

Unidad Hospitalaria, de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) definida por sus usuarios.

María Jañez, *UUI*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Habitualmente, son los expertos quienes definen las herramientas que utilizan. Con este trabajo queremos completar estas definiciones, añadiendo las de las personas a las que se les aplican estos instrumentos. Esto nos permitirá conocer más a fondo su repercusión y utilidad, así como reconsiderar su aplicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizan 8 sesiones a dos grupos focales de pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave ingresados en UHTR de Clínica San Miguel. Las sesiones fueron dirigidas por un terapeuta y un co-terapeuta. La duración de cada sesión fue de 60 minutos. Todos los asistentes colaboraron voluntariamente, habiendo sido informados de la finalidad del estudio. Las sesiones se basaron en un guión establecido por expertos, pero la discusión no fue directiva.

RESULTADOS: Estas sesiones fueron transcritas por el co-terapeuta. Se recogieron los papeles de trabajo de cada uno de los participantes. Con todos estos datos se realizaron categorizaciones de las respuestas en lo relativo a las tareas recordadas, las definiciones y finalidades de las mismas, así como del grado de satisfacción y propuestas de cambio.

CONCLUSIONES: Después de estudiar las respuestas, apreciamos alta proporción de desconocimiento de la utilidad de cada espacio. Cualquier grupo tarea ha de estar bien definido y así devuelto al usuario. Dadas las respuestas, dudamos de la claridad del encuadre, y, observamos que la percepción de utilidad en cada sujeto es muy distinta ("para aprender a ser normales", "para relacionarnos", "para analizar la vida que llevas e intentar cambios", "nuestros sentimientos", "para hablar", "para reafirmar y optimizar la personalidad", "para adaptarnos a la realidad", "para pensar qué hacer", etc.). Tener en cuenta la percepción de cada asistente, permitirá favorecer una actitud activa para el cambio más allá del espacio terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA:

- Anguera, M.T., Arnau, J., Ato, M. Marínez, R., Pascual, J. y Vallejo, G. (1995). *Métodos de investigación en psicología*. Madrid: Síntesis.
- Anguera, M.T. (1999). *Hacia una evaluación de la actividad cotidiana y su contexto: ¿presente o futuro para la metodología?*. Discurso de ingreso como académica numeraria electa. Barcelona: Real Academia de Doctors. pp. 37-38.
- Anguera, M.T., Blanco A. y Losada, J.L. (2001). Diseños observacionales, cuestión clave en el proceso de metodología observacional. *Metodología de las ciencias del comportamiento*, 3 (2): 135-160.
- Argimón, J.M. y Jiménez J. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid: Elsevier.
- Ochoa, S. et al. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Septiembre 2011. 111: 477-489.

El “Muro de las Lamentaciones” como estrategia de mentalización en Hospital de Día para Adolescentes

Albert Chamorro, Hospital de Día de adolescentes. Centre Higiene Mental Les Corts
Rocio Casañas, Departamento de Investigación. Centre Higiene Mental Les Corts
Empar Murgui, Hospital de Día de Adolescentes. Centre Higiene Mental Les Corts

Introducción. Los Hospitales de Día para Adolescentes (HDA) añaden a los tratamientos tradicionales de psicoterapia y de psicofarmacología el tratamiento por el trato en el marco convivencial.

Los adolescentes derivados a HDA presentan, muy a menudo, graves dificultades de mentalización (dificultad marcada para simbolizar y en consecuencia operar mentalmente con representaciones de afecto sin actuarlas). Esto puede llegar a generar en el HDA un clima insostenible de agresiones o amenazas, dificultando el ejercicio de la autoridad adulta necesaria para la convivencia. Es conveniente potenciar elementos simbólicos que puedan ayudar a expresar representación, cuestionando o difiriendo la acción. Por ello se decidió construir un Muro de las Lamentaciones.

Objetivo. Crear una herramienta que permita la expresión de necesidades de manera inmediata pero no disruptiva, separando el pensamiento y el afecto de la acción.

Material y métodos. Participantes: todos los pacientes del HDA (12 a 21 años), ingresados desde enero de 2010 a diciembre de 2011. La participación era voluntaria. **Contexto:** HDA. Colaboraron en la actividad todos los profesionales sanitarios. **Variables de resultado:** nº de lamentaciones semanales. **Evaluación:** cuestionario en formato likert. Participación en la actividad. Análisis de contenido.

Creación del muro: parte de los pacientes lo elaboró dentro del taller de manualidades del HDA, en poliespan, con 30 agujeros donde colocar las tarjetas azules (lamentaciones). Se situó en un lugar frecuentado y visible.

Se dio la consigna de que siempre que lo desearan podían escribir y poner en el muro una “lamentación”, definida como “algo que quisieras pero no puede ser”. Cada viernes se recogían, leían y comentaban en grupo.

Resultados. De los 71 pacientes ingresados durante ese período de tiempo, participaron voluntariamente en la actividad menos de la mitad. Se obtuvieron un total de 118 lamentaciones, con un número semanal entre 2 y 3. Las lamentaciones fueron categorizadas en: 1) expresión de malestar y/o psicopatología; 2) expresión de agresividad (auto y hetero agresividad); 3) provocación sexual; 4) agradecimientos; 5) demanda de alguna cosa que se sabe que es imposible por haberlo hablado antes, por el reglamento, o por sentido común; 6) poesía; 7) expresión de deseos; 8) expresión de quejas; y 9) otros.

En el cuestionario, el 77% de los participantes opinaron que era una actividad útil, que les podía ayudar a expresar sentimientos y opiniones que de otra manera no se expondrían, y que recomendarían como actividad a otro HDA.

Conclusiones. El análisis de contenido muestra la presencia de representaciones

mentales que si fueran actuadas serían un problema para la convivencia; así, el objetivo de diferir la acción inmediata fue conseguido. La mayoría de pacientes valoraron que era una actividad útil y necesaria en el HDA. Se corrobora dicha utilidad cuando 5 pacientes conductuales reconocen que les ha “ayudado a no montar un pollo”.

VALORACIÓN DEL PROGRAMA STEPPS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE EN UN ÁREA DE SALUD

Gladis Esteve Blasco, Hospital Arnau de Vilanova-Lliria de Valencia
Eva Ojeda Rodríguez, Hospital Arnau de Vilanova-Lliria de Valencia
Nieves Hermosin Carpio, Hospital Arnau de Vilanova-Lliria de Valencia
Ana Isabel Sanz Santos, Hospital Arnau de Vilanova-Lliria de Valencia
Susana Hernández Campos, Hospital Arnau de Vilanova-Lliria de Valencia
Carla López Martínez, Hospital Arnau de Vilanova-Lliria de Valencia

INTRODUCCIÓN. El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), definido con criterios DSM-IV-TR¹, presenta dificultades en su correcto manejo terapéutico. Sin embargo, su alta prevalencia² y las repercusiones a nivel personal, familiar y económico hacen necesaria en la actualidad la aplicación de estrategias más eficaces.

Por ello en el Departamento Arnau-Lliria se ha seleccionado, valorando eficacia y sostenibilidad de las diferentes alternativas, el programa de tratamiento psicoterapéutico grupal STEPPS³, específico para personas con TLP, para ser aplicado en el marco de la sanidad pública.

OBJETIVOS. Valorar la eficacia del programa STEPPS en un grupo de pacientes con TLP en nuestro departamento de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se ha tomado la muestra de pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, confirmado mediante la entrevista SCID-II⁴, que han completado las 20 sesiones del programa STEPPS.

Los parámetros seleccionados en esta ocasión para valorar la eficacia del programa han sido el número de visitas a urgencias por clínica psiquiátrica y el número de ingresos hospitalarios en psiquiatría. Ambos ítems se han medido en el año inmediatamente previo al inicio del tratamiento (Periodo A) y durante las 22 semanas de duración del programa (Periodo B).

Los resultados obtenidos se han comparado ajustando de manera proporcional ambos periodos.

RESULTADOS. En el Periodo "A" el número de ingresos en sala de psiquiatría fue de 5,07 para el total de la muestra, y el número de urgencias por motivo psiquiátrico fue de 11.84 visitas. Durante el Periodo B se produjo un ingreso hospitalario y las visitas a urgencias fueron 4.

CONCLUSIONES. Durante la aplicación del programa STEPPS el descenso de visitas a urgencias ha sido mayor del 66% y el de los ingresos hospitalarios del 80%. Estos datos apuntan al programa STEPPS como una herramienta eficaz en el manejo de los pacientes con TLP en nuestra área. Si bien es necesario confirmar la consolidación a largo plazo de los resultados positivos observados, así como ampliar el tamaño muestral en futuros estudios.

TR). Barcelona. Masson: 2002.

Gunderson JG. Borderline personality disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *AM J Psychiatry* 2009; 166:530-39.

³Blum, ST. John, Pfohl, et al. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for Outpatients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial and 1-Year Follow-Up. *Am J Psychiatry*. 2008; 165:468-478.

⁴Firts M.B. Gibbon M, Spitzer R.L, Williams J.B.W, Smith Benjamin L. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV. Edición española. Barcelona: Masson; 1999

Perfil Neuropsicológico Y Abordaje De Una Caso De Síndrome De Joubert: Un Cuadro De Afección Cerebelosa

Sara Izquierdo Pérez, Hospital Universitario La Paz
Irene Cambrón, Hospital Universitario La Paz
Jorge Mira, Hospital Universitario La Paz
Eduvigis Contreras, Centro Salud Mental Colmenar Viejo
Enrique Sacristán, Hospital Universitario La Paz

Introducción. La participación del cerebelo en las funciones cognitivas superiores, el comportamiento y la regulación emocional es una cuestión que está adquiriendo creciente interés (Hernández-Goñi et al, 2010). Es en 1998 cuando se describe el Síndrome Cognitivo Afectivo Cerebeloso consistente en un patrón clínico de alteraciones neuropsicológicas y conductuales (Schmahmann 1998).

Dentro de este espectro se situaría el Síndrome de Joubert, una “enfermedad rara” congénita, caracterizada por malformaciones del vermis cerebeloso y mesencéfalo. Existe evidencia de alteraciones cognitivas, lingüísticas y afectivas en estos pacientes. (Tavano y Borgatti, 2010).

Objetivos. Presentación de caso clínico de paciente con alteración cerebelosa congénita, derivada para estudio neuropsicológico dirigido a determinar áreas de afectación y complementar abordaje terapéutico.

La paciente es una mujer de 20 años con antecedentes de hidrocefalia congénita, encefalocele occipital y diagnóstico de Síndrome de Joubert. La paciente es derivada por Salud Mental donde recibe tratamiento psiquiátrico y psicológico debido a sintomatología ansioso-depresiva y dificultades socioemocionales.

Material y métodos. Aplicación de una batería neuropsicológica comprensiva completa a la paciente. Tanto los padres como una profesora completan cuestionarios de comportamiento socioemocional y función ejecutiva.

Resultados. Se detecta funcionamiento intelectual deficitario (ver gráfico) en rango de Retraso Mental Ligero, si bien las habilidades verbales se encuentran mejor preservadas que las no verbales. Déficit severo en Memoria de Trabajo y Velocidad de Procesamiento y moderado en capacidad visoespacial, con torpeza psicomotriz generalizada.

Se hallan signos de alteraciones cerebelosas no agudas (ampliación base sustentación en la marcha, aprrosodia anómala).

Capacidad mnésica discretamente por debajo de la media, inferior con material visual y predominando la dificultad en codificación de la información.

La función ejecutiva se encuentra comprometida y presenta dificultades afectivas y de autorregulación emocional, confirmadas tanto por la propia paciente como por sus padres y profesora. (Ver gráficos)

Discusión. Es importante que los profesionales sanitarios tengan en cuenta la

contribución del cerebelo en funciones cognitivas superiores más allá del componente motor. Un adecuado diagnóstico y descripción de la afectación cognitiva y socioemocional de los pacientes con daño cerebeloso contribuyen a ofrecer una respuesta integral a sus necesidades.

En este caso se realizó devolución abordando falsas auto-atribuciones de la conducta. En la entrevista con los padres se favoreció comprensión de la sintomatología socioafectiva como parte del cuadro clínico, ajustando expectativas e indicando entornos protectores. Se realizó derivación a recurso para trabajo de habilidades sociales de cara a inserción laboral

Bibliografía:

Hernández-Goñi P, Tirapu-Ustárrroz J, Iglesias-Fernández L, Luna-Lario P. Participación del cerebelo en la regulación del afecto, la emoción y la conducta. Revista de Neurología 2010; 51: 597-609.

Schmahmann JD, Sherman JC. The cerebellar cognitive affective syndrome. Brain 1998; 121: 561-79.

Tavano A and Borgatti R. Evidence for a link among cognition, language and emotion in cerebellar malformations. Cortex 2010, 46(7): 907–918.

Psiquiatría de Interconsulta y Enlace

Juan Alday, Madrid

Vanesa Corella Bazaco, Instituto Psiquiátrico José Germain

Pedro Sanz Correcher, Instituto Psiquiátrico José Germain

Juan Alday Muñoz, Instituto Psiquiátrico José Germain

INTRODUCCIÓN. La Psiquiatría de Interconsulta y Enlace se ocupa del conocimiento relacionado con la comorbilidad entre las enfermedades médicas/quirúrgicas y las diagnosticadas por la psiquiatría. Las habilidades concretas de esta especialidad contemplan, entre otras, la evaluación del estado mental del paciente, así como la aplicación de los principios médicos, legales y éticos en el tratamiento psiquiátrico.

Actualmente hay dos modelos vigentes que no se excluyen mutuamente: el Modelo clásico de interconsultas en medicina, donde un médico solicita a un psiquiatra su opinión sobre el diagnóstico y tratamiento de un paciente y el Modelo de enlace, que pretende mejorar la calidad de atención de los pacientes hospitalizados, expandiendo la intervención profesional de los psiquiatras a médicos, personal paramédico y familias (1).

OBJETIVOS. Revisar el papel de la psiquiatría de interconsulta y enlace, así como los aspectos legales de la práctica clínica, reflexionando sobre los beneficios de la misma en una paciente psicótica, diagnosticada de un carcinoma de mama tipo ductal infiltrante, que se mostraba mutista y opositora a la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO. La duración del proceso constó de dos meses, con un seguimiento diario de la paciente, donde se estimaron sus necesidades terapéuticas inmediatas, generales y psiquiátricas.

RESULTADOS. El Servicio de Psiquiatría consideró que la paciente no era competente para otorgar el consentimiento informado de su cirugía, cumpliéndose las condiciones para realizar un Consentimiento informado por representación.

Se valoró, anticipó y suplió la respuesta de la paciente a las vicisitudes del ingreso hospitalario mediante la identificación de situaciones clínicas, participación en el comité de tumores y coordinación con internistas, oncólogos, ginecólogos, enfermeras, trabajadores sociales y familia.

Desde el punto de vista psiquiátrico, se completó su diagnóstico, se reforzó la alianza terapéutica y se llevó a cabo un abordaje de síntomas pendientes con una valoración funcional que facilitó un tratamiento ambulatorio, un soporte familiar y unos recursos sociales previos al alta.

CONCLUSIONES. El examen de todo el material demuestra la importancia del papel de la psiquiatría de Interconsulta y Enlace, por lo que apoyamos que la enseñanza de la misma debería divulgarse tanto a los profesionales del área de la salud mental como a los demás profesionales de la medicina, ya que implica un trabajo en equipo interdisciplinario y en ocasiones multidisciplinario. (1)

En el caso de un paciente que no conserve la capacidad para comprender la situación a

la que se enfrenta y las consecuencias previsibles para a continuación, tomar, preservar y defender una decisión coherente con su escala de valores, creemos que el profesional de la interconsulta debería evaluar la competencia del mismo. (2)

La carencia de un yo organizador en el paciente psicótico, exige al clínico la necesidad de proporcionar este apoyo (Yo auxiliar) para facilitar que el paciente compense su propio déficit, al mismo tiempo que se forja la alianza terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

Conejo J, Sainz E. Aspectos de interés en la Psiquiatría de Enlace. Editorial Ergon, 2010.

Zamarro M. Consentimiento informado en Psiquiatría. Aspectos legales de la práctica psiquiátrica. Editorial Almirall, 2010.

Leucoencefalopatía Post-Hipóxica Tardía

María Nadales Rojas¹, Médico Residente De Psiquiatría, Hsa, Avilés (Asturias) - Oviedo

Noelia Aller Gómez², Médico Residente De Psiquiatría, Hsa, Avilés (Asturias)

Joaquín Peña Martínez³, Médico Neurólogo, Hsa, Avilés (Asturias)

Ángeles Hevia Maroto, Médico Psiquiatra, Hsa, Avilés (Asturias)

Varón 42 años, con diagnóstico de trastorno de la personalidad cluster A que realiza grave intento autolítico de alta letalidad y baja rescatabilidad mediante intoxicación con CO. Es ingresado en UCI y posteriormente en UHP dónde es dado de alta a los 10 días del intento a su domicilio. A los 20 días del alta, comienza de manera brusca con alteraciones comportamentales, marcada desorientación, desorganización y descoordinación psicomotora. De nuevo en UHP, nos encontramos con un paciente desorientado en tiempo y espacio, confuso con marcado aumento de latencia de respuesta y bloqueos del pensamiento. Lábil en lo emocional, precisando ayuda para ABVD.

Se realizan las pruebas complementarias donde destaca un test MINI-MENTAL de 21/30 y RNM de cráneo constatándose una llamativa alteración de la sustancia blanca de coronas radiatas y centros semiovais, bilaterales y simétricos que puede estar en relación con la intoxicación por CO, tratándose de una **LEUCOENCEFALOPATÍA POSTHIPÓXICA TARDÍA (DPHL)**

Sin embargo, a los 15 días, se observa una notable mejoría de las funciones cognitivas, de atención y motoras. Se repite MINI-MENTAL resultando de 30/30. Al realizar nueva RNM se objetiva mínima mejoría radiológica de la extensa afectación de la sustancia blanca supratentorial con respecto a estudio previo, indicativa de desmielinización levemente reversible.

Aunque sus rasgos caracteriales de base siguen estando presentes, parece haber una clara mejoría de la sintomatología cognitiva y motora, decidiéndose como plan terapéutico una completa rehabilitación funcional y cognitiva.

DPHL es un síndrome desmielinizante caracterizado por un inicio agudo de síntomas neuropsiquiátricos días o semanas, después de la aparente recuperación del coma, tras un periodo prolongado de anoxia cerebral (intoxicación por CO, shock hemorrágico o sobredosis por opiáceos)

Incidencia desconocida. Numerosos estudios evidencian que entre 50-70% de todas las secuelas neuropsiquiátricas por intoxicación por CO ocurrieron tardíamente, siendo éstas sobre todo parkinsonismo y mutismo-acinético además de desorientación, alteraciones cognitivas y psicosis.

No hay criterios diagnósticos ampliamente aceptados para el diagnóstico de DPHL. Un elentecimiento generalizado de la onda delta en el EEG puede ser vista en más de la mitad de los casos. Medir los niveles de la proteína básica de la mielina en una punción lumbar es un marcador de desmielinización aguda que puede observarse en 1/3 de los casos. La RNM es motivo de controversia sobre si los hallazgos son patognomónicos de DPHL o no, y si se correlacionan con la severidad de la intoxicación y con las secuelas

clínicas. Clarifica la extensión del cerebro dañado y ofrece información pronóstica. Se identifican lesiones de la sustancia blanca entre un 12-37% de los pacientes.

No existe una guía clínica para el tratamiento de los síntomas cognitivos en la DPHL. Se aconseja tto sintomático y de soporte, además de una rehabilitación integral. El pronóstico es incierto. Para la prevención se habla de la terapia con O2 hiperbárico. Como conclusión, se recomienda educar a los clínicos sobre el dx temprano y el tto apropiado de este raro pero devastador síndrome que ha sido reconocido clínicamente desde principios de siglo y no debería seguir siendo un misterio.

Enfoque Psicodinámico De Un Trastorno Narcisista De La Personalidad

Mario De Matteis, Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid
Marta Bravo Sanchez, Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid
Alvaro Esguevillas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón - Madrid

INTRODUCCIÓN. El Trastorno Narcisista de Personalidad (TNP) es una entidad clínica cuyo diagnóstico, de difícil acomodo en la nosología actual, implica peculiaridades pronósticas y terapéuticas significativas.

OBJETIVOS. Exponer un caso clínico de TNP siguiendo un modelo psicodinámico, proponiendo un posible modelo de tratamiento ambulatorio para nuestro sistema público de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS. Revisión bibliográfica. Historia Clínica Hospitalaria.

RESULTADOS.

Caso clínico: Varón de 35 años sin antecedentes médicos de interés. Infancia traumática, padres separados. Inestabilidad en las relaciones y trabajos. Ideación autolesiva desde la adolescencia. Idealización de la figura del padre. Devaluación de otros familiares. Diagnósticos de TLP y de Distimía. Múltiples tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos previos. Cuatro ingresos hospitalarios.

En la consulta se establece con el paciente un contrato terapéutico, con frecuencia de sesión semanal, que se basa en tratar de proteger la terapia de toda potencial amenaza (ideación suicida, descontroles impulsivos, irregular asistencia a la terapia), con registro de situaciones en que aumenta el descontrol. Se introducen elementos de control ante las conductas de riesgo. En un año de seguimiento no se han producido ingresos ni urgencias. A los 7 meses se propone replantear los objetivos de la terapia hacia una mayor profundización en las dinámicas del paciente, dando progresivamente menor importancia a los elementos de apoyo.

Juicio clínico: Trastorno Narcisista de la Personalidad funcionando en un nivel de organización borderline.

El tratamiento efectuado podría definirse como una psicoterapia de apoyo de orientación dinámica, basada en el modelo de Kernberg, y aplicando un enfoque flexible e individualizado. Identificamos una estructura defensiva de un self grandioso, que genera sentimientos de envidia y cólera, con transferencia devaluadora o de idealización patológica. Mediante la interpretación de las defensas patológicas y de la transferencia, el objetivo último del tratamiento es la resolución del self grandioso patológico.

Estamos de acuerdo con Ronningstam y Kernberg cuando plantean que el modelo del DSM, que se centra más en la grandiosidad, presenta límites en la aplicabilidad clínica, perdiéndose implicaciones pronósticas y terapéuticas claves.

CONCLUSIONES. Con una estructura de tratamiento que permita una frecuencia

terapéutica semanal, proponemos un abordaje de los trastornos graves de la personalidad desde un modelo psicodinámico en el sistema público de salud. Este modelo estaría basado en la teoría de Kernberg y su Psicoterapia Focalizada en la Transferencia, si bien incrementando los elementos de apoyo.

Consideramos importante que en el DSM 5 el TNP conserve su autonomía como entidad clínica específica, enfatizando en el carácter defensivo de la grandiosidad y la presencia de una gran vulnerabilidad subyacente, para desarrollar estrategias de seguimiento y tratamiento específicos y por las diferencias pronósticas y terapéuticas que presenta respecto a otros TP.

BIBLIOGRAFÍA.

Kernberg, O. Desordenes fronterizos y narcisismo patológico, 1979.

McWilliams, N. Psychoanalytic Diagnosis, 1994.

Ronningstam, E. Narcissistic personality disorder in DSM V, J Pers Dis 2011

Gabbard, GO. Tratamientos de los Trastornos Psiquiátricos, 2009

www.dsm5.org

Evitar La Nada

Eduardo Kuffer Melen, Barcelona

Paciente A: 23 años natural de un país del Este, antecedentes de alcoholismo y conductas violentas en su juventud, vive aquí desde hace un par de años, en la calle, antes con un hermano, ideación delirante megalómana, OD Trastorno esquizoafectivo. se trabaja con el paciente y se llega que lo mejor es el regreso a su país de origen donde se lo liga a los servicios sanitarios.

Paciente B: también de un país del este, separada 2 hijos menores, vive con su familia, padres y hermano, estudios terciarios, ideación delirante de perjuicio, quiere regresar a su país de origen sin proyecto ni soporte de ningún tipo con sus dos hijos menores, la familia se opone. OD Trastorno psicótico n/e-Se considera con el paciente que lo adecuado es continuar viviendo aquí donde vive hace años y cuidar de sus hijos y se la liga a un coro.

Ambos pacientes requirieron medicación antipsicótica. El proceso de la curación o de mejoría de una psicosis lleva tiempo, la persona necesita ese tiempo para subjetivizar estar enferma, la necesidad de ayuda, elaborar una salida adecuada a su situación con criterios realistas y que la enfermedad no lo conduzca a la nada que lleva a la desinserción social, la soledad de la enfermedad, vínculos violentos y vacíos y muchas veces la muerte.

En esa nada que lo “chupa” el paciente psicótico le antepone sus creaciones delirantes que intentan estabilizarlo, contenerlo, protegerlo, dar un sentido a lo que le sucede, en el medio de su caos realiza un enorme esfuerzo para controlar la irrupción de la vivencia psicótica y la posibilidad del pasaje al acto como deshecho.

Ambos pacientes habían emprendido su camino a la nada y en ambos se pudo reconducir la situación por el momento. En el primer caso dado que no hablaba español se tuvo que recurrir para establecer el diálogo a traductores en entrevistas, a Cat Salut por TE, a un pequeño diccionario que se confeccionó para las cosas cotidianas. En el 2º caso hablaba un poco de español y ayudaba la familia.

Dentro de los riesgos del trabajo terapéutico está el dirigir la mirada hacia otro lado y pensar que si el paciente no manifiesta síntomas psicóticos es plausible de alta. Pasar de la nada a un mínimo proyecto debería considerarse como algo importante en el camino del tratamiento de la psicosis, algo en sus vidas contra la nada. La nada es una manifestación de la pulsión de muerte.

Algo debería interponerse entre el paciente y la nada, un proyecto, un hobby, una ilusión, una motivación, tirar del hilo de sus intereses para ligarlos a la realidad compartida. Algo que actúe como un objeto que falta y que motiva, que tapone y que vincule. Un vínculo basado en la palabra y pasar de que el paciente no sabe en qué lengua habla en su delirio a una lengua que sepa de qué se habla.

BIBLIOGRAFÍA. Sigmund Freud, MÁS ALLÁ DEL PRINCIPIO DEL PLACER Buenos Aires , Amorrortu editores 1979.

Variables Psicopatológicas En Una Muestra De Pacientes Con Trastornos De La Conducta Alimentaria Y Efectos De La Intervención Grupal Sobre La Imagen Corporal

Sara Izquierdo Pérez, Hospital Universitario La Paz
Marta Linares, Hospital Universitario La Paz
Mónica Alonso, Hospital Universitario La Paz
Paula Román, Hospital Universitario La Paz
Jorge Mira, Hospital Universitario La Paz
Blanca Amador, Hospital Universitario La Paz

Introducción. Debido a su gravedad y prevalencia, la Anorexia y Bulimia Nerviosa representan un severo problema de salud en el que la alteración de la imagen corporal constituye un criterio diagnóstico así como un predictor de cronicidad. La percepción distorsionada de la imagen del propio cuerpo, vinculada a una intensa experiencia de insatisfacción, representa un importante área de abordaje psicoterapéutico. Otros aspectos consistentemente descritos en la literatura son la frecuente presencia de alexitimia y la elevada comorbilidad con trastornos afectivos y de ansiedad.

Objetivos. Descripción de variables relacionadas con esquemas acerca de la apariencia, sintomatología depresiva, ansiedad rasgo-estado y alexitimia en un conjunto de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Evaluación de los efectos sobre las mencionadas variables de una intervención grupal sobre la imagen corporal basada en la sensopercepción.

Método. Se recogen datos de una muestra compuesta por 24 mujeres con diagnóstico de Anorexia o Bulimia Nerviosa participantes en un Taller de Imagen corporal del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario La Paz, quienes cumplimentan los siguientes instrumentos: Appearance Schemas Inventory-Revised (ASI-R), Beck Depression Inventory (BDI), State-trait anxiety inventory (STAI) y Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Se realiza una comparación pre-post en las 7 participantes de la última edición del taller.

Resultados. Las puntuaciones medias iniciales reflejan una evada implicación de los esquemas sobre apariencia física (ASI-R=77,26), niveles moderados de depresión (BDI= 24,58), muy elevados niveles de ansiedad estado (STAI-E=35,23) y rasgo (STAI-R=40,9) y niveles ligeramente inferiores al punto de corte de diagnóstico de alexitimia (TAS-20=59,27). La comparación de las puntuaciones tras la aplicación del taller muestra un decremento significativo de la ansiedad rasgo ($z=2,023$; $p=0,043$) y de la ansiedad estado ($z=2,201$; $p=0,028$).

Conclusiones. Las variables psicopatológicas en la muestra estudiada guardan coherencia con los hallazgos descritos en la literatura. Consideramos que la disminución sintomatológica únicamente en ansiedad, tras el programa de intervención en imagen corporal, podría relacionarse con limitaciones en el tamaño muestral, ya que cabría esperar modificaciones en la implicación de los esquemas de apariencia física sobre la conducta y autovaloración. Enfatizamos la conveniencia de progresar en el diseño de intervenciones multimodales así como en el estudio de su efectividad sobre los diferentes componentes de los trastornos de la conducta alimentaria.

Keywords: Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Imagen corporal, Alexitima, Ansiedad, Depresión.

Mindfulness produce cambios que perduran en el tiempo

Pilar Rico García, Servicios de Salud mental de área 10, Getafe
Isabel de Miguel Enguita, Servicios de Salud mental de área 10, Getafe
María Reyes Herráez Robleda, Servicios de Salud mental de área 10, Getafe

Introducción. La práctica de Mindfulness conlleva una activación de las regiones pre frontales izquierdas en concreto de las zonas anteriores y medias, a expensas de la banda alfa (8-10Hz), según han demostrado Davison y col(1999) y nosotros mismos hemos podido observar y además este incremento se realiza a expensas del ritmo beta (Rico y col 2010).Este patrón eléctrico en esa zona no es habitual en personas que no practican este tipo de meditación y está relacionado con la expresión de emociones y afectos positivos, con la activación de las conductas de aproximación y acogida y con la habilidad para afrontar estados de ánimo negativos (Davison y col 1999). Simón (2006) recopila y explica detalladamente los cambios neurobiológicos que se producen con una técnica que es inherente al ser humano desde sus comienzos y que posibilita

Este trabajo retrospectivo pone de manifiesto que cambios a nivel atencional, afectivo y comporta mental y sintomático se mantienen tras más de 12 e incluso 24 meses de haber sido dados de alta los pacientes.

Objetivos: 1)Comparar los resultados obtenidos pre y post tratamiento grupal con técnicas basadas en Mindfulness de 32 pacientes dados de alta 12-24 meses antes. 2) Conocer si han estado practicando la técnica de forma habitual y su posible relación con los resultados

Material y Método. Un total de 32 pacientes entre 18 y 78 años que participaron en una terapia de grupo basada en Mindfulness 12-24-36 meses antes y que fueron dados de alta son entrevistados. Se les administra las mismas escalas que al inicio de su tratamiento grupal: Cuestionario de la Esperanza, Motivaciones transgresoras, Inventario de hostilidad de Buss-Durkee, Agotamiento vital, WHOQOL-BREK,HAM-A.HAM-D. CGI. Para el estudio estadístico de los datos se utilizó el SPSS.

Resultados. Se observan cambios significativos en diversas escalas aplicadas tanto en personas que practican de forma habitual como en las que no lo hacen.

Discusión.Existen cambios en el “estado mental “de los pacientes tras la práctica formal de Mindfulness. Siegel(1999) define el “estado mental” como el patrón total de activación del cerebro en un momento concreto en el tiempo cuya función sería la de coordinar la actividad del momento y crear un patrón con probabilidad de producirse en el futuro.Lazar y col (2005)señala incrementos en el grosor de la corteza, especialmente en la ínsula tras la técnica. Raz y Buhle (2006)encuentran una activación del córtexprefrontal dorso lateral, áreas relacionadas con la atención, de forma mantenida en el tiempo en individuos con práctica habitual .Los resultados aquí presentados vienen a confirmar que se producen cambios en la actitud, afecto, atención comportamiento y síntomas clínicos en pacientes tras la práctica grupal de Mindfulness

Importancia del Equipo Asertivo Comunitario (ECA) en la red asistencial de Tenerife.

Cecilio Hernandez Alvarez de Sotomayor¹, Médico Especialista Psiquiatría
Cecilio Hernandez Alvarez de Sotomayor², Especialista Psiquiatría. HUNSC
Froilán Méndez Cordovez³, MIR Psiquiatría. HUNSC. - Tenerife
Amaia Vispe Astola⁴, DUE. Especialista Salud Mental. HUNSC
Roberta Pérez Pérez⁵, Trabajadora Social. HUNSC
Lina Tost Pardell², Especialista Psiquiatría. HUNSC

Juan de la Fuente Portero, Especialista Psiquiatría. Jefe Servicio Psiquiatría HUNSC

Introducción. El ECA, supone en la fecha actual, un dispositivo con cobertura social de gran importancia, teniendo en cuenta, que en ocasiones, el ajuste de recursos socioeconómicos concluya en la disminución del número de dispositivos que tenemos para poder proteger a nuestros pacientes con patología mental grave.

Objetivos. Hacer una revisión sistemática de los registros de usuarios que han sido incluidos en el dispositivo del ECA, en cualquiera de sus modalidades, pisos (P), miniresidencias (MR), y asistencia a domicilio (AD).

Material y Métodos. Utilizamos los datos disponibles de los últimos 6 años de nuestra base de datos (2006-2011) para proceder a la relación entre los usuarios y los diferentes dispositivos que forman la red asistencial del ECA. Para ello se incluyen todas las personas que hayan formado parte de alguno de los dispositivos antes mencionados y que previamente cumplieran criterios de inclusión (pacientes psicóticos, etc). Se procede a la realización de un estudio en el que se describen parámetros como estancia media y diversos índices como el de ocupación y el de rotación.

Resultados. De un total de 277 pacientes valorados en el periodo de tiempo ya señalado, que va desde enero de 2006 a diciembre de 2011, se cuenta al principio del período con un total de 81 camas (44 camas en pisos y 37 en miniresidencias) y 178 al final del mismo (101 para pisos y 77 para miniresidencias) con un total de 236 ingresos en pisos y 111 en miniresidencias además de 130 y 27 altas respectivamente. Se procede al análisis estadístico encontrando una estancia media de hasta 348,3 días al año en piso y 359 días en miniresidencias y un índice ocupacional del 93% y 99,9% respectivamente.

Conclusiones. Tras la valoración de los resultados, podemos concluir, que en la situación socio-económica actual, se hace imprescindible la justificación de los recursos de los que actualmente dispone la red asistencial del ECA, donde debemos puntualizar que contando con los mismos recursos desde el 2006 ofrece actualmente en Tenerife una amplia cobertura a prácticamente toda la orografía de la Isla y una gran labor social. Al tratarse de pacientes crónicos, la estancia media es larga con un índice ocupacional alto y un índice de rotación bajo.

Bibliografía:

La Recuperación de las personas con trastorno mental grave. Modelo de red de redes. Cabildo de Tenerife. Rodríguez Pulido, F. 2010.
Rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental crónica, ISBN 9788493814832, grupo 5 acción y gestión social, 2011.
Manual de administración y gestión sanitaria, Fernando lama, díaz Santos, 1998.

Parasuicidio infantil

Pablo Puras Rico¹,
Elena Colón², CSM de Getafe
María Goena³, CSM de Parla
María Reyes Herráez, CSM de Getafe
¹*Hospital Universitario de Getafe*
CSM de Getafe
CSM de Parla

La frontera entre los conceptos de suicidio no consumado y parasuicidio conlleva generalmente una carga de subjetividad del observador externo. Las conductas parasuicidas en niños y adolescentes son uno de los mejores predictores del suicidio consumado.

Presentamos el caso de un varón de 10 años de edad remitido de manera preferente a las consultas de salud mental infanto-juvenil tras realizar un gesto autolítico por ahorcamiento en el patio de su colegio. La alarma social que provoca un episodio de este tipo y la atención recibida por el niño pueden condicionar en gran parte la evolución posterior. Se revisan sus antecedentes personales y familiares, la evolución del caso, y la importancia de conocer las circunstancias concretas del episodio para poder valorar el riesgo autolítico del paciente. La dificultad de realizar diagnósticos psiquiátricos en niños puede suponer también una mayor dificultad para valorar el riesgo autolítico en comparación con pacientes adultos.

Trieste: Un Modelo De Psiquiatría Comunitaria

Celia Valdivieso Buron, Hospital Rio Hortega

Ana Elúa, Hospital Rio Hortega

Esther Mancha, Hospital Rio Hortega

Rafael Rodriguez, Hospital Rio Hortega

La psiquiatría comunitaria no es una especialidad de la psiquiatría, sino una forma de concebir lo terapéutico y los trastornos mentales como inevitablemente enraizados en el contexto de la vida de las personas y los grupos.

En los años 1970, durante la Reforma Psiquiátrica en Europa, se cerraron muchos manicomios, especialmente en Italia, donde se aprobó la Ley 180 en el Parlamento que prohibía la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos en el territorio italiano.

Franco Basaglia, uno de los máximos representantes de esta Reforma y acérrimo defensor de la llamada "Antipsiquiatría", desarrolló su labor en Trieste, una pequeña ciudad al norte de Italia. Convirtió el hospital psiquiátrico en una comunidad terapéutica y, posteriormente trasladó todo el trabajo a la comunidad, haciéndose responsable de las personas y sus necesidades, no sólo de la enfermedad.

Esta responsabilidad obliga a la valoración de múltiples y singulares recursos, como pueden ser los amigos, los acompañantes, los voluntarios, los trabajadores, la familia misma y el grupo social que le rodea; pero también pequeños trabajos, espacios cuidados y pequeñas empresas que nacen continuamente, precisamente del reconocimiento de las habilidades subjetivas y singulares de las personas.

El presente póster pretende plasmar el funcionamiento y las actuaciones de este sistema comunitario que a día de hoy sigue consiguiendo una integración, un conocimiento y una asistencia de las personas con patología mental en la sociedad.

Estudio de prescripción múltiple de psicofármacos en pacientes con diagnóstico psiquiátrico no especificado en el Hospital de Día

Elena Abramova,
Paz Flores,
Carmen Masferrer,

Hospital de Día de Psiquiatría, Centre Forum, INAD Parc de Salut Mar - Barcelona

Introducción. Polifarmacia se define como ingestión concomitante de 4 o más fármacos o la prescripción y administración de más sustancias de las indicadas. La mayoría de los estudios revela la ausencia del beneficio de prescripción múltiple psicofarmacológica, especialmente en caso de orientación diagnóstica aun por filiar. Las guías actuales recomiendan iniciar el tratamiento con monoterapia, utilizando las dosis moderadas durante el plazo de tiempo adecuado antes de aumentar la dosis o introducir otros fármacos. Psiquiatría es una de las áreas en la que más se utiliza tratamiento sindrómico para aliviar el sufrimiento. En ocasiones, los factores externos, como las exigencias del sistema (por ejemplo, dar el alta al paciente) y los factores internos (los sentimientos del profesional) empujan al profesional a añadir varios fármacos.

Objetivo. Estudiar los patrones de prescripción farmacológica múltiple en los pacientes con antecedentes de inestabilidad de orientación diagnóstica cuando ingresan en nuestro Hospital de Día de psiquiatría de Centre Forum.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que han ingresado en Hospital de Día durante los meses de febrero a mayo del año 2012. 12 pacientes (50% del total) tenían diagnóstico psiquiátrico no específico. De estos pacientes, 10 usuarios (41,6% del total, 8 mujeres y 2 hombres) al ingreso cumplían criterios de polifarmacia. Se realizó el estudio de su historia clínica y farmacológica previa, comparando las variables diagnósticas y de prescripción, además de tratamientos previos.

Resultados. De 10 pacientes con el diagnóstico psiquiátrico no específico, unos 5 pacientes tomaban 5 psicofármacos, 2 pacientes 6 psicofármacos, 2 pacientes 7 psicofármacos y 1 paciente 9 psicofármacos al ingreso en Hospital de Día. Entre ellos, 8 pacientes tenían historial de inestabilidad en cuanto a la orientación diagnóstica psiquiátrica (más de 3 diagnósticos diferentes). Varios pacientes, además, tomaban otros fármacos para su patología somática. La mayoría de diagnósticos (7) era de trastornos de personalidad. Unos 3 pacientes contaban con tratamiento psicológico previo al ingreso. Se llevó a cabo el tratamiento integral psicorehabilitador. A nivel farmacológico, durante la estancia en el hospital de día, han sido retirados varios psicofármacos. La gran parte de los pacientes han reportado mejoría en varios aspectos de su funcionamiento.

Discusión. La aproximación de psiquiatría al modelo biomédico conlleva, en ocasiones la intolerancia a la incertidumbre diagnóstica en el profesional. La exigencia del sistema a generar un diagnóstico y a administrar un tratamiento en breve período de tiempo puede producir en el profesional la tendencia a sobreactuar en cuanto al uso de psicofármacos. Se puede observar una tendencia entre mayor inestabilidad de orientación diagnóstica y el uso de polifarmacia. Es necesario confirmar esta tendencia de nuestro estudio en futuras revisiones.

Depresión Y Ansiedad En El Paciente Inmigrante: El Duelo Migratorio

María Goena Irisarri, Hospital Universitario de Getafe
Maria Reyes Herráez Robleda, Hospital Universitario de Getafe
Elena Colón Pérez, Hospital Universitario de Getafe
Pablo Puras Rico, Hospital Universitario de Getafe

Introducción. La inmigración es un fenómeno creciente, España cuenta con un 4-5% de población inmigrante, siendo esta cifra mayor en la Comunidad de Madrid. Dicha población constituye un grupo muy heterogéneo, estructurado por individuos con vivencias particulares, influidos por su país de origen, la razón por la que emigraron, las condiciones de acogida del país anfitrión, los recursos socioeconómicos de que disponen y su bagaje psicológico específico. No obstante, a pesar de las importantes peculiaridades individuales, los inmigrantes pueden presentar problemas mentales específicos comunes.

A pesar de que pueda parecer que la depresión y la ansiedad son cuadros bien definidos, existen muchos aspectos de tipo cultural que inciden en la expresión clínica de estos trastornos.

Objetivos. Reflexionar y revisar las particularidades psiquiátricas que presentan los pacientes inmigrantes, para poder comprender y enfocar de manera correcta el tratamiento, tratando de diferenciar lo que es realmente patológico de lo que no lo es. **Material y métodos:** a través de un caso clínico, se analizan los distintos aspectos etiológicos así como las manifestaciones clínicas y particularidades del “duelo migratorio”, y el llamado “Síndrome de Ulises”.

Resultados: Los valores culturales determinan la expresión de los síntomas de tipo depresivo. Existen claras diferencias entre algunas culturas (no occidentales) en la forma de expresar las emociones, predominando fenómenos como la somatización (tríada insomnio-fatiga-cefalea), y la disociación.

Conclusiones. El “duelo migratorio”, un problema de salud mental, más que una enfermedad mental en sí misma, puede ser la base sobre la que se desarrollen enfermedades mentales graves, como la depresión. Sin embargo hemos de estar especialmente atentos a no medicalizar reacciones vivenciales normales ni a tratar de gestionar desde los servicios sanitarios el sufrimiento de ningún grupo poblacional. La inmigración puede dar lugar a manifestaciones diferenciadas de los cuadros depresivos que conviene conocer, para no confundir las reacciones vivenciales con los auténticos cuadros depresivos y evitar así la psiquiatrización del malestar.

Bibliografía:

- Vallejo Ruiloba, J. “Tratado de Psiquiatría”. Ars Médica, 2008.
Bowlby J. “El duelo en otras culturas”. La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Ed .Paidós. 1993.
Balbo E, Pis-Diez G. “El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes”. Archivos de Psiquiatría 2007; 70 (3): 173-188.
Martínez Moneo M, Martínez Larrea A. “Patología psiquiátrica en el inmigrante”. Anales del Sistema de Salud de Navarra. 2006.
Mora Mínguez, F. “Psiquiatría e inmigración. Una perspectiva transcultural”. En: SaludMental.info. 2007

Dificultad diagnóstica en depresión psicótica

Elena Colon Perez¹, Hospital Universitario De Getafe
María Goena Irisarri², Hospital Universitario De Getafe
M^a Reyes Herraiz Robleda, Hospital Universitario De Getafe

Introducción/objetivos: En la práctica clínica, la depresión psicótica tiene un gran interés para el médico psiquiatra no sólo por los aspectos históricos, nosológicos o de investigación sino por ser un trastorno frecuente en la asistencia diaria. Exponemos este caso por la importancia de realizar un despistaje de organicidad en trastornos psicóticos de reciente aparición, en concreto en este paciente de 76 años a los que presentó un primer episodio depresivo con el agravante de pluripatología orgánica y por tanto un complicado manejo psicofarmacológico.

Material y método: Exposición de un caso clínico, realizando el seguimiento del paciente en distintos dispositivos de Salud Mental (urgencias, unidad de hospitalización breve y Centro de Salud Mental) a lo largo de 8 meses.

Resultados: Tras descartar patología orgánica como etiología del cuadro el paciente se benefició del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico individual y familiar. Queremos recalcar la importancia de la elección adecuada del tratamiento (Quetiapina Prolong, Sertralina y Bupropion), optimización de dosis y mantenimiento posterior para la prevención de recaídas, teniendo en cuenta la extensa pluiripatología de nuestro paciente.

Discusión/conclusiones: Es necesario profundizar en la mejora del tratamiento, ya sea biológico o psicosocial, de la depresión psicótica, valorando toda la riqueza de presentación clínica que este trastorno presenta. Además el médico psiquiatra debe estar atento a factores de riesgo vascular en el momento de diseñar el tratamiento adecuado de los pacientes de edad avanzada y antecedentes cardiovasculares, así como en el desarrollo de estrategias preventivas que disminuyan estos factores de riesgo vascular en la depresión psicótica.

Bibliografía:

Vallejo Ruiloba, J.; Leal Cercós, C. Tratado de Psiquiatría. Ars Médica; 2010.
Cervilla Ballesteros, J.A.; García-Ribera, C. Fundamentos biológicos en psiquiatría. Masson.; 2000.
Contreras Fernandez, F.; Vallejo Ruiloba, J.; et col. Depresión psicótica. Guía terapéutica y metodológica. Aula Médica Ediciones; 2005.

La historia de un cambio: el antes y el después

Natalia González Brito, Servicio Canario De Salud
Juan Manuel Ojeda Ojeda, Servicio Canario De Salud
Ana Isabel Robles Santos, Servicio Canario De Salud
Raquel Hormiga León, Servicio Canario De Salud
Amaia Vispe Astola, Servicio Canario De Salud Servicio Canario De Salud
Tirso García, Servicio Canario De Salud

Resumen. En este póster abordamos el caso clínico de un varón 51 con diagnóstico de F20.0 con pluripatología física donde predomina la obesidad mórbida (189Kg) como principal desencadenante del resto de patologías.

Se expone el itinerario por los distintos dispositivos de salud mental hasta llegar a un recurso de alojamiento de la red de rehabilitación viéndose así la recuperación de los parámetros físicos y su peso, con la consecuente disminución del riesgo cardiovascular y la progresiva recuperación de la movilidad física.

Bibliografía.

Guía de cuidados físicos para las personas con Trastorno mental grave. Edita Servicio Canario de Salud y Gobierno de Canarias. 2010.

Francisco Rodríguez Pulido. La recuperación de las personas con trastorno mental grave: modelo red de redes. Presente y perspectiva de futuro. Año 2010.

La salud física en el enfermo psiquiátrico. J.Ezcurra, A. Glez.-Pinto, M. Gutiérrez Fraile.

Paciente con esquizofrenia y delirio somático dismorfofóbico. Evolución y tratamiento a lo largo de distintos recursos asistenciales en salud mental.

Livia De Rezende Borges¹, Hospital Universitario de Getafe

Pablo Puras Rico², Hospital Universitario de Getafe

Laura De Anta Tejado, Unidad de Rehabilitación Instituto Psiquiátrico José Germain

Introducción. Los delirios hipocondríacos se han clasificado dentro del trastorno delirante somático según temática delirante: hedor corporal, infestación y dismorfofobia. El tratamiento clásico serían los antipsicóticos típicos por su bloqueo D2, el pimozide considerado de elección, debido al antagonismo D2 y de receptores opioides y su afinidad 5TH1, estando descrita una posible disfunción serotoninérgica relacionada con síntomas obsesivos.

Objetivos. Revisar e ilustrar un caso de esquizofrenia con delirio somático y su evolución pasando por diversos recursos de salud mental hasta la Unidad de Rehabilitación.

Métodos: Relato de un caso y revisión bibliográfica. Caso cínico: Varón de 28 años. Inicia tratamiento en salud mental infantil por alteraciones conductuales y consumo de cannabis a los 11 años. Diagnosticado de esquizofrenia paranoide a los 17 en el Centro de Atención al Drogodependiente. Poca vinculación con salud mental. Precisó 11 ingresos en Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría entre 2005 y 2012 heteroagresividad y síntomas psicóticos. Psicopatológicamente destaca ideación delirante somática hipocondríaca, centrada en cansancio, pérdida de fuerza e incapacidad para realizar actividades, verse con el cuerpo de niño y no reconocerse a sí mismo “tengo la cara cambiada, no soy yo”, ideación delirante paranoide y de influencia, con temor a que le dañen o le obliguen a realizar ciertas acciones. Bloqueo del pensamiento y sensación de “no tener cerebro”. Alucinaciones cenestésicas en miembros y auditivas. También presenta síntomas negativos (embotamiento afectivo, abulia, alogia), deterioro cognitivo (Mini mental 21/30) y síntomas depresivos. Recibió diversos fármacos (risperidona 9mg/día, Olanzapina 15mg/día, ziprazidona 160mg/día, paliperidona 9mg/día, haloperidol 10mg/día, quetiapina 900mg/día) con persistencia de síntomas positivos, negativos y de desorganización cognitiva manteniendo consumo de cannabis. Se niega a recibir pinchazos de aguja, limitando así las posibilidades terapéuticas (clozapina, depot). Importante deterioro en relaciones sociales, aislamiento y desbordamiento familiar. Ingresa en la Unidad de Rehabilitación para realización de un plan de rehabilitación, centrado en mejoría psicopatológica, disminuir aislamiento social y consumo de tóxicos, además de vinculación ambulatoria.

Tras búsqueda en pubmed no encontramos estudios controlados comparando alternativas terapéuticas en el delirio somático en esquizofrenia. La literatura disponible se basa en observaciones clínicas aisladas, sobretudo casos de trastorno delirante tipo somático. Encontramos relatos de casos que mejoraron con pimozide, risperidona, olanzapina, clorimipramina y paroxetina y otros con escasa mejoría pese a los fármacos.

Conclusiones. Los pacientes con esquizofrenia y delirio somático constituyen un reto terapéutico con difícil control sintomatológico y escasas evidencias clínicas presentes

en la literatura actual. Requieren un manejo integral y multidisciplinar, en ocasiones en dispositivos específicos a medio plazo.

Bibliografía.

Cetin M, Ebrinç S, Ağargün MY, Yiğit S. Risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(8):554.

Fawcett RG. Olanzapine for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *J Clin Psychiatry*. 2002 Feb;63(2):169.

Wada T, Kawakatsu S, Nadaoka T, Okuyama N, Otani K. Clomipramine treatment of delusional disorder, somatic type. *Int Clin Psychopharmacol*. 1999 May;14(3):181-3.

Mendonza C. Trastorno Delirante de Tipo somático. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2007; 36 (4): 761-771.

Caso clínico: psicosis vs TOC. Intervenciones multidisciplinarias

Ruben Mera Perez
Carmen García Guixot
Alba María González Martínez
Sara García Cánovas
Elsa María Álvarez Gallar
Victor Enriquez Calatrava

Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares)

INTRODUCCION. Ante la dificultad para diagnosticar, tratar y cuidar de forma integral a un paciente diagnosticado de trastorno de la personalidad y posteriormente de episodio psicótico, con rasgos obsesivos, planteamos este caso clínico a partir de su biografía, ingresos, uso de recursos de salud mental y la última estancia en la unidad de hospitalización de agudos de salud mental, donde exponemos las variaciones en su tratamiento, en la pauta de las salidas terapéuticas y en los cuidados de enfermería.

OBJETIVOS. Plantear los problemas de diagnóstico y tratamiento de este usuario. Plantear y explicar las dificultades en el abordaje y en el cuidado de esta persona. Exponer el desarrollo y las conclusiones tras el tratamiento y los cuidados enfermeros integrales efectuados durante el ingreso a este paciente.

DESARROLLO. Varón de 35 años con diagnóstico de trastorno de la personalidad, que requiere varios ingresos previos, uso de diferentes dispositivos (CSM, CRL, Minirresidencia), y que ingresa en la unidad de hospitalización de agudos por ansiedad, insomnio y alteraciones conductuales. El paciente refiere alucinaciones de tipo auditivas, discurso delirante en primer plano, sintomatología obsesiva y rituales de comprobación.

Se realizan múltiples modificaciones del tratamiento farmacológico así como de sus salidas terapéuticas, prescritas por su psiquiatra y llevadas a cabo por los padres y/o la Minirresidencia.

Los objetivos, las intervenciones, el abordaje y los cuidados se han visto modificados según enfermería valora las alteraciones de conducta, los rituales de comprobación, la inquietud y la ansiedad.

CONCLUSIONES. Los pacientes con esta comorbilidad enfrentan a los equipos de Salud Mental ante múltiples dificultades, tanto de tratamiento como manejo y cuidados. El trabajo multidisciplinar y la coordinación del equipo, y de éste con los recursos asistenciales del que paciente es usuario, son los elementos clave para facilitar la recuperación de la persona.

Grupo Terapéutico En Una U.H.B.: Relato De Una Experiencia

Ana Isabel Blanco Martos, Hospital Infanta Cristina De Parla
Ángel E. Arribas¹, Hospital Infanta Cristina De Parla
Cristina Del Álamo Jiménez², Hospital Infanta Cristina De Parla
Dolores Gómez Olmeda, Hospital Infanta Cristina De Parla

En junio de 2009 se inicia en la U.H.B. del Hospital Infanta Cristina de Parla el proyecto de un grupo terapéutico con los pacientes ingresados. El presente trabajo intentará hacer una revisión de la experiencia de dicho grupo hasta la fecha, las dificultades que han ido surgiendo y las actuales.

KEY WORDS: Grupo, psicoterapia, unidad hospitalización breve, unidad de agudos.

INTRODUCCIÓN. Los pacientes ingresados en una unidad de agudos de psiquiatría suman a la situación de crisis personal que motivó su ingreso la asociada a este tipo de hospitalización, que presenta características (unidad cerrada, a veces ingresos involuntarios o judiciales, normas estrictas, contacto con el personal y con otros pacientes en situación también de crisis) que pueden provocar temor, confusión, y elevada angustia. Nos planteamos que una terapia grupal podía ser el lugar adecuado para el abordaje y la contención de estas angustias, y una herramienta terapéutica fundamental en la unidad. Además creemos que la propia unidad funciona naturalmente como un grupo con todas sus dinámicas correspondientes.

Así, en junio de 2009 iniciamos el grupo psicoterapéutico de la unidad. Estos grupos hospitalarios tienen unas características que los distinguen de los grupos terapéuticos de otros contextos (CSM, Hospital de Día), como son (Yalom):

- Cambios rápidos en la composición del grupo.
- Los pacientes sometidos a un breve período de ingreso sólo participan en el grupo durante unas pocas sesiones.
- Sesiones frecuentes.
- Escasa o nula preparación pregrupal.
- Presencia de una psicopatología grave.
- Gran heterogeneidad en la psicopatología de los pacientes.
- Personal rotatorio
- Multitud de efectos del entorno de la unidad sobre el proceso grupal.
- Presencia de socialización extragrupal.
- Puede ser el único foro en el que abordar el estrés que comporta la hospitalización.

ÍNDICE DEL TRABAJO:

- Parte 1: Antecedentes teóricos:
- Parte 2. Inicio del proyecto.
- Parte 3. Desarrollo
- Parte 4: De ahora en adelante.

CONCLUSIONES. Al cabo de casi tres años de experiencia, podemos ver que a pesar de las dificultades que hemos podido tener para iniciar y mantener un grupo que tiene unas características muy especiales por el contexto y el momento en el que se realiza, éste se ha convertido en una herramienta terapéutica fundamental en nuestra tarea y con amplios beneficios tanto para los pacientes como para los profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

B. Martín Cabrero, J. M. Martínez Rodríguez. *Psicoterapia de grupo en una unidad de agudos* Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2009, vol. XXIX, n.º 103, pp. 79-96.

YALOM, I. D., *Inpatient group psychotherapy*, Nueva York, Basic Books, 1983.

BION, W. R., *Experiencias en grupos*, Londres, Tavistock, 1961.

J.M. Galletero, A. Gonzalo, J.L. Mendivil, Y. Puente, A. Segura, L. Artas *La psicoterapia de grupo en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudo*. Rev. Avances en salud mental relacional. Vol. 1, núm. 2 - Julio 2002.

YALOM, I. D., *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*, Barcelona, Paidós, 2000.

Foulkes, S.H.; Anthony E.J. *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Paidós, 1964.

Evaluación de la implantación de un programa de intervención familiar en la esquizofrenia

Ernesto Baena Ruiz, Plan Insular Rehabilitación Gran Canaria
Mónica Florido Rodríguez, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
Cristina Abelleira Vidal, Plan Insular Rehabilitación Gran Canaria
Jaime Fernández Fernández, Plan Insular Rehabilitación Gran Canaria
Mónica Florido Rodríguez, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria
Alba Giráldez Castro, Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial Gran Canaria
Rafael Touriño González, Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial Gran Canaria

Las intervenciones familiares se consideran actualmente imprescindibles dentro de una atención organizada a las personas diagnosticadas de esquizofrenia. Sin embargo, y aunque disponemos de modelos de intervención de probada eficacia, su incorporación a la práctica cotidiana de los servicios de salud mental ha sido escasa.

Objetivo. El objetivo del presente estudio es evaluar la implantación y resultados del “Programa de intervención familiar en la esquizofrenia” en las unidades de salud mental de Gran Canaria.

Material y métodos. Estudio multicéntrico, experimental, no aleatorizado, longitudinal y retrospectivo prospectivo. Población diana: personas diagnosticadas de esquizofrenia y sus familiares, atendidos en unidades de salud mental. Ámbito de aplicación: las 8 unidades de salud mental de Gran Canaria. Los profesionales de referencia de las unidades de salud mental seleccionarán entre 8 y 10 personas diagnosticadas de esquizofrenia y sus familiares en los que esté indicada la intervención familiar. Tras dar su consentimiento se implementa el “Programa de Intervención Familiar en la Esquizofrenia” (Touriño et al, 2007) (1, 2). Se realizan evaluaciones al inicio del programa, al año y a los dos años. En la evaluación de los familiares utilizamos la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit (Martín et al, 1996) y el Cuestionario de Salud General GHQ Goldberg (General Health Questionnaire, Goldberg, 1978). La gravedad clínica de los pacientes se evalúa con la Impresión Clínica Global (valoración del clínico) y su funcionamiento global con el EEAG. Se ha elaborado cuestionario ad hoc de datos sociodemográfico y clínicos.

Resultados. Presentamos los resultados de las evaluaciones al inicio y tras un año de intervención. Participaron 58 familias correspondientes a 7 unidades de salud mental de las 8 posibles. Tras un año de intervención se observa, en los pacientes, una mejoría estadísticamente significativa en la impresión clínica global y en funcionamiento global. Se encuentra una tendencia a la disminución de ingresos hospitalarios que no llega a ser estadísticamente significativa. Con respecto a las evaluaciones de los familiares aunque disminuye la carga familiar y mejora a salud general, tampoco adquieren significación estadística.

Conclusiones. La implantación de un programa de intervención familiar en la esquizofrenia fue posible en la mayoría de las unidades de salud mental. En consonancia con otras investigaciones, la intervención correlaciona con una mejoría en la clínica y funcionamiento de los pacientes. Es posible que la carga familiar y la salud general de los familiares precisen de más tiempo para alcanzar una mejoría significativa, de acuerdo con otras publicaciones.

Bibliografía:

Touriño R, Inglott R, Baena E, Fernández J. Guía de intervención familiar en la esquizofrenia. 2ª Ed. Barcelona. Glosa; 2007.

Touriño R, Inglott R, Baena E, Fernández J. Intervención con familias. En Pastor A, Blanco A, Navarro D. Madrid: Síntesis.; 2010. p. 395-420.

Adherencia Terapéutica En Pacientes Con Trastorno Mental Grave Que Contactan Por Primera Vez Con La Red Pública De Salud Mental

Sara Izquierdo Pérez¹, Hospital Universitario La Paz
Enrique Sacristán Alonso¹, Hospital Universitario La Paz
Susana Cebolla Lorenzo¹, Hospital Universitario La Paz
Pilar Sánchez Castro¹, Hospital Universitario La Paz
Carla Valverde García¹, Hospital Universitario La Paz
María Fe Bravo Ortiz, Hospital Universitario La Paz

La atención a pacientes con trastorno mental grave constituye un objetivo prioritario para los servicios públicos de salud mental, contemplándose el fracaso en establecerse una adherencia terapéutica como unos de los principales problemas en el sistema actual. Asimismo, diversos estudios enfatizan la importancia de la intervención precoz, relacionado la rapidez de instauración del tratamiento con una mayor respuesta al mismo. (1), (2).

Objetivos. Profundizar en el conocimiento de la adherencia terapéutica mostrada por pacientes con trastorno mental grave que contactaron por primera vez en dispositivos públicos de salud mental.

Método. Se incluyen en el estudio los casos de pacientes a quienes se abre historia por primer a vez en algunos de los dispositivos vinculados al área asistencial del Hospital Universitario La Paz, registrados en la [Red de Investigación Clínico-Epidemiológica Basada en los Servicios de Salud Mental \(RIBSAEN\)](#). Se trata de pacientes mayores de 17 años que cumplen criterios de CIE10 F20-F25, F28 o F29 o DSMIV 295, 297, 298. Se realiza la descripción del porcentaje de usuarios que tras el primer contacto con los servicios públicos de salud realizan un seguimiento y de quienes no se mantienen en la red pública de salud mental.

Resultados. Se describen los principales hallazgos derivados del análisis de los casos.

Conclusiones. Se discuten las implicaciones de estos resultados así como la relevancia del desarrollo de estrategias en Salud Mental que refuercen la adherencia a la red sanitaria pública de los pacientes con trastorno mental grave.

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: Trastornos mental grave, adherencia terapéutica, abandono, red pública de Salud Mental.