

XXVIII CURSO ANUAL DE ESQUIZOFRENIA

“PSICOSIS: REALIDAD Y VIRTUALIDADES”

Madrid, 14-15 noviembre, 2024

Libro de resúmenes

Comité Organizador

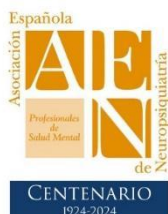
Organización científica: Dr. Mariano Hernández Monsalve

Comité Asesor: Drs. Víctor Aparicio, Francisco R. Pulido,
Pedro Cuadrado, Fernando Colina, Ignacio García Cabeza,
José Jaime Melendo, María Martín, María Teresa Capilla,
Eudoxia Gay, Carmen Valiente y Diego Figuera

www.cursoesquizofrenia.com

Con la colaboración de:

Secretaría Técnica:



T. 93 882 38 78
cursoesquizofreniamadrid@bcocongresos.com

PERMISO DE CONDUCIR Y PATOLOGÍA PSIQUIATRICA

Dra. Margarita Vidal Formoso¹, Dra. Pilar Sanz Monge²

¹Centro de Salud Mental Rivas, Rivas Vaciamadrid, España, ²Centro de Salud Mental Arganda, Arganda del Rey, España

OBJETIVOS: Basándonos en el Real Decreto 818/2009, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Conductores (RGC) y cómo afecta a las enfermedades mentales, estudiar cuáles son las obligaciones del psiquiatra.

MÉTODO: Revisión en Google, pubmed, scielo de la bibliografía existente.

RESULTADOS:

Artículo 44 (RGC).

“1. Deberán someterse a las exploraciones todas las personas que pretendan obtener o prorrogar cualquier permiso de conducción”.

“2. Las aptitudes psicofísicas requeridas para obtener el permiso de conducción son las que se establecen en el anexo IV del boletín”.

CONCLUSIONES

No existe en nuestro ordenamiento jurídico ningún precepto que imponga deber de comunicación de la enfermedad mental, de cuyo incumplimiento derivase nítidamente alguna consecuencia para el facultativo.

Otra cosa distinta es que deontológicamente exista ese deber. Cabe deducirlo del Código de Deontología Médica de julio de 2011, cuyo art. 30.1 c) contempla como excepción del deber de secreto profesional aquellos casos en que “con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo”. Por lo tanto, la omisión de comunicar esos datos podría generar este tipo de responsabilidad disciplinaria.

Expondremos las responsabilidades en caso de romper el secreto médico.

HUMANIZACIÓN EN SALUD MENTAL

Dra. Margarita Vidal Formoso¹, Dra. Pilar Sanz Monge²

¹Centro de Salud Mental Rivas Vaciamadrid, Rivas Vaciamadrid, España, ²Centro de Salud Mental Arganda, Arganda del Rey, España

OBJETIVOS:

Definir puntos comunes a la hora de diseñar una estrategia de humanización que tenga en cuenta a las personas con problemas de Salud Mental (SM) y a su entorno.

MÉTODO: Revisión en Google, pubmed, scielo de la bibliografía existente.

RESULTADOS:

- 1 Concienciar al entorno sociosanitario de la necesidad de humanizar el ámbito de la SM.
- 2 Extender la Humanización a todo el sistema sociosanitario.
- 3 Fomentar la homogeneidad en la implantación de políticas de Humanización en SM.
- 4 Impulsar la participación de todas las instituciones y agentes implicados en el proceso de Humanización en el diseño y planificación de estrategias.
- 5 Estimular la evaluación y seguimiento de proyectos de Humanización.
- 6 Conocer y compartir experiencias en Humanización en el ámbito de la SM.
- 7 Definir unos indicadores de calidad percibida de qué entendemos por una atención en SM humanizada.

CONCLUSIONES

El Plan de Salud Mental de Madrid agrupa todas las acciones humanizadoras en una sola Línea Estratégica en su Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2022-2024 y en el “Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019”, dedica una Línea específicamente a la “Humanización en la Atención a la Salud Mental” (Línea estratégica 9.7)

CONFLICTOS CON PACIENTES PSICÓTICOS

Dra. Margarita Vidal Formoso¹, Dra. Pilar Sanz Monge²

¹Centro de Salud Mental Rivas Vaciamadrid, Rivas Vaciamadrid, España, ²Centro de Salud Mental Arganda del Rey, Arganda del Rey, España

OBJETIVOS: Describir conflicto, partes implicadas, y cómo evitarlo.

MÉTODO: Revisión en Google, pubmed, scielo de la bibliografía existente.

RESULTADOS:

Profesional, paciente y familia participan tanto en la activación del conflicto como en su resolución.

Durante el conflicto hay una gran implicación emocional. Estas emociones nos sirven para comprender la parte subjetiva detrás de los conflictos.

Hay que facilitar la liberación de la tensión emocional permitiendo al paciente/familia que expliquen sus sentimientos, dudas y expectativas no cumplidas.

Explicar las razones por las que no se pueden cumplir sus expectativas.

Prevenir que aparezca la situación conflictiva: control de los sentimientos negativos.

CONCLUSIONES

Usar un estilo de comunicación asertivo. El tono frío y cortante puede aumentar la conflictividad.

Si el profesional adopta una postura de control se mueve entre el paternalismo y el vasallaje.

Mantener por parte del profesional escucha activa y no mostrar prepotencia.

Reconocer las posibles deficiencias propias o de la organización: posibilitar la adecuación entre las expectativas del paciente y los servicios que realmente se le pueden prestar.

Facilitar al paciente el acceso a la información que precise.

Lo ideal sería la detección de pacientes o familiares potencialmente generadores de violencia.

NO TODAS LAS ALUCINACIONES SON DE ETIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Dra. María Del Pilar Alvites Ahumada¹, Dr. Ernesto Landa Contreras¹, Dra. Eugenia González Laynez¹, Dra. María González San José¹, Dra. Angela Privado Aranda¹
¹Psiquiatra, Toledo

Objetivo y método:

A partir de un caso clínico atendido en nuestro Servicio de Urgencias, realizamos una revisión bibliográfica del Delirium Tremens, en las diferentes bases de datos, con el fin de conocer la epidemiología, la fisiopatología, y sus implicaciones terapéuticas.

Caso Clínico:

Varón de 43 años de edad que acude al Servicio de Urgencias de Psiquiatría, acompañado por su esposa. por alucinaciones visuales y auditivas, de 3 días de evolución.

Se deriva a Urgencias de Medicina Interna para descartar organicidad. El paciente presenta cuadro depresivo en tratamiento con duloxetina 60 mgr día. No bebedor habitual. Se le pauta olanzapina 25 mg.

Se le hace una analítica completa, tóxicos en orina y un scanner cerebral, todo ello con resultados anodinos.

Se decide ingreso en Medicina Interna, ya que por parte de Psiquiatría, se considera que no procede, dado que las alucinaciones visuales suelen ser de causa orgánica.

Horas más tarde, el paciente presenta episodio de agitación psicomotriz importante que no responde a la administración de neurolepticos y benzodiazepinas, por parte de Medicina Interna, se insiste en que el cuadro es Psiquiátrico.

El paciente relata ver "bichos".

Se reinterroga a la familia, confirman ingesta diaria de 3 litros de vino, con suspensión brusca hace 3 días.

Se orienta el diagnóstico hacia un cuadro de deprivación alcohólica por lo que el paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Conclusiones:

Con la supresión del consumo de alcohol, puede aparecer el síndrome de abstinencia alcohólica (SAA). Este puede manifestarse inicialmente con síntomas "menores": temblor ansiedad, sudoración, palpitaciones; convulsiones; alucinaciones visuales; y puede progresar hasta la forma más grave: delirium tremens: desorientación, alucinaciones, taquicardia, hipertensión, fiebre, agitación y sudoración.

El delirium tremens se presenta en un pequeño porcentaje de alcohólicos: 5% de los que tienen dependencia y suprimen el consumo sin tratamiento sustitutivo.

PROAPOPTOTIC MITOCHONDRIAL VDAC1 PROTEIN ALTERATIONS IN A MURINE MODEL OF SCHIZOPHRENIA ARE RESTORED BY A GLUTAMATE MODULATOR JNJ-46356479

Dra. Constanza Isabel Moren Núñez^{1, 2, 3, 4}, Mr. David Olivares Berjaga^{3,5}, Dr. Albert Martínez Pinteño^{3,5}, Dr. Natàlia Rodríguez^{3,5}, Dr. Patricia Gassó^{3,4,5}

¹Clinical and Basic Nursing Dept. Nursing Faculty, Universitat de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, Spain, ²Barcelona Clínic Schizophrenia Unit, BCSU, Neuroscience Institute, Hospital Clínic of Barcelona, Barcelona, Spain, ³Schizophrenia Research Group, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Spain, ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III, Barcelona, Spain, ⁵Basic and Clinical Practice Dept. Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain

Objectives: To explore proapoptotic features in schizophrenia, through quantification of voltaje dependent anion channel (VDAC1) and to prove efficacy of the positive allosteric modulator of metabotropic glutamate-receptor-2 (mGluR2), JNJ-46356479 (JNJ), which reduces presynaptic glutamate release.

Methods: Dual hit murine model of schizophrenia using a postnatal ketamine exposure on postnatal days (PND) 7, 9, and 11 to transiently disrupt N-methyl-D-aspartate receptor function was used. 23 C57BL/6J mice (11 males and 12 females) were divided into four groups: control group, only treated with vehicle (veh+veh, n=6); control treated group, using vehicle with the glutamate modulator JNJ (veh+JNJ, n=5) ketamine group, treated with ketamine and vehicle (ket+veh, n=6), and the ketamine plus glutamate modulator JNJ group, treated with ketamine and JNJ (ket+JNJ, n=6). VDAC1 protein levels in hippocampus, cerebellum, striatum and prefrontal cortex were then quantified by western blot.

Results: Increased VDAC1 levels were found in the ketamine exposed animals when compared to controls that were reverted when undergoing JNJ administration. Inter-tissue significant correlations were found.

Conclusions: i) proapoptotic VDAC1 may be associated to the pathophysiology of schizophrenia, and ii) JNJ may attenuate brain apoptosis *in vivo*, as previously described in cell cultures, providing a link between neuropathological deficits and schizophrenia symptomatology.

Acknowledgments and financial support:

This study has been partially funded by the “Ajuts de Recerca Facultat d’Infermeria UB, (PRFI-UB /2023/002A)” and by Ajuts UB de conciliació per la realització d’activitats de recerca fora de la UB, Universitat de Barcelona, Spain (ID: 2023TR104566FB) Basic and Clinical Nursing Dept, Nursing Faculty, University of Barcelona. We also thank all participants involved in this study.

P07

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL E INGRESOS INVOLUNTARIOS: UNA REALIDAD EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA DEL INSTITUT PERE MATA

Sra. Núria Monferrer Milian¹, Sr. Daniel Tutusaus Lasheras¹, Srta. Alba Leticia Romero Bellido¹

¹Hospital Universitario Institut Pere Mata, Reus, España

El internamiento psiquiátrico involuntario se considera una medida terapéutica excepcional que se lleva a cabo en un momento en el que la persona no tiene la capacidad para otorgar su consentimiento de forma válida, realizándose por indicación médica y en beneficio del paciente.

Esta práctica se continúa reproduciendo en la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (URH) del Institut Pere Mata (IPM) de Reus, generando contextos de desempoderamiento y desesperanza, que deshabilitan la capacidad de la persona para asumir el papel protagonista de su proceso de recuperación. De igual forma, los ingresos de carácter involuntario interfieren de forma directa en el proyecto terapéutico de rehabilitación.

El objetivo de este trabajo es el de realizar un análisis descriptivo del perfil clínico y epidemiológico de todos los usuarios ingresados de forma involuntaria en la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria del Institut Pere Mata, a partir de los datos recogidos durante un período de cinco años comprendido entre el 2019 y el 2023.

PROGRAMA BASADO EN EMDR PARA EL ABORDAJE DEL TRAUMA QUE SUPONE PARA LA PERSONA Y SU FAMILIA LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Sra. Ana Ayuso Blázquez¹, Sra. Cristina Caso Chamorro¹, Sra. Rocío Moreno Navas¹

¹CRPS Usera. Fundación El Buen Samaritano, Madrid, España

En el trabajo con personas que padecen enfermedades mentales graves y sus familias, una de las mayores dificultades es cómo ambos grupos viven el surgimiento de una enfermedad tan severa como un trastorno psicótico. La aparición de alucinaciones y delirios, el desconocimiento, crisis iniciales, ingresos hospitalarios involuntarios, representa un impacto traumático significativo tanto para ellos como para sus familiares.

Por estas razones, hemos visto necesario desarrollar una intervención específica en trauma que aborde este choque inicial, complementando otras intervenciones psicosociales.

Objetivos: Medir la efectividad de abordar el impacto traumático de los síntomas psicóticos mediante una terapia específica basada en trauma, como es el EMDR, complementada con terapia familiar para mejorar la relación y dinámica familiar.

Metodología: El estudio se basa en un diseño de pretest-postest, evaluando a los participantes antes y después de la intervención. Actualmente, los datos se están recogiendo y este póster presenta el programa desarrollado.

Programa:

I. Evaluación:

1. Evaluación pre y post:

- Cuestionario TSQ para evaluar sintomatología asociada al trauma.
- Cuestionarios de comprensión y apoyo percibido, y estilo de comunicación.

II. Objetivos terapéuticos:

Reducir el impacto del trauma, facilitar el apoyo mutuo y la empatía, optimizar la comunicación dentro del núcleo familiar, fortalecer el rol de la familia como una fuente de regulación emocional compartida y desarrollar nuevas narrativas positivas en torno a la experiencia de la psicosis.

III. Trabajo con el Sistema Familiar:

- Psicoeducación: Trauma, apego seguro, regulación emocional.
- EMDR: Protocolo de Tratamiento Grupal (I. Jarero, L. Artigas) para abordar el trauma en cada miembro de la familia. Trabajo con subsistemas según necesidad (parejas).
- Terapia Familiar:
 - o Apoyo mutuo y empatía.
 - o La comunicación familiar.
 - o Disminuir la emoción expresada.
 - o Familia como fuente de co-regulación.
 - o Estrategias de afrontamiento individuales y conjuntas.
 - o Narrativas alternativas sobre el brote psicótico.

MEDIDAS COERCITIVAS: ANÁLISIS DEL USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA DEL INSTITUT PERE MATA

Sr. Daniel Tutusaus Lasheras¹, Sra. Núria Monferrer Milian¹, Srta. Alba Leticia Romero Bellido¹,
Srta. Marina García Martínez¹

¹Hospital Universitario Institut Pere Mata, Reus, Spain

A pesar de la transformación de la atención a las personas que padecen sufrimiento psíquico y del proceso de desinstitutionalización que transita hacia modelos más respetuosos con los derechos humanos, el uso de técnicas coercitivas como la contención mecánica continúa siendo una práctica frecuente en el ámbito de la salud mental.

Desde hace varios años, estas prácticas han sido y siguen siendo foco de controversia, dada la ausencia de evidencia científica acerca de su efectividad terapéutica, los posibles efectos adversos hacia usuarios y los conflictos éticos que generan en los equipos, por lo que diversos organismos internacionales y asociaciones de usuarios han exigido su eliminación.

La Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (URH) del Institut Pere Mata atiende a personas con diagnóstico de trastorno mental grave con el objetivo de construir un proyecto de rehabilitación y de retorno a la comunidad. El objetivo de este trabajo es el de realizar un análisis observacional en el que describiremos el estado de estas intervenciones en la URH a lo largo del 2024.

ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA. SUPERANDO EL ESTIGMA

Dra. Pilar Sanz Monge¹, Dra Margarita Vidal Formoso

¹CSM Arganda-Rivas (Madrid), Madrid, Spain

OBJETIVOS

La esquizofrenia es un trastorno complejo que se explica desde una perspectiva biopsicosocial. Se clarifican los posibles factores ambientales que han intervenido en la psicosis del paciente.

MÉTODO

Se presenta caso clínico de Esquizofrenia Indiferenciada, realizando revisión bibliográfica de la literatura existente.

RESULTADOS

Varón de 42 años, soltero. Natural de Rumania. Vive con los padres. H^a perinatal: prematuro, peso 1300gr, incubadora. Escolarizado a los 7'5 años: En instituto con baja autoestima, complejos, sin estar contento con su aspecto físico y restricción de amigos. Criticismo elevado por su padre. Estudios de Sociología y postgrado en Publicidad.

Con 24 años debutó la psicosis, en principio relacionada con consumo de éxtasis, inicio de postgrado, padres vinieron a España y ruptura de pareja. Sintomatología productiva positiva, aislamiento y sentimientos de vulnerabilidad. Precisó de ingreso psiquiátrico.

En España, realizó seguimiento en CSM. Fue ingresado en Hospital de Día y seguimiento en CRL de zona. Precisó de dos ingresos.

A pesar de mayor conciencia de enfermedad y actividad laboral hace 3 años, ha precisado de 2 ingresos por negativa a la ingesta alimentaria/líquidos. Mantiene tratamiento con clozapina, aripiprazol y sertralina.

CONCLUSIONES

Su visión de sí mismo es de ser persona aislada del mundo, con gran motivación para encontrar trabajo (superar su duelo) y encontrar sentido a su vida. Sus altos sentimientos de ansiedad y sobreexigencia le conllevan a mostrar un componente obsesivo que le desencadena sus descompensaciones.

DE LA ESQUIZOFRENIA TARDÍA A LA DEMENCIA

Dra. Pilar Sanz Monge¹, Dra Margarita Vidal Formoso

¹CSM Arganda-Rivas (Madrid), Madrid, Spain

OBJETIVOS

La Esquizofrenia de inicio tardío, se caracteriza por mayor sintomatología positiva y menor clínica negativa junto con menor sintomatología cognitiva.

Se presenta el caso clínico de paciente con Esquizofrenia paranoide de inicio tardío y su evolución a Demencia Frontotemporal.

Existen controversias sobre si la ECT es un pródromo de demencia en su evolución a largo plazo o solamente vulnerabilidad cognitiva asociada a la Esquizofrenia.

MÉTODO

Se realiza revisión bibliográfica de literatura existente

RESULTADOS

Mujer de 69 años, casada, natural de Venezuela. Médico. Sin actividad laboral. AF: madre diagnosticada de demencia.

Acude al CSM cuando debuta la clínica psicótica con 56 años con predominio de sintomatología positiva con ideas delirantes de perjuicio y de tipo persecutorio por el hecho de ser emigrantes. Alteraciones sensorceptivas de tipo auditivo. Se sentía observada en el baño con afectación conductual ("delirio de paramentos"). Marcada reserva de interacción social. Ausencia de trastornos cognitivos generalizados. Nula conciencia de enfermedad.

Desde la instauración del tratamiento depot fue remitiendo la clínica psicótica.

Hace unos años y tras estabilidad psicótica, comienza con importantes alteraciones conductuales inapropiadas y déficit en tareas ejecutivas. RM: Atrofia frontotemporal. SPECT: hipometabolismo frontal y temporal, diagnosticando Demencia Frontotemporal.

CONCLUSIONES

En investigaciones se ha comprobado que la esquizofrenia tiene 2'5 veces más probabilidad de desarrollo de demencia que en sujetos sin psicosis, independientemente de la edad; pero no se pudo confirmar la causa de la asociación. Se requieren más estudios longitudinales para determinar su estado nosológico y saber si la ECT es un precursor de demencia.

DISCAPACIDAD AUDITIVA Y PSICOSIS

Dra. Pilar Sanz Monge¹, Dra Margarita Vidal Formoso

¹CSM Arganda-Rivas (Madrid), Madrid, Spain

INTRODUCCIÓN

En personas con discapacidad auditiva debemos distinguir la sordera postlocutiva de la sordera prelocutiva.

Las personas sordas presentan dificultades en comunicación conllevando a aislamiento en la sociedad el cual puede originar enfermedad mental.

OBJETIVOS

Las características que pueden influir en padecer psicopatología: Carencias del vínculo, sobreprotección parental y falta de explicaciones.

Incidencia de Esquizofrenia en población sorda se produce con la misma frecuencia que en oyentes.

METODO

Realizada revisión bibliográfica de la literatura existente.

RESULTADOS

Varón 23 años, soltero, natural de Rumania. El mayor de dos hermanos. En España desde los 5 años. Con sordera congénita. Convulsiones febriles. Padres con cofosis. Comunicación signista y oralizada. Presentó problemas de integración y aceptación en su entorno, con baja autoestima y apatía. A sus 16 años, con alteraciones conductuales en domicilio, opositorista y menos comunicativo. Hace 2 años, precisó de ingreso por cuadro de mutismo, negativismo, desorganizado, aislamiento, angustia psicótica, fenómenos de difusión del pensamiento y audición de voces intrapsíquicas. Con antipsicótico y antidepresivo ha mejorado.

CONCLUSIONES

La salud mental de las personas sordas es un problema ignorado siendo la discapacidad invisible y suponiendo un desafío en su abordaje.

Las voces de las personas sordas signistas con psicosis presentan las mismas características fenomenológicas que en oyentes con psicosis.

La hipótesis del pensamiento subvocal ha sido la más estudiada explicando que la persona oye voces por la atribución errónea del pensamiento interno a un locus de control externo, aunque se necesitan mayores investigaciones al respecto

RECUPERACIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL EN USUARIOS CON PRIMER EPISODIO PSICÓTICO. DIFERENCIA ÉTNICAS.

Sra. Míriam Morales Aubeso¹, Sr Albert Ventura González, Sr Jan Trallero Morales

¹Institut Assistència Sanitària, Salt, Girona, Santa Coloma de Farners, Spain

OBJETIVOS:

Conocer si existen diferencias en la recuperación de usuarios de un Equipo de Intervención y Prevención de la Psicosis en función del origen étnico.

MÉTODO:

Se recogen variables sociodemográficas (Origen étnico, edad, situación laboral, acceso vivienda, soporte social y familiar, recursos de la comunidad y situación económica) y clínicas. A partir del conjunto de variables se imputó la variable recuperación con una escala del 0 al 7.

RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 59 pacientes con una media de 21 años, de los cuales el 67,8% eran nacionales. El 52,5% se encuentran en activo a nivel laboral mientras que un 47,5% no realizan ningún tipo de actividad. La mayoría, el 94,9% tienen un lugar dónde vivir y sólo el 39% recibe soporte social. A nivel familiar, el 91,5% tiene soporte familiar y acceso a recursos de la comunidad. El 22% de la muestra se encuentra en una situación de pobreza extrema.

Los resultados de las comparaciones entre grupos mostraron que los inmigrantes tenían una situación económica de mayor pobreza con una proporción de 47.4% de pobreza extrema en inmigrantes comparado con un 10% en autóctonos. También se observaron diferencias en cuanto al soporte social recibido y los recursos de la comunidad recibidos. El 78.9% de inmigrantes no recibió soporte social comparado con un 20% de autóctonos. En cuanto a los recursos de la comunidad todos los autóctonos recibieron recursos mientras que un 15.8% de inmigrantes no recibieron ningún tipo de recursos. Finalmente, la variable recuperación en función del origen étnico mostró que los inmigrantes tienen valores más bajos de recuperación.

CONCLUSIONES:

Las personas autóctonas tienen mejor recuperación clínica y funcional que las inmigrantes. El mayor soporte social, acceso a los recursos de la comunidad y mejor situación económica favorece la recuperación, tanto clínica como funcional, de las personas autóctonas.

MÁS ALLÁ DE LA CLOZAPINA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. M^a José García Mellado¹, Dña. Ana Lubián Ponti¹, Dra. M^a Inmaculada Tellado García¹, Dr. Carlos Gutiérrez Santaló¹

¹UGC Salud Mental. Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera, España

OBJETIVO:

Evidenciar, a partir del estudio de un caso con Esquizofrenia de larga evolución y difícil manejo atendido en nuestro Centro, la efectividad de los protocolos en la implementación de tratamiento con clozapina en pacientes adultos con esquizofrenia resistente al tratamiento, para el manejo de los posibles efectos secundarios más graves.

METODOLOGÍA:

Partiendo de una primera revisión bibliográfica para manejo del caso, se nos despierta el interés de realizar una ampliación de la misma, dado el creciente número de pacientes atendidos en tratamiento con clozapina. La revisión se hará en Bases de Datos y Guías de Práctica Clínica acerca de los Protocolos existentes en los últimos cinco años y su efectividad.

RESULTADOS:

En las primeras búsquedas se confirma la necesidad de incluir un protocolo sistematizado para el control de los riesgos asociados al uso de clozapina.

CONCLUSIONES:

Las primeras búsquedas realizadas evidencian que:

La clozapina es un fármaco potente y de elección en psicosis resistentes, pero que requiere de un uso controlado por los secundarismos que conlleva.

Se hace necesario, por tanto, protocolarizar su administración de cara a potenciar sus efectos beneficiosos y reducir los riesgos.

La ampliación de resultados y conclusiones se hará al concluir la segunda revisión señalada.

ESTUDIO SOBRE RIESGO DE REINGRESO TEMPRANO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Dr. Christopher Meléndez García¹, Dra. Inmaculada Navas Domenech¹

¹Hospital Regional Universitario De Málaga, Málaga, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El alta hospitalaria tras el ingreso en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental es un momento especialmente sensible para los pacientes pudiendo colocar al individuo en una situación de gran vulnerabilidad.

El estudio tiene como objetivo conocer cuáles son las tasas de reingresos tempranos en la unidad de agudos de psiquiatría, utilizando para ello una referencia temporal de 30 días hasta la readmisión.

DESCRIPCIÓN Y MÉTODOS

Durante el ingreso todos los pacientes cumplimentarán la Escala de Riesgo de Reingreso Temprano, un instrumento de evaluación diseñado para identificar el nivel de riesgo de rehospitalización con el objetivo de prevenir e intervenir de forma adecuada en los pacientes más vulnerables, mejorando la atención y disminuyendo el riesgo de una posible rehospitalización.

Tras esto, los pacientes son clasificados en tres niveles de riesgo en los que reciben diferentes intervenciones según la necesidad. En el grupo de bajo riesgo, se aplicarían medidas de intervención generales; en el grupo de riesgo medio, medidas reforzadas; y en el grupo de riesgo alto, medidas de manejo intensivo.

RESULTADOS

Tras analizar los resultados, se objetiva que la tasa de reingreso temprano a los 30 días es de 14,14%, siendo estadísticamente significativas las variables de afectación social, incapacidad judicial, ingresos previos, atención en urgencias, antecedentes en Salud Mental, violencia hacia otros, diagnóstico principal “Trastorno de Personalidad” e inadherencia al seguimiento.

CONCLUSIONES

Tal y como se objetiva en los resultados, los pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide no obtienen las mayores tasas de reingresos, siendo los pacientes con diagnóstico de Trastorno de Personalidad los de mayor riesgo de rehospitalización.

En base a esto, se concluye realizar un abordaje para la prevención de reingresos temprana consistente en una intervención psicoterapéutica grupal integradora con formato semiabierto, estructurada en 16 sesiones semanales de 90 minutos.

EL DOBLE ESTIGMA DE SALUD MENTAL Y LA VIOLENCIA MACHISTA: PERCEPCIONES Y REALIDADES

Dra. Elena Gil Benito¹, Doña Raquel Rodríguez Peña², Doña María Lluïsa Segura Ferrando³

¹Hospital El Escorial, Escorial, Spain, ²Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Vilanova i la Geltrú, Spain,

³Universidad de Barcelona, Barcelona, Spain

Objetivos:

Este proyecto de investigación feminista se centra en la intersección entre la violencia machista y el TMG. Las mujeres con TMG sufren una doble discriminación, tanto por su género como por el estigma asociado al trastorno mental. El objetivo del estudio es contrastar las narrativas entre mujeres con TMG y profesionales de la salud mental tratantes, con la finalidad de identificar discrepancias y mejorar la comprensión de las necesidades y experiencias de las mujeres.

Metodología:

El estudio se realizará mediante entrevistas semiestructuradas a mujeres con TMG que hayan experimentado situaciones de violencia machista y a profesionales de la salud mental. La información se analizará según un enfoque cualitativo que combina el análisis de contenido y el análisis narrativo.

Resultados y conclusiones:

Los resultados del estudio se utilizarán para mejorar las pautas de actuación y detección de los y las profesionales de la salud mental en situaciones de violencia machista en mujeres con TMG. Este estudio busca dar voz a estas mujeres y exponer la tendencia entre las personas profesionales de la salud mental a cuestionar sus relatos de violencia machista.

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS, IDENTIDAD Y PSICOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sra. Julia Ruiz Conrat¹, Sra. Olga Teruel Martínez¹, Sra. Núria Monferrer Milián¹
¹Institut Pere Mata (Unidad Hospitalaria de Rehabilitación), Reus, Spain

El objetivo de la terapia sería posibilitar a través del diálogo, el desarrollo de nuevos significados que permitan al paciente reformular su historia y hacer nuevas descripciones de sí mismo, en una narrativa alternativa en la que las capacidades y fortalezas tengan un lugar prioritario.

Una conversación terapéutica es un intento mutuo de entender y desarrollar sentidos compartidos para encarar los temas que han reunido al paciente y al terapeuta y son motivo de preocupación para el primero.

Cuando se trata de personas que sufren experiencias psicóticas, o que se sitúan en una dimensión de realidad no compartida, es necesario que se genere una relación de confianza en la que el paciente se sienta legitimado para conversar sobre lo que le sucede.

En el caso que presentamos se ejemplifica el poder transformador de la terapia, puesto que no sólo emergen diferentes maneras de entender y explicar las experiencias vividas, sino que la persona cambia en relación con ellas.

P18

EL VÍNCULO ENTRE LA CREATIVIDAD Y LA RECUPERACIÓN EN SALUD MENTAL GRAVE

Sra. Esther Amador Caravantes¹

¹Centro de Rehabilitación Laboral Arganzuela, Madrid, España

El trabajo en la recuperación para personas con problemas de salud mental grave conlleva la necesidad del abordaje de aspectos tales como la motivación, la creatividad y el aprendizaje colaborativo en el día a día de los talleres prelaborales de un centro de rehabilitación laboral. Es por ello que desde el laboratorio de Impresión 3D y Robótica se trabaja desde este paradigma y se están obteniendo resultados satisfactorios en cuanto al desarrollo de habilidades y competencias laborales y personales que se quieren recoger en este trabajo.

NARRATIVA PERSONAL Y RECUPERACIÓN EN LA ESQUIZOFRENIA

Sra. Isabel Domínguez Luque¹, Sra. María Isabel Osuna Carmona¹, Sr. Alberto Flores Martínez¹

¹Hospital Regional Universitario De Málaga, Málaga, España

Objetivos: Examinar los predictores de recuperación subjetiva en la esquizofrenia para enfocar el trabajo psicoterapéutico, destacando la importancia de la reconstrucción de la narrativa personal en este proceso.

Método: Se analiza el caso de un joven de 24 años con esquizofrenia, quien presenta alucinaciones auditivas y cenestésicas persistentes, además de ideación delirante con temática místico-religiosa congruente con creencias familiares. Durante su seguimiento psicoterapéutico, se exploran aspectos clave de su evolución, las limitaciones de las prácticas orientadas a la recuperación y las razones de los fracasos en los intentos de individuación, representando éstos un desafío a las percepciones de impotencia internalizadas.

Resultados: Partiendo de una revisión de la literatura, se reformulan los objetivos de recuperación subjetiva, orientándola a los intereses y la biografía del caso.

Conclusiones: La recuperación subjetiva prioriza la reconstrucción de un self integrado que dote de aptitudes a la persona para afrontar el proceso. La desintegración de la narrativa personal en la esquizofrenia supone un obstáculo. Ante el estrés adicional que supone la ganancia de agencia personal en la recuperación, se propone el delirio como mecanismo regulador y narrativa sostenedora.

PASIVIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO CRÓNICO DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE. ¿DE QUÉ DEPENDE?

Dra. Patricia Setien Preciados, Sergio Belinchón Hernandez, Maria Teresa Ruiz Jimenez
¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias., Alcala de Henares, España, ²CRL Espartales Sur. Red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales.Grupo 5., Alcala de Henares, España, ³CD-CRL Espartales Sur. Red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales.Grupo 5., Alcala de Henares, España

INTRODUCCIÓN: En las últimas décadas se ha transicionado a un modelo terapéutico deliberativo con el objetivo de alcanzar una alianza terapéutica, la cual se ve influida por las variables del paciente y terapeuta. A consecuencia ha surgido un modelo de decisiones compartidas, que, aunque poco extendido en la práctica cotidiana, ha derivado en la implementación del Documento de Voluntades Anticipadas y en buscar formas de empoderamiento tanto del paciente como del psiquiatra.

OBJETIVOS: Reflexionar sobre la pasivización en el tratamiento crónico de pacientes con Trastorno Mental Grave, y sobre cómo se ve influido por la relación médico-paciente.

MÉTODO: Se diseña un grupo de 4 sesiones titulado “Relación con los fármacos” para usuarios de rehabilitación de Alcalá de Henares, que se evalúa con un cuestionario de 13 ítems con una escala de respuesta forzada tipo Likert.

RESULTADOS: Se observa que existe una clara desinformación entre los pacientes con TMG sobre su tratamiento, así como se objetiva una resignación y pasivización generalizada sobre el mismo, que puede valorarse como parte de la desconfirmación constante del entorno.

La distancia entre paciente con TMG y psiquiatra se ve aumentada debido a distintas variables que los usuarios verbalizan: relación paternalista y asimétrica, falta de transparencia, desinterés, desconfirmación, desconfianza, miedo a cambios en el tratamiento o recaídas, preconcepción sobre los pacientes con TMG como personas pasivas...

CONCLUSIONES: Es pertinente realizar un análisis crítico de la relación terapéutica que tienen los psiquiatras con los pacientes con TMG para dar cabida a preguntas que puedan poner de manifiesto las necesidades de los pacientes respecto a su tratamiento psicofarmacológico.

Es crucial además propiciar relaciones más estrechas entre los equipos rehabilitadores y los psiquiatras de referencia en relación a estas demandas ocultas, por lo que se mejoraría el abordaje conjunto en el tratamiento integral conectándolo con necesidades del paciente.

MATERNIDAD, TRASTORNO MENTAL Y ESTIGMA

Sra. María Del Mar Torres Muñoz¹, Sra. Paloma Coucheiro Limeres

¹CSM Leganés, Madrid, Spain

Título: Maternidad, trastorno mental y estigma.

Objetivos: Pretendemos poner en evidencia las dificultades médicas y sociales a las que se enfrentan las mujeres diagnosticadas con un trastorno mental, gestantes o con deseo de serlo, así como visibilizar que son posibles otras maternidades no hegemónicas.

Método: A través de un caso clínico, de una paciente diagnosticada de psicosis, en seguimiento en el CSM de Leganés, mostraremos como su finalidad de ser madre se ha visto obstaculizada por su entorno familiar y por diferentes profesionales sanitarios. Finalmente la paciente logra un embarazo y crianza exitosos, lo cual cuestiona los prejuicios sujetos a la maternidad en mujeres con problemas de salud mental.

Resultados y conclusiones: El estigma asociado a los trastornos de salud mental en mujeres, que son madres o desean serlo, constituye una barrera que afecta enormemente a su salud y a la de sus hijos. Es imprescindible considerar un enfoque interseccional (incluyendo género, pobreza y otros determinantes sociales) para comprender la complejidad de la experiencia de la maternidad en mujeres con problemas de salud mental y cómo estos factores generan estigmatización y exclusión.

PROTOCOLO DEL PROYECTO TERAPIA VR-AVATAR PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ALUCINACIONES EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Sra. Gemma Cardona Ros¹, Sra. Irene Birulés¹, Sra. Luciana Diaz-Cutraró¹, Sra. Carla Jané¹, Sra. Marina Peniza¹, Sra. Trini Peláez¹, Dra. Susana Ochoa¹

¹Parc Sanitari Sant Joan De Déu, Barcelona, España

Introducción:

La terapia AVATAR con realidad virtual (RV), que integra principios de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC), introduce un enfoque novedoso como opción de tratamiento más personalizado y efectivo para personas con alucinaciones auditivas resistentes. La integración de la tecnología de la RV por parte de la empresa Heka proporciona un tratamiento en un entorno inmersivo y controlado.

Objetivo principal:

En este contexto, nos planteamos evaluar la eficacia de la AVATAR-VR en la reducción de la frecuencia e intensidad de las alucinaciones auditivas resistentes; así como la percepción de control y su daño percibido.

Método:

Diseño: estudio piloto multicéntrico de 2 años, no invasivo, no aleatorizado, controlado por lista de espera, con diseño pre-post. La condición activa es la Terapia AVATAR-VR (7 sesiones durante 12 semanas, 50 min/sesión) realizada por una psicoterapeuta formada en la intervención.

Participantes y procedimiento: se reclutarán 30 personas con esquizofrenia resistentes a las voces en en cada uno de los centros participantes (Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat; Semmelweis, Hungría; y Medical University de Lodz, Polonia). Aquellas personas que cumplan los criterios de inclusión firmarán el consentimiento informado.

La variable principal es la frecuencia e intensidad de las alucinaciones auditivas mediante Escala de Evaluación de Síntomas Psicóticos (PSYRATS), Cuestionario de Creencias sobre Voces (BAVQ-R) y Escala de Síndrome Positivo y negativo (PANSS).

Se realizarán modelos de medidas repetidas en los que se comparen los resultados de los dos momentos considerando la condición (lista de espera e intervención), en cuando a las variables principales del estudio.

El protocolo ha sido registrado en clinicaltrials.gov: VR-AT-SCH 2023-SUD-3446

SEXUALIDAD INVISIBLE EN EL ABORDAJE DEL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Dra. Patricia Setien Preciados, Maria Teresa Ruiz Jimenez, Sergio Belinchon Hernández

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, España, ²CD-CRL Espartales Sur. Red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales.Grupo 5., Alcalá de Henares, España, ³CRL Espartales Sur. Red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales.Grupo 5. , Alcalá de Henares, España

INTRODUCCIÓN: La sexualidad en pacientes con trastorno mental grave (TMG) es diversa, sin embargo, solo el 17% de los profesionales, por diversas razones, preguntan sobre la sexualidad de sus pacientes, esperando que sean los pacientes quienes aborden el tema. Esto conlleva consecuencias como puede ser la presencia de disfunciones sexuales, prácticas sexuales de riesgo, ausencia de actividad sexual y desconocimiento en general. Además de evidenciarse en los pacientes relatos de frustración, miedo a expresarse, aislamiento social y sufrimiento.

OBJETIVOS: Visibilizar y reflexionar sobre cómo la sexualidad es un aspecto de la vida de pacientes con TMG que se encuentra invisibilizada, las causas y las consecuencias.

MÉTODO: Se diseña un grupo de 4 sesiones titulado “Relación con los fármacos” para usuarios de Rehabilitación de Alcalá de Henares, con el objetivo de explorar el tratamiento integral de los usuarios.

RESULTADOS: De manera transversal surge de manera espontánea por parte de los participantes la temática de la sexualidad, ya sea porque la disfunción sexual sea experimentada como efecto secundario, haya dificultades para que el tema sea abordado en consulta o la importancia que tiene en la intimidad de los pacientes para con otras personas y con uno mismo.

Lo que más les preocupa es la disfunción como efecto secundario de la medicación y el abordaje de esto con su psiquiatra. Perciben una clara dificultad para hablarlo en consulta, que contextualizan en que la sexualidad es un tema tabú y a que se considera que no es importante en pacientes con TMG.

CONCLUSIONES: La sexualidad con independencia del diagnóstico del paciente es importante. Es necesario reflexionar sobre las dificultades que como profesionales tenemos para explorar esta temática, ya que además la disfunción sexual es uno de los efectos secundarios más frecuentes y más relevantes en cuanto a discontinuaciones de tratamiento.

EL ARTE DE LA REFLEXIÓN EN EL ACOMPAÑAMIENTO DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO EN DIÁLOGO ABIERTO

Sra. Julia González Rullas¹, Sra. Silvia Parrabera

¹Fundació Orienta, Sant Boi, Spain

INTRODUCCIÓN:

Desde el enfoque del Diálogo Abierto (DA) es la interrupción radical de la comunicación (respecto a experiencias traumáticas no expresadas o no escuchadas por el entorno) lo que detona la crisis; provocando así el distanciamiento relacional y desdibujando el sentido del yo.

Introducir la reflexión en el encuentro dialógico, genera un espacio que invita a ponerle palabras al sufrimiento y a analizar las vivencias con el fin de dar sentido a la experiencia actual.

OBJETIVOS:

Exponer el funcionamiento de las prácticas reflexivas y su utilidad en el acompañamiento del sufrimiento psíquico.

METODOLOGÍA:

Se realiza una propuesta de implementación de la práctica reflexiva durante los encuentros dialógicos del proceso de tratamiento.

Se presenta la estructura y funcionamiento del diálogo reflexivo y los beneficios de su incorporación.

DESARROLLO:

La práctica reflexiva, desarrollada por Tom Andersen, es uno de los pilares básicos en el enfoque del DA.

El Diálogo Reflexivo:

- No sigue una estructura en tiempo y número.
- Se organiza de manera que los terapeutas comparten su diálogo interno sin juicios ni interpretaciones, y después los asistentes comentan lo escuchado.
- Invita a participar a todos los presentes en la conversación, conversando o escuchando.

La reflexión se presenta como la búsqueda de un lenguaje común que permita dar un sentido a eso que hace sufrir.

CONCLUSIONES:

Una reflexión dialógica implica una escucha transparente y curiosa, lo que K. Weingarten define como “escucha radical” y T. Andersen como “hablar sobre lo que uno escucha, no sobre lo que uno piensa que escucha”. La reflexión es un diálogo entre lo hablado y lo que no se habla. Entre los diálogos externos, que invitan a reflexionar; y los diálogos internos, que reflexionan para dialogar. La base del oficio en salud mental es el diálogo. La reflexión, el arte que lo acompaña.

CUANDO LA PSICOSIS PONE EN JAQUE MATE A LA ENFERMEDAD DE PARKINSON

Sra. Belén López Abellán¹, Sra. Nellydaida Echeverría Hernández¹, Sra. María del Mar Lázaro Redondo¹, Sr. Raúl Justicia González¹

¹Complejo Asistencial De Ávila, Ávila, Spain

OBJETIVOS

Revisar la evidencia científica actual sobre el tratamiento más indicado en el abordaje de la psicosis en la Enfermedad de Parkinson (EP).

MÉTODO

Se presenta el caso clínico de una psicosis orgánica en un varón con EP. Se realizó una búsqueda detallada en la base de datos de UpToDate con los términos de búsqueda de “Psychoses” y “Parkinson Disease”.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se expone el caso de un varón de 55 años con EP que, tras la instauración de un agonista dopaminérgico y un antagonista colinérgico muscarínico, presenta sintomatología delirante de tipo referencial que requiere de la retirada de ambos fármacos y la instauración de Clozapina, con adecuada respuesta. Actualmente, se encuentra estable y en seguimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Según la evidencia recogida, alrededor de una quinta parte de los pacientes con EP experimentan psicosis o alucinaciones, suponiendo todo un reto terapéutico para el profesional de salud. A día de hoy, se sigue optando por la clozapina como tratamiento eficaz del episodio, al reducir sustancialmente los síntomas psicóticos con mínimos movimientos anormales, alta aceptabilidad y moderada tolerabilidad general.

En conclusión, se trata de un abordaje complejo que requiere de continua actualización y búsqueda de información para aportar al paciente el máximo equilibrio posible entre la sintomatología psicótica y la EP.

RELACIÓN ENTRE EL RECONOCIMIENTO EMOCIONAL, LA METACOGNICIÓN Y COGNICIÓN SOCIAL EN PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

Sr. Alejandro De Haro Barrera¹

¹Parc Sanitari Sant Joan De Deu, Barcelona, Spain

De Haro A, Tortadés I, Espinosa V, Martínez I, López-Carrilero R, Grasa E, Lorente-Rovira E, Barajas A, Pousa E, Barrigón ML, González-Higueras F, Ruiz-Delgado I, Cid J, Chen L, Batlle N, the Spanish Metacognition Study Group, Ochoa S.

Relacionar el reconocimiento emocional (RE) de emociones simples y complejas con metacognición y cognición social (CS).

Estudio multicéntrico con diseño transversal. La muestra está formada por 122 personas con primer episodio psicótico (PEP). Se evalúa RE con el test de reconocimiento emocional de caras de Baron-Cohen. Respecto a la CS, las atribuciones se evalúan mediante IPSAQ y la teoría de la mente (ToM) mediante la Hinting task. Para medir metacognición se utiliza la escala BCIS y el sesgo de saltar a conclusiones. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

La ToM muestra correlación positiva significativa con el RE básico y el RE total, pero no con RE complejo. El estilo atribucional no presentó correlación significativa. Respecto a la metacognición, -BCIS-autocerteza correlacionó positiva y significativamente con RE complejo y RE total, pero no con RE básico, mientras que -BCIS-autoreflexión no muestra correlación.

En personas con un PEP existe una relación entre la ToM y el RE básico, mientras que el RE complejo parece relacionarse más con variables metacognitivas como la autocerteza (conciencia cognitiva). Se requiere más investigación que aborde conjuntamente la metacognición, RE y CS para mejorar los tratamientos psicológicos e incrementar el bienestar en esta población.

ESPACIO DE ESCRITURA CREATIVA Y ALTERACIONES FORMALES DEL PENSAMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA EN EL CONTEXTO DE UN HOSPITAL DE DÍA

Sr. Francisco Antonio García Gullón¹, Sra. Alejandra San Miguel López², Sra. Ángela María García Quirantes¹, Sra. Gloria María Roldán Maldonado¹

¹Hospital de Día de Salud Mental del HUVN, Granada, Spain, ²Unidad de Salud Mental Comunitaria de Motril, Motril, Spain

El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de un espacio de Escritura Creativa en las alteraciones formales del pensamiento en pacientes con esquizofrenia, explorando si esta intervención puede mejorar la coherencia y organización del discurso en personas con trastorno mental grave, como ya han demostrado diversos estudios previos (Jones, 2010). Para ello, se implementó un grupo de Escritura Creativa de una hora y cuarto de duración en un Hospital de Día de Salud Mental, dirigido a pacientes diagnosticados con trastorno mental grave, incluyendo esquizofrenia. Las sesiones incluyeron ejercicios orientados a fomentar la expresión personal y la estructuración del pensamiento. Se evaluaron los textos producidos antes y después del programa mediante análisis cualitativo y cuantitativo para medir cambios en cohesión y fluidez narrativa. Los resultados preliminares muestran una mejora significativa en la cohesión y coherencia de los escritos de los participantes, así como una reducción en las interrupciones y desorganización del flujo de ideas, indicando una mejora en las alteraciones formales del pensamiento. La escritura creativa puede ser una intervención efectiva para pacientes con esquizofrenia, ayudando a mitigar alteraciones formales del pensamiento. Estos hallazgos sugieren su potencial como complemento en el tratamiento integral de pacientes con sufrimiento psíquico grave.

SOLEDAD PERCIBIDA Y ALUCINACIONES AUDITIVAS VERBALES: ESTUDIO CORRELACIONAL A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sr. Francisco Antonio García Gullón¹, Sra. Alejandra San Miguel López², Sra. Ángela María García Quirantes¹

¹Hospital de Día de Salud Mental del HUVN, Granada, Spain, ²Unidad de Salud Mental Comunitaria de Motril, Motril, Spain

Este estudio tiene como objetivo explorar la relación entre la soledad percibida y la frecuencia e intensidad de las alucinaciones auditivas verbales en un paciente con esquizofrenia, para entender mejor cómo la percepción de soledad puede influir en la aparición y mantenimiento de estas experiencias sensoriales. Se realizó un estudio de caso con un paciente diagnosticado de esquizofrenia que presenta alucinaciones auditivas verbales frecuentes. Se utilizó la Escala de Soledad de UCLA y un registro diario de alucinaciones auditivas para evaluar la percepción de soledad y la frecuencia e intensidad de las alucinaciones durante un período de cuatro semanas. Se aplicó un análisis correlacional para examinar la relación entre ambas variables. Los resultados indican una correlación positiva significativa entre la soledad percibida y la frecuencia e intensidad de las alucinaciones auditivas verbales. Los hallazgos sugieren que la soledad percibida podría desempeñar un papel relevante en la aparición y mantenimiento de las alucinaciones auditivas verbales en la esquizofrenia. Este caso destaca la importancia de abordar la soledad como parte del tratamiento integral de las alucinaciones auditivas, abriendo vías para intervenciones psicosociales orientadas a reducir la percepción de aislamiento en estos pacientes.

TRANSICIONES A LO LARGO DEL CICLO VITAL EN FAMILIAS CON UN MIEMBRO CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Sra. Luz Montoro Rico¹, **Sra. Sara Navarro Díaz**¹

¹Fundación El Buen Samaritano, Madrid,

Objetivo: Describir las transiciones del ciclo vital en familias con un miembro con enfermedad mental grave atendidas en el Centro de Día Carabanchel.

Método: El momento de transición de una etapa del ciclo vital a otra es un momento de crisis, ya que se genera una alteración del status quo del sistema familiar. Si los retos de cada etapa no se superan, pueden aparecer malestares en forma de síntomas. A partir de los 18 años, en la etapa de dispersión, los y las hijas suelen dejar el hogar, promoviéndose la necesidad de acceso al mercado laboral y la posibilidad de generar relaciones de pareja. Se analizan estos procesos mediante el análisis de datos descriptivos.

Conclusiones: En el Centro de Día Carabanchel durante el primer semestre del 2024 se han atendido a 40 personas, de las cuales el 52.5% ha convivido durante toda su vida con su familia de origen, el 95 % no tiene pareja, y solo el 27.45 % ha accedido en algún momento al mercado laboral.

DOCTORA, ¿MIRARME EN EL ESPEJO ES UN CASTIGO!

Sra. Belén López Abellán¹, Sra. Nellydaida Echeverría Hernández¹, Sra. María del Mar Lázaro Redondo¹, Sra. María Paula Abril Bohórquez¹, Sr. Raúl Justicia Gonzalez¹, Sr. Nicolás Linero Ríos¹

¹Complejo Asistencial De Ávila, Ávila, España

OBJETIVOS:

Revisar la evidencia científica actual sobre el tratamiento más indicado en el abordaje del Trastorno dismórfico corporal (TDC).

MÉTODO:

Se presenta el caso clínico de una paciente con dismorfia corporal de evolución tórpida a pesar de tratamiento médico. Se realizó una búsqueda detallada en la base de datos de UpToDate con los términos de búsqueda de “Trastorno dismórfico corporal”.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:

Se expone el caso de una mujer de 43 años que debuta con sintomatología ansioso-depresiva en relación a una percepción alterada de su físico. Durante varios años estas percepciones van variando pero persiste afectación emocional y funcional, sin completa respuesta a tratamiento médico. Actualmente se encuentra en seguimiento en consultas de psiquiatría y psicología, con regular evolución.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Según la evidencia recogida, el TDC se caracteriza por la preocupación por defectos inexistentes o leves en la apariencia física, de modo que los pacientes se autoperciben anormales, poco atractivos, feos o deformes; lo que conlleva la afectación de la esfera afectiva y de la funcionalidad. Afecta aproximadamente a un 2-3% de la población general adulta. El tratamiento consistirá, a grandes rasgos, en ISRS y en terapia cognitivo conductual, entre otras alternativas terapéuticas que se describirán.

En conclusión, se trata de una patología que se ha de tener en cuenta y en la que un abordaje multidisciplinar se hace más que patente para poder alcanzar la mejoría y, sobre todo, la funcionalidad del día a día de los pacientes afectados.

DESCRIPCIÓN DE UN GRUPO PSICODINÁMICO OPERATIVO CON PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA EN EL MARCO DE UN HOSPITAL DE DÍA.

Sra. Alejandra San Miguel López¹, Sra. Ángela María García Quirantes², Sr. Francisco Antonio García Gullón²

¹Unidad de Salud Mental Comunitaria de Motril, Granada, Spain, ²Hospital de Día de Salud Mental del HUVN, Granada, Spain

Este estudio describe la implementación y los resultados de un grupo psicodinámico operativo con pacientes diagnosticados de esquizofrenia en un Hospital de Día. El objetivo del grupo es mejorar la integración psicosocial, la expresión emocional y la comprensión de la enfermedad a través de la interacción grupal y la exploración de la dinámica intrapsíquica e interpersonal. Se realizó un seguimiento de 12 pacientes durante seis meses, con sesiones semanales de 90 minutos, facilitadas por un terapeuta especializado en psicoterapia grupal y un co-terapeuta. La metodología incluyó técnicas de intervención centradas en la escucha activa, la confrontación y la clarificación de conflictos internos y dinámicas grupales. Los resultados preliminares indican una mejora en la cohesión grupal, mayor capacidad de insight y una reducción en los síntomas negativos, como la apatía y el aislamiento social. Además, se observó un fortalecimiento de la red de apoyo entre los participantes, lo que contribuyó a una mayor adherencia al tratamiento. Esta experiencia resalta la relevancia del enfoque psicodinámico en el contexto de tratamientos multidisciplinarios, ofreciendo un espacio seguro para la exploración emocional y la construcción de relaciones significativas, elementos clave para la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL (DBT) PARA LA REGULACIÓN EMOCIONAL EN ESQUIZOFRENIA.

Sr. Francisco Antonio García Gullón¹, Sr. Antonio José Sánchez Guarnido¹, Sra. Gloria Roldán Maldonado¹, Sra. Blanca Fontán Domínguez¹, Sra. Ángela María García Quirantes¹

¹Hospital de Día de Salud Mental del HUVN, Granada, Spain

La terapia DBT ha demostrado eficacia para mejorar la regulación emocional en una amplia variedad de trastornos. En psicosis existe ya alguna evidencia preliminar, pero se necesitan ensayos clínicos que la confirmen. Por ello planteamos como objetivo principal evaluar la eficacia de un programa grupal de habilidades DBT en la mejora de la RE en personas con esquizofrenia. Para ello se realizará un ensayo clínico aleatorizado controlado. Los participantes serán asignados aleatoriamente al grupo de habilidades DBT (12 sesiones durante 3 meses) o al grupo de control (tratamiento habitual). Se evaluarán la RE al inicio, al finalizar el tratamiento y en un seguimiento (3 meses). Se espera que el grupo de habilidades DBT muestre una mejora significativa en la regulación emocional en comparación con el grupo de control, y que estas mejoras se mantengan en el seguimiento. Los resultados de este estudio contribuirán a la evidencia sobre la eficacia de la DBT en esquizofrenia, ofreciendo una intervención específica para mejorar la RE y la recuperación personal, ampliando las opciones de tratamiento disponibles para estos pacientes.

GRUPO DE PSICOTERAPIA CON MUJERES DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN UN HOSPITAL DE DÍA DE SALUD MENTAL.

Sra. Gloria Roldán Maldonado¹, Sra. Blanca Fontán Domínguez¹, Sra. Ángela María García Quirantes¹, Sra. Gloria María Bonilla Roldán²

¹Hospital de Día de Salud Mental del HUVN, Granada, Spain, ²ETPOEP de Jaén, Jaén, Spain

Se presenta la evaluación, la intervención psicoterapéutica y los resultados obtenidos de la experiencia realizada en el Hospital de Día de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, con mujeres diagnosticadas de Trastorno Mental Grave.

La construcción social de la identidad femenina potencia la dependencia amorosa, la sumisión, el temor a la valoración negativa, las renunciadas a áreas importantes de su vida para la prestación de cuidados, la baja autoestima y la tendencia a la culpabilización. Esto les hace más vulnerables y favorece el mantenimiento de Trastornos Emocionales, que dificulta la recuperación.

Se ha creado un espacio psicoterapéutico grupal semanal. Se integran las Terapias Contextuales (ACT, Atención Plena, Compasión) y entrenamiento en Asertividad con la identificación de los factores socioculturales que las mantienen atrapadas por los esquemas de la feminidad.

Incluir la perspectiva de género y las diferencias en las relaciones ha sido muy satisfactorio. Los resultados obtenidos apoyan la utilidad de estos espacios y la importancia de incluir la perspectiva de género.

AFECTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA A FAMILIARES DEL PACIENTE Y NECESIDAD DE UN TRABAJO PREVENTIVO.

Sra. Gloria Roldán Maldonado¹, Sra. Gloria María Bonilla Roldán², Sr. Antonio José Sánchez Guarnido¹, Sra. Blanca Fontán Domínguez¹, Sra. Ángela María García Quirantes¹, Sr. Francisco Antonio García Gullón¹

¹Hospital de Día de Salud Mental del HUVN, Granada, Spain, ²ETPOEP de Jaén, Jaén, Spain

El diagnóstico de esquizofrenia en un pariente puede generar un impacto significativo en la vida de los familiares, quienes a menudo abandonan áreas importantes de su vida y experimentan una alta evitación experiencial. Esto puede llevar a una fusión con el dolor y a una visión negativa del futuro, caracterizada por angustia y sentimientos de una vida rota. Este estudio analítico descriptivo correlacional se realizó con padres y madres de pacientes diagnosticados con esquizofrenia en el Hospital de Día de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Los resultados indican que los familiares presentan trastornos emocionales clínicamente significativos, como ansiedad, depresión y estrés, además de reacciones de duelo patológico. Estos trastornos correlacionan negativamente con la resiliencia, que actúa como variable protectora, observándose diferencias entre hombres y mujeres. Se propone un programa de intervención psicológica que aborde el duelo, el entrenamiento en competencias para enfrentar el estrés, la regulación emocional y la mejora de la comunicación, además de fomentar el mantenimiento de un proyecto existencial que cuide diversas áreas de la vida. Esta intervención psicológica breve es crucial tras el diagnóstico para prevenir o reducir la aparición de patologías ansioso-depresivas en los familiares.

PSICOTERAPIA GRUPAL CON PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA: TERAPIAS CONTEXTUALES Y ENTRENAMIENTO EN COMPETENCIAS.

Sra. Gloria Roldán Maldonado¹, Sr. Antonio José Sánchez Guarnido¹, Sra. Gloria María Bonilla Roldán², Sra. Blanca Fontán Domínguez¹, Sra. Ángela María García Quirantes¹, Sr. Francisco Antonio García Gullón¹

¹Hospital de Día de Salud Mental del HUVN, Granada, Spain, ²ETPOEP de Jaén, Jaén, Spain

La esquizofrenia implica una ruptura significativa con la realidad, dejando el proyecto existencial de los pacientes destrozado en múltiples áreas de su vida individual, familiar y social. Esta condición se caracteriza por una gran desorganización cognitiva, emocional y conductual. En el Hospital de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, se ha establecido un espacio psicoterapéutico grupal permanente que integra modelos de entrenamiento en competencias (habilidades sociales, regulación emocional, estrategias de afrontamiento) con terapias contextuales, como la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Atención Plena y la Compasión.

El objetivo es recuperar o adquirir repertorios cognitivos y conductuales que permitan a los pacientes actuar en la dirección de sus valores personales y objetivos existenciales, superando la parálisis conductual y la evitación experiencial. A través de ejercicios vivenciales, metáforas, desesperanza creativa, distanciamiento, desliteralización y aceptación, junto con el entrenamiento en Mindfulness, se busca la recuperación de objetivos existenciales valiosos. Esta intervención ha demostrado ser eficaz en el tratamiento integral de la esquizofrenia, permitiendo que los trastornos del pensamiento y los afectivos se conviertan en elementos manejables en lugar de obstáculos infranqueables, facilitando un avance hacia una vida más plena y significativa.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS SEXUALES DE LOS ANTIPSICÓTICOS Y SU RELACIÓN CON EL ABANDONO NO ACORDADO DEL TRATAMIENTO.

Sra. Alejandra San Miguel López¹, Sra. Ángela María García Quirantes², Sra. Paula Díaz-Urgorri del Sol³

¹Unidad de Salud Mental Comunitaria de Motril, Granada, Spain, ²Hospital de Día de Salud Mental del HUVN, Granada, Spain, ³Hospital Royo Villanova, Zaragoza, Spain

Los antipsicóticos son esenciales en el manejo de la esquizofrenia, pero sus efectos secundarios sexuales representan un desafío significativo que puede afectar la adherencia al tratamiento. Esta revisión bibliográfica examina la prevalencia y los tipos de disfunciones sexuales inducidas por antipsicóticos, como disminución de la libido, disfunción eréctil, anorgasmia y eyaculación retardada, y su relación con el abandono no acordado del tratamiento. Se comparan los antipsicóticos de primera y segunda generación, destacando que los primeros suelen estar más asociados con disfunciones sexuales severas. Los efectos secundarios sexuales no solo impactan negativamente en la calidad de vida de los pacientes, sino que también se relacionan estrechamente con la falta de adherencia, contribuyendo al abandono del tratamiento sin consentimiento médico. Esta revisión subraya la necesidad de una evaluación proactiva de los efectos secundarios sexuales al iniciar y ajustar la terapia antipsicótica, así como la importancia de ofrecer alternativas terapéuticas y estrategias de manejo, como ajustes en la medicación o la incorporación de tratamientos complementarios. Mejorar la adherencia al tratamiento a través de la atención a estos efectos secundarios podría optimizar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

EFECTO DEL VÍNCULO CON LA FIGURA DEL TERAPEUTA EN LA ASISTENCIA A CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA.

Sra. Alejandra San Miguel López¹, Sra. Ángela María García Quirantes², Sra. Paula Díaz-Urgorri del Sol³

¹Unidad de Salud Mental Comunitaria de Motril, Granada, Spain, ²Hospital de Día de Salud Mental del HUVN, Granada, Spain, ³Hospital Royo Villanova, Zaragoza, Spain

El vínculo terapéutico es un componente esencial en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, especialmente en el contexto de consultas externas, donde la adherencia y la continuidad del tratamiento son desafíos frecuentes. Este estudio explora cómo la calidad del vínculo entre el terapeuta y el paciente influye en la asistencia a las consultas externas de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Se realizó un análisis retrospectivo de 50 pacientes atendidos en un servicio de salud mental, evaluando la relación terapéutica a través de instrumentos estandarizados como la Escala de Alianza Terapéutica (WAI) y correlacionándola con la frecuencia de asistencia a consultas durante un año. Los resultados muestran que un vínculo terapéutico fuerte, caracterizado por la confianza, la empatía y la colaboración, se asocia significativamente con una mayor adherencia a las consultas. Los pacientes que reportaron un vínculo positivo asistieron a un promedio de 80% de las sesiones programadas, en comparación con un 50% en aquellos con vínculos terapéuticos débiles. Estos hallazgos destacan la importancia de fomentar un vínculo sólido y de apoyo en la relación terapeuta-paciente, no solo para mejorar la asistencia a consultas, sino también para optimizar los resultados clínicos a largo plazo en el tratamiento de la esquizofrenia.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA GRUPAL BASADA EN TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y GRUPOS DE APOYO MUTUO EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE

Sr. Luis Beato Rodríguez, Sr. Alberto Flores Martínez, Sra. María Isabel Osuna Carmona

¹Hospital Regional Universitario de Málaga, Spain

Objetivos:

Propuesta de una intervención terapéutica grupal que integre elementos de la experiencia terapéutica grupal, de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y de los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) para pacientes hospitalizados con diagnóstico de psicosis.

El objetivo es la mejoría en bienestar psicológico, calidad de vida y empoderamiento.

El proceso de hospitalización puede ser confuso, estresante e incluso potencialmente traumático. Por tanto, la intención de dar sentido a la experiencia es uno de los objetivos principales de la intervención psicoterapéutica en el entorno hospitalario.

Método, diseño y evaluación:

La intervención consta de cuatro sesiones grupales, dos por semana, en la Unidad de Hospitalización Breve. Los grupos son abiertos, para garantizar la participación flexible en una unidad con alta rotación.

Los focos principales estarán relacionados con los valores, el estado emocional, las relaciones interpersonales y apoyo mutuo, elaboración de la experiencia psicótica y de la experiencia del ingreso, así como adherencia a su proyecto de recuperación.

Se realiza evaluación previa y posterior a la intervención, tanto de variables cuantitativas como de vivencia subjetiva de la experiencia grupal.

Conclusiones:

Se espera una mejoría en flexibilidad psicológica, adhesión terapéutica y funcionalidad social, así como la reducción de intensidad de los síntomas psicóticos. Además, se prevé un aumento en la motivación para participar en espacios interpersonales y una mejora en la calidad de vida percibida.

Esta intervención pretende ser una estrategia efectiva para potenciar la recuperación psicosocial en la experiencia psicótica, proporcionando apoyo emocional y un espacio de diálogo sobre su experiencia personal.

La dinámica grupal permite la interacción entre pares y la construcción de una comunidad de apoyo. Los miembros del grupo pueden aprender unos de otros, encontrar validación en sus experiencias y desarrollar habilidades sociales y emocionales.

PIENSA Y ACTÚA EN POSITIVO: INTERVENCIÓN GRUPAL ADAPTADA PARA MEJORAR EL BIENESTAR SUBJETIVO EN PERSONAS MAYORES CON TMG

Dra. Rocio Caballero¹, Dra. Macarena Sánchez Izquierdo¹, Itziar Marín², Irene Magallón², Óscar Sánchez², Jaime Borda¹

¹Universidad Pontificia Comillas. UNINPSI, Departamento de Psicología, Madrid, Spain, ²GRUPO 5 (Clariane) Centro de Psicogeriatría Puerta de Hierro para personas con enfermedad mental, Madrid, Spain

En España, son escasas tanto la investigación como los programas específicos dirigidos al trastorno mental grave (TMG) en personas mayores. Un factor que contribuye a esta falta de programas es que la intervención de la Red pública de atención a personas con TMG en España finaliza a los 65 años. La falta de tratamiento psicosocial incrementa el riesgo de institucionalización, discapacidad severa, morbilidad y mortalidad temprana (Pratt et al., 2008) con un impacto profundo en la calidad de vida y el funcionamiento de los adultos mayores, así como en sus familias y cuidadores, por lo que resulta crucial atenderlos.

Se presenta la adaptación del programa “Piensa y actúa en positivo” para personas mayores con un TMG. El programa Piensa y actúa en positivo se basa en una terapia que combina módulos de Psicología Positiva, técnicas Cognitivo-Conductuales y Terapia de Aceptación y Compromiso. El protocolo consta de 15 sesiones grupales diseñadas para mejorar el BS de personas con TMG.

Las principales adaptaciones incluyen el uso de un lenguaje más sencillo, apoyos externos como fichas plastificadas, el desglose de actividades en pasos más pequeños para facilitar la comprensión, el aumento de ejercicios personalizados que les ayude a interiorizar y adaptar el contenido abstracto a su día a día, entre otras. Además, las narrativas se han adaptado para trabajar con casos reales de personas mayores afectadas por un TMG. También se han considerado detalles adicionales, como el uso de imágenes de personas mayores libres de estereotipos edadistas.

PIENSA Y ACTÚA EN POSITIVO: INTERVENCIÓN GRUPAL FOCALIZADA EN LA MEJORA DEL BIENESTAR SUBJETIVO DE PERSONAS AFECTADAS POR TMG.

Dra. Rocio Caballero¹, Dra. Vanesa Peinado¹, Ana Vucic¹, Jaime Borda¹, Dr. Jose Manuel Caperos¹
¹Universidad Pontificia Comillas. UNINPSI, Departamento de Psicología, Madrid, Spain

Los tratamientos psicosociales para personas afectadas por un trastorno mental grave (TMG) generalmente se han centrado en mejorar el funcionamiento, compensar los déficits y mejorar la integración comunitaria, social y normalizada. El bienestar subjetivo (BS), relegado a menudo a un papel secundario en las intervenciones, mejora los procesos de recuperación clínica y personal.

El programa PA+ es un protocolo de intervención integral de 15 sesiones que combina módulos de Psicología Positiva, técnicas Cognitivo-Conductuales y Terapia de Aceptación y Compromiso.

El protocolo Piensa y Actúa en Positivo (PA+) se fundamenta en la teoría de construcción y amplificación de las emociones positivas. Las sesiones comienzan trabajando contenidos de bienestar hedónico y continúa hacia el bienestar eudaimónico. El objetivo principal es aumentar las emociones positivas para proporcionar pensamientos más flexibles que conduzcan al optimismo y, en consecuencia, hacia la construcción de un propósito de vida futuro. Los participantes pueden implementar acciones dirigidas a sus proyectos personales a través de estrategias de afrontamiento vinculadas al BS. Cabe destacar que el programa incorpora la participación de alguien especial para el participante con un doble objetivo: que el usuario pueda dar voz a su proyecto personal y que el entorno pueda escucharlo y apoyarlo. El manual incorpora ejercicios validados empíricamente en estudios previos.

El vínculo profesional-paciente como elemento terapéutico en Esquizofrenia

Dr. Raúl Huerta Ramírez¹, D^a. Esmeralda Vegazo Sánchez¹, Dra. Ángela Vivero Poveda¹, D^a. Irene Barrena García¹

¹Centro De Salud Mental Aranjuez. Hospital Del Tajo, Aranjuez, Spain

Objetivo: Explorar el papel del vínculo entre profesional y paciente como elemento terapéutico en psicosis.

Método: Revisión bibliográfica y exposición de caso clínico al respecto.

Resultados: Se presenta el caso de un hombre joven con Esquizofrenia, en que el trabajo sobre la relación terapéutica ha ido en paralelo a cambios en su contenido delirante, de tal manera que éstos permiten una mejor alianza hacia el cambio rehabilitador, experimentando el paciente la relación de ayuda como positiva. Pese a la persistencia de clínica alucinatoria y delirante, dicho vínculo ha reforzado el efecto contenedor del tratamiento farmacológico. Se expone bibliografía al respecto.

Conclusiones: El vínculo profesional-paciente se revela como elemento terapéutico clave en el tratamiento integral de los pacientes con psicosis esquizofrénica.

LAS VOCES QUE NO ESCUCHAMOS

Sr. Oscar García Tarín¹, Srt. Alba Ferriz Ordoñez¹, Sra. Carmen Micó Gil¹, Sr. Carlos Rossi Molina¹
¹Hospital De Día Padre Jofré, Turís 46389, Spain

Introducción: Uno de los problemas con los que se encuentran las personas con sufrimiento psíquico es la falta de una escucha activa de aquello que les ocurre. Muchas veces como profesionales nos centramos más en los síntomas que en lo que hay detrás de los mismos. Las voces aparecen cuando el sufrimiento es muy intenso y la persona no es capaz de hacer frente a lo que le ocurre.

Consideramos que es imprescindible atender esas voces y trabajar con ellas para ayudar a las personas a sobrellevar sus problemas, sus traumas o sus situaciones vitales.

Objetivos:

Aliviar el sufrimiento psíquico de las personas que escuchan voces.

Compartir sus experiencias con las voces.

Ofrecer una visión distinta de la escucha de voces.

Profundizar en la comprensión del origen de las voces.

Trabajar con las distintas formas de tratar las voces.

Mejorar la calidad de vida de las personas con las que trabajamos.

Método: Formación de un taller donde participan usuarios que escuchan voces y profesionales.

Resultados: Nos encontramos en las primeras fases del desarrollo del taller. Con el transcurso de las sesiones, la experiencia está siendo muy positiva para todos, usuarios y profesionales. Con posterioridad esperamos evaluar resultados con una encuesta de satisfacción para pacientes que posee el hospital.

Conclusiones: La escucha entre iguales y por los profesionales de los problemas que les ocasionan las voces y la gestión que hace cada uno cuando éstas se presentan, son elementos importantes dentro de este taller, al igual que el apoyo que se prestan entre ellos.

Por otra parte como profesionales el dar un trato más humano, una escucha más activa de lo que nos cuentan las personas y una comprensión más plena de todo lo que hay detrás de unos síntomas es algo que debemos perseguir.

PARAFRENIA: A MEDIO CAMINO ENTRE LA ESQUIZOFRENIA Y LA PARANOIA

Dra Olga Magro Moreno¹, Dra Alicia Vives Luengo², Dra Marina Carretero Gómez³

¹Hospital Del Sureste, Arganda del Rey, Spain, ²Hospital Dr Rodriguez Lafora, Madrid, Spain,

³Hospital Infanta Sofia, Madrid, Spain

La parafrenia o esquizofrenia de inicio tardío originariamente evocada por Kahlbaum, no está incluida en las clasificaciones diagnósticas actuales CIE-10 y DSM-V. De hecho, la CIE-10 incluye la Esquizofrenia parafrénica dentro de la Esquizofrenia paranoide y la Parafrenia tardía dentro del grupo de Trastornos delirantes. A lo largo de la historia, algunos autores como Kraepelin han considerado que se trataba de una entidad nosológica diferente, mientras que otros como Bleuler estimaron lo contrario.

Presentamos un caso representativo de esta entidad; mujer de 73 años al inicio de la clínica, sin antecedentes psiquiátricos conocidos, sin deterioro cognitivo asociado y habiéndose descartado organicidad que presenta un cuadro psicótico caracterizado por alucinaciones auditivas complejas y delirio de paramentos con importante repercusión afectiva y conductual. Durante los siete años de evolución del mismo ha presentado tres episodios de descompensación psicopatológica todos ellos tras abandono unilateral del tratamiento farmacológico (risperidona)

La parafrenia parece una entidad a medio camino entre esquizofrenia y la paranoia. En ella existe una conservación global de la persona que no se encuentra en los pacientes con esquizofrenia -habitualmente más deteriorados- y, por otro lado, la expresión polimórfica del delirio se aleja de la paranoia. Cuando encontramos pacientes con rasgos diferenciales propios, parece de gran utilidad retomar conceptos de nuestros predecesores, quienes destacaban por su rigor fenomenológico y describieron entidades que no se recogen como tal en los manuales diagnósticos actuales.

ABORDAJE DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO RESISTENTE A FARMACOLOGÍA Y TEC: AVANCES A TRAVÉS DE PSICOTERAPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sra. Paula Dominguez Paredes, Sra. Gemma Cardona Ros¹, Sra. Francesca Ubach Millanes¹

¹Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Spain

Introducción. La esquizofrenia representa un desafío para investigadores y terapeutas, especialmente en casos resistentes al tratamiento. Exponemos un caso de primer episodio psicótico, orientado como Esquizofrenia y Trastorno por Uso de Sustancias (TUS). A pesar de ajustes farmacológicos con clozapina y terapia electroconvulsiva (TEC), persisten síntomas psicóticos, como alucinaciones auditivas insultantes. Ante evolución tórpida y escasa mejoría, iniciamos psicoterapia.

Método. Realizamos psicoterapia multidisciplinar, seguimiento individual y familiar. Además, aplicamos la técnica “línea de vida”.

Objetivos. Evaluar persistencia, funcionalidad de las alucinaciones y posible relación con baja autoestima y devaluación. Explorar experiencias traumáticas subyacentes al patrón adictivo.

Caso. M, varón de 22 años, ingresa por ideación delirante, alucinaciones auditivas e interpretaciones paranoides. Se orienta como esquizofrenia y TUS. Pese a múltiples abordajes, los síntomas persisten y aparecen secundarismos, cuestionándose si mantener TEC. En Subagudos, inicia psicoterapia para crear vínculo, construir narrativa vital y fomentar diálogo interno y externo para dar palabras a la propia experiencia. Con la “línea de vida” emerge consumo prolongado y trauma subyacente, percepción de invisibilidad y ausencia de adulto contenedor por propia incapacidad. M expresa baja autoestima, identidad fusionada con las drogas y enfermedad, culpabilidad y creencias de minusvalía y ser “una carga”. Su pensamiento concreto y narrativa disgregada por trauma no elaborado, junto con retraimiento y aplanamiento, afectan el procesamiento y expresión emocional. Finalmente se objetivan dificultades sociales y escasas oportunidades para desarrollar habilidades.

Discusión. La Psicoterapia consigue mejoría del estado de ánimo, funcionalidad y sintomatología, ayudando a M a comprender y conectar experiencia. Empieza a razonar sobre procesos mentales logrando expresar ira, rabia y tristeza con el llanto. Pero, la evolución sigue inestable, confirmándose complejidad. Parece crucial seguir abordando el trauma puesto que la evidencia lo relaciona con síntomas psicóticos. La desconexión emocional con la experiencia vital perjudica la elaboración. La psicoterapia ayuda a normalizar síntomas, discutir orígenes y situar experiencias en un continuo.

SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dr. Raúl Justicia González¹, Dra. Belén López Abellán, Nicolás Alejandro Linero Ríos, María del Mar Lázaro Redondo, María Paula Abril Bohórquez, Nelly Echeverría

¹Hospital Provincial, Ávila, Spain

Objetivos:

Los síntomas psicóticos en el trastorno depresivo mayor, son un criterio de gravedad en el mismo y requiere un tratamiento y un seguimiento específico para su abordaje, y tienen un pronóstico diferente al de otros trastornos depresivos. Planteamos el caso de un paciente diagnosticado de episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos que ingresa en la UHB de Ávila.

Método:

Revisión de historia clínica y literatura científica. Se realizó una búsqueda detallada en UpToDate con los términos de búsqueda "psychoses" y "depression".

Descripción del caso clínico:

Varón de 62 años de edad que había realizado seguimiento en Salud Mental por síntomas ansiosos reactivos a problemática laboral, que ingresa por un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos. Al inicio del ingreso el paciente expresaba sentimientos de culpa e ideas deliroides de ruina y somatomorfias con importante repercusión emocional. Se inició tratamiento antidepresivo y antipsicótico mejorando los síntomas y estabilizándose.

Discusión y conclusiones:

Según la literatura revisada, los trastornos depresivos mayores son el trastorno mental más frecuente en España con una prevalencia de 10.5% y 3.9 % en un año. Un criterio de mayor gravedad en estos trastornos son los síntomas psicóticos asociados congruentes con el estado de ánimo del paciente (ej: ideas delirantes de ruina, minusvalía, culpa...). El tratamiento principal de estos trastornos son los antidepresivos en primera instancia (principalmente ISRS) asociados a antipsicóticos, como se ha utilizado con el caso clínico expuesto. También la literatura recoge el uso de Terapia Electro Convulsiva para pacientes resistentes al tratamiento. Como conclusión, los síntomas psicóticos son criterio de gravedad en el trastorno depresivo y debemos abordarlo rápidamente para conseguir la estabilización del paciente.

PSICOSIS INDUCIDA POR CONSUMO DE SUSTANCIAS DE ABUSO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dr. Raúl Justicia González¹, Dra Belén López Abellán, Dr Nicolás Alejandro Linero Ríos, Dra María Paula Abril Bohórquez, Dra Maria del Mar Lázaro Redondo, Dra Nelly Echeverría

¹Hospital Provincial, Ávila, Spain

Objetivos:

Revisar la literatura científica actual sobre los trastornos psicóticos inducidos por consumo de sustancias de abuso, entre ellos el de cannabis.

Método:

Revisión de historia clínica y literatura científica. Se realizó una búsqueda detallada en UpToDate con los términos de búsqueda "psychoses" y "cannabis".

Descripción del caso clínico:

Se expone el caso de un varón de 29 años con diagnóstico de trastorno psicótico inducido por consumo de cannabis con varios ingresos en el pasado en Unidad de Hospitalización Breve. Concomitante, diagnóstico de trastorno límite de la personalidad grave, con un abordaje en los Equipos de Salud Mental muy complicado. El paciente no es consciente del riesgo del consumo en su caso y no quiere recibir ningún tipo de tratamiento. Únicamente lo ha recibido en los ingresos de carácter involuntario que ha tenido por sintomatología psicótica florida.

Discusión y conclusiones:

Según la literatura revisada, se han descrito numerosos casos de trastornos psicóticos inducidos por consumo de sustancias de abuso, los más frecuentes por consumo de cannabis. El tratamiento principal de estos trastornos son los antipsicóticos. En el caso de este paciente, se utilizó Risperidona IM de 100 mg y Olanzapina 5 mg, presentando una buena tolerancia y procediéndose al alta hospitalaria. Es importante recalcar el riesgo que existe de desarrollar Esquizofrenia paranoide tras varios episodios psicóticos, sobre todo si no son inducidos en el futuro por el consumo.

DESCOMPENSACIÓN PSICÓTICA DE TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dr. Raúl Justicia González¹, Dra Belén López Abellán, Dr Nicolás Alejandro Linero Ríos, Dra María Paula Abril Bohórquez, Dra María del Mar Lázaro Redondo, Dra Nelly Echeverría

¹Hospital Provincial, Ávila, Ávila, Spain

Objetivos:

Revisar la literatura científica actual sobre las descompensaciones psicóticas de trastornos esquizoafectivos de base.

Método:

Revisión de historia clínica y literatura científica. Se realizó una búsqueda detallada en UpToDate con los términos de búsqueda "psychoses" y "schizoaffective".

Descripción del caso clínico:

Se expone el caso de una mujer de 53 años que ingresa en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría por alteración conductual a estudio. No tenía seguimiento previo en Salud Mental, sólo aparecía en registros derivación desde atención primaria por posible ideación delirante, pero no acudió a la cita. Durante el ingreso se aprecia ideación delirante de perjuicio de celotipia hacia su pareja y síntomas depresivos moderados con episodios constatados en el pasado de ánimo exaltado o expansivo con aumento de actividad y gastos económicos innecesarios. Tras iniciar tratamiento antidepresivo y antipsicótico, la paciente comienza a mejorar paulatinamente, pudiendo procederse al alta hospitalaria con seguimiento en Consultas Externas de Psiquiatría con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

Discusión y conclusiones:

Según la literatura revisada, los trastornos esquizoafectivos se caracterizan por presentar clínica psicótica en forma de alucinaciones auditivas, ideación delirante... y clínica del polo afectivo como síntomas depresivos o maniformes. Durante su ingreso, se ha instaurado tratamiento neuroléptico, inicialmente aripiprazol y risperidona oral y posteriormente paliperidona intramuscular de liberación prolongada para intentar facilitar la adherencia al tratamiento al alta pues durante el ingreso se ha mostrado bastante reticente al tratamiento farmacológico ya que considera que no lo necesita. Se ha intentado abordar y trabajar la conciencia de enfermedad con éxito parcial. La respuesta al tratamiento ha sido moderada, pasando las ideas delirantes a un segundo plano y disminuyendo significativamente la repercusión emocional.

REVISIÓN SOBRE EL TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y SUS IMPLICACIONES: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Sr. Nicolás Alejandro Linero Ríos¹, Sra. María Paula Abril Bohórquez¹, Sra. Belén López Abellán¹, Sr. Raúl Justicia González¹, Sr. Manuel Ernesto Arévalo Gil²

¹Complejo Asistencial De Ávila, Ávila, España, ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Objetivo y metodología: Se presenta una revisión del trastorno de síntomas somáticos (TSS) de UpToDate con la presentación de un caso clínico complejo.

Resultados: El TSS se caracteriza por la presencia de síntomas físicos que causan angustia y disfunción importantes, sin que exista una explicación médica clara. Los síntomas principalmente incluyen dolor, fatiga y molestias gastrointestinales y se acompañan de pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos en torno a la salud. La prevalencia es mayor entre mujeres y personas con antecedentes de abuso o problemas familiares.

Caso: Mujer de 42 años, casada y sin hijos, sin contacto previo en psiquiatría. Describe cuadro de 15 años de evolución de molestias gastrointestinales, principalmente tenesmo rectal, que le hace permanecer horas en el váter. Ha acudido a múltiples especialistas sin hallar patología justificante. Acude a urgencias por intento autolítico al encontrarse desesperada y se procede a un ingreso en la UHB. Buena respuesta al tratamiento con sertralina, se da el alta 8 días después. Al mes refiere empeoramiento de los síntomas y limitación en su vida, no acepta antipsicóticos y acordamos aumentar sertralina. 3 días después es traída por intento autolítico al encontrarse desbordada por sus problemas gástricos, se procede a nuevo ingreso en UHB con mejoría parcial con duloxetina y risperidona, pero demanda el alta voluntaria para ingreso en centro privado en Madrid.

Conclusión:

El tratamiento del TSS consiste en mejorar la capacidad de afrontamiento del paciente más que en eliminar completamente de los síntomas. Se sugiere un enfoque centrado en el paciente y su familia, visitas regulares con su médico de atención primaria y, en algunos casos, la intervención de un psiquiatra. La TCC ha demostrado ser eficaz. Además, se pueden prescribir antidepressivos: ISRS, IRNS y tricíclicos en dosis bajas.

Es importante evitar pruebas médicas innecesarias y centrarse en el apoyo emocional y la mejora de la función diaria del paciente.

TRATAMIENTO CON ANTIPSICÓTICOS EN EL PERIODO PERINATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Dra. Carmen Regueiro Martín-albo¹, Dr. Miquel Gil Fibla¹, Dr. Federico Mayor Sanabria¹, Dra. Elena Expósito Durán¹, Dra. Marina Fernández Fariña¹
¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Introducción - La transición a la maternidad implica grandes desafíos en el ámbito psicológico, social y biológico. Para una mujer que padece o es susceptible a padecer una enfermedad mental grave, esta transición puede resultar particularmente compleja. Es fundamental tener en cuenta consideraciones específicas del periodo perinatal para el manejo y tratamiento del trastorno mental grave.

Objetivos - Revisar el riesgo del empleo de antipsicóticos durante el embarazo así como el riesgo de no hacerlo, la seguridad de su uso para el feto y la madre, y las recomendaciones para su prescripción.

Métodos - Se presenta el caso de una mujer gestante de 12+1 semanas, que es atendida en los servicios de emergencias con una descompensación psicótica. Se realiza una revisión bibliográfica en los principales buscadores (PubMed y ClinicalKey) con los descriptores 'pregnancy', 'psychosis' y 'antipsychotics', seleccionando los artículos considerados de interés para el tema a tratar.

Resultados - Los riesgos teratogénicos, obstétricos, neonatales y maternos asociados a los trastornos mentales tratables con antipsicóticos indican que, en términos generales, el peligro de no tratar el trastorno es mayor que el derivado del uso de antipsicóticos. Además, la reducción de los síntomas psicóticos contribuye a mejorar el pronóstico general de las mujeres embarazadas. En España, las directrices más confiables sugieren que es fundamental mantener un control óptimo de los trastornos mentales graves durante el embarazo, el período postparto y el posterior.

Conclusiones - Con la información científica disponible actualmente, solo es posible ofrecer recomendaciones de seguridad relativa, ajustadas a cada paciente de manera individual.

LA EVALUACIÓN DEL BIENESTAR SUBJETIVO EN EL TRASTORNO MENTAL GRAVE: ANÁLISIS DE CONCORDANCIA ENTRE USUARIO E INFORMANTE EXTERNO

Dra. Rocio Caballero¹, Dr. Ignacio Echegoyen¹, Dra Vanesa Peinado¹, Javier Arenal¹, Dra Macarena Sánchez Izquierdo¹

¹Universidad Pontificia Comillas. UNINPSI, Departamento de Psicología, Madrid, Spain

Recientemente, los tratamientos psicosociales para personas afectadas por un trastorno mental grave (TMG) están focalizándose en el bienestar subjetivo (BS). Se ha cuestionado si las personas con TMG, pueden juzgar sus experiencias subjetivas, debido a déficits asociados (Lincoln et al., 2006). Sin embargo, la evaluación del BS con autoinformes ha mostrado una validez concurrente, ecológica y predictiva adecuada en el colectivo de TMG (Bergsma et al., 2011).

Nuestro estudio evalúa el BS del usuario con TMG valorado tanto por el usuario como por un informante (profesional, familiar o amigo). Objetivos 1) la concordancia entre ambas valoraciones, y 2) determinar si esta doble evaluación (usuario e informante) constituye una medida fiable para la evaluación del BS.

Para determinar el nivel de concordancia entre ambas valoraciones respecto al BS del usuario se realizaron análisis cuantitativos (índice de concordancia) y cualitativos (análisis de contenido de entrevistas). El índice de concordancia se calculó con una normalización Z de cada ítem, y la resta de las puntuaciones del informante a las del usuario (Caballero et al., 2021). Esta medida da como resultado una discrepancia negativa (si el informante valora > BS del usuario), concordancia y discrepancia positiva (si el usuario valora > BS que el informante).

Participaron un total de 530 sujetos: 265 usuarios afectados por un TMG (44,5 % mujeres; Medad = 46,67; 60,37% con diagnóstico de esquizofrenia) y sus correspondientes 265 informantes (75,8 % mujeres; Medad = 51,73). El BS se evaluó con la escala WEMWBS (Tennant et al., 2007).

Los resultados mostraron un índice de concordancia total del 74,57 % en ambas valoraciones, así como aspectos coincidentes y diferenciadores en los diferentes dominios del bienestar tras el análisis cualitativo.

Este resultado corrobora que la evaluación del BS es un método fiable y válido para conocer el BS de las personas con TMG.

¿UNA PSICOSIS DE INICIO MUY MUY MUY TARDIO?

Dra Alicia Vives Luengo¹, **Dra. Olga Magro Moreno**²

¹Hospital Dr Rodríguez Lafora, Madrid, Spain, ²Hospital del Sureste, Arganda del Rey, Spain

Mujer centenaria sin antecedentes psiquiátricos de interés, que ingresa por primera vez en una unidad de hospitalización breve de psiquiatría tras aparición de sintomatología psicótica y alucinatoria de 3 meses de evolución (dice “escuchar a sus vecinos que han instalado una destiladora debajo suya y trabajan día y noche, profiriéndola insultos y comentarios vejatorios sin dejarla descansar”). Los únicos antecedentes médicos destacables son HTA en tratamiento, degeneración macular bilateral e hipoacusia moderada izquierda.

Se objetiva un deterioro cognitivo leve. Tras despistaje orgánico (TAC con atrofia acorde a la edad, serología y analítica completa anodinas), se instaura Risperidona 2mg/día; con mejoría de las alucinaciones a las 3 semanas y distanciamiento de las ideas delirantes.

Aunque en este caso no resulta tan sencillo afinar, según DSM-5 recibe el diagnóstico al alta de Trastorno psicótico debido a otras afecciones médicas (deterioro cognitivo leve y falta de aferencias sensoriales).

La psicosis de inicio tardío continúan siendo un dilema diagnóstico y terapéutico, a pesar de su elevada frecuencia. En esta entidad, aproximadamente tres de cada cinco pacientes aparece por causas secundarias, como son: el síndrome confusional o delirium, la depresión, la demencia, los fármacos u otras patologías médicas (problemas sensoriales, etc.). Es importante recordar la necesidad de realizar un adecuado despistaje orgánico y tratamiento de las mismas; para así poder realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otros tipos de psicosis, como el trastorno delirante u otros trastornos relacionados con el espectro de esquizofrenia.

THE INTERPLAY OF PREMORBID ADJUSTMENT WITH CANNABIS USE ON NEUROCOGNITION IN FIRST-EPIISODE PSYCHOSIS

Sra. Elisabet Salomon Mallat¹, Sra. Paula Cristóbal-Narváez^{1,2}, Sra. Neus Porredon¹, Group GENIPE Group¹, Sra. Susana Ochoa^{1,2}

¹Research, Innovation and Teaching Unit, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Fundació Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain., Sant Boi del Llobregat, Spain, ²Centre for Biomedical Research Network on Mental Health (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain. , Madrid, Spain

Objectives: The study examined the association between social and academic premorbid adjustment, cannabis use, and their interaction with disability and cognitive outcomes in a First-Episode Psychosis (FEP) sample.

Methods: 82 FEP patients were assessed from the Parc Sanitari Sant Joan de Déu and the Hospital de Sant Joan de Déu. Cannabis use was categorised into non-users, occasional and regular users. Premorbid social and academic adjustment during childhood and adolescence was measured using the Premorbid Adjustment Scale (PAS-S, PAS-A). Clinical and social functioning were measured using the Global Assessment of Functioning Scale (GAF). Neuropsychological performance was evaluated after being stable for at least eight weeks on medication (sustained and selective attention, working and verbal memory, executive function and premorbid IQ). Regression models analysed the effects of cannabis use, premorbid adjustment, and their interaction on functioning and cognitive outcomes.

Results: Occasional cannabis users showed better sustained and selective attention and executive function than non-users, whereas regular users showed better selective attention than non-users. Higher PAS-S scores were associated with better GAF and selective attention. No significant interaction was found between PAS-S and cannabis use. However, higher PAS-A scores were associated with better GAF, sustained and selective attention, verbal memory, and premorbid IQ. The interaction shows that higher PAS-A scores were associated with better selective attention only for non-users compared to regular users. Higher PAS-A scores were associated with better premorbid IQ and working and verbal memory in occasional users compared to non-users.

Conclusions: The findings align with previous evidence from FEP psychosis populations, showing better neurocognitive performance among those who use cannabis, with the critical distinction of occasional use versus frequent use. Notably, this effect appears to be driven by the interaction with premorbid adjustment. Further research is needed to explore in more depth the relationship between substance use and premorbid adjustment.

INTERVENCIÓN INTEGRAL DE TERCERA GENERACIÓN PARA PERSONAS CON PSICOSIS Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (IITG:PPT). ANÁLISIS DE UN CASO.

Sra. Ana Ayuso Blázquez¹, Sra Belén Lozano Viñas, Dra. Carmen Valiente Ots

¹Crps y Clínica Universitaria Psicología UCM, Madrid, España

Se presenta un programa desarrollado con el objetivo de tratar la sintomatología postraumática en pacientes con psicosis y se detalla cómo ha sido aplicado en un caso clínico concreto.

El programa ha sido desarrollado por la Facultad de Psicología de la UCM y la Universidad Camilo José Cela, implementado en recursos de la Red de Atención a personas con enfermedad mental de Madrid, gestionados por la Fundación El Buen Samaritano.

Emplea un enfoque integral basado en los tres componentes de intervención en trauma propuestos por Judith Herman: Estabilización, Procesamiento del Trauma y Reintegración e incluye técnicas de EMDR, Terapia ACT y Psicología Positiva.

El objetivo del tratamiento en el caso presentado fue mejorar la funcionalidad social y reducir la parálisis emocional que le generaba la interacción con otras personas.

Componente 1: Estabilización y Seguridad

Se trabajó en crear un entorno seguro, facilitando la regulación emocional y la psicoeducación sobre el trauma. A través de técnicas de mindfulness y la instalación de un "lugar tranquilo", el paciente consiguió mejorar su conexión emocional y su presencia en el momento actual.

Componente 2: Procesamiento del Trauma

Utilizando EMDR, se abordaron recuerdos traumáticos vinculados a la vergüenza social. Durante varias sesiones, se logró desensibilizar estos recuerdos, instalando creencias positivas como "soy valioso".

Componente 3: Reconexión con la Vida y los Demás

En esta fase, se facilitó la reconexión del paciente con su vida y sus relaciones mediante Terapia ACT y Psicología Positiva. Se trabajaron aspectos como la autoamabilidad, gratitud, reflexión sobre su historia personal y el establecimiento de metas futuras, orientadas hacia un sentido vital más claro.

Resultados Globales

El paciente mostró mejoras significativas en la conexión emocional, reducción del malestar y mejor integración social, en línea con los resultados observados en otros pacientes dentro del mismo programa.

RELACIÓN ENTRE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS EN LA INFANCIA Y EL RECONOCIMIENTO EMOCIONAL EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA Y PRIMEROS EPISODIOS PSICÓTICOS

Sra. Núria Batlle i Nicolau¹, Sra Victoria Espinosa¹, Sra Irene Martínez¹, Sra Regina

López-Carrilero¹, Sra Ana Barajas², Sra Susana Ochoa¹

¹Parc Sanitari Sant Joan De Déu, Barcelona, Spain, ²Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallés, Spain

Objetivo:

Analizar la relación entre las experiencias traumáticas vividas en la infancia (ET) con la capacidad de reconocimiento emocional (RE) en pacientes del espectro psicótico, incluyendo personas con diagnóstico de esquizofrenia (EZ) y primeros episodios psicóticos (PEP).

Método:

Estudio descriptivo con participación de PEP (de <5 años de evolución, n=75) y EZ (de >5 años de diagnóstico, n=76) de entre 18-45 años. Reclutación en diferentes servicios de salud mental pública de España.

Uso del Cuestionario de Trauma-Versión corta (CTQ-SF Bernstein,1994), para evaluar ET sucedidas antes de los 17 años. Se compone de 28 ítems, 25 de los cuales se reorganizan en 5 subescalas: abuso emocional (AE), abuso físico (AF), abuso sexual (AS), negligencia emocional (NE) y negligencia física (NF).

En el caso de la RE se evalúa con el Test de Caras (Baron-Cohen,1997), compuesto por 20 fotografías que exponen 10 emociones básicas y 10 complejas.

Resultados:

Se analiza mediante una correlación bivariada (Correlación de Pearson), con SPSS24. Los resultados muestran significación entre RE-AS ($r=-.214$; $p=.018$). Asimismo, una tendencia entre RE-NE ($r=.159$; $p=.068$).

Conclusiones:

Los resultados muestran relación entre la presencia de dificultades en el reconocimiento facial de las emociones, con el abuso sexual sufrido en la infancia. Resultados que podrían relacionarse con las dificultades en la cognición social que se han observado en varias ocasiones en personas que sufren enfermedades del espectro psicótico (Fares-Otero,2023); así como dificultades en áreas concretas de la cognición social como la Teoría de la mente (Vaskinn, 2020).

DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN TALLER DE MENTALIZACIÓN EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

Dra. Isabel Mitjà, Dr. Alejandro Nieto, Dra. Isabel Vilamitjana, Dra. Crisitina Gisbert, Dr. Rafel Malagon

¹Institut d'Assistència Sanitària-Xarxa de Salut Mental de les comarques gironines, Girona, España

Objetivo:

Con el fin de mejorar la capacidad mentalizadora de los usuarios de la unidad de rehabilitación psiquiátrica del hospital Santa Caterina de Salt, ofrecer un espacio donde compartir creencias y puntos de vista y analizar las dificultades de mentalización de los usuarios de la unidad para valorar posibles futuras intervenciones se diseña un taller de habilidades mentales.

Método:

Se adaptan ejercicios de clinical-neuropsychology.de/metacognitive_training-psychosis/ El taller se estructura en 4 sesiones de 1 hora, en formato abierto para todos los usuarios de la unidad. Las sesiones se estructuran con una breve introducción inicial (5 minutos), ejercicios (45 minutos) y reflexiones finales (10 minutos). En cada sesión participa un dinamizador terapeuta y un coterapeuta.

Resultados:

Cada sesión se centra en trabajar un aspecto concreto: 18/03/2024 Saltar a conclusiones de forma precipitada, empezaron 8 usuarios y acabaron 6; 22/03/2024 cambiar de creencias, empezaron 12 usuarios y acabaron 10; 25/03 empatía, empezaron 14 usuarios y acabaron 12; 27/03 Falsos recuerdos, empezaron 16 usuarios y acabaron 12.

Conclusiones:

Los participantes se mostraron identificados con ciertas experiencias expuestas en las actividades y participaron de forma conjunta en realizar una actividad reflexiva, fomentando la cohesión de grupo y valorando de forma positiva el taller. Compartieron reflexiones como: “Desde la rabia me cuesta ponerme en el lugar del otro”, “A veces he juzgado mal lo que sucedía a mi alrededor”, “Me he dado cuenta que quizás no todo el mundo se ríe de mi”, “En mi cabeza se reproduce un video de todo lo que creo que esta pasando y me doy cuenta que a veces hace falta tener más información”, “Muchas veces sonrío cuando en realidad por dentro estoy llorando”.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES QUE PARTICIPAN EN UN TALLER DE MENTALIZACIÓN EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA.

Dra. Isabel Mitja¹, Dr Alejandro Nieto¹, Dra Isabel Vilamitja¹, Dra. Maria Teresa Garcia¹, Dra. Maria del Mar Bosch¹

¹Institut D'assistencia Sanitaria (ias), Girona, Espanya

Objetivo:

Análisis descriptivo y clasificación de los pacientes que participaron en el taller de Mentalización realizado entre el 18/3/24 y el 27/3/24, en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Hospital de Santa Caterina, según edad, género diagnóstico. .

Método:

Recogida de los datos (intervalo de edad, género y diagnóstico) de los pacientes que acuden a cada una de las 4 sesiones del taller de Mentalización y la recogida de datos (también según edad, género y grupo diagnóstico de los pacientes que no acaban la sesión).

Resultados:

Número total de hombres y mujeres al inicio de cada sesión , número de personas según el intervalo de edades, y número de personas según el diagnóstico.

Número de hombres que no terminan la sesión y número de mujeres, intervalo de edades y diagnósticos de las personas que no terminan la sesión.

Representación en gráficos.

Conclusiones:

No se encuentran diferencias significativas, en relación a edad, género o diagnóstico de los pacientes que participan en el taller de mentalización de la Unidad de Rehabilitación de psiquiatría.

ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO COMÓRBIDOS

Dra. Carmen López Moreno¹, Dra Carmen Parres Rodríguez

¹Hospital Regional Universitario De Málaga, Málaga,

Objetivos: Realizar una revisión bibliográfica sobre el pronóstico y las dificultades en el manejo farmacológico a propósito de un caso clínico de un paciente con esquizofrenia y TOC.

Método: Búsqueda bibliográfica en PubMed de los términos “schizophrenia” AND “obsessive-compulsive disorder” AND “prognosis” en título/resumen, selección de dos artículos y realización de historia clínica completa.

Caso clínico y resultados: Varón de 30 años, diagnosticado hace doce años de esquizofrenia paranoide que presenta en primer plano sintomatología obsesivo-compulsiva de intensidad moderada-grave, sin signos de descompensación o clínica psicótica positiva. En tratamiento neuroléptico con risperidona y aripiprazol. Se realiza desescalada de risperidona, sin intensificación de sintomatología positiva, manteniendo cierta apatoabulia y ánimo aplanado presentes previamente. Se ensayan dos pautas de antidepresivos a dosis plenas (escitalopram y sertralina) sin percibirse efecto terapéutico alguno. Se suspenden éstos y se pauta clomipramina. Como antecedente, destaca personalidad premórbida rígida y retraída previa al diagnóstico de esquizofrenia, así como presencia de la sintomatología obsesiva desde el inicio de dicho diagnóstico o incluso previa a este, coincidiendo así con la temporalidad descrita en la literatura en los casos de comorbilidad de ambos trastornos. Por ello, la historia clínica es una herramienta esencial para la correcta filiación diagnóstica en casos similares: esquizofrenia con y sin TOC comórbidos, TOC con síntomas psicóticos... Así, se pone de manifiesto la complejidad del tratamiento en pacientes con esta comorbilidad, ya apuntada por muchos autores. Ejemplo de ello es el empeoramiento de la sintomatología obsesiva que pueden producir algunos antipsicóticos atípicos como la clozapina, principalmente, y la olanzapina, así como se ha descrito que algunos ISRS pueden precipitar el desarrollo de una esquizofrenia en pacientes con un diagnóstico previo de TOC.

Conclusiones: La comorbilidad entre esquizofrenia y TOC supone un reto clínico por la complejidad diagnóstica y del manejo psicofarmacológico, haciéndose preciso una adecuada filiación diagnóstica, seguimiento estrecho y un cuidadoso abordaje farmacológico.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARACIÓN DE LOS PACIENTES QUE PARTICIPAN EN UN TALLER DE MENTALIZACIÓN RESPECTO AL TOTAL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS.

Dra. Isabel Mitja¹, Dr. Alejandro Nieto¹, Dra. Isabel Vilamitjana¹, Dra Cristina Gisbert¹, Dr. Rafel Malagón¹, Dra Maria del Mar Bosch¹, Dra. Elena Casabona¹, Dra Maria Teresa Garcia¹

¹Institut D'assistencia Sanitaria (ias), Girona, Espanya

Objetivo:

Análisis descriptivo de los pacientes que participan en el taller de Mentalización realizado entre el 18/3/24 y el 27/3/24, en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Hospital de Santa Caterina, según edad, género y diagnóstico, con el fin de valorar si existen diferencias significativas, en relación al total de los pacientes ingresados durante dicho periodo en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica.

Método:

Recogida de los datos (intervalo de edad, género y diagnóstico) de los pacientes que acuden a cada una de las 4 sesiones del taller de Mentalización y compararlos con el total de pacientes ingresados en las mismas fechas (18, 22, 25 y 27/3/24) en la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica del Hospital Santa Caterina.

Resultados:

Porcentaje de hombres y mujeres que inician cada sesión y comparación con el porcentaje total de mujeres y hombres ingresados en la Unidad de Rehabilitación en la misma fecha. Así mismo porcentajes según franjas de edad en comparación con el porcentaje total de los pacientes ingresados y según el diagnóstico.

Conclusiones:

No se encuentran diferencias significativas, en relación a edad, género o diagnóstico de los pacientes que participan en el taller de Mentalización de la Unidad de Rehabilitación de psiquiatría, en comparación con el total de pacientes ingresados en la unidad durante las mismas fechas.

ESTUDIO DE CASO ÚNICO: EFICACIA DEL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DBT GRUPAL EN UN PACIENTE CON TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE LARGA EVOLUCIÓN

Sra. Gemma Climent Martínez¹, Dr. Jorge Marredo Rosa¹

¹Centro De Referencia Estatal De Atención A Psicosocial A Personas Con Trastorno Mental Grave (creap-imserso), Valencia, Spain

Objetivo: Evaluar la eficacia del entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) grupal en un paciente con trastorno esquizoafectivo.

Método: Diseño A-B de caso único. Participante: varón de 34 años con trastorno esquizoafectivo, sintomatología depresiva predominante, antecedentes de ingresos hospitalarios y desregulación emocional severa. Intervención: programa de entrenamiento en habilidades DBT grupal online (24 semanas, 1.5 horas/semana) junto a pacientes con TLP, depresión y trastorno bipolar. Evaluación: pre, durante y post-intervención mediante STAI, BDI-II, EHS, PHLMS, PANSS, Escala de Autoestima de Rosenberg y DERS.

Resultados esperados: Se anticipa una reducción en la sintomatología depresiva, ansiedad y conductas autolesivas, así como una mejora en la regulación emocional y habilidades interpersonales.

Conclusiones: Este estudio podría proporcionar evidencia preliminar sobre la utilidad de la DBT en pacientes con trastornos del espectro psicótico, contribuyendo a ampliar las opciones terapéuticas para esta población.

PIPAP: UN ENFOQUE INTEGRAL PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA EN PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Dr. Jorge Marredo Rosa¹

¹Centro De Referencia Estatal De Atención a Psicosocial A Personas Con Trastorno Mental Grave (Creap-Imsero), Valencia, Spain

Introducción: El Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a Personas con Trastorno Mental Grave (Creap) de Valencia, perteneciente al Imsero, desarrolla el Programa Integral de Promoción de la Autonomía Personal (Pipap). Este programa ofrece atención integral y personalizada a individuos con trastornos mentales graves y sus cuidadores. El Pipap se fundamenta en un enfoque estratégico que prioriza la atención personalizada, la accesibilidad, la autonomía, la desinstitucionalización y la innovación. Se basa en modelos de recuperación centrados en la persona y busca mejorar las capacidades psicosociales de los usuarios, promover su participación social y laboral, y superar barreras como el estigma asociado al trastorno mental grave. Este trabajo se realiza en el marco de un contrato público entre la empresa Grupo 5 y el Imsero.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un programa integral y personalizado para promover la autonomía en personas con trastorno mental grave, abordando simultáneamente múltiples áreas de funcionamiento psicosocial.

Método: Estudio longitudinal de 12 meses con evaluaciones cuatrimestrales. Participantes: adultos con trastorno mental grave autorizados por el Imsero. Intervenciones básicas: terapia cognitivo-conductual, rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, terapia y psicoeducación familiar; Actividades de apoyo en: la obtención de ingresos, solución habitacional, gestiones personales y empleo; complementarias como nutrición, cocina, AVD y actividad física y otras.

Evaluación: BELS, CGI, WAIS-IV, PANSS, SFS, WHOQOL-BREF, entre otras.

Resultados esperados: Mejora del 20-25% en habilidades de autocuidado y vida diaria; reducción del 15-20% en síntomas psicopatológicos; aumento del 25-35% en calidad de vida; 60% de los participantes con actitud positiva hacia el programa. Se anticipa una reducción en hospitalizaciones y mayor adherencia a tratamientos.

Conclusiones: El PIPAP representa un abordaje integral en rehabilitación psicosocial, integrando intervenciones basadas en evidencia con actividades complementarias personalizadas. Su enfoque multidimensional está encaminado a potenciar la recuperación funcional y la integración comunitaria en personas con trastorno mental grave, superando las limitaciones de programas tradicionales no integrales.

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DE USUARIO DEL CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL (CREAP) DE VALENCIA: ANÁLISIS EVOLUTIVO 2021-2024

Sr Víctor González Ayuso¹, Dr. Jorge Marredo Rosa¹

¹Centro de Referencia Estatal de Atención Psicosocial a personas con Trastorno Mental Grave (Creap) de Valencia, Valencia, Spain

Objetivo: Analizar la evolución del perfil sociodemográfico y clínico de los usuarios del Creap-Valencia durante 2021-2024, identificando tendencias y necesidades emergentes.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron datos de historias clínicas y escalas estandarizadas de usuarios atendidos en el período indicado. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y de tendencias temporales.

Resultados esperados: Se espera una reducción de la edad media de los usuarios y mayor diversidad cultural. Clínicamente, se prevé un aumento en los trastornos ansioso-depresivos y comorbilidad con trastornos de abusos de sustancias, reflejando tendencias post-pandemia. Se anticipa mayor demanda de servicios online y programas de rehabilitación psicosocial, así como un aumento en intervenciones especializadas en trauma y apoyo familiar. Es probable que se evidencien efectos prolongados de la COVID-19 en la salud mental de los usuarios.

Conclusiones: El análisis del perfil de usuario del Creap-Valencia proporcionará datos esenciales sobre la evolución de las necesidades en atención psicosocial. Estos resultados serán clave para la planificación estratégica y la mejora continua de los servicios, ajustándolos a las demandas cambiantes en salud mental.

LA CORPOREIDAD EN LA ENFERMEDAD MENTAL. LA PROPIOCEPCIÓN COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA.

Sra. María Jesús Gutiérrez Francisco¹

¹Servicio Canario de Salud, Breña Alta, Spain

Objetivos: Justificar el planteamiento del trabajo con la propiocepción como método terapéutico en la enfermedad mental.

Método: Revisión bibliográfica.

Resultados: Existe una alta prevalencia de alteraciones de la corporeidad como cuerpo vivido (Leib) en los trastornos mentales (Ej.: alucinaciones cenestésicas y hápticas, flashbacks, síntomas conversivos, despersonalización). Por ello, se justifica el estudio de la intersección de una fenomenología de la corporeidad y las bases neurobiológicas del sentirse incorporado como ser-en-el-mundo, así como la propuesta del entrenamiento de la concienciación del sistema somatosensorial, en concreto de la propiocepción, como herramienta terapéutica con el objetivo de lograr una experiencia somatosensorial neutra (no alterada) dada en el aquí-y-ahora que corrija el sentir(-se) patológico.

La propiocepción es el sentido que informa de la posición de las articulaciones, la actividad de los músculos y de la orientación del cuerpo en el espacio. Se trata de información periférica (de relación con el mundo) recogida desde los mecanorreceptores propioceptores (el mero cuerpo) ubicados en tejidos periféricos que penetra por vías aferentes hasta el cerebro, haciéndose así, posiblemente consciente, la experiencia del estar-incorporado-en-el-mundo.

Existe un articulado conocimiento en el entrenamiento propioceptivo en el área de la fisioterapia mostrándose eficaz en mejorar fuerza, coordinación, equilibrio, tiempo de reacción y sacando ventajas de mecanismos reflejos.

Por inferencia, bajo la premisa de la capacidad plástica del SNC y en el contexto de las terapias basadas en la experiencia inmediata del aquí-y-ahora (mindfulness) se propone el entrenamiento en propiocepción o abordajes que implícitamente lo contienen como danzaterapia o yoga como herramientas terapéuticas para el tratamiento de las alteraciones de las vivencias corporales en los trastornos mentales.

Conclusiones: El entrenamiento en propiocepción en el seno del determinante de la experiencia inmediata se estima como una herramienta terapéutica práctica, con base fisiológica clara, para el tratamiento de desórdenes mentales.

PAREJAS ARTÍSTICAS, EXPERIENCIAS CREATIVAS PARA LA SALUD MENTAL

Sra. Anna Bové Sabater

¹HU Institut Pere Mata, Reus, Spain

Los objetivos de la presentación es dar a conocer el proyecto de “Parejas Artísticas” que se realiza en todo en territorio catalán des del 2006, revisar cómo el arte supone una herramienta terapéutica para la rehabilitación y recuperación de personas que han padecido o padecen un trastorno mental grave, y por último hacer una revisión de las aportaciones al proyecto de estas 18 ediciones.

El proyecto empieza en el 2006 en la comarca de Osona, Barcelonès por una entidad sin ánimo de lucro, Osonament y en las siguientes ediciones se han ido sumando otros servicios de todo el territorio catalán. En esta edición actual, la 18ava está formada por 19 entidades, 61 obras y un total de 123 artistas que participan.

“Parejas Artísticas” consiste en la creación y la posterior exposición de unas obras realizadas por parejas formadas por dos artistas, uno de los cuales está vinculado a recursos de salud mental. En el proyecto, el artista es la persona que crea una pieza artística, tenga o no experiencia previa, formación o se dedique a ello a nivel profesional o amateur.

La presentación-poster contendrá imágenes de dichas obras y parejas.

DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN TALLER DE MENTALIZACIÓN EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

Dra Isabel Mitjà, Dr. Alejandro Nieto, Dra Isabel Vilamitjana, Dr Rafel Malagon, Dra Cristina Gisbert
IAS, Girona, Girona

Con el fin de mejorar la capacidad mentalizadora de los usuarios de la unidad de rehabilitación psiquiátrica del hospital Santa Caterina de Salt, ofrecer un espacio donde compartir creencias y puntos de vista y analizar las dificultades de mentalización de los usuarios de la unidad para valorar posibles futuras intervenciones se diseña un taller de habilidades mentales.

Método:

Se adaptan ejercicios de clinical-neuropsychology.de/metacognitive_training-psychosis/. El taller se estructura en 4 sesiones de 1 hora, en formato abierto para todos los usuarios de la unidad. Las sesiones se estructuran con una breve introducción inicial (5 minutos), ejercicios (45 minutos) y reflexiones finales (10 minutos). En cada sesión participa un dinamizador terapeuta y un coterapeuta.

Resultados:

Cada sesión se centra en trabajar un aspecto concreto: 18/03/2024 Saltar a conclusiones de forma precipitada, empezaron 8 usuarios y acabaron 6; 22/03/2024 cambiar de creencias, empezaron 12 usuarios y acabaron 10; 25/03 empatía, empezaron 14 usuarios y acabaron 12; 27/03 Falsos recuerdos, empezaron 16 usuarios y acabaron

Conclusiones:

Los participantes se mostraron identificados con ciertas experiencias expuestas en las actividades y participaron de forma conjunta en realizar una actividad reflexiva, fomentando la cohesión de grupo y valorando de forma positiva el taller. Compartieron reflexiones como: “Desde la rabia me cuesta ponerme en el lugar del otro”, “A veces he juzgado mal lo que sucedía a mi alrededor”, “Me he dado cuenta que quizás no todo el mundo se ríe de mí”, “En mi cabeza se reproduce un video de todo lo que creo que esta pasando y me doy cuenta que a veces hace falta tener más información”, ”Muchas veces sonrío cuando en realidad por dentro estoy llorando”.

A

Abril Bohórquez, María Paula	P30, P45, P46, P47, P48	Arenal, Javier	P50
Alvites Ahumada, María Del Pilar	P05	Arévalo Gil, Manuel Ernesto	P48
Amador Caravantes, Esther	P18	Ayuso Blázquez, Ana	P08, P54

B

Barajas, Ana	P55	Birulés, Irene	P22
		Bonilla Roldán, Gloria María	P33, P34, P35
Barrena García, Irene	P41	Borda, Jaime	P39, P40
Batlle i Nicolau, Núria	P55	Bosch, Maria del Mar	P57, P59
Beato Rodríguez, Luis	P38	Bover Sabater, Anna	P66
Belinchon Hernández, Sergio	P20, P23		

C

Caballero, Rocio	P39, P40, P50	Caso Chamorro, Cristina	P08
Caperos, Jose Manuel	P40	Climent Martínez, Gemma	P60
Cardona Ros, Gemma	P22, P44	Coucheiro Limeres, Paloma	P21
Carretero Gómez, Marina	P43	Cristóbal-Narváez, Paula	P53
Casabona, Elena	P59		

D

		Díaz-Urgorri del Sol, Paula	P36, P37
De Haro Barrera, Alejandro	P26	Domínguez Luque, Isabel	P19
Díaz-Cutrarro, Luciana	P22	Dominguez Paredes, Paula	P44

E

Echegoyen, Ignacio	P50	Espinosa, Victoria	P55
Echeverría, Nelly	P25, P30, P45, P46, P47	Expósito Durán, Elena	P49

F

Fernández Fariña, Marina	P49	Fontán Domínguez, Blanca	P32, P33, P34, P35
Férriz Ordoñez, Alba	P42		
Flores Martínez, Alberto	P19, P38		

G

Garcia, Maria Teresa	P57, P59	Gil Fibla, Miquel	P49
----------------------	----------	-------------------	-----

García Gullón, Francisco Antonio	P27, P28, P31, P32, P34, P35	Gisbert, Crisitina	P56, P59, P67
García Martínez, Marina	P09	González Ayuso, Víctor	P63
García Mellado, M ^a José	P14	González Laynez, Eugenia	P05
García Quirantes, Ángela María	P27, P28, P31, P32, P33, P34, P35, P36, P37	González Rullas, Julia	P24
García Tarín, Oscar	P42	González San José, María	P05
Gassó, Patricia	P06	Gutiérrez Francisco, María Jesús	P65
GENIPE Group,	P53	Gutiérrez Santaló, Carlos	P14
Gil Benito, Elena	P16		

H

Huerta Ramírez, Raúl	P41
----------------------	-----

J

Jané, Carla	P22
Justicia Gonzalez, Raúl	P25, P30, P45, P46, P47, P48

L

Landa Contreras, Ernesto	P05	López-Carrilero , Regina	P55
Lázaro Redondo, María del Mar	P25, P30, P45, P46, P47	Lozano Viñas, Belén	P54
Linero Ríos, Nicolás	P30, P45, P46, P47, P48	Lubián Ponti, Ana	P14
López Abellán, Belén	P25, P30, P45, P46, P47, P48		
López Moreno, Carmen	P58		

M

Magallón, Irene	P39	Meléndez García, Christopher	P15
Magro Moreno, Olga	P43, P52	Micó Gil, Carmen	P42
Malagon, Rafel	P56, P59, P67	Mitja, Isabel	P56, P57, P59, P67
Marín, Itziar	P39	Monferrer Milian, Núria	P07, P09, P17
Marredo Rosa, Jorge	P60, P62, P63	Montoro Rico, Luz	P29
Martínez, Irene	P55	Morales Aubeso, Míriam	P13
Martínez Pinteño, Albert	P06	Moren Núñez, Constanza Isabel	P06
Mayor Sanabria, Federico	P49	Moreno Navas, Rocío	P08

N

Navarro Díaz, Sara	P29	Nieto, Alejandro	P56, P57, P59, P67
Navas Domenech, Inmaculada	P15		

O

Ochoa, Susana	P22, P53, P55	Osuna Carmona, María Isabel	P19, P38
Olivares Berjaga, David	P06		

P

Parrabera, Silvia	P24	Porredon, Neus	P53
Parres Rodríguez, Carmen	P58	Privado Aranda, Angela	P05
Peinado, Vanesa	P40, P50		
Peláez, Trini	P22		
Peniza, Marina	P22		

R

Regueiro Martín-albo, Carmen	P49	Rossi Molina, Carlos	P42
Rodríguez, Natàlia	P06	Ruiz Jimenez, Maria Teresa	P20, P23
Rodríguez Peña, Raquel	P16	Ruiz Conrat, Julia	P17
Roldán Maldonado, Gloria	P27, P32, P33, P34, P35		
Romero Bellido, Alba Leticia	P07, P09		

S

Salomon Mallat, Elisabet	P53	Sanz Monge, Pilar	P02, P03, P04, P10, P11, P12
San Miguel López, Alejandra	P27, P28, P31, P36, P37	Segura Ferrando, María Lluïsa	P16
Sánchez, Óscar	P39	Setien Preciados, Patricia	P20, P23
Sánchez Guarnido, Antonio José	P32, P34, P35		
Sánchez Izquierdo, Macarena	P39, P50		

T

Tellado García, M ^a Inmaculada	P14	Trallero Morales, Jan	P13
Teruel Martínez, Olga	P17	Tutusaus Lasheras, Daniel	P07, P09
Torres Muñoz, María Del Mar	P21		

U

Ubach Millanes, Francesca	P44		
---------------------------	-----	--	--

V

Valiente Ots, Carmen	P54	Vilamitjana, Isabel	P56, P59, P67
Vegazo Sánchez, Esmeralda	P41	Vivero Poveda, Ángela	P41
Ventura González, Albert	P13	Vives Luengo, Alicia	P43, P52
Vidal Formoso, Margarita	P02, P03, P04, P10, P11, P12	Vucic, Ana	P40
Vilamitja, Isabel	P57		

