntica. Las altas causadas por CIE9.Cód.295. Esquizofrenia y CIE9.Cód.296. Psicosis Afectiva, presenta unas pautas evolutivas que le confieren una unidad, sin embargo, su evolución por separado plantea unos problemas o unas incógnitas que nosotros interpretamos como posiblemente derivadas de una atribución de diagnósticos sesgada por prejuicios de género.

Conclusiones: En los últimos años se ha producido un cambio en la evolución de altas de importancia histórica, con la ruptura del aumento de altas psiquiátricas hospitalarias observado durante décadas. El análisis de las altas psiquiátricas hospitalarias, desde una perspectiva histórica, ofrece unas pautas evolutivas conjuntas, que llaman poderosamente la atención. Sin duda las altas se han visto fuertemente afectadas por el contexto social y clínico. Se observan indicios que nos hacen pensar en la posibilidad de que se la evolución en la tasa de altas por determinadas patologías psiquiátricas reflejen cambios en la forma de atribuir diagnósticos, en lugar de cambios en la prevalencia real de la enfermedad.

Bibliografía. Noruega

Uso De Internet En Pacientes De Salud Mental

Silvia Pascual, CSM Parla
Auxiliadora Molina, CSM Parla
Ana García, CSM Parla
Emilio Gamo, CSM Parla

INTRODUCCIÓN: Los medios de comunicación han jugado un papel importante en la configuración de las ideas acerca de la enfermedad mental. En la actualidad, el uso de Internet ha modificado y ampliado las posibilidades de obtener información acerca de la salud, requiriendo una búsqueda activa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una encuesta a los pacientes de entre 18 y 65 años, en seguimiento en el CSM de Parla, sobre el uso de internet como medio de obtener información acerca de temas de salud mental

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: El uso de internet en nuestros pacientes es muy minoritario. Se utilizan principalmente buscadores. El interés está centrado en las características de la enfermedad, experiencias de otras personas con problemas similares y en la medicación. La confianza en los contenidos obtenidos es moderada y se utiliza básicamente como orientación sobre la enfermedad. No se han detectado efectos negativos en su uso. Conviene estar atentos al desarrollo futuro de su empleo y ofrecer asesoramiento a los pacientes al respecto.

Evolución Conjunta De Altas Hospitalarias Psiquiátricas (CIE9.Cod290-319) Observada En España, A Nivel Nacional Y Autonómico, Durante Las Últimas Tres Décadas (1980-2009).

Álvaro Medel Herrero, CIBERNED Hospital 12 de Octubre. Servicio de Neurología - Madrid

Durante las últimas décadas asistimos a un proceso deshospitalizador. El estudio de las altas hospitalarias nos ofrece datos de interés asistencial y epidemiológico.

Objetivo. Analizar la evolución de las altas hospitalarias psiquiátricas causadas en España.

Método y población: Análisis descriptivo y longitudinal de altas hospitalarias psiquiátricas causadas en España durante las últimas tres décadas (1980-2009). Se analizó la tasa causada por 30 grupos diagnósticos (CIE9.Cod.290-319) y la correspondiente a 6 grandes conjuntos, a nivel nacional y autonómico. Fuente estadística: Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.

Resultados: En España el decremento de estancias, correspondiente al proceso deshospitalizador, no fue acompañado por descenso de altas. Entre 1980-2004 la tasa de altas aumenta de forma continua. A partir de 2005 comienza un importante decremento. El valor de la tasa y su evolución varía enormemente entre CCAA. A nivel nacional se observa que las altas causadas por los grandes conjuntos diagnósticos mantienen una proporción relativamente constante entre sí durante la serie temporal analizada. A nivel nacional, las altas causadas por las psicosis orgánicas (CIE9.Cód.290,293,294) y por las psicosis funcionales (CIE9.Cód.295-296) siguen una evolución muy similar. Esta evolución paralela no se observa en todas las CCAA, como tampoco la proporción relativamente constante indicada anteriormente.

Las altas causadas por los tres grupos diagnósticos que forman las psicosis orgánicas (CIE9.Cód.290,293,294), sufren una evolución conjunta difícilmente explicable por la evolución en la prevalencia real de la enfermedad. Esta evolución conjunta se observa a nivel nacional de forma clara, pero no tan clara en alguna CCAA.

Respecto a las psicosis funcionales observamos también una evolución conjunta. Se observa una clara evolución conjunta (idéntica en hombres y mujeres) entre, por un lado, CIE9.Cód.295 Esquizofrenia y CIE9.Cód.296 Psicosis Afectiva y por otro, CIE9.Cód.297 Estados Paranoides y CIE9.Cód.298 Otras Psicosis no orgánicas. Las altas causadas por CIE9.Cód.295 Esquizofrenia y CIE9.Cód.296 Psicosis Afectiva, presenta unas pautas evolutivas que le confieren unidad, sin embargo, su evolución por separado plantea unos problemas o unas incógnitas, que nosotros interpretamos en términos de atribución de diagnósticos sesgados por género. La evolución conjunta de las psicosis funcionales se observa claramente a nivel nacional y se confirma de forma plena al analizar los datos por CCAA.

Entre otras observaciones también destacamos un incremento extraordinario de psicosis inducidas por drogas y alcohol.

Conclusiones: En los últimos años se ha producido un cambio en la evolución de altas de importancia histórica, comienza su decremento. El análisis de las altas psiquiátricas hospitalarias, desde una perspectiva histórica, ofrece unas pautas evolutivas conjuntas, que llaman poderosamente la atención. Se observan indicios que nos hacen pensar que la evolución en la tasa de altas, además de verse profundamente afectada por el modelo asistencial, refleja cambios que no pueden ser interpretados como consecuencia de la

prevalencia real de la enfermedad y que nosotros asociamos a la atribución de diagnósticos. Así por ejemplo, los datos parecen reflejar una unidad, desde una perspectiva patológica, entre esquizofrenias y psicosis afectiva, de ser así, y teniendo en cuenta la evolución histórica, la consistencia diagnóstica resulta pobre. Estos hallazgos son de indudable interés, incluso desde una perspectiva nosológica.

Duración de las estancias hospitalarias en el marco histórico de la reforma psiquiátrica. España 1980-2009.

Álvaro Medel Herrero, CIBERNED Hospital 12 de Octubre. Servicio de Neurología. - Madrid

Introducción. Durante las últimas décadas se desarrolló en España un proceso deshospitalizador, caracterizado por el decremento de estancias hospitalarias, desmantelamiento parcial de hospitales psiquiátricos y aumento de altas.

Objetivo. Análisis descriptivo y longitudinal de la duración de las estancias hospitalarias psiquiátricas (CIE9.cod290-319) causadas en España, a nivel nacional y regional, durante las últimas tres décadas (1980-2009).

Método y población. La duración de las estancias se midió a través de indicadores de tendencia central (media, mediana y cuartiles). Las estancias superiores al año se consideraron como un conjunto de casos objeto de análisis particular. La tasa de estancias se calculó en función de los días que el paciente está hospitalizado, no en función del cómputo de estancias causadas por alta. Se utilizaron las tres bases de datos que recogen información a nivel nacional [(Encuesta Morbilidad Hospitalaria (EMH), Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)]. Se compararon, para estimar la fiabilidad de los datos, y se realizó un análisis conjunto EMH-CMBD para estimar la morbilidad causada según tipología hospitalaria.

Resultados. Se observa un decremento extraordinario de la estancia media a lo largo de la serie, que es en verdad ficticio. Este decremento es consecuencia del traspaso de pacientes del hospital psiquiátrico al general, el decremento se puede calificar de moderado si consideramos la tipología hospitalaria. Además este decremento se concentra en una década (mediados de los 80-mediados de los 90), se mitiga o detiene posteriormente y comienza un incremento al final de la serie, por lo que respecta a algunos indicadores. Así, por ejemplo, la estancia media de las altas en hombres decrece entre 1980-1999, y aumenta progresivamente a partir de entonces, de modo que en el año 2009 alcanza un valor idéntico al observado en 1993-1994. Un tratamiento conjunto EMH-CMBD revela que la duración de la estancia es extraordinariamente elevada en determinadas patologías, aún al final de la serie. Se observan sorprendentes diferencias entre fuentes estadísticas y una extraordinaria variación entre regiones respecto a las estancias hospitalarias.

Conclusiones. La sorprendente diferencia entre fuentes estadísticas, nos hace concluir que la EESCRI tiene una fiabilidad nula como fuente estadística. La EMH-CMBD muestra una extraordinaria duración de estancias en las patologías que causan mayor grado de discapacidad, lo que sugiere que el hospital se sigue utilizando como recurso residencial incluso al final de la serie. La extraordinaria variación entre regiones revela una diferencia substancial respecto al empleo del hospital como recurso asistencial. La forma de afrontar el estudio de la duración de las estancias es y ha sido en la literatura científica absolutamente deficitario en el ámbito de la salud mental, lo que ha creado una brecha enorme entre la realidad y la imagen que un análisis superficial ofrece, es necesario una elaboración mucho más fina de indicadores y objetos de análisis. A pesar de las apariencias, en España, como revela nuestro estudio, la deshospitalización está muy lejos de haber sido concluida. Es más, el grado de hospitalización tiende a aumentar en muchos aspectos.

Limitación de la actividad funcional (subjetiva y medida por escala) y su capacidad predictiva sobre la mortalidad en la cohorte de ancianos NEDICES.

Alvaro Medel Herrero, CIBERNED Hospital 12 de Octubre. Servicio de Neurología. - Madrid.

Alvaro Sanchez-Ferro, CIBERNED Servicio de Neurología. H. 12 de Octubre.

Israel Contador, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.

David Lora, U. de Investigación. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Félix Bermejo-Pareja, CIBERNED Servicio de Neurología. Hospital 12 de Octubre

Introducción. El punto de corte que separa la normalidad funcional de la limitación en las escalas funcionales para diagnosticar limitación de actividad es un tema polémico, la literatura muestra una gran variabilidad entre expertos a la hora de seleccionar un valor que divida la población. En nuestro estudio para seleccionar el punto de corte se utilizó la propia percepción del paciente recogida a través de una pregunta dicotómica, con la que se consulta al sujeto si sufre o no limitación de la actividad funcional.

Objetivo. Nuestro objetivo es describir y analizar la relación y grado de concordancia entre resultados obtenidos con escala y pregunta dicotómica (percepción subjetiva de la limitación funcional), y así determinar un corte de los resultados de una muestra poblacional. La muestra del estudio está compuesta por 3.836 sujetos sin demencia mayores de 64 años.

Método y población. Análisis de la respuesta dicotómica y puntuación alcanzada en la escala de Actividad Funcional de Pfeffer (FAQ) en la población basal de la cohorte NEDICES. Se estimó la prevalencia a lo largo de cinco intervalos de edad para diferentes puntos de corte (1-5) y se ajustó el nivel de la escala en función de la respuesta dicotómica, así mismo se calculó la suma de mínimos cuadrados, y Kappa como indicador de concordancia. Las características de la población NEDICES han sido publicadas¹.

Resultados. Se describe la distribución por edad de la prevalencia de limitación de actividad funcional a lo largo de la edad al aplicar el cuestionario de actividad funcional (FAQ) para los puntos de corte, y al aplicar la pregunta dicotómica. Se observa un aumento exponencial de la prevalencia de la incapacidad funcional con la edad, al aplicar la escala, con independencia del corte elegido; la percepción dicotómica refleja un aumento más moderado y su distribución difiere con respecto a la escala. Los valores de prevalencia dependen considerablemente del corte seleccionado. 11% de la población puntúa por encima de 5 en FAQ, el 22% obtuvo más de 2 puntos, un valor cercano a la proporción de personas que dicen sufrir limitación (24%). El corte de la escala que ofrece una prevalencia similar a la obtenida al preguntar a los sujetos si padecen limitación de la actividad aumenta con la edad. La suma del mínimo cuadrado entre escala y pregunta dicotómica se obtiene con un corte 2. Sin embargo el nivel de concordancia más elevado se observó en un punto 3.

Conclusiones. Más del 22% de la población anciana se considera limitada funcionalmente. La concordancia entre la estimación subjetiva de la limitación funcional y la puntuación de la escala de Pfeffer (FAQ) está en 2-3 puntos.

¹Morales JM, et al; NEDICES Study Group Methods and demographic findings of the baseline survey of the NEDICES cohort Public Health.2004Sep;118(6):426-33.

Limitación de la actividad funcional (subjetiva y medida por escala) y su capacidad predictiva sobre la mortalidad en la cohorte de ancianos NEDICES.

Álvaro Medel Herrero, CIBERNED Hospital 12 de Octubre. Servicio de Neurología - Madrid
Álvaro Sacher-Ferro, CIBERNED Hospital 12 de Octubre
Israel Contador, Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca
David Lora, U. de Investigación. Hospital 12 de Octubre. Madrid
Félix Bermejo-Pareja, CIBERNED Hospital 12 de Octubre

Introducción. La limitación de la actividad funcional en el anciano se asocia con mayor mortalidad.

Objetivo. Evaluar la capacidad funcional en una cohorte de ancianos y su relación con la mortalidad a 13 años. La medición de la capacidad funcional se efectúa mediante una escala de actividad funcional (FAQ de Pfeffer de 0-33 puntos) y con la percepción subjetiva.

Método y población. 3836 sujetos respondieron al cuestionario de actividad funcional Pfeffer (FAQ) y a una pregunta dicotómica sobre su capacidad funcional en actividades instrumentales de la vida diaria. La mortalidad y sus causas fueron evaluadas mediante el registro Nacional de Mortalidad y con las bases del INE. Las características, población y muestreo del estudio NEDICES han sido publicadas y están disponibles¹. Se han realizado regresiones de Cox ajustadas por edad, sexo, salud subjetiva, nivel cultural y co-morbilidad. Para el análisis de la puntuación de la escala se crearon tres categorías (0-1; 2-5; 6-33), correspondientes a sujetos no discapacitados, discapacidad leve o cuestionable y un grado de discapacidad mayor.

Resultados. Todos los análisis y variables integradas en el modelo resultan estadísticamente significativos en la predicción de mortalidad en regresión de Cox. Se observa una mayor mortalidad en sujetos que dicen sufrir limitación de la actividad (pregunta dicotómica) [HR 95%: 1,5, (1,34-1,68)]. El análisis de regresión de Cox (ajustado por edad, sexo y otras variables) sobre las tres categorías según puntuación obtenida en la escala refleja una mortalidad mucho mayor en individuos con >6 puntos vs sujetos con puntuación 0-1 [HR 95% :1,98 (2,28-1,72)] y en individuos con puntuación >6 vs sujetos con puntuación 2-5 [HR 95%: 1,49 (1,73-1,28)]. Otras variables integradas en el modelo presentan menor peso predictivo de mortalidad. Número de co-morbilidades [HR 95%:1,10 (1,07-1,13)], percepción de la propia salud [HR 95%: 1,11 (1,05-1,17)], nivel educativo [HR 95%: 1,06 (1,01-1,12)],

Conclusiones. Tanto la escala como la consulta al paciente en torno a su limitación (pregunta dicotómica) tienen un elevado riesgo de mortalidad en la cohorte NEDICES.

Morales_JM, et al; NEDICES Study Group Methods and demographic findings of the baseline survey of the NEDICES cohort Public Health.2004Sep; 118(6):426-33.

Selección de un punto de corte de una escala funcional (FAQ) con el criterio poblacional de la cohorte NEDICES.

Álvaro Medel Herrero¹, CIBERNED Hospital 12 de Octubre. Servicio de Neurología. - Madrid
Julián Benito, CIBERNED Hospital 12 de Octubre
David Lora, U. de Investigación. Hospital 12 de Octubre. Madrid
Felix Bermejo-Pareja, CIBERNED Hospital 12 de Octubre

Introducción. El punto de corte que separa la normalidad funcional de la limitación en las escalas funcionales para diagnosticar limitación de actividad es un tema polémico, la literatura muestra una gran variabilidad entre expertos a la hora de seleccionar un valor que divida la población. En nuestro estudio para seleccionar el punto de corte se utilizó la propia percepción del paciente recogida a través de una pregunta dicotómica, con la que se consulta al sujeto si sufre o no limitación de la actividad funcional.

Objetivo. Nuestro objetivo es describir y analizar la relación y grado de concordancia entre resultados obtenidos con escala y pregunta dicotómica (percepción subjetiva de la limitación funcional), y así determinar un corte de los resultados de una muestra poblacional. La muestra del estudio está compuesta por 3.836 sujetos sin demencia mayores de 64 años.

Método y población. Análisis de la respuesta dicotómica y puntuación alcanzada en la escala de Actividad Funcional de Pfeffer (FAQ) en la población basal de la cohorte NEDICES. Se estimó la prevalencia a lo largo de cinco intervalos de edad para diferentes puntos de corte (1-5) y se ajustó el nivel de la escala en función de la respuesta dicotómica, así mismo se calculó la suma de mínimos cuadrados, y Kappa como indicador de concordancia. Las características de la población NEDICES han sido publicadas¹.

Resultados. Se describe la distribución por edad de la prevalencia de limitación de actividad funcional a lo largo de la edad al aplicar el cuestionario de actividad funcional (FAQ) para los puntos de corte, y al aplicar la pregunta dicotómica. Se observa un aumento exponencial de la prevalencia de la incapacidad funcional con la edad, al aplicar la escala, con independencia del corte elegido; la percepción dicotómica refleja un aumento más moderado y su distribución difiere con respecto a la escala. Los valores de prevalencia dependen considerablemente del corte seleccionado. 11% de la población puntúa por encima de 5 en FAQ, el 22% obtuvo más de 2 puntos, un valor cercano a la proporción de personas que dicen sufrir limitación (24%). El corte de la escala que ofrece una prevalencia similar a la obtenida al preguntar a los sujetos si padecen limitación de la actividad aumenta con la edad. La suma del mínimo cuadrado entre escala y pregunta dicotómica se obtiene con un corte 2. Sin embargo el nivel de concordancia más elevado se observó en un punto 3.

Conclusiones. Más del 22% de la población anciana se considera limitada funcionalmente. La concordancia entre la estimación subjetiva de la limitación funcional y la puntuación de la escala de Pfeffer (FAQ) está en 2-3 puntos.

¹Morales JM, et al; NEDICES Study Group Methods and demographic findings of the baseline survey of the NEDICES cohort Public Health.2004Sep;118(6):426-33.

Insight y temperamento en la psicosis temprana

Maria Luisa Lara Lavadiño Zamora, Hospital Universitario Virgen del Rocío - Sevilla

Andrés Sancha Aranda, Hospital Universitario Virgen del Rocío - Sevilla

Lucía González-Cordero Díaz, Hospital Universitario Virgen del Rocío - Sevilla

Carmen Jiménez Casado, Hospital Universitario Virgen del Rocío - Sevilla

INTRODUCCIÓN. La investigación del insight en psiquiatría durante los últimos años se ha centrado en su evaluación, pues existen grandes dificultades para hacer operativo este término. En este trabajo seguiremos un modelo que tenga en cuenta la complejidad conceptual y la multidimensionalidad del fenómeno.

Un 60% de los pacientes psicóticos poseen falta o disminución del nivel de insight, modificándose según el desarrollo de la enfermedad. Un 50%-70% poseen falta o disminución de adherencia al tratamiento farmacológico, influenciado además por condiciones físicas, psicológicas, sociodemográficas y relacionales.

OBJETIVOS. Desde esta perspectiva, cabe relacionarlo con la presencia de síntomas y la posible repercusión de los mismos en el estado de ánimo. Así, planteamos la posibilidad de una relación positiva entre el nivel de insight, la presencia de sintomatología y las repercusiones afectivas que la propia enfermedad genera.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se incluyen 150 pacientes con diagnóstico de Psicosis (afectiva y no afectiva), según criterios DSM-IV, con evolución menor de 5 años. Para evaluar el insight se utiliza la escala SUMD ("Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder" Amador et al, 1991,1994) atendiendo a los cinco dominios del término. El primer dominio (SUMD1) refiere la conciencia de poseer trastorno. El segundo (SUMD2) refiere la conciencia de las consecuencias derivadas de la medicación. El tercer dominio (SUMD3) refiere la conciencia de las consecuencias sociales de la enfermedad. El cuarto dominio (SUMDt1) refiere la conciencia de presentar sintomatología. El quinto dominio (SUMDt2) refiere la atribución de la sintomatología a la enfermedad. La presencia de sintomatología se mide por la PANNS según las dimensiones propuestas por Cuesta y Peralta(2004).

RESULTADOS. Después de realizar la correlación bivariada de cada una de las dimensiones del insight, obtenemos:

-SUMD1: asociado con extraversión (0,023), neuroticismo(0,011), factor desorganizado(<0,01) y depresivo(0,024).

-SUMD2: asociado con extraversión (0,028), neuroticismo(0,033), factor desorganizado(<0,01), depresivo(0,05) y excitado(0,026). SUMD3: ídem, con valores de (0,017),(0,07),(0,01),(0,050) y (0,026);respectivamente.

-SUMDt1: asociado con factor negativo, desorganizado y excitado (<0,01).

-SUMDt2: asociado con factor negativo, desorganizado, preocupado y positivo (<0,01).

CONCLUSIONES. Encontramos asociación entre insight y múltiples factores en relación a la psicopatología y el temperamento que pueden tener relación con el funcionamiento del paciente en un sentido amplio y con el desarrollo de la enfermedad. Existe asociación significativa positiva con el nivel de neuroticismo y extraversión en el caso del SUMD1,SUMD2 y SUMD3. En los cinco dominios existe asociación con factores psicopatológicos: factor desorganizado, depresivo, preocupado, excitado y positivo.

La repercusión afectiva que puede tener para el sujeto la conciencia del propio trastorno, de sus consecuencias y la atribución de los síntomas a la propia enfermedad, así como los potenciales

riesgos que puedan aparecer en el desarrollo del trastorno; aún no está claramente determinada.

BIBLIOGRAFÍA

Villagrán J.M.,Luque R.“Psicopatología Descriptiva: Nuevas tendencias”.Editorial Trotta.2000.

Amador X.“I’m not sick, I don’t need help”.Ed.Mayo.2007.

Amador X.,David A.S.“Insight and Psychosis”.Ed.Oxford.2006.

Droulout T.“Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis”.2003.Pubmed.

[Freudenreich O.](#)”Attitudes of schizophrenia outpatients toward psychiatric medications: relationship to clinical variables and insight”.2004. Pubmed.

Parellada M.“Trait and state attributes of insight in first episodes of early-onset schizophrenia and other psychoses: a 2-year longitudinal study”.2011.Schizophrenia Bulletin.

Atención Primaria a pacientes con esquizofrenia y trastornos afines. Descripción de una muestra de pacientes

Santiago Galán Ortega, Fundación IMABIS, Unidad de Investigación, Distrito Sanitario Málaga
Pedro Angona del Río, Unidad de Salud Mental comunitaria "Guadalmedina" Málaga. Hospital
Universitario Carlos Haya

Carlos Martín, Centro de Salud El Marquesado, Distrito Sanitario Nordeste de Granada
Fermín Mayoral, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga
Casta Quemada, Unidad de Salud Mental Comunitaria Málaga Centro. Hospital Universitario
Carlos Haya

Jesus Sepulveda, Centro de Salud Alameda Perchel

Berta Moreno Kustner, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico,
Facultad de Psicología, Universidad de Málaga

Introducción/Antecedentes. Numerosos estudios muestran cómo el riesgo de sufrir Síndrome Metabólico (SM) es 2-3 veces mayor en pacientes con esquizofrenia que en la población general. En España, el 24.6% de pacientes con esquizofrenia sufren SM. Como consecuencia, el riesgo de mortalidad de estos pacientes es superior al 40% que la población general.

Hipótesis. Desde Atención Primaria (AP) no se le realizan los seguimientos necesarios para controlar las enfermedades físicas que sufren estos pacientes.

Objetivo/s. Conocer las variables sociodemográficas de los pacientes con esquizofrenia y trastornos afines así como el uso que realizan de las consultas de AP. Caracterizar las visitas a atención primaria respecto al número y tipo de visitas. Determinar las variables del paciente que influyen en las visitas a atención primaria.

Diseño. Se llevará a cabo un estudio retrospectivo de 3 años y 6 meses de seguimiento: desde el 01/01/2008 hasta el 01/07/2011

Metodología (muestra, instrumentos y análisis estadístico en caso de que sea aplicable). El área de estudio es la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Carlos Haya de Málaga que cubre una población de 315000 habitantes y cuenta con 2 unidades de Salud Mental comunitaria y 13 centros de salud.

La muestra está compuesta por 458 sujetos con diagnóstico de esquizofrenia (F20-F29) seleccionados de forma aleatoria entre los que están recibiendo tratamiento en las Unidades de Salud Mental Comunitarias.

La información sobre las visitas se recogerá a partir de los registros informatizados de las historias clínicas de AP (programa DIRAYA).

Para el análisis estadístico utilizaremos regresiones lineales multivariantes y multinivel. Cuando las variables dependientes sean la utilización de servicios, emplearemos 3 niveles en el componente aleatorio de las ecuaciones multinivel: paciente, médico y centro de salud.

Estudio Descriptivo De Características Psicopatológicas En Adictos Que Se Someten A Proceso De Desintoxicación En Medio Hospitalario

Nekane Sagasti Legarda, Unidad de Desintoxicación, Servicio de Psiquiatría del Hospital Galdakao-Usansolo, Bizkaia. Osakidetza.

Cuando nos encontramos ante pacientes con Trastorno de uso de sustancias + Trastorno psiquiátrico mayor hay que prever.

Morbilidad más alta.

Menos probabilidad de buenos resultados iniciales a tratamiento.

Tasas de recaídas más altas.

Mayor tasa de hospitalizaciones, con menos adherencia a tratamiento.

Riesgo de suicidio incrementado. Auto-hetero agresividad

Objetivos. Visualizar la necesidad de atención integral a pacientes que ingresan a servicios donde se atiende por separado la patología psiquiátrica y el consumo de sustancias, lo cual implica menor efectividad.

Sujetos. La muestra está compuesta por 50 sujetos (pacientes varones adictos a diversas sustancias) que ingresaron para desintoxicación hospitalaria en la Unidad de Desintoxicación del Hospital de Galdakao-Usansolo, Osakidetza, Bizkaia, durante el período comprendido entre octubre 2010 y abril 2011.

Procedimiento y Material. La evaluación se llevó a cabo en las primeras 24 horas desde el momento de ingreso. Los datos se recogieron de forma individualizada utilizando el cuestionario SCL-90-R.

Análisis estadístico. Se ha realizado una comparación de medias mediante el test paramétrico t-test para una muestra. Los cálculos estadísticos se han realizado mediante el software SAS para Windows versión 9.2 (SAS Institute, Inc., Carey, NC).

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio nos permiten conocer que en el momento en que se produce el ingreso en la Unidad de Desintoxicación de nuestro Hospital, los pacientes presentan características psicopatológicas que es preciso tener en consideración para proveer una atención integral que tenga mayor efectividad. Por otro lado se señalan variaciones en función del tipo de droga principal de abuso que motiva el ingreso.

Bibliografía

Hasin D, Nunes E, Meydan J. Comorbidity of alcohol, drug and psychiatric disorders: epidemiology. En: Kranzler HR, Tinsley JA, editors. Dual Diagnosis and Treatment: Substance Abuse and Comorbid Disorders. 2nd ed. New York: Marcel Dekker; 2004. p. 1-34

Drake RE, Wallach MA. Ovid MEDLINE(R) Psychiatric Services. 51(9):1126-9, 2000 Sep.

Derogatis, L. R. SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado. Manual. Madrid: Tea Ediciones. (2002).

Palabras clave: Desintoxicación, Diagnóstico Dual, Comorbilidad, Drogas ilegales.

Key boards: Detoxification, Dual diagnosis, Co-morbidity, Illegal drugs.

Impacto De Una Intervención Grupal Psicoeducativa Para Pacientes Con Depresión Leve O Moderada En La Frecuentación En Atención Primaria

Fernández Linares Eva María¹, Institut Català de la Salut - Barcelona
 Inés Falder Serna², Institut Català de la Salut
 Antonia Raya Tena², Institut Català de la Salut
 Jose Luis del Val², Institut Català de la Salut
 Rocío Casañas Sánchez, CSMA Les Corts

Introducción. La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en nuestra sociedad. La Atención Primaria (AP) es el ámbito fundamental donde se aborda. Tenemos evidencias de la eficacia de la utilización de técnicas psicoeducativas, cognitivo-conductuales y de resolución de problemas como tratamientos psicológicos para la depresión unipolar subclínica.

Objetivos. Describir el número de visitas realizadas al Equipo de Atención Primaria (EAP), tanto al médico como la enfermera (antes y después de la intervención grupal) en el grupo intervención y control.

Material y métodos. Ensayo clínico aleatorio controlado. Muestra: 231 pacientes mayores de 20 años, atendidos en 13 EAP de Barcelona, con diagnóstico de depresión leve / moderada según CIE-10.

Intervención: grupos psicoeducativos (12 sesiones semanales x 90 ')

Fuente de datos: historia clínica informatizada de AP (e-CAP)

- Multimorbidity: se medirá según grupos ajustados según Clinical Risk Groups (CRG)

- Número de visitas al EAP.

Resultados. 158 pacientes (80 del grupo intervención-GI-y 78 al control-GC-). Sin diferencias por grupos en el nivel de morbilidad siendo el grupo más frecuente el de una enfermedad crónica dominante (35,4% IC95%: 28,4% -43,2%).

Ajustado por los grupos de comorbilidad, la disminución de visitas de enfermería fue del 48,7% (IC95%: 92,5% -4,9%) al GC vs 14,56% (IC95%: 53,2% - 24,1%) al GI ($p = 0,272$), y la de medicina fue del 0,9% (IC95%: 18,2% -19,9%) en el GC vs 18,6% (IC95%: 45, 5% -8,2%) al GI ($p = 0,237$).

Conclusiones. La intervención parece disminuir las vistas de medicina, aunque por limitaciones de este estudio, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Bibliografía

Allart-van Dam, E., Hosman, C.M.H., Hoogduin, C.A.L., Schaap, C.P.D.R., 2003. The 'Coping with Depression' course: short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. *Behavior Therapy* 34, 381–396.

Brown, R.A., Lewinsohn, P.M., 1984. Psychoeducational Approach to the Treatment of Depression: Comparison of Group, Individual, and Minimal Contact Procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 52, No. 5, 774-783.

Grupo de trabajo del Protocolo de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con depresión leve/moderada en atención primaria, 2009. Protocolo de intervención grupal

psicoeducativo para pacientes con depresión leve/moderada en atención primaria PI07/90712. Institut Català de la Salut. Àmbito de Atenció Primària de Barcelona Ciutat, Barcelona.

Hughes JS, Averill RF, Eisenhandler J, et al. Clinical risk groups (CRGs): a classification system for risk adjusted capitation based payment and health care management. Med Care. 2004;42:81–90

Relación Entre Trastornos De Conducta Y Enfermedad Mental En Personas Con Discapacidad Intelectual

María Dolores Romero Lemos, SAMU
Sonia Romero Lemos, Istituto Nazionale Dei Tumori

Introducción: Las alteraciones de la conducta son la expresión inespecífica de factores neurobiológicos, psicológicos y socio-ambientales. En diversos estudios las tasas de problemas de conducta en esta población oscilan en un amplio rango de frecuencia (5-60%).

Objetivo: ¿Son más frecuentes los trastornos de conducta en aquellas personas que tienen discapacidad intelectual y un trastorno mental?, ¿de qué manera influyen los tóxicos? ¿Y la procedencia? ¿Mejoran tras un año de trabajo multidisciplinar en la residencia?

Método: Estudio descriptivo de los trastornos de conducta en una muestra de 60 personas con discapacidad intelectual ingresados en la residencia San Sebastián en un periodo de evaluación de un año. Se recogen datos socioemográficos. Los trastornos de conducta se recogen según la clasificación propuesta en el Protocolo de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual de la Junta de Andalucía.

Resultados: La edad media fue de 34 años. La muestra estuvo constituida por un 71% de hombres y un 29% de mujeres. Con relación al grado de discapacidad, un 42 % de la muestra presenta discapacidad intelectual leve, un 34% moderado, 15% severa, 7% límite, y un 2% no presentan discapacidad intelectual.

Sobre la procedencia, la mayoría proceden del domicilio familiar (38%). Respecto a patología dual; el 31, 66 % no presenta enfermedad mental asociada, el 28, 33 % presenta trastorno de la personalidad, el 25 % algún tipo de psicosis, y el 8, 33 % trastornos generales del desarrollo. En cuanto al consumo de tóxicos, un 54% de la muestra no consumen ningún tipo de tóxicos. **Conclusiones:** tras un año de tratamiento interdisciplinar en un recurso específico, un 83 % de la muestra presenta una mejoría. Observamos que existe menor presencia de alteraciones conductuales en aquellas personas que ya provienen de un recurso residencial. Según los datos, la presencia o ausencia de enfermedad mental no es relevante en la presencia de alteraciones conductuales.

En términos generales se observa que todos en los trastornos es más predominante la heteroagresividad que la autoagresividad. Hemos podido comprobar que a mayor grado de discapacidad menor consumo de tóxicos.

Bibliografía:

- Novell R., Rueda P. "Salud mental y alteraciones de conducta en personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y educadores". FEAPS, 2004.
- Ayuso JL. Et al "Discapacidad intelectual y salud mental: Guía práctica" Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 2007.
- García JC., Ruiz M., Carulla LS. "Evaluación, diagnóstico y tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta". MHID, 2010.
- Franco M. "Trastorno mental y de conducta en el retraso mental. Evaluación e intervención". EDINTRAS, 1998

La Prevención Del Suicidio En Jóvenes Mediante El Uso De Internet Y Medios De Comunicación: Proyecto Supreme

Anna Roquer, IMIM, Parc de Salut Mar - Barcelona
Paz Flores, Hospital de Día de Psiquiatría, Centre Forum, INAD, Parc de Salut Mar - Barcelona
Eduard Palomer, Unitat de Rehabilitació, IAS, Girona
Carles Masip, Unidad de Hospitalización de Agudos Centre Forum, INAD Parc de Salut Mar - Barcelona
Roser Izquierdo, IMIM, Parc de Salut Mar
Vladimir Carll, National Prevention of Suicide and Mental Ill-Health (NASP), Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

Objetivo: SUPREME (Suicide Prevention by Internet and Media Based Mental Health Promotion) es un proyecto europeo financiado por SANCO que tiene como objetivo principal prevenir el suicidio y promover la salud mental en jóvenes de entre 14 a 24 años, a partir de Internet y los medios de comunicación y en el que intervienen Gran Bretaña, España, Italia, Suecia, Hungría, Estonia, Lituania.

Material y métodos:

1. Intervención en dos escuelas de perfiles similares, en las cuales se dará una formación específica sobre el suicidio y su prevención, en una de ellas al profesorado y en la otra directamente a adolescentes seleccionados. En ambos casos serán ellos los encargados de realizar actividades con los alumnos, centradas en sensibilizar sobre salud mental y suicidio, luchar contra el estigma, estimular la ayuda entre iguales, recibir ayuda de profesionales a través de medios electrónicos y hacer una orientación terapéutica (dirigir al usuario hacia el profesional de Salud Mental).
2. Revisión de las principales páginas web sobre prevención de suicidio de los países participantes, mediante la búsqueda de cuatro palabras clave relacionadas con salud mental.
3. A partir de la información recogida construir una página web interactiva en diversos idiomas y adaptada culturalmente, en la que los adolescentes podrán informarse sobre todo lo relacionado con suicidio y salud mental. Promoción de la web en las escuelas y universidades. Información en páginas web gestionadas por jóvenes y las redes sociales. Elaboración de una campaña publicitaria dirigida a diarios y revistas con una audiencia joven.

Resultados esperados: mejorar la salud mental entre los adolescentes y los adultos jóvenes europeos. Difundir los resultados y las directrices para la comunidad científica, los interesados y el público en general.

Situación actual del proyecto: Se ha diseñado un cuestionario de evaluación que responderán los jóvenes, que incluye información sociodemográfica, de adaptación a su entorno familiar y de estudios, hábitos tóxicos, hábitos de uso de internet, el cuestionario DASS y la escala de Suicidio de Paykel. El cuestionario ha sido ya traducido, adaptado y validado en castellano y catalán, así como en el resto de idiomas del estudio.

Agregación familiar de trastornos psicóticos: Esquizofrenia y Trastorno afectivo bipolar en una familia.

María Reyes Herráez Robleda, Servicios de Salud mental área 10, Getafe
María Goena Irisarri, Servicios de Salud mental área 10, Getafe
Elena Colón Pérez, Servicios de Salud mental área 10, Getafe
Pablo Puras Rico, Servicios de Salud mental área 10, Getafe

RESUMEN. Introducción/objetivos: La esquizofrenia y el trastorno bipolar son enfermedades mentales que deterioran el funcionamiento social y ocupacional del paciente y representan una carga significativa para la sociedad, y más concretamente para el núcleo familiar, sobre todo si hay varios miembros afectados. En numerosos estudios se ha sugerido la presencia de un componente genético heredable para ambos trastornos psicóticos. A través de nuestra experiencia clínica y exponiendo un caso especialmente significativo vemos reforzada esta asociación de ambas patologías en una misma familia.

MATERIAL Y MÉTODO. A través del caso clínico de una familia de 14 miembros (padres y 12 hijos) en la que 4 de ellos están diagnosticados de TAB y 3 de Esquizofrenia paranoide (entre ellos el padre), intentamos mostrar la agregación familiar y por ende la relación entre ambos trastornos.

RESULTADOS. En el caso estudiado encontramos patrones de heredabilidad concordantes con los descritos en numerosos casos en la literatura: 9% para pacientes con un hermano afecto, 17% para pacientes con hermanos y un padre afecto, en el caso de la Esquizofrenia; y 20% para pacientes con un familiar de primer grado con Trastorno afectivo bipolar, repartido en un 8% para el trastorno bipolar y un 12% para el unipolar.

DISCUSIONES. A través de casos como este que presentamos y otros similares vistos en nuestra práctica clínica, vemos plasmados los resultados publicados en numerosos artículos de la literatura respecto a este tema.

Bibliografía:

Vallejo Ruiloba, J.; Leal Cercós, C. Tratado de Psiquiatría. Ars Médica. 2010.
Gastó, C. Esquizofrenia y trastornos afectivos. Editorial médica Panamericana. 2007.
Cervilla Ballesteros, J.A.; García-Ribera, C. Fundamentos biológicos en psiquiatría. Masson. 2000.

Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid

Esther Mancha, Hospital Río Hortega
Rafael Rodríguez, Hospital Río Hortega
Celia Valdivieso, Hospital Río Hortega
Ana Elúa, Hospital Río Hortega

Objetivos: Establecer la tasa de tentativas de suicidio atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y analizar distintas variables epidemiológicas relacionadas con las mismas.

Método: Para ello hemos elaborado un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en el que se registraron todas las tentativas de suicidio atendidas en Urgencias durante un período de 6 meses (Enero – Junio 2011). Se recogió el día y la hora de la atención en Urgencias, así como la edad y el sexo del paciente.

Para la selección de los casos se realizó una búsqueda por diagnósticos médicos al alta en la base de datos de este hospital.

Se llevó a cabo una revisión de las historias clínicas y se incluyeron a todos aquellos pacientes que habían manifestado un comportamiento suicida.

El estudio se ajustó a los criterios éticos aplicables y fue autorizado por la Comisión de Docencia y la Dirección del centro hospitalario.

Resultados: Se registraron un total de 97 tentativas de suicidio. Un 61,8 % eran pacientes de edades comprendidas entre los 35 y los 65 años, y las mujeres fueron las más proclives a realizar tentativas representando el 67% del total.

Tan sólo se detectaron 3 casos de intentos de suicidio durante el periodo de estudio en población menor de 18 años.

El análisis temporal de los datos reveló una distribución no homogénea a lo largo de los meses del año (el de menos incidencia fue Enero) y por días de la semana (el de menor incidencia fue el miércoles).

Finalmente se evidenció un mayor número de casos en el turno de noche, mientras que la distribución a lo largo de los otros dos turnos (mañana y tarde) fue relativamente homogénea.

Conclusiones: Los servicios de Urgencias permiten determinar las tasas de tentativas de suicidio de su área de referencia, así como analizar las características principales de las mismas.

**Seguimiento de efectos cardiovasculares de la atomoxetina, perfil de seguridad.
Descripción de grupo de pacientes tratados con el fármaco en la Unidad de Salud Mental
Infanto-Juvenil de Jerez de la Frontera.**

José Idelfonso Pérez, USM-Jerez de la Frontera
Laura Fernández, USM-Jerez de la Frontera
Elena Álvarez, USM-Jerez de la Frontera
Marta Corchete, USM-Jerez de la Frontera
Consuelo Lillo, USMI-J

Introducción. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es la psicopatología diagnosticada con mayor frecuencia en la edad pediátrica, consiste en la presencia de grados variables de inatención, hiperactividad e impulsividad. La utilización de clorhidrato de atomoxetina demostró ser efectiva y segura en el control de los síntomas cardinales del TDAH en niños ¹. Inhibe selectivamente la recaptación presináptica de noradrenalina, ésta parece modular la memoria de trabajo espacial y la atención en corteza prefrontal. Dado su perfil noradrenérgico se ha estudiado cuidadosamente los efectos cardiovasculares ². La revisión de los datos procedentes de los ensayos clínicos mostró que atomoxetina puede producir cambios clínicamente importantes en la presión arterial y en la frecuencia cardíaca ³. Antes de iniciarse el tratamiento debe evaluarse la presencia o antecedentes de patología cardíaca y realizarse monitorización de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca durante el tratamiento⁴.

Métodos. En este trabajo se realizará un análisis descriptivo y retrospectivo de una muestra de pacientes, pertenecientes al área de Jerez de la Frontera, en seguimiento en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, con diagnóstico de Trastorno de la actividad y de la atención (F90.0) y toma de atomoxetina en los años 2010 y 2011. Se analizarán varias variables (edad, género, frecuencia cardíaca, presión arterial, antecedentes cardiológicos y toma de otros fármacos).

Objetivos. Trataremos de analizar la incidencia de eventos cardiovasculares en tratados con atomoxetina y posible asociación con otras variables con la finalidad de aportar nuevos datos y a elaborar hipótesis para próximas investigaciones

(Referencias)

Barragán-Pérez E, Borboa-Arce E, Garza-Morales S, Hernández-Aguilar J. Eficacia y seguridad del clorhidrato de atomoxetina en el tratamiento de pacientes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Boletín Médico Del Hospital Infantil De México 2005;62(5):339-47.
Wernicke JF, Faries D, Girod D, Brown JW, Gao HT, Kelsey D, Quintana H, Lipetz R, Michelson D, Heiligenstein J. Cardiovascular effects of atomoxetine in children, adolescents, and adults. Drug Safety 2003 2003;26(10):729-40.
Davies M, Layton D, Tong E, Shakir SAW. Risk of cardiac events in patients taking atomoxetine; results of a matched cohort analysis. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2011 AUG;20:S194-
Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Atomoxetina y aumento de la presión arterial y frecuencia cardíaca: Nuevas recomendaciones. 2011 DIC.

Diferencias en la Cognición Social entre el Trastorno Delirante y la Esquizofrenia Paranoide

Alejandra Teresa Laorden Nieto, Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid

Isabel Vicente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid

Victoria Del Amo, Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid

Ignacio García, Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid

Enrique De Portugal, Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid

Antecedentes. Desde tiempos de Krapelin se investiga si la Paranoia (trastorno delirante - TD) es una entidad nosológica distinta a la esquizofrenia paranoide (EP). La alteración en la cognición social (CS) se ha relacionado sólidamente con la Esquizofrenia Paranoide (EP), siendo esta relación independiente de la sintomatología y del funcionamiento neuropsicológico. Sin embargo, hasta donde conocemos, no se há investigado si la CS es un fenómeno cognitivo que diferencie la EP del TD.

Objetivos. El objetivo de nuestro estudio fue investigar las diferencias en la CS entre TD y EP.

Métodos. Se evaluó la CS en 63 sujetos con TD y 28 con EP diagnosticados según el SCID-I (DSM-IV). La CS se evaluó mediante una medida promedio de las puntuaciones de tres pruebas de Teoría de la Mente (ToM): "Dog Test" (creencia de 2º orden) "Faux-Pas Task" (sensibilidad social) y "Eyes Test" (percepción de las emociones faciales). El análisis comparativo de la CS entre TD y EA se realizó mediante técnicas estadísticas multivariantes controlado por variables sociodemográficas, CI premórbido (NART), sintomatología positiva y negativa (PANSS) y por el funcionamiento neuropsicológico global medido con una amplia batería neuropsicológica (se calculó como la media aritmética de cuatro dominios: atención, memoria verbal y de trabajo y funciones ejecutivas).

Resultados. Los pacientes con TD presentaron una puntuación más alta en la en la medida promedio de la CS que los pacientes con EP, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Conclusión. Nuestrs estudio halla que la CS no es un fenómeno cognitivo que diferencie el TD de la EP y en este sentido apoya la idea de que estos dos trastornos no son entidades nosológicas distintas.

Influencia de los acontecimientos traumáticos en la infancia en las anomalías cognitivas, perceptivas y emocionales implicadas en la patogénesis de las psicosis delirantes del espectro paranoide

Isabel Vicente, Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid
Alejandra Teresa Laorden Nieto, Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid
Victoria Del Amo, Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid
Enrique De Portugal, Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid
Ignacio García, Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid

Antecedentes: Hay evidencia de que la presencia de acontecimientos traumáticos en la infancia (ATI) está implicada en la patogénesis de las psicosis del espectro esquizofrénico. En los últimos años se ha hallado que determinados sesgos cognitivos (salto a la conclusión, estilo atributivo personalizante y necesidad de conclusión), déficits neuropsicológicos (función ejecutiva, memoria de trabajo y cognición social), alteraciones en la percepción de experiencias anómalas y anomalías emocionales (ansiedad, depresión, estrés percibido, baja autoestima y discrepancias del "self") están también implicados en la formación y mantenimiento de la psicosis delirante del espectro paranoide (PDEP). Sin embargo, actualmente, hay un escaso conocimiento empírico sobre la relación entre los ATI y estas anomalías.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio fue investigar la influencia de los ATI en las anomalías cognitivas, perceptivas y emocionales implicadas en la patogénesis de las PDEP (trastorno delirante y esquizofrenia paranoide)

Métodos: Estudio transversal compuesto por una muestra de 94 sujetos (n=94) diagnosticados de PDEP según el SCID-I (DSM-IV) (66 casos de trastorno delirante y 28 de esquizofrenia paranoide). Los ATI se evaluaron mediante el "Childhood Trauma Questionnaire". El sesgo atencional hacia el estímulo amenazante se midió mediante el "Emocional Stroop", el sesgo de salto a las conclusiones con el "Experimental Beads Task", la necesidad de conclusión mediante la "Need for Closure Scale" y el sesgo atributivo con el "Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire". Mediante una amplia batería neuropsicológica se midió el funcionamiento neuropsicológico en atención, memoria verbal y de trabajo y función ejecutiva. La cognición social se evaluó mediante tres pruebas de Teoría de la Mente: "Dog Test", "Faux-Pas Task" y "Eyes Test". La percepción de experiencias anómalas se evaluó mediante la "Cardiff Anomalous Perceptions Scale". También se evaluó la sintomatología depresiva mediante el "Beck Depression Inventory", la ansiedad con la "Hamilton Anxiety Rating Scale", la autoestima con la "Rosenberg Self-esteem Scale", el estrés percibido con la "Perceived Stress Scale" y las discrepancias del "self" mediante el "Personal Qualities Questionnaire".

Primero, se exploró la relación entre ATI en la infancia y las anomalías cognitivas, perceptivas y emocionales mediante modelos de regresión lineal controlada por variables sociodemográficas, CI premórbido ("National Adult Reading Test"), años de evolución del trastorno e intensidad del delirio ("Maudsley Assessment of Delusion Schedule"). Posteriormente, se repitieron los modelos de regresión lineal para aquellas anomalías que se asociaron significativamente a la presencia de ATI controlando el potencial efecto de confusión del resto de anomalías que se asociaron también a la presencia de ATI.

Resultados: El 45.8% de los sujetos de la muestra presentó ATI. La presencia de ATI se asoció significativamente con puntuaciones más altas en estrés percibido, depresión y percepción de

experiencias anómalas. Cuando estas asociaciones fueron controladas entre sí, únicamente se halló que la presencia de ATI se asoció al estrés percibido.

Conclusión: La presencia de ATI influye en la patogénesis de desregulación emocional de los pacientes con PDEP al generar una mayor percepción del estrés, anomalía emocional que está implicada a su vez en la en la patogénesis de la psicosis delirante.

Inteligencia y Gravedad Clínica en el Trastorno Límite de la Personalidad.

Fabiola B. Soler Ferrería¹, UDM-SM Murcia
 Francisco Rosagro Escamez², CSM San Andrés
 Trinidad Ortuño Campillo¹, UDM-SM Murcia
 Estefanía Pérez María³, Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Murcia
 Pedro Rosique³, Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Murcia
 Concepción Díaz, Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Murcia

Introducción. Existe escasa investigación científica que valore la influencia de la inteligencia en la gravedad de los Trastornos Límites de la Personalidad (TLP). Sin embargo, algunos estudios sugieren que una mayor inteligencia favorece una mejor respuesta al tratamiento (Rothenhäusler HB, Kapfhammer HP.,1999), y que la baja inteligencia en la infancia es un factor de riesgo para ingresos hospitalarios por TP en la adultez (Moran P, Klinteberg BA, Batty GD, Vågerö D. 2009).

Objetivos. El siguiente estudio propone analizar la relación entre inteligencia y gravedad clínica en el TLP.

Material y métodos. Se evalúa una muestra de 36 pacientes diagnosticados de TLP, que ingresan en la Unidad específica de TLP de la Región de Murcia. Se les administra en el momento del ingreso el TONI-2 para cuantificar el Coeficiente Intelectual (CI) y la escala CGI (escala de Impresión Clínica Global) para cuantificar la gravedad clínica. Se realiza un análisis descriptivo y por tablas de contingencia para valorar la relación entre ambas variables.

Resultados. Análisis descriptivo: Las puntuaciones obtenidas en el TONI-2 se encuentran dentro de un rango de 70 a 131, con una media de 97,78 y desviación típica de 14,59. El ICG al ingreso puntúa en 7 (extremadamente enfermo) en el 47,2%, 6 (gravemente enfermo) en el 41,7%, y 5 (marcadamente enfermo) en el 11,1% de los pacientes. Análisis por tablas de contingencia: Los sujetos son clasificados en dos grupos según el CI (mayor o igual a 90, el 72,2%; menor de 90, el 27,8%). Las tablas muestran que, en el grupo de CI menor a 90, el 60% de los pacientes puntúan 7 en el ICG, 20% puntúa 6, y 20% puntúa 5; mientras que en el grupo igual o superior a 90, el mayor porcentaje (50%) puntúa 6, el 42,3% puntúa 7 y el 7,7% puntúa 5. Aunque los datos no resultan estadísticamente significativos ($\chi^2 = 3,023$ gl=2 $p < 0,221$), sí podemos observar que en los pacientes con un CI inferior, la gravedad se concentra mayormente en la categoría de “extremadamente enfermos”, mientras que en los de CI superior el mayor número está en los “gravemente enfermos”.

Conclusiones. Los resultados indican una tendencia a que cuanto menor es el CI mayor es la gravedad, siendo necesarios futuros estudios con una muestra mayor de pacientes para llegar a resultados más concluyentes.

Bibliografía Brown L., Sherbenou R.J., Johnsen S.K.. TONI-2, Test de inteligencia no verbal (C) Ed. [tea Ediciones SA](#), 2007.

Moran P, Klinteberg BA, Batty GD, Vågerö D. Childhood intelligence predicts hospitalization with personality disorder in adulthood: evidence from a population-based study in Sweden. *J Pers Disord.* 2009 Oct;23(5):535-40.

Rothenhäusler HB, Kapfhammer HP. Outcome in borderline disorders. A literature review. *Fortschr Neurol Psychiatr.* 1999 May;67(5):200-17. [Guy - W.](#) - CGI. ESCALA DE IMPRESION CLINICA GLOBAL (CLINICAL GLOBAL IMPRESSION) (E/C). Ed. D. 2011

El Riesgo Autolítico Como Causa De Ingreso: En Busca De Mecanismos De Prevención Del Suicidio

IGNACIO MELÉNDEZ, Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain-Leganés
MANUEL DELGADO, Hospital Universitario Severo Ochoa - Leganés
CARLOS GONZÁLEZ, Hospital Universitario Severo Ochoa - Leganés
SANDRA PACHECO, Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain - Leganés
IVÁN ROQUE, Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain - Leganés

INTRODUCCIÓN: Los gestos autolíticos son una de las causas más frecuentes de ingreso psiquiátrico. Es conocido desde hace años el hecho de que la persistencia de intentos autolíticos previos constituye un factor de riesgo tanto para la repetición de dichos intentos como para el suicidio consumado. Por ello, de cara al desarrollo de programas de prevención del suicidio, consideramos de elevado interés configurar el perfil de este tipo de pacientes.

OBJETIVOS: Considerando que entre los pacientes con riesgo autolítico, los que ingresan por dicha causa constituirían una de las subpoblaciones en que dicho riesgo tendría especial relevancia, nos planteamos estudiar un grupo de pacientes amplio que ingresa por ideación o gesto suicida, revisando un número amplio de variables tanto personales como clínicas, con el objetivo de sentar algunas bases para el desarrollo de programas preventivos en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisan todos los ingresos realizados en la planta de Psiquiatría de un Hospital General (Leganés) durante un año (2011). Se contabiliza un total de 402 ingresos, correspondientes a 280 pacientes (una proporción apreciable presentaba más de un ingreso). Un total de 97 (34'6%) ingresaron por ideas o gesto autolítico. Se estudian toda una serie de variables sociodemográficas y clínicas, y se aplica el test de chi-cuadrado para valorar la distribución.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: Se observa que la sobredosis de fármacos es el método más frecuente en los intentos suicidas. Destacan la mayor presencia de intento de suicidio en pacientes depresivos o con trastornos de personalidad sobre el resto de grupos. El porcentaje de pacientes solteros está infrarrepresentado en el grupo de intentos suicidas, mientras que los casados, separados, etc. está sobrerrepresentados. El porcentaje de pacientes con más de un ingreso en el último año también está sobrerrepresentado entre los pacientes con gestos o ideas suicidas, al igual que el de pacientes con gestos suicidas previos.

Nos planteamos que, dentro de los pacientes que ingresan, las estrategias preventivas deben incidir sobre todo en los grupos de pacientes con más de una hospitalización en el año, o con gestos suicidas previos.

BIBLIOGRAFÍA:

- Daigle MS, Pouliot L, Chagnon F, Greenfield B, Mishara B. "Suicide attempts: prevention of repetition". *Can J Psychiatry*. 2011 Oct; 56(10):621-9.
- Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, Courtet P, Bellivier F, Demarty AL, et al. "ALGOS: the Development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters". *BMC Psychiatry*. 2011 Jan 2;11:1.
- Goldney RD. "Suicide prevention: a pragmatic review of recent studies". *Crisis*, 2005; 26 (3):128-40.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. "Suicide prevention strategies: a systematic review". *JAMA*. 2005 Oct 26; 294 (16): 2064-74.

- Knox KL, Conwell Y, Caine ED. "If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it?" Am J Public Health 2004 Jan; 94 (1): 37-45.
- Servicio Madrileño de Salud. Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental. Madrid.: Consejería de Sanidad, 2011.

- 275

- **USO DE PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS HOSPITALIZADOS**

- Iván Roque¹, Instituto Psiquiátrico Servicios De Salud Mental José Germain (Leganés) - Madrid
 - Manuel Delgado², Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés) - Madrid
 - Carlos González², Hospital Universitario Severo Ochoa (Leganés) - Madrid
- Ignacio Meléndez³, Instituto Psiquiátrico Servicios De Salud Mental José Germain (Leganés) - Madrid
- Sandra Pacheco, Instituto Psiquiátrico Servicios De Salud Mental José Germain (Leganés) - Madrid

- **INTRODUCCIÓN.** Aunque siempre se ha de buscar adaptar al máximo la prescripción de fármacos a las necesidades de los pacientes, esta circunstancia se agudiza, si cabe, en tiempos de crisis económica. Por ello es importante realizar las prescripciones teniendo en cuenta de manera combinada el coste, la eficacia, y la adecuación a cada caso.

- **OBJETIVOS.** Valorar las prescripciones de psicofármacos en una unidad psiquiátrica de un hospital general, teniendo en cuenta su uso racional desde el punto de vista económico, así como desde el punto de vista de la adecuación a los diagnósticos de los pacientes a los que se prescriben

- **MATERIAL Y MÉTODOS.** Se revisan todos los ingresos realizados en la planta de Psiquiatría de un Hospital General (Leganés) durante un año (2011). Se contabiliza un total de 402 ingresos, correspondientes a 280 pacientes (una proporción apreciable presentaba más de un ingreso). Se estudian toda una serie de variables sociodemográficas y clínicas, y se aplica el test de chi-cuadrado para valorar la distribución. Se valora qué tipos de fármacos son indicados con mayor frecuencia, así como su correlación con los diagnósticos de los pacientes que los reciben.

- **RESULTADOS Y CONCLUSIONES.** Se objetiva que, dentro de los antipsicóticos, los más prescritos son, o bien clásicos, o bien, dentro de los atípicos (que van teniendo un grado creciente de prescripciones), aquellos de los que se dispone de formulación genérica. Igualmente se comprueba que hay un número suficiente de prescripciones de otros atípicos más modernos, sin formulación genérica, utilizados cuando los anteriores no aportan las soluciones buscadas. Igualmente los antidepresivos más utilizados (citalopram, venlafaxina) cuentan con formulaciones genéricas. La distribución de prescripciones de antipsicóticos y antidepresivos se ajusta en gran medida a los diagnósticos. Los ansiolíticos se prescriben a casi el 80% de los pacientes ingresados, mientras que los hipnóticos sólo se dan al 42”7%

- **BIBLIOGRAFÍA:**

- Crabtree BL, Dostrow VG, Evans CJ, Cuffel BJ, Alvir JM, Sanders KN. “Outcome assessment of an antipsychotic drug algorithm: effects of the Mississippi State Hospital algorithm project”. *Psychiatr Serv.* 2011 Aug; 62(8):963-5.
- Bret P, Bret MC, Queuille E. “Prescribing patterns of antipsychotics in 13 French psychiatric hospitals”. *Encephale.* 2009 Apr; 35(2):129-38.
- Fischer-Barnicol D, Lanquillon S, Haen E, Zofel P, Koch HJ, Dose M, et al. “Typical and atypical antipsychotics- the misleading dichotomy. Results from the Working Group ‘Drugs in Psychiatry’ (AGATE)”. *Neuropsychobiology.* 2008 Jun; 57(1-2):80-7.

- Tómasson K, Tómasson H, Zoëga T, Sigfússon E, Healgason T. "Epidemiology of psychotropic medication use: comparison of sales, prescriptions and survey data in Iceland". Nord J Psychiatry. 2007; 61(6):471-8.

- Haw C, Stubbs J. "Benzodiazepines-a necessary evil? A survey of prescribing at a specialist UK psychiatric hospital". J Psychopharmacol. 2007 Aug; 21(6):645-9

- **282**

-

- **Creencias Y Actitudes Sobre El Suicidio En Distintos Colectivos**

-

- Francisco Rodríguez Pulido¹, Facultad Medicina ULL. Psiquiatria

- Manuel Méndez Abad², C.S Orotava San Antonio. SCS

- Ángeles Rodríguez García³, Servicio Canario Salud

- Mercedes Francisco Rodríguez⁴, Servicio Canario de Salud

- Elena Tallo Aldana, Servicio Canario de Salud

- Introducción. Muchas actuaciones se basan en conocimientos o creencias que pueden ser erróneos.

-

- Objetivo. Conocer las creencias de distintos colectivos en relación al suicidio y compararlas con la evidencia.

-

- Material y métodos. Estudio descriptivo. Se aplicó una encuesta anónima con 12 enunciados sobre aspectos del suicidio, con 5 posibles respuestas en función del grado de acuerdo. Se registraron datos demográficos. Los resultados se muestran con sus intervalos de confianza al 95% (IC95). Para comparar las medias se usó la t de Student y para comparar proporciones la χ^2 .

-

- Resultados. Se aplicó la encuesta a 208 personas: 43 médicos de Atención Primaria (MAP), 39 docentes (DOC), 82 estudiantes de Medicina (EM); 44 personas de la población general (PG) 29,8% varones y 70,1% mujeres. La edad media fue 33,65 años (IC95: 31,87-35,42 años). En varones: 32,79 años (IC95: 29,4-36,1); en mujeres 34,01 años (IC95: 31,8-36,1). En los MAP 48,4 años (IC95: 46,4-50,4), en DOC 42,4 años (IC95: 39,0-45,7), en EM 22,6 años (IC95: 21,9-23,3) y en PG 31 años (IC95: 27,5-34,5). No existían diferencias significativas de edad en función del sexo en conjunto ni en ningún colectivo. Los médicos entrevistados tenían 20,6 años de ejercicio de media (IC95: 18,5-22,5) y los docentes 17,4 años (IC95: 13,8-20,6). El 72% de los EM fueron de los cursos 4º a 6º.

-

- Los médicos tuvieron, de forma significativa, un mayor porcentaje de creencias correctas (87,2%) que los otros grupos, sin diferencias significativas entre docentes (74,8%) y estudiantes (75,4%) aunque si ambos con la población general (66,4%). El ítem "Las personas que hablan de suicidarse no cometen suicidio" fue el de menor porcentaje de creencias correctas: 76,7% entre MAP, 35,9 en DOC y 42,6 en EM. "Los jóvenes nunca se suicidan" fue el de mayor porcentaje, con el 100% entre MAP, 94% DOC y 92,7% los EM. Esto contrasta con el bajo 66% de DOC que estaban de acuerdo con que "Los niños no piensan en la muerte". El porcentaje sólo fue inferior al 70% entre los MAP, cuando se plantea que "los parasuicidios se realizan sólo para llamar la atención" (DOC: 59%; EM: 46%)

-

- Hay tres ítems que destacamos por sus similitudes: "El suicidio no se puede prevenir, porque ocurre por impulso" que cree un 21% de los MAP, el 41% de los DOC y 17% de

los EM; “El suicidio ocurre sin advertencias” (25,6% MAP; 30,8 DOC y 47,5% EM); y “El suicidio no tiene tratamiento” donde sólo estaban de acuerdo un 7% de MAP, aunque el 21% de DOC y 17% de EM. Referente a la actitud de “Hay que reprobar severamente a los jóvenes con autolisis realizándoles análisis, lavado gástrico, sueros, etc., para que no repitan esas conductas” sólo el 9% de MAP estaban de acuerdo frente a 20,5% DOC y 34% EM. Las creencias erróneas entre la PG fueron significativamente más altas.

-
- **Conclusiones.** Existen muchas falsas creencias en colectivos claves en la prevención del suicidio, que se tendrían que modificar con programas dirigidos a ellos.

- **284**

-

- **Un reto a vencer: La obesidad en personas con Trastorno Mental Grave**

-

- Natalia González Brito, Servicio Canario de Salud
- Francisco Rodríguez Pulido², Presidente Comité Organizador Universidad de La Laguna
Asociación Canaria de Neuropsiquiatría
 - Enrique González Dávila, Universidad La Laguna
 - Dominga Alonso Díaz, Servicio Canario de Salud
 - Ana García Cruz, Servicio Canario de Salud
 - Marlene Socas Socas, Servicio Canario de Salud

-

INTRODUCCIÓN. El alto índice de obesidad y sobrepeso, hace que las personas con trastorno mentales graves desarrollen patologías concomitantes, disminuyendo así la calidad de vida de las personas, esto nos impulsó a realizar un estudio durante el periodo 2008-2009, para conocer el porcentaje de dichos factores de riesgo.

-

- **OBJETIVO.** Conocer el porcentaje de obesidad y sobrepeso de una muestra de usuarios que son supervisados por el Equipo Comunitario Asertivo de Tenerife.

-

- **METODOLOGÍA.** Se analizó una muestra de 231 personas de ambos sexos, entre 18 y 55 años, con diagnósticos de F20.0 (90%), F30 (8%), F40 y F60 (el 2 % restante), que residen en recursos de alojamiento (miniresidencias, pisos tutelados y domicilios propios) supervisados en la comunidad, por el Equipo Comunitario Asertivo de Tenerife.
Se utilizó programa estadístico de SPSS V.19.

-

- **RESULTADOS.** El 33,3% de la muestra tiene Obesidad (IMC \geq 30), destacando en el sexo femenino mayor incidencia. En cuanto al sobrepeso, entre el 65-70% del total de la muestra lo tiene, sin haber diferencia significativas entre ambos sexos.

-

- **CONCLUSIONES.** En nuestro estudio hallamos porcentajes que vienen a duplicar la cifra de obesidad en relación a la población general. Estos resultados nos hacen pensar lo imprescindible que es trabajar con los usuarios con trastornos mentales graves los hábitos de vida saludable, llevando a cabo programas regulares de educación sanitaria en el campo de la alimentación y ejercicio físico.

-

- **BIBLIOGRAFÍA**

- J. Sáiz Ruiz, J. Bobes García, J. Vallejo Ruiloba, J. Giner Ubago, M. P. García-Portilla González Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. 2008.

- Reeves MJ, Rafferty AP, Healthy lifestyle characteristics among adults in the United States 2000. Arch Intern Med 2005; 165:854-857.
- La salud física en el enfermo psiquiátrico. J.Ezcurra, A. Glez.-Pinto, M. Gutiérrez Fraile.
- Dembling BP, Chen DT, Vachon L. Life expectancy and causes of death in a population treated for serious mental illness. Psychiatr Serv. 1999; 50:1036-1042.
- US Department of Health and human Services, National Center for Health Statistics. Third U.S. National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), 1988-1994. Hyattsville, Md: Dept of healthand human services; 1996.

- **Análisis descriptivo de una muestra de pacientes con trastorno mental grave que acuden por primera vez a los dispositivos de salud mental**

- José María González González¹, Hospital Universitario La Paz
 - Carla Valverde García¹, Hospital Universitario La Paz
 - Pilar Sanchez Castro¹, Hospital Universitario La Paz
- Enrique Sacristán Alonso¹, Hospital Universitario La Paz
 - Sara Izquierdo Pérez², Hospital Universitario La Paz
 - María Fe Bravo Ortiz, Hospital Universitario La Paz

- Introducción: Diversos estudios han analizado la importancia de la intervención precoz en el Trastorno Mental Grave (TGM). Así mismo, se ha relacionado la rapidez de instauración del tratamiento con una mayor respuesta al mismo. (1), (2).

- Objetivos: Profundizar en el conocimiento de los pacientes con TGM que acuden por primera vez a los Servicios de Salud Mental. Identificar aspectos sociodemográficos y en relación a la psicopatología presentada por este tipo de pacientes a fin de mejorar la asistencia prestada desde los dispositivos de la red.

- Método: Se incluyen en el estudio a los pacientes con TGM incluidos en la [Red de Investigación Clínico-Epidemiológica Basada en los Servicios de Salud Mental \(RIBSAEN\)](#) que acuden por primera vez en el último año a los dispositivos de Salud Mental del área sanitaria asociada al Hospital Universitario La Paz. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las principales variables sociodemográficas y psicopatológicas recogidas en la historia clínica de estos pacientes.

- Resultados: En este apartado se describen los principales hallazgos derivados del análisis de las variables mencionadas.

- Conclusiones: Se discute la importancia de estos datos y su utilización de cara a mejorar la asistencia a los pacientes con trastorno mental grave que contactan por primera vez con Salud Mental.

- Bibliografía:

- (1) Perkins D. O., Gu H., Boteva K. y Lieberman J.A. (2005) Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis [The American Journal of Psychiatry](#), 162 (10):1785-1804.
- (2) Grupo de Expertos de la AEN. Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Internet]. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. Disponible en: <http://www.aen.es/web/docs/CTecnicos10.pdf>
- **Keywords:** Trastorno mental grave, análisis descriptivo, psicopatología, red pública de Salud mental.

- **311**

- **Prevalencia de casos psiquiátricos en adultos en unidad de agudos del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid durante 2011**

-

- José Luis Quintana Velasco¹, Salud Mental HURH Valladolid
- Sergio González Miguélez¹, Salud Mental HURH Valladolid
- Ana Navarro Canedo¹, Salud Mental HURH Valladolid

- Juan Pablo Del Busto Bretoneche, Salud Mental HURH Valladolid Salud Mental HURH Valladolid

-

- **Introducción:** Se recogen los datos correspondientes de los ingresos en la Unidad Psiquiátrica de Agudos del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid durante el año 2011. Este registro se desglosa por patologías, edades, si existían ingresos psiquiátricos previos o no, tiempo de hospitalización y otros datos epidemiológicos.

-

- **Objetivos:** Analizar las patologías que con más frecuencia ingresan en Unidad de Agudos y comprobar los datos socio-demográficos más frecuentemente asociados, así como la iniciativa del ingreso.

-

- **Metodología:** El estudio se realiza a través de los datos obtenidos de la Unidad Psiquiátrica de Agudos del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid a lo largo del año 2011.

-

- **Resultados:** Las patologías con más demanda de ingreso han sido los cuadros psicóticos, seguidas de los cuadros neuróticos y en tercer lugar los trastornos relacionados con el alcohol y otros tóxicos. Casi un tercio de los ingresos se producen a petición de la familia, lo que pone de relieve la gran importancia que supone la concienciación de las mismas para la detección de los primeros síntomas en casos de descompensación psicopatológica. Del mismo modo, el hecho de que la mayor parte de los ingresos sea a través de urgencias.

-

- **Conclusiones:** Es esperable la alta prevalencia de Psicosis entre las causas de petición de camas, dado el riesgo potencial que una descompensación psicótica supone tanto para el paciente como para su entorno, las conductas disruptivas acompañantes a un episodio de descompensación y las dificultades de manejo a nivel ambulatorio.

-

-

- **Experiencia De Uso De Clozapina En Primeros Episodios Psicóticos (Pep)**

- Ignacio Vera, Hospital Universitario de Getafe
- Javier Sanz-Fuentenebro, Centro de Salud Mental de Usera
- Vicente Molina, Departamento de Psiquiatría. Universidad de Valladolid. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

- El concepto de emplear clozapina en PEP surge desde su comercialización¹ pero los ensayos clínicos al respecto son prácticamente inexistentes. Frente a lo recomendado por las guías clínicas²⁻⁶, la clozapina sólo se emplea en el 14-50% de los casos indicados⁷⁻⁸ transcurriendo 9,7-15,1 años hasta su uso tras haber probar hasta 13 fármacos diferentes⁹⁻¹⁰.

- Symanski et al¹¹ ofrecen clozapina a 10 pacientes resistentes a 3 antipsicóticos. Ninguno tuvo una remisión completa siendo la tasa de respuesta del 30%. Agid O et al.¹² la ensayan en 23 pacientes resistentes a 2 antipsicóticos. Los que tomaron clozapina mostraron igual resultado inicial pero mejor a largo plazo que los que tomaron risperidona/olanzapina/quetiapina. Woerner et al.¹⁵ ofrecieron tratamiento con clozapina a 34 pacientes con un PEP "nunca tratados". El 56% remitieron. El tiempo medio hasta la remisión fue de 11 semanas. La tasa de respuesta a las 13 semanas fue del 66,4%. El 53% de los respondedores abandonaron el tratamiento antes del año. Los estudios anteriores tienen notables limitaciones metodológicas.

- Lieberman JA et al¹³ comparan la eficacia de clozapina y clorpromazina en 160 pacientes en un ensayo aleatorizado, doble ciego y con 2 años de seguimiento. El 81% de los tratados con clozapina y el 79% de los tratados con clorpromazina remitieron. Los tratados con clozapina experimentaron mayores reducciones en diferentes escalas psicopatológicas que los tratados con clorpromazina a las 12 semanas no así a las 52 dato que los autores atribuyen a la pérdida de mayor número de pacientes graves en el grupo de clorpromazina.

- Recientemente¹⁴ publican los resultados del mismo estudio a 9 años de seguimiento. El 18% seguían tomando la medicación originalmente asignada: 26% en los de clozapina y 10% en los de clorpromazina. El tiempo medio hasta la interrupción del tratamiento original fue de 39 meses para clozapina y 23 para clorpromazina. A los 9 años, el porcentaje de tiempo en remisión (78%) o recaída (14%) fue similar en ambos grupos. No hubo diferencias significativas en las escalas psicopatológicas para los distintos períodos de seguimiento. Los tratados con clozapina permanecías más tiempo en el tratamiento asignado. La tasa de adherencia terapéutica es anormalmente elevada para este tipo de población lo que hace dudar de la generalizabilidad de los resultados.

- Estimamos necesario realizar estudios experimentales en nuestro medio que aporten luz sobre el empleo de clozapina en PEP. Proponemos realizar un ensayo clínico en PEP comparando clozapina y risperidona en términos clínicos, neuropsicológicos y neurofisiológicos.

- Szymanski S et al. Clozapine response in treatment-refractory first-episode schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1994;35 (4):278-280.

- Agid O et al. Early use of clozapine for poorly responding first-episode psychosis. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27:369-373

- Lieberman JA et al. Atypical and conventional antipsychotic drugs in treatment-naïve first-episode schizophrenia. *Neuropsychopharmacology*. 2003;28 (5):995-1003.
- Girgis RR et al. Clozapine versus chlorpromazine in treatment-naïve, first episode schizophrenia. *BJP*. 2011 (en prensa). Woerner MG et al. Clozapine as a first treatment for schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003;160 (8):1514-1516.