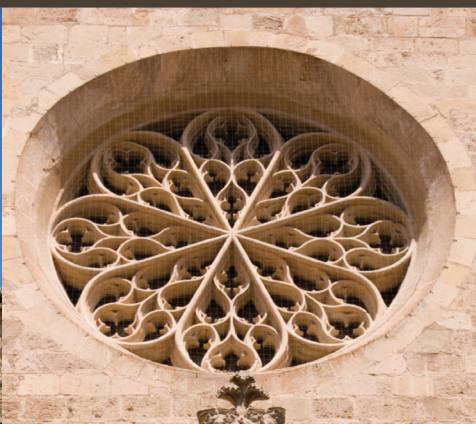


XXIV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA LEGAL

Psiquiatría y Ley en la práctica clínica



MURCIA

22-24 Octubre 2015

Sede: Hotel Nelva

PROGRAMA FINAL

ÍNDICE

BIENVENIDA 3

COMITÉS 4

PROGRAMA CIENTÍFICO 5

 Jueves 22 de Octubre

 Viernes 23 de Octubre

COMUNICACIONES 8

INFORMACIÓN GENERAL 37



MURCIA

22-24 Octubre 2015

Sede: Hotel Nelva

BIENVENIDA

Estimados amigos y compañeros:

La SEPL celebra el XXIV Congreso Nacional en Murcia los días 22,23 y 24 de Octubre de 2015.

El tema elegido para este congreso es "Psiquiatría y Ley en la Práctica Clínica". Tema que consideramos de gran interés para nuestra actividad pericial y clínica.

El programa aborda cuestiones de gran importancia como son el consentimiento informado y la competencia, las urgencias psiquiátricas, el secreto médico y la protección de datos, la contención mecánica y aislamiento y la hospitalización involuntaria.

Estos temas serán tratados por prestigiosos ponentes como es habitual en todos los congresos de la SEPL.

Nuestro objetivo es la dotación de información y herramientas para realizar nuestra actividad con el máximo de garantías y desarrollar una buena práctica clínica acorde con la legislación.

En mi nombre y en el de los demás miembros del Comité Organizador queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento a las Autoridades que nos están apoyando y a la Junta Directiva de nuestra Sociedad.

Esperamos con ilusión que vuestra estancia en Murcia sea acogedora y que la ciudad os reciba con todo su encanto, proporcionando un marco adecuado para debatir los temas de nuestro congreso.

Un cordial saludo,

Dra. María Luisa Terradillos
Presidenta del Comité Organizador

COMITÉS

COMITÉ ORGANIZADOR XXIV CONGRESO

Presidente

Dra. M^a Luisa Terradillos Basoco

Vocales

José Manuel López Navarro

María Herrera Giménez

Antonio Jordán Gimeno

Francisco Rosagro Escámez

Isabel Peñalver Garcerán

Pedro Pozo Navarro

Miguel Sánchez Garre

Victoria Soler Lapuente

Francisco Toledo Romero

JUNTA DIRECTIVA SEPL

Presidente

Dr. Alfredo Calcedo Barba

Vicepresidente

Dr. Eloy Rodríguez Arrebola

Secretaria

Dra. Concepción Cruz Moreno

Tesorera

Dra. María Luisa Zamarro Arranz

Vocal de Formación

Dr. Juan Luis Fernández Hierro

Vocal de Relaciones Internacionales

Dr. Iñaki Madariaga Zamalloa

Presidente Fundador

Prof. Alfredo Calcedo Ordóñez



PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 22 DE OCTUBRE

09:00-11:00 **TALLERES PRE-CONGRESO** *(aforo limitado, requiere inscripción previa)*

Taller 1: El paciente potencialmente no competente para cuidar de sí

Moderador: Inés Morán Sánchez. Servicio Murciano de Salud

Pedro Gil Gregorio. Ex - Presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Jefe de Servicio de Geriátrica. Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Taller 2: El paciente potencialmente suicida

Moderador: Loreto Medina Garrido. Psiquiatra Hospital Roman Alberca de Murcia

Juan Medrano Albéniz. Psiquiatra. Master en Psiquiatría Legal de la Universidad Complutense de Madrid. Jefe de Servicio de la Comarca Ezkerraldea. Red de Salud Mental de Bizkaia

11:00-11:30 **PAUSA - CAFÉ**

11:30-13:30 **TALLERES PRE-CONGRESO** *(aforo limitado, requiere inscripción previa)*

Taller 3: El paciente potencialmente violento

Moderador: José Manuel López Navarro. Servicio Murciano de Salud. Sociedad Española de Psiquiatría Legal, Murcia

Alfredo Calcedo Barba. Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid y Presidente de la SEPL. Hospital Gregorio Marañón, Madrid

Taller 4: Contención mecánica y aislamiento

Moderador: Antonio Jordán Gimeno. Psiquiatra Consultor de Centro Penitenciario de Murcia. Sociedad Española de Psiquiatría Legal, Murcia

Enric Vicens Pons. Psiquiatra. Master en Psiquiatría Legal de la Universidad Complutense de Madrid. Servicios de Salud Mental Sant Joan de Deu, Barcelona

16:00-18:00 **MESA REDONDA: HISTORIA CLÍNICA E INFORME DE ALTA**

Moderador: Pedro Pozo Navarro. Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital General Reina Sofía de Murcia. Sociedad Española de Psiquiatría Legal

Juan Medrano Albéniz. Psiquiatra. Master en Psiquiatría Legal de la Universidad Complutense de Madrid. Jefe de Servicio de la Comarca Ezkerraldea. Red de Salud Mental de Bizkaia

Amaia Ortiz Cabezas. Asesoría Jurídica de Osakidetza, Bilbao

18:00-18:15 **PAUSA - CAFÉ Y VISITA ÁREA PÓSTERES**

18:15 **ACTO INAUGURAL A CARGO DE LAS AUTORIDADES**

CONFERENCIA INAUGURAL: PROFESIONES Y ROLES SANITARIOS

Excmo. Sr. D. Juan José Rodríguez Sendín. Presidente de la Organización Médica Colegial

19:00 **CÓCTEL DE BIENVENIDA**

PROGRAMA CIENTÍFICO

VIERNES 23 DE OCTUBRE

- 09:00-11:00 MESA REDONDA: SECRETO MÉDICO Y PROTECCIÓN DE DATOS**
Modera: Rafael Pacheco Guevara. Presidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Reina Sofía de Murcia
Eulalia García Escribano. Asesoría Jurídica. Servicio Murciano de Salud, Murcia
Juan Luis Fernández Hierro. Psiquiatra. Master en Psiquiatría Legal de la Universidad Complutense de Madrid. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo
- 11:00-11:30 PAUSA - CAFÉ Y VISITA ÁREA PÓSTERES**
- 11:30-13:30 MESA REDONDA: CONSENTIMIENTO VÁLIDO**
Modera: Francisco Toledo Romero. Jefe de Sección Psiquiatría Del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia
Blanca Morera Pérez. Master en Psiquiatría Legal de la Universidad Complutense de Madrid. Psiquiatra en práctica privada, San Sebastián.
Francisco José Otero Pérez. Psiquiatra. Master en Psiquiatría Legal y Máster en Bioética de la Universidad Complutense de Madrid. Jefe de los Servicios de Salud Mental de Collado Villalba, Madrid
- 13:30-15:30 ALMUERZO DE TRABAJO**
- 15:30-17:00 CONFERENCIA COLOQUIO: TRATAMIENTO AMBULATORIO FORZOSO**
Modera: Isabel Peñalver Garcerán. Servicio Murciano de Salud. Sociedad Española de Psiquiatría Legal
Manuel Pereira Fernández. Psiquiatra. Jefe de los Servicios de Salud Mental de la Latina, Madrid
Esperanza Almenta Hernández. Psiquiatra. Master en Psiquiatría Legal de la Universidad Complutense de Madrid. Profesora Asociada del departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria de la Universidad Complutense de Madrid. Jefa de los Servicios de Salud Mental de Alcorcón, Madrid
- 17:00-17:15 PAUSA - CAFÉ Y VISITA ÁREA PÓSTERES**
- 17:15-18:45 MESA REDONDA: MARCO LEGAL EN LA ATENCIÓN A MENORES**
Modera: Xavier Sempere Pérez. Director del Centro de Terapia Interfamiliar, Elche
Cristina Agüero Ramón-Llin. Psiquiatra. Master en Psiquiatría Legal de la Universidad Complutense de Madrid. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Castellón
Nuria Yáñez Ferrer. Psiquiatra. Master en Psiquiatría Legal de la Universidad Complutense de Madrid. Unidad de Salud Mental Infanto - Juvenil Miguel Servet, Valencia
- 18:45-20:00 ASAMBLEA DE SOCIOS**
- 21:30 CENA DEL CONGRESO**



MURCIA

22-24 Octubre 2015

Sede: Hotel Nelva

PROGRAMA CIENTÍFICO

SÁBADO 24 DE OCTUBRE

09:30-11:00 MESA REDONDA: INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO

Moderadora: M^a Luisa Terradillos Basoco. Servicio Murciano de Salud. Sociedad Española de Psiquiatría Legal

Alfredo Calcedo Ordóñez. Catedrático de Psiquiatría. Ex - Director del Master en Psiquiatría Legal de la Universidad Complutense de Madrid

11:00-11:30 PAUSA - CAFÉ

11:30-13:00 MESA REDONDA: ÉTICA DE LA RELACIÓN CLÍNICA. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA. ¿SE PUEDE BENEFICIAR A LOS COLEGAS Y FAMILIARES EN LA ASISTENCIA?

Moderadora: Victoria Soler Lapuente. Sociedad Española de Psiquiatría Legal

Diego Gracia Guillén. Catedrático de Historia de la Medicina. Profesor Emérito de Historia de la Medicina. Universidad Complutense de Madrid

13:00-13:30 ACTO DE CLAUSURA

COMUNICACIONES

1 - CUANDO LOS MÉDICOS RESIDENTES SON AGREDIDOS /WHEN RESIDENTS ARE ASSAULTED

A. San Román Uría ⁽¹⁾, S. Puerta Rodríguez ⁽²⁾, I. Sevillano Benito ⁽³⁾, N.I. Núñez Morales ⁽⁴⁾, N. Gómez-Coronado Suárez De Venegas ⁽⁵⁾, C. Marett ⁽⁶⁾.

⁽¹⁾ Complejo Asistencial de Zamora; ⁽²⁾ Hospital 12 de Octubre; ⁽³⁾ Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ⁽⁴⁾ Hospital Universitario de Álava; ⁽⁵⁾ Hospital Universitario Virgen del Rocío; ⁽⁶⁾ University of Cincinnati.

Dentro de un estudio que se está realizando a nivel de EEUU por un compañero MIR de psiquiatría de la Universidad de Cincinnati, Chris, para la implantación de un programa de ayuda y protección de residentes ante agresiones en el lugar de trabajo; te pedimos colaborar respondiendo a este sencillo cuestionario, que no lleva más de dos minutos. Los datos, totalmente anónimos, se utilizarán para futuros el desarrollo de planes estratégicos de protección del residente, tanto en EEUU, como esperemos que en España. **Es por tanto un proyecto llevado a cabo por residentes para residentes.** Un día Chris vio como en su hospital nadie hacía nada por los residentes en este tema, y se propuso cambiarlo, tarea en la que se encuentra actualmente, recogiendo datos de diferentes partes del mundo, EEUU, Canadá, y España entre otras, para realizar un protocolo de reacción o "R.E.A.C.T.I.O.N" (Report, Emergent medical care, Assess the physical environment, Consider pressing charges, Treatment, Interdisciplinary briefing, On call, Near Misses) como él lo llama. De nuevo, gracias por tu colaboración.

CUESTIONARIO MIR (rodear la respuesta)

¿Has sido agredido alguna vez? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuántas veces? 1 / 2 / 3 / 4 / >5 / >10

Agresiones fueron: físicas / verbales / ambas

¿En qué año de la residencia? (marcar varios si procede)

R1 R2 R3 R4 R5

¿Alguna vez fue durante el transcurso de una guardia? SI NO

¿Cuáles fueron tus sensaciones tras el episodio?

- Miedo
- Impotencia
- Falta de apoyo en el medio hospitalario
- Ansiedad
- Depresión
- Ganas de dejar residencia,
- Ganas de cambiar de especialidad a una con menor exposición al paciente

Marcar Especialidad

- Psiquiatría
- Otra especialidad médica clínica diferente de psiquiatría
- Cirugía
- Otra

¿Hay algún protocolo en tu hospital para agresiones? SI NO NS

En caso afirmativo, ¿tiene un apartado/programa específico para residentes? SI NO NS



2 - LA SIMULACIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS

M.S. Olmeda García, G. Salazar De Pablo.

Hospital Gral Univ Gregorio Marañón

La simulación se caracteriza por voluntad consciente de fraude, la invención o alteración de síntomas mórbidos y la finalidad utilitaria egoísta.

El código penal en su artículo 457 lo tipifica como delito y tiene multa de 6 a 12 meses de prisión.

La simulación de síntomas mentales o físicos no se considera enfermedad mental.

En la comunicación repasamos los diferentes ámbitos en los que se produce, que aumentan en épocas de crisis. También revisamos sus finalidades respectivas.

Objetivo:

1- Llamar la atención sobre un problema no cuantificado pero presente en la clínica y de difícil detección.

2- Describir las importantes consecuencias de esta conducta, fundamentalmente para el sistema pero también para el propio simulador.

3 - LA SIMULACIÓN EN UNIDAD DE AGUDOS. (CASOS CLÍNICOS)

M.S. Olmeda García, G. Salazar De Pablo.

Hosp Gral Univ Gregorio Marañón

En las unidades de agudos de psiquiatría, la simulación es un epígrafe que no se suele tener en cuenta y en caso de sospecha, es tan difícil confirmarla que ante la duda se suele optar por no perjudicar al paciente y se recurre a un diagnóstico menor o inespecífico. Para ayudar al clínico en su detección, algunos autores han elaborado listados de incongruencias que le permitan sospechar que se trata de esta conducta. También se han elaborado procedimientos psicométricos para detectarla.

La simulación es detectada con mucha frecuencia por compañías de seguros, en los medios forenses y judiciales pero no en la clínica. En esta comunicación presentamos tres casos clínicos de pacientes hospitalizados en nuestra unidad de agudos por síntomas bizarros sospechosos de trastornos afectivos y/o psicóticos en los que pudo detectarse el finalismo de la conducta y la simulación. Todos ellos habían estado internados en prisión durante años con condenas firmes por distintos delitos y habían sido excarcelados recientemente.

CONCLUSIONES:

1- El problema de la simulación afecta todos los ámbitos en los que existe posibilidad de ganancias secundarias y esto incluye las unidades de hospitalización de psiquiatría.

2- La finalidad de simulación en unidad de agudos abarca desde conseguir una pensión económica, alojamiento gratuito, evitar condenas judiciales por delitos cometidos, incapacidades laborales etc.

2- Ante clínica bizarra e incongruente hay que ampliar nuestro campo de actuación recabando la mayor cantidad de información posible de otras fuentes.

4 - MARCO LEGAL EN LA ASISTENCIA DE UN PRIMER EPISODIO PSICÓTICO ANTE LA NEGATIVA FAMILIAR A TRATAMIENTO. EJEMPLO DE UN CASO

M. Macías Sánchez, E. Flordelis Lasierra, J.A. Sánchez García.

Hospital Regional de Málaga

INTRODUCCIÓN:

La protitud en la asistencia de los primeros episodios psicóticos es una aspecto clave del abordaje de los mismos. Pero, ¿qué ocurre cuando la familia se niega tanto al tratamiento como al ingreso?, ¿Cómo proceder cuando solicitan sistemáticamente el alta voluntaria y se demora el abordaje del paciente en un momento clave de su evolución?

METODOLOGÍA:

Exposición y análisis de un caso clínico. Revisión del marco legal pertinente.

DISCUSIÓN:

El internamiento involuntario viene regulado por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil de 2000 y permite el mismo sin precisarse de autorización judicial si la situación de urgencia lo requiere.

La ley así mismo establece que el tribunal “oír a la persona afectada por la decisión, al ministerio fiscal y al cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente”.

La ley de Autonomía del paciente (Ley 41/2002) regula los derechos de los pacientes. Dado el estado psicopatológico de la paciente en ese momento no estaba capacitada para participar en la toma de decisiones y tampoco era posible el consentimiento por representación expuesto en el artículo 9 de la Ley 41/2002 ya que la actuación del único familiar al que se tuvo acceso había demostrado que la competencia familiar tampoco era la adecuada.

CONCLUSIONES:

A la hora de abordar el caso era preciso el conocimiento tanto del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil de 2000 como la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002). El conocimiento de ambas podría haber evitado la demora de la asistencia y el tratamiento de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA:

Chinchilla A, Correas J, Quintero J, Vega M. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 2ªEd. Nuevas Generaciones en Neurociencias. Formación Continuada en Psiquiatría. Editorial Masson S.A.. Barcelona, 2010.

http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188

<http://www.cuestionesprocesales.es/procedimiento-para-el-internamiento-voluntario-por-trastorno-psiquico/>

5 - EL SECRETO MÉDICO. LIMITACIONES

E. Flordelis Lasierra, J.A. Sánchez García, M. Macías Sánchez, A. Bordallo Aragón, E. Rodríguez Arrebola, F. Rivas.

Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La aplicación del secreto médico en la práctica clínica habitual supone conflictos importantes. La traslación del marco teórico al práctico dificulta la actuación del profesional, generando en ocasiones un dilema.

Analizamos la normativa existente, poniéndose de manifiesto la inexistencia de regulación legal específica en lo que respecta a este derecho fundamental del paciente.



MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza una revisión sistemática de la legislación vigente mediante artículos, revistas, códigos deontológicos, guías elaboradas por expertos en derecho penal y sanitario, regulación jurídica (Constitución española, BOE, ley general de sanidad, código penal, estatutos generales de la organización médica colegial, estatuto jurídico del personal médico de la seguridad social), sobre confidencialidad, secreto médico y sus aplicaciones.

DISCUSIÓN:

El secreto es un deber en la relación médico-paciente. Se fundamenta en argumentos éticos y en códigos deontológicos, constituyendo su incumplimiento un delito.

Se produce un conflicto cuando un profesional enfrenta su obligación de secreto frente a su deber de declarar, denunciar o testificar ante actos presuntamente delictivos.

Frente a la prioridad de los derechos de la persona a la confidencialidad, sólo prevalecerá un interés superior cuando se concrete un objetivo necesario para la protección y la promoción de la salud pública: evitar un daño grave a terceras personas o al propio paciente; en enfermedades y acontecimientos de declaración obligatoria, o cuando el profesional se vea injustamente acusado por el paciente. En definitiva, el médico decidirá la pertinencia de la revelación, sólo en sus justos y restringidos límites.

CONCLUSIONES:

La confidencialidad de la información es uno de los pilares en los que se sustenta la relación médico-paciente. Debería elaborarse una regulación que unifique y aclare los límites del secreto médico, garantizando la protección de la intimidad del paciente y aportando seguridad jurídica al profesional.

6 - BAJA LABORAL: ¿Y SI EL TRABAJADOR LA OCULTA?

E. Flordelis Lasierra⁽¹⁾, J.A. Sánchez García⁽¹⁾, M. Macías Sánchez⁽¹⁾, B. Morera⁽²⁾, A. Bordallo Aragón⁽¹⁾, F. Rivas⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hospital Regional Universitario de Málaga; ⁽²⁾ Hospital Universitario de Donostia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

En relación a la reciente tragedia aérea de Germanwings, sale a la luz que el copiloto tenía un certificado médico de baja por enfermedad que ocultó a la empresa.

Nos planteamos el concepto de presentismo laboral: cuando, pese a una sintomatología, no se acude a los servicios sanitarios o, en caso de hacerlo, se oculta a la empresa, pudiendo entrañar un elevado riesgo a sí mismo o a terceros. Todo ello "bajo el amparo" del secreto médico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza una revisión de la legislación vigente en el BOE, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Estatuto de los Trabajadores, sobre gestión y regulación de la Incapacidad Laboral Transitoria.

DISCUSIÓN:

La incapacidad temporal (IT) sucede cuando, por enfermedad o accidente, un trabajador esté impedido para la actividad.

El parte de baja lo emite el médico por cuadruplicado: para la Inspección de Servicios Sanitarios, para la entidad gestora de la prestación, y dos para el trabajador (uno de ellas debe entregarlo a la empresa), con sólo datos genéricos de la baja.

Es por tanto responsabilidad del trabajador comunicar a la empresa su baja laboral (el médico desconoce si se ha hecho o no efectiva).

De manera independiente a este proceso de IT, la empresa debe impedir que alguien desarrolle su actividad suponiendo un riesgo para sí o terceros mediante la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

CONCLUSIONES:

Sería posible en nuestro país que un trabajador no entregara el parte de baja en su empresa y acudiriera a su trabajo. En IT causadas por problemas que pueden suponer riesgo para terceros, se impone encontrar cauces que garanticen tanto la confidencialidad como la protección de terceros (manteniendo contacto con el médico de empresa que participa del círculo confidencial y puede promover la aplicación efectiva de la IT).

7 - ENFERMEDAD MENTAL Y SECRETO MEDICO: DESINFORMACIÓN Y ALARMA SOCIAL

E. Flordelis Lasiera, J.A. Sánchez García, A. Franco Barrionuevo, A. Vilches, V. Nogueras Morillas, J. Hernandez Pedrosa.

Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Los enfermos mentales sufren consecuencias derivadas del desconocimiento por parte de la sociedad sobre su enfermedad. El trato por parte de los medios de comunicación afecta incluso al secreto médico, dejándolo en entredicho. Analizamos este hecho tras el accidente de Germanwings y el manejo mediático de la patología mental del piloto.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza una búsqueda de la repercusión en los medios (televisión, prensa y radio), redes sociales y foros, centrada en la patología mental, el secreto médico y la normativa vigente relativos al accidente de Germanwings.

DISCUSIÓN:

Se generaron en las ediciones digitales de los tres principales periódicos de España 1020 noticias en las que se hablaba del accidente. En redes sociales, 105192 comentarios en twitter procedentes de 89065 cuentas distintas.

Las reacciones fueron de lo más variopinto: "la acción del piloto Lubitz ha sacudido las bases de la confianza nacional", "¿hasta qué punto son peligrosos los enfermos mentales?" "¿Ha dejado el accidente de Germanwings el secreto médico en entredicho?"

La desinformación generó una demanda de cambios legales, que obligaría a los médicos a informar sobre la salud mental de aquéllos pacientes que por su profesión tuvieran una responsabilidad especial (por ejemplo pilotos, conductores de tren o autobuses). La Sociedad Alemana de Psiquiatría y Psicoterapia se vió obligada a emitir un comunicado de prensa manifestando su disconformidad al respecto.

Los actos antisociales cometidos en España por enfermos mentales suponen el 3% del total anual.

Sin embargo, el 18 % de los españoles piensa que el enfermo mental supone un riesgo para terceros.

CONCLUSIONES:

El grueso de noticias generadas extiende la errónea idea de que la depresión y otros trastornos psiquiátricos suponen una amenaza para la seguridad.

Si un enfermo mental comete un crimen, el resto también pasaría a ser considerado como "peligroso".

8 - AUTONOMIA MORAL EN ADULTOS MAYORES LEGALMENTE COMPETENTES NECESITADOS DE CUIDADORES

E. Acosta Heredia⁽¹⁾, G. Gonzalez Santana⁽¹⁾, T.R. Hernández Borrero⁽²⁾, J.R. Acosta Sarioeg⁽³⁾.

⁽¹⁾Ministerio del Interior de Agola; ⁽²⁾Policinico Mario Munoz; ⁽³⁾Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón.

Cuba es uno de los países de América Latina y el Caribe cuya transición demográfica muestra un aguzado envejecimiento. Más del 18% de la población rebasa los 60 años de edad. Muchas de estas personas requieren de cuidados permanentes, lo que adopta un



matiz particular en el contexto de las transformaciones económicas y sociales que están teniendo lugar en el país.

Se realizó una investigación de desarrollo con el objetivo determinar los problemas y conflictos de valores morales que tienen lugar en ese tipo particular de relación interpersonal desde la perspectiva de la bioética.

Se estudió el total de la población de adultos mayores legalmente competentes y sus cuidadores del consultorio # 4 de la comunidad de Fontanar. Se incluyeron 20 adultos mayores y 21 cuidadores pertenecientes al área que cumplieron los criterios de selección, así como 17 profesionales y técnicos del policlínico "Mario Muñoz Monroy" del Municipio Boyeros, responsabilizados con de la atención primaria de salud de estos adultos mayores.

Las opiniones de los sujetos bajo estudio fueron obtenidas por técnicas cualitativas como entrevistas en profundidad y grupos focales.

Se constató una amplia gama de asuntos que circundan a uno central: la limitación o coerción de la autonomía de dichos ancianos para participar en las decisiones relativas a su salud y los cuidados en particular. El origen de esta conducta discriminatoria se explica por el acendrado paternalismo de cuidadores y personal de salud, así como por la pérdida de valor social de las personas de la tercera edad cuando dejan de contribuir activamente a la economía familiar.

9 - EVALUACION DE LAS QUEJAS DE MEMORIA COMO FACTOR PREDICTOR DE DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES

E. Acosta Heredia ⁽¹⁾, G. González Santana ⁽¹⁾, T.R. Hernández Borrero ⁽²⁾, J.R. Acosta Sario ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Ministerio del Interior de Angola; ⁽²⁾ Policlínico Mario Munoz Monroy; ⁽³⁾ Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón.

En un estudio previo realizado en 2007 se constató que las quejas de memoria fueron frecuentes en adultos mayores sin demencia. Determinar si las mismas tenían algún valor para la predicción de la demencia en la población estudiada se convirtió en un problema científico a resolver, dado que su esclarecimiento podría contribuir a un mejor pronóstico y atención del deterioro cognitivo en las primeras fases de su instalación. Con ese fin, se diseñó un estudio observacional analítico prospectivo en el cual se siguió, una vez transcurridos 5 años, a 271 adultos mayores sin demencia reportados en la investigación inicial. Se constató que el riesgo para el desarrollo de una demencia era 3 veces mayor en los sujetos de 75 y más años de edad con quejas de memoria y funcionamiento cognitivo global normal, independientemente de otros factores como el sexo, años de escolaridad, sintomatología depresiva, y antecedentes de enfermedad cerebrovascular. Se concluye que aunque las quejas subjetivas de memoria son un hallazgo frecuente durante el envejecimiento, su presencia no debe ser asumida como un reflejo de este proceso, ya que se asocian con el estado cognitivo objetivo y la depresión. Las quejas de memoria de los adultos mayores no dementes al inicio del estudio, constituyeron un factor predictivo para la aparición ulterior de demencia en el transcurso de cinco años, independientemente de otros factores de riesgo conocidos. Interrogar acerca de quejas de memoria puede ser una herramienta útil en la Atención Primaria de Salud para identificar aquellas personas con un riesgo incrementado de desarrollar una demencia.

10 - INCAPACITACIÓN CIVIL EN CENTRO RESIDENCIAL ASISTIDO PARA ENFERMOS MENTALES: DIAGNÓSTICOS ASOCIADOS

M.D.C. Núñez Melón⁽¹⁾, C. Gradín Purroy⁽²⁾, S. Chivite Lasheras⁽³⁾.

(1) Red de Salud Mental de Navarra; (2) Hospital de Día Psiquiátrico de Salud Mental; (3) CSM Buztintxuri.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad mental, y en concreto, el Trastorno Mental Grave (TMG), ha estado ligado desde antiguo a una gran discapacidad. Nuestra población de estudio, los pacientes ingresados en el Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier de Pamplona, son clara muestra de ello. En aras de su protección, especialmente a nivel legal, son mayoría los que se encuentran discapacitados.

OBJETIVOS:

Conocer los procesos de incapacitación civil en dicho Hospital, su relación con los datos sociodemográficos más relevantes, así como su asociación con los diagnósticos clínicos más frecuentes.

METODOLOGÍA:

Análisis descriptivo de diferentes variables epidemiológicas en relación a los diagnósticos clínicos en el grupo de pacientes con incapacitación civil.

RESULTADOS:

El Hospital alberga a 128 pacientes con una media de 71,5 años y una media de 23,64 años de institucionalización. De ellos, hay 72 pacientes incapacitados civilmente, con una media en el momento de solicitar la incapacidad de 61,1 años, y con un claro predominio de varones (48) frente a mujeres (24). En cuanto a los diagnósticos de los pacientes incapacitados, se encuentra que 43 de los 71 pacientes, presentan un diagnóstico psiquiátrico único, con una predominancia de la Esquizofrenia en sus diversas formas (31 pacientes). El resto, corresponde a Retraso Mental en sus diversos grados (9 casos), Demencias (7 casos) y Miscelánea de causas físicas y psíquicas (7 casos).

CONCLUSIONES:

- 1.- Según este análisis, padecer un TMG y tener edad avanzada se asocian de manera directa con la incapacitación civil. No obstante, ello no implica que toda persona afecta de TMG y/o edad avanzada sea susceptible de ser incapacitada.
- 2.- Se observa, en los casos de mayor gravedad, una mayor necesidad de protección a nivel legal, que tiende a incrementarse con la edad, y que deberá ser evaluada de manera individual en función de las habilidades funcionalidades deficitarias.

11 - EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN COMO FACTOR PREDICTOR DE DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES

G. González Santana⁽¹⁾, E. Acosta Heredia⁽¹⁾, T.R. Hernández Borrero⁽²⁾, J.R. Acosta Sariego⁽³⁾.

(1) Ministerio del Interior de Angola; (2) Policlínico Mario Munoz Monroy; (3) Instituto Superior de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón.

En la población geriátrica coexisten frecuentemente los síntomas cognitivos y depresivos. Sin embargo, es controversial si el deterioro cognitivo y las demencias son causas de depresión; o si por el contrario la depresión debe ser reconocida como pródromo o factor de riesgo para estos. Con el objetivo de evaluar la relación entre la depresión inicial y la progresión a demencia en 5 años en una población de adultos mayores con cognición normal o con deterioro cognitivo sin demencia se realizó un estudio observacional analítico prospectivo donde se reevaluaron 179 pacientes.



Se realizó un examen clínico que incluyó examen físico general, neurológico y psiquiátrico. La función cognitiva se evaluó a través del Mini-Examen del Estado Mental de Folstein (MEM). El estado funcional se evaluó con el Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer. El diagnóstico de depresión se estableció sobre la base de la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y Criterios CIE 10 para Episodio Depresivo. Las quejas de memoria se pesquisaron a través del interrogatorio y las respuestas fueron corroboradas por los informadores confiables.

Se obtuvo como resultado que la demencia se presentó en 31 casos (17.3%), además se diagnosticó deterioro cognitivo sin demencia en el 9.5%. Se apreció que el diagnóstico de depresión al inicio del estudio confería un riesgo para la aparición de demencia en 5 años de 1.4, sin embargo, el intervalo de confianza no fue significativo. Solo la edad mayor de 75 años y los antecedentes de Enfermedad Cerebrovascular mostraron RR e intervalos de confianza significativos con riesgos de 4.01 y 2.19 respectivamente. Se concluyó que era insuficiente la evidencia para sustentar la relación entre la presencia de depresión y la progresión a demencia en la población estudiada.

Palabras clave:

Depresión; demencia; deterioro cognitivo; atención primaria de salud.

12 - VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA EN PROCESOS DE INCAPACITACIÓN

M.J. del Yerro Alvarez, L. Hernandez Arroyo.

Hospital 12 de Octubre

Los profesionales de la psiquiatría reciben con frecuencia solicitudes de valoración de personas para las que se ha solicitado una incapacidad total o parcial. En estas circunstancias, los profesionales no siempre tienen claro qué es lo que se demanda de ellos y suelen responder con un informe clínico estándar. Esta información, de utilidad innegable, no es lo que se demanda desde el Derecho y esto es así porque pacientes con el mismo diagnóstico y tratamiento pueden ser capaces en unos casos e incapaces otros. Se revisan, a continuación, los aspectos considerados relevantes que deben incluirse, lo que habitualmente no se hace, en el informe psiquiátrico.

13 - VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA EN UN PROCESO DE INCAPACITACIÓN. CASO PRÁCTICO

M.J. del Yerro Alvarez, L. Hernandez Arroyo.

Hospital 12 de Octubre

La valoración psiquiátrica previa a la incapacidad de una persona es una práctica clínica habitual, tanto a petición de los profesionales de la Judicatura como de los familiares. Así mismo, debería formar parte de la práctica habitual evaluar cuáles de nuestros pacientes se beneficiarían, o no, de solicitar una incapacidad total o parcial.

Se presenta un caso clínico en el que la solicitud de valoración psiquiátrica se realiza por parte de la Fiscalía de Tutelas e Incapacidades, el proceso de evaluación realizado y las conclusiones y recomendaciones realizadas. En este caso, el paciente, sin antecedentes psiquiátricos y con diagnóstico de linfedema crónico de EEII, había precisado ingresar en múltiples ocasiones en el último año por infecciones de repetición (celulitis en extremidades inferiores) puestas en relación con falta de higiene y no seguimiento de las recomendaciones médicas.

14 - EL SUICIDIO, UN IMPORTANTE PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

R. Hernández Antón ⁽¹⁾, E. Domínguez Álvarez ⁽¹⁾, S. Gómez Sánchez ⁽¹⁾, J.A. Blanco Garrote ⁽¹⁾, J.M. Martínez-Calcerrado Gómez ⁽²⁾, M.V. Villalba Soria ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hospital Clínico Universitario de Valladolid; ⁽²⁾ Instituto Medicina Legal Valladolid.

INTRODUCCIÓN:

El suicidio es el acto de quitarse deliberadamente la propia vida. Según la OMS, más de un millón de personas se suicidan cada año.

OBJETIVOS:

- Comparar datos de intentos autolíticos entre 2013 y 1996 en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- Influencia de la crisis económica en los datos de suicidio.
- Exponer los factores de riesgos.
- Presentar estrategias de prevención.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado un estudio de vigilancia epidemiológica, recogiendo datos descriptivos de intentos autolíticos; utilizando la misma metodología que en el año 1996. Las variantes estudiadas fueron: sexo, edad, día de la semana, mes, residencia, método, situación personal, estudios, situación laboral, creencias religiosas, antecedentes familiares de suicidio, antecedentes familiares psiquiátricos y antecedentes personales psiquiátricos.

RESULTADOS:

- Incremento de la tasa de intentos de suicidio del 27%.
- Distribución por sexos similar, aunque en 2013 se observó una proporción mayor en varones.
- El grupo de adolescentes (10 a 19 años) el porcentaje de mujeres es significativamente mayor que el de varones (20% de mujeres vs 4,5% de varones; $p=0,005$).
- 83,5% tiene un diagnóstico psiquiátrico. Trastorno Depresivo 54,2%.
- Desempleo y problemas económicos destacan como estresores ambientales en 2013.
- El principal método empleado en Valladolid en el ahorcamiento y en segundo lugar la precipitación.

CONCLUSIONES:

- Importancia de las estrategias de prevención primarias, secundarias y terciarias.
- Causa muy importante de mortalidad en el grupo de 15-24 años.
- La mortalidad en la población general ha seguido una tendencia decreciente; pero las tasas de suicidio por 100000 habitantes se han mantenido estables en la última década.

BIBLIOGRAFÍA:

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- Brendel RW, Wei M, Lagomasino IT, Perlis RH, Stern TA. Care of the suicidal patient.



15 - ALTERACIONES PSÍQUICAS COMO CAUSA DE INIMPUTABILIDAD

R. Hernández Antón, S. Gómez Sánchez, I. Sevillano Benito, M.J. García Cantalapiedra, J.A. Blanco Garrote, F. Uribe Ladrón De Cegama.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN:

La imputabilidad requiere 2 elementos: capacidad para comprender lo injusto de un hecho; capacidad de dirigir la actuación conforme a dicho entendimiento.

La psicopatía es una de las entidades más controvertidas en psiquiatría.

OBJETIVOS:

- Explicar conceptos jurídico-penales: imputabilidad, culpabilidad y causas que las excluyen.
- Aclarar la confusión en los aspectos conceptuales y terminológicos de la psicopatía.
- Presentar la utilidad práctica de los criterios diagnósticos de Hare.
- Mostrar la relación ente psicopatía y asesinos en serie.

METODOLOGÍA:

Las perturbaciones psíquicas constituyen las causas de inimputabilidad por excelencia. En la moderna ciencia penal se considera que la persona que padece de algún trastorno mental permanente o transitorio no tiene capacidad de comprender la advertencia preventiva de la norma.

RESULTADOS:

Categorías psiquiátricas que se suelen distinguir:

- Psicosis: esquizofrenia, paranoia y epilepsia.
- Oligofrenias.
- Psicopatías.
- Neurosis.

Labores del psiquiatra en el peritaje:

- Determinar la presencia de un trastorno mental, su entidad, evolución y pronóstico.
- Analizar cómo dicho trastorno altera las capacidades cognitivas y volitivas.
- Poner en relación de causalidad el trastorno con los déficits de capacidades asociados y la conducta delictiva.

Pichot: 3 desarrollos históricos parcialmente relacionados sobre la psicopatía:

- Personalidad anormal = Inadaptación social.
- Degeneración mental = fragilidad de su personalidad.
- Tipos de personalidades anormales. Excluyen conducta antisocial.

CONCLUSIONES:

- La edad joven y el estado socioeconómico menor contribuyen de manera más importante a los actos violentos de lo que lo hace la enfermedad mental.
- Riesgo de ejercer violencia es mayor por el uso, abuso y dependencia de alcohol y otros tóxicos que por cualquier otro tipo de enfermedad mental.

BIBLIOGRAFÍA:

Fazel S, Grann M. Older criminals: A descriptive study of psychiatrically examined offenders in Sweden. Int J Geriatr.2009.

16 - PSICOPATÍA, LA MÁSCARA DE LA CORDURA

R. Hernández Antón, C. Noval Canga, H. De La Red Gallego, J.A. Blanco Garrote, A. Álvarez Astorga, F. Uribe Ladrón De Cegama

Hospital Clínico Universitario Valladolid

INTRODUCCIÓN:

La psicopatía es una de las entidades más controvertidas en Psiquiatría. Los sentidos con los que se ha empleado son muy diversos.

Mir Puig (Derecho Penal, 593, 2002): La psicopatía no es una enfermedad mental, sino una manifestación de la personalidad del sujeto, que no altera su inteligencia ni voluntad, sino su afectividad, por lo que es comprensible que sea la anomalía que presenta los problemas jurídicos penales más graves.

OBJETIVOS:

- Aclarar la confusión en los aspectos conceptuales y terminológicos de la psicopatía.
- Presentar los tres desarrollos históricos, según Pichot.
- Exponer las aproximaciones diagnósticas actuales: DSM-IV, CIE-10 y PCL-R.

METODOLOGÍA:

A mayor puntuación del PCL-R:

- mayor precocidad de la 1ª detención y de reincidencia.
- mayor tiempo en prisión y más condenas por tiempo de libertad.
- Mayor frecuencia de utilización de armas.
- Desarrollo histórico:
 - 1ª aproximación: Pinel, Francia, s. XIX. Manie sans délire. Pritchard, Inglaterra, 1835. Locura moral. Mental Deficiency Act, Reino Unido.
 - 2ª aproximación: Idea de fragilidad (Morel y Magnan).
 - 3ª aproximación: Kurt Scheneider, Personalidades psicopáticas, 1923

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

- La psicopatía es una forma de manía sin déficit en las facultades cognitivas, pero con un severo daño en la capacidad afectiva. Síntomas interpersonales + afectivos + conductuales.
- No sólo se encuentran en las prisiones, también roles muy respetados.
- Elevado riesgo de violencia y reincidencia delictiva.
- PCL-R (Hare): utilidad práctica en los ámbitos judicial y penitenciario.
- tres tipos de personalidad mixto más agresivas: antisocial-paranoide, antisocial-narcisista; antisocial-histrionico.
- Los programas de psicoterapia tienen un efecto contrario al deseado; ayudan a los psicópatas a desarrollar mejor sus habilidades de manipulación y engaño.

BIBLIOGRAFÍA:

Van Dorn R, Swanson J, Elbogen E. A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in stakeholder groups: Perceived likelihood of violence and desire for social distance. 2007



17 - INVOLUNTARIEDAD EN LA UNIDAD DE AGUDOS

G. Salazar De Pablo, M.S. Olmeda García.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Revisamos la historia clínica de 161 pacientes ingresados en contra de su voluntad en nuestra UHB. Descartamos los ingresos de pacientes adolescentes, todos ellos ingresados de manera involuntaria por protocolo y analizamos a los 81 pacientes restantes. Comparamos la duración media de ingreso con los 287 pacientes ingresados en el mismo periodo de tiempo de manera voluntaria mediante la "T de Student para muestras independientes".

RESULTADOS:

Al menos un 84% de los pacientes que son ingresados involuntariamente, lo son desde la Urgencia.

El motivo más frecuente de internamiento involuntario es la descompensación psicótica (44.4%), seguida de alteraciones de conducta (17.3%) e ideación autolítica o riesgo de suicidio (12.3%).

La duración media de los ingresos involuntarios fue de 29.5 días. Si no consideramos a los tres pacientes con un ingreso más prolongado en relación con problemática social y ausencia de un dispositivo adecuado para el alta hospitalaria, la media resultante es de 19.8 días. La duración media de los ingresos voluntarios fue de 13.34 días, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($T=141.2$, $p=0.005$).

Al analizar el diagnóstico recibido al alta, encontramos que los diagnósticos que aparecen con mayor frecuencia son el de Esquizofrenia Paranoide (19.7%) y Psicosis no Especificada (17.3%).

Se revisan otros documentos legales, encontramos pacientes traídos desde comisaría por haber recibido denuncias o por haberse fugado de su ciudad de origen. A su vez encontramos un documento del juzgado de violencia sobre la mujer y otro del juzgado de primera instancia e incapacidades.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los pacientes son ingresados involuntariamente desde la urgencia por sintomatología psicótica y alteraciones de conducta y sin autorización judicial o documento legal que recomiende dicho internamiento.

Es destacable que la duración de los ingresos es significativamente mayor en los pacientes internados involuntariamente, en probable relación con la mayor gravedad de la patología psiquiátrica.

18 - CAPACIDAD PARA CONSENTIR PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN EN UNA POBLACIÓN CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS)

I. Morán Sánchez⁽¹⁾, M. Sánchez⁽²⁾, I. Bello⁽²⁾, B. Aguilera⁽³⁾, M.D. Pérez Cárceles⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ CSM Cartagena; ⁽²⁾ CAD Cartagena; ⁽³⁾ CAP Isaac Peral; ⁽⁴⁾ Universidad de Murcia.

INTRODUCCIÓN:

Las legislaciones nacionales e internacionales establecen el consentimiento informado como un requisito básico de garantía para el ejercicio de la autonomía en las decisiones de las personas y para la protección de los sujetos potencialmente vulnerables. Los pacientes con TUS pueden tener deteriorada la capacidad para tomar decisiones, sin embargo, muy pocos estudios se han centrado en su valoración.

OBJETIVOS:

Evaluar la capacidad decisional para consentir participar en una investigación en sujetos con TUS y determinar si realmente constituyen poblaciones vulnerables a la hora de decidir participar en una investigación

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se comparó una población de 53 personas en tratamiento ambulatorio por consumo de alcohol, cannabis y/o cocaína con una muestra control de 50 sujetos de un centro de atención primaria en un estudio transversal. Utilizamos la versión española de la MacArthur Competence Assessment Tool for Consent Research (MacCAT–CR) y una entrevista clínica para catalogar a los sujetos como capaces o incapaces.

RESULTADOS:

Los controles obtuvieron los mejores resultados en la escala MacCAT–CR, y la población adicta los peores, sobre todo en las dimensiones de comprensión y apreciación. Un 32.7% de la población con TUS carecía de capacidad para consentir ser investigada. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre población clínica y control en términos de capacidad decisional.

CONCLUSIONES:

Una proporción sustancial de pacientes en tratamiento por TUS (67.3%) fue capaz de consentir participar en la investigación. No podemos presuponer incapacidad en población adicta basándonos solamente en el diagnóstico: en ausencia de abstinencia o intoxicación aguda debemos asumir que tienen intacta su capacidad decisional. Por lo tanto, la hipótesis de que una persona con TUS tiene siempre mermadas sus habilidades para la toma de decisiones es infundada y estigmatizante.

19 - VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD PARA CONSENTIR PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN EN UNA MUESTRA AMBULATORIA DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

I. Morán Sánchez⁽¹⁾, M. Raposo⁽¹⁾, J.B. Murcia⁽¹⁾, M.D. Pérez Cárceles⁽²⁾.

⁽¹⁾ CSM Cartagena; ⁽²⁾ Universidad de Murcia.

INTRODUCCIÓN:

La valoración de la capacidad es un elemento esencial para que un consentimiento informado sea realmente válido y resulta una tarea compleja especialmente en poblaciones potencialmente vulnerables. En los últimos años ha surgido un creciente interés por desarrollar instrumentos de evaluación de la capacidad. La herramienta más utilizada a nivel internacional es la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Consent Research (MacCAT–CR), recientemente validada al español.

OBJETIVOS:

Evaluar la asociación entre la capacidad para consentir participar en una investigación y diferentes trastornos psiquiátricos. Describir indicadores de limitación en la capacidad decisional en los distintos grupos diagnósticos mediante un estudio transversal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se entrevistaron 139 pacientes ambulatorios derivados de forma consecutiva con diagnósticos de trastorno ansioso, afectivo o psicótico según el *DSM-IV TR* y se emitió un juicio de capacidad /incapacidad basándonos en la MacCAT–CR y en una entrevista clínica.

RESULTADOS:

Los pacientes con trastorno ansioso tuvieron la mejor puntuación en la escala MacCAT–CR y los pacientes con trastorno psicótico la peor. El deterioro cognitivo y el nivel de funcionamiento global fueron los mejores predictores de las puntuaciones de la entrevista



MacCAT-CR. Un 30.6% de los participantes carecía de capacidad para consentir participar en la investigación. Las puntuaciones en las dimensiones de comprensión y razonamiento fueron los factores que más se asociaron con falta de capacidad.

CONCLUSIONES:

No se pueden emitir juicios definitivos respecto a la capacidad decisional basándonos solamente en el diagnóstico. Encontramos varios factores de riesgo a tener en cuenta para decidir qué poblaciones necesitarían una valoración de la capacidad más exhaustiva. Las cuestiones que examinamos en este trabajo no son exclusivas de las personas con trastornos psiquiátricos. Obviar esta cuestión tiene el riesgo de fomentar la estigmatización de las personas con trastorno mental.

20 - EL USO DE MEDICAMENTOS OFF-LABEL (FUERA DE FICHA TÉCNICA) EN PSIQUIATRÍA

A. García Pérez, J.R. Russo De León, N. López Imbernon, M.J. Sánchez López, M. Roca Carles, M.T. Izquierdo Ros.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

Procesando los datos de las altas de un año recogimos lo siguiente: diagnóstico principal de los pacientes dados de alta habiéndose pautado tratamiento antipsicótico de larga duración. Resultados: Esquizofrenia (52.22%), T. Por Ideas Delirantes Persistentes y T. Esquizoafectivo (12.22% cada uno), T. Personalidad (11.11%), T. Bipolar (3,33%), otros (6.66%)

Esto nos hizo plantearnos el uso de fármacos "Off-label", es decir, fuera de ficha técnica.

El RD 1015/2009 sobre disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales ordena y organiza el acceso a medicamentos en investigación (**uso compasivo**), la tramitación de los usos **off-label** y de **medicación extranjera**.

El uso de medicamentos off-label se limitará a situaciones sin alternativas terapéuticas autorizadas. Por ejemplo: Trastorno de personalidad límite, retraso mental con alteraciones de conducta o trastorno obsesivo compulsivo severo.

Se deberá justificar en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento, obtener un consentimiento informado por escrito tras informar al paciente, y respetar las restricciones que pudieran estar establecidas en ficha técnica.

Este uso de fármacos cae dentro de la práctica clínica, por tanto, en la responsabilidad del médico prescriptor.

En un estudio realizado en España se objetivó un uso de APS "fuera de indicación" del 32.8%.

Esto puede ocasionar, si no existe suficiente control, un uso creciente de medicamentos fuera de ficha técnica sin el suficiente aval científico que origine una disminución de la calidad de la asistencia.

BIBLIOGRAFÍA:

Montejo AL, Majadas S, Mayoral F, et al. Análisis de los patrones de prescripción de antipsicóticos en psiquiatría. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34(5):323-329

Medrano J, Pacheco L, Zardoya MJ. Uso no autorizado de psicofármacos. El nuevo Real Decreto 1015/2009. *Norte de Salud Mental* 2009; 35: 79-88

Boletín Oficial del Estado: Real Decreto 1015/2009

Blanco Reina E. Disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales: uso compasivo y usos off-label. *Actualidad en farmacología y terapéutica*. 2012; 10(1):43-49

21 - ENTREGA DE DATOS SANITARIOS A TERCEROS. SUPUESTO DE MENORES DE PADRES DIVORCIADOS/SEPARADOS

M. Macías Sánchez ⁽¹⁾, E. Flordelis Lasierra ⁽²⁾, J.A. Sánchez García ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hospital Provincial de Málaga; ⁽²⁾ Hospital Regional de Malaga.

INTRODUCCIÓN:

En los servicios sanitarios cada vez es más frecuente encontrarnos ante casos donde uno de los progenitores solicita información clínica sobre un hijo sin conocimiento del otro. Esto en la mayoría de las ocasiones nos pone en la disyuntiva de cómo proceder desde el punto de vista legal.

METODOLOGÍA:

Revisión del marco legal pertinente.

DISCUSIÓN:

A la hora de realizar una evaluación de la situación habrá que en primer lugar tener en cuenta la edad del menor en cuestión. La Propia Agencia de Protección de Datos (informe 409/2004), señala que “si el padre o madre de un mayor de 14 años acude a un centro sanitario solicitando un informe de analítica o cualquier dato incorporado a la historia clínica de su hijo, sin constar autorización alguna de éste, no sería aplicable lo establecido en el artículo 18.2 de la Ley 41/2002, por lo que no debería procederse a la entrega”. Una vez evaluado este punto habrá que conocer con exactitud qué progenitor ostenta la patria potestad del menor.

CONCLUSIONES:

En el caso de progenitores divorciados a los que no se les ha otorgado la custodia, pero que sí mantienen la patria potestad, tendrían ambos el mismo derecho al acceso a los datos de la historia clínica del hijo, siempre y cuando en la resolución judicial de separación o divorcio no se haya establecido expresamente otra medida.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
2. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal
3. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

22 - INCAPACITACIÓN CIVIL EN CENTRO RESIDENCIAL ASISTIDO PARA ENFERMOS MENTALES: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

M.D.C. Núñez Melón ⁽¹⁾, C. Gradin Purroy ⁽²⁾, S. Chivite Lasheras ⁽³⁾.

⁽¹⁾ Red de Salud Mental Navarra; ⁽²⁾ Hospital de Día Psicogeriátrico de Salud Mental; ⁽³⁾ CSM Buztintxuri.

INTRODUCCIÓN:

El artículo 200 del Código Civil afirma que “son causas de incapacidad enfermedades o deficiencias de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma”.

OBJETIVOS:

Conocer los procesos de incapacidad civil en el Hospital Psicogeriátrico San Francisco Javier, y su relación con los datos sociodemográficos más relevantes: edad, sexo, edad de incapacidad y tutela legal. Dicho Hospital se compone de dos pabellones residenciales y dos pabellones psicogeriátricos, que albergan a pacientes con Trastorno Mental Grave y Demencia.



RESULTADOS:

Sobre un total de 128 pacientes, hay 72 sentencias firmes de incapacitación civil (56%). De ellas, 48 corresponden a varones y 24 a mujeres. El 75% de los incapacitados, son solteros. La edad media a la que fueron incapacitados es de 61,1 años. La tutela legal es asumida por la Fundación Tutelar local en 30 casos (23%), el resto, corresponde a los familiares. No disponemos de datos sobre el nivel educativo.

CONCLUSIONES:

- 1.- La enfermedad mental grave constituye una de las principales causas en los procesos de incapacitación civil, debido a su naturaleza irreversible y permanente.
- 2.- Una adecuada valoración de supuesta incapacidad civil, requiere hechos probados en cuanto a enfermedad del presunto incapaz que se concreten en diagnóstico, curso y déficits funcionales esto es, vida independiente, económico-administrativa, salud y transporte ante las exigencias del ambiente.
- 3.- En el momento actual, el dictamen médico pericial, se basa en una aproximación clínico funcional, esto es, concretar el estado de las habilidades funcionales específicas del área objetivada. Por tanto, no es suficiente padecer enfermedad o deficiencia, sino el grado de relevancia de la misma a los efectos de la pretendida incapacitación.

23 - ENTREGA DE DATOS SANITARIOS A TERCEROS. PETICIÓN POR FAMILIARES DE UN FALLECIDO

M. Macías Sánchez, E. Flordelis Lasierra, J.A. Sanchez Garcia

Hospital Regional de Malaga

INTRODUCCIÓN:

En los servicios sanitarios no es infrecuente encontrarnos ante casos donde se nos solicita información de un paciente ya fallecido por parte de familiares. Esto en la mayoría de las ocasiones nos pone en la disyuntiva de cómo proceder desde el punto de vista legal.

METODOLOGÍA:

Revisión del marco legal pertinente.

DISCUSIÓN:

Si bien la Ley 41/2002 en su artículo 18.4 hace mención al respecto “sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite”, no se hace especificación sobre el grado de vinculación requerido. La AEPD en su informe jurídico 171/2008 hace referencia para solventar tal cuestión al artículo 4 de la Ley Orgánica 1/1982.

CONCLUSIONES:

La AEPD concluye que “el acceso se debería restringir al cónyuge o personas vinculadas con el fallecido por una relación de hecho similar, ascendientes y descendientes, así como las personas que hubieran sido designadas por el fallecido para ejercer las acciones a las que se refiere la Ley orgánica 1/1982 y, en última instancia, sus herederos que además se encontrasen vinculados a aquel por relaciones familiares o de hecho análogas a la familiar”.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
2. Ley Orgánica 1/2008, de 5 de Mayo.
3. AEPD. Informe jurídico 171/2008.

24 - CONSECUENCIAS LEGALES POR NO ATENDER ADECUADAMENTE AL PACIENTE SUICIDA REITERATIVO

E. Moral Zafra ⁽¹⁾, B. Llor Esteban ⁽²⁾, J.A. Jiménez Barbero ⁽²⁾, J.A. Ruiz Hernández ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia; ⁽²⁾ Universidad de Murcia.

OBJETIVO 1:

¿Qué hacer en el Servicio de Urgencias con personas con una conducta suicida reiterada?

Las personas con conducta suicida reiterada, pueden provocar actitudes negativas y equivocadas en el personal sanitario que dificulten el correcto manejo de dicha conducta.

La actitud del personal sanitario, puede verse comprometida por ciertos pacientes, que para obtener algún beneficio, aducen ideas de suicidio o amenazan directamente con suicidarse si no se hace lo que piden. Son situaciones delicadas que desafían la pericia del profesional, cuyo riesgo puede ser subestimado y, además, evitar el refuerzo de una conducta disfuncional, con su consiguiente reiteración.

En cualquier caso, toda ideación o conducta suicida en el Servicio de Urgencias debe ser valorado por parte del personal sanitario especializado. En caso contrario, incurriremos en una imprudencia profesional. El Código Penal recoge los delitos en los que se origina un daño, sin intención, pero cuyo resultado puede evitarse ó debió ser previsto.

OBJETIVO 2:

¿Qué se entiende por imprudencia profesional sanitaria?

Nuestro Código Penal tipifica el delito de imprudencia en su ART.142 punto 1º, expresándose en los siguientes términos: “El que por imprudencia grave causare la muerte de otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de 1 a 4 años”. En el punto 3º del referido artículo se matiza lo siguiente: “cuando el homicidio fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá, además, la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de 3 a 6 años”. Al abandonar el hospital, el paciente debería recibir por escrito, tanto el plan de tratamiento y seguimiento en la unidad salud mental, como aquella INFORMACIÓN necesaria acerca de cómo recibir ayuda futura.

25 - SUICIDIO, INTENTOS DE SUICIDIO EN EL ÁREA II DE VALLADOLID

S. Gómez Sánchez, E. Dominguez, R. Hernández, C. Noval, I. Sevillano, J.A. Blanco Garrote.

HCUV

INTRODUCCIÓN:

El suicidio está entre las 10 primeras causas de muerte en el mundo. Según la OMS la tasa anual de mortalidad es 16:100.000. La tasa de suicidio ha aumentado un 45% a nivel mundial y un 60% en España en los últimos 50 años.

OBJETIVOS:

Se expondrá:

- La magnitud del Problema
- Las características de la conducta suicida
- Los factores de Riesgo a Efecto Werther
- Los factores Protectores
- Presentar estudio sobre los intentos autolíticos en HCUV de Julio a Diciembre de 2013.
- Exponer datos de suicidios consumados en Valladolid en 2013.



MATERIAL Y MÉTODO:

En el estudio se recogieron los datos de intentos autolíticos atendidos en el HCUV en 6 meses. Se hizo una historia estructurada a cada paciente, recogiendo la edad, situación personal, convivencia, los estudios, la situación laboral, la residencia (urbana, semiurbana ó rural), las creencias religiosas, el día de la semana, los antecedentes familiares, antecedentes personales orgánicos y psiquiátricos, intentos autolíticos previos, acontecimientos en los últimos tres meses, en la última semana, el método y la actividad médica realizada.

El segundo estudio recogió los datos de los suicidios consumados en 2013, se recogió la edad, el sexo, el mes del año, la residencia y el método.

CONCLUSIONES:

El primer estudio muestra que la edad media son los 43 años, que el 42.2% están casados, el 41.3% vivía con familia propia, el 33% estudios primarios, el 27,3% están parados y otros datos que se expondrán a través de gráficas. Comparando con un estudio de 1996/97 se ve un aumento del 27% en la tasa de intentos de suicidio.

Del segundo estudio se concluye que el suicidio consumado es más frecuente en varones, en los meses de invierno, en el medio rural y que el método más usado es el ahorcamiento.

26 - ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE INTERNAMIENTOS INVOLUNTARIOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, MURCIA. ENERO-MAYO 2015

J.R. Russo De Leon, M. Ruiz Velasco, A. García Perez, N. Lopéz Inbernón, M.J. Sanchez López, M.T. Izquierdo Ros.

Hospital Univeritario Reina Sofia, Murcia

INTRODUCCIÓN:

Dentro de la psiquiatría forense los internamientos involuntarios, son sin duda, el tema que mayor polémica suscita en el día a día de las urgencias psiquiátricas. En este tipo de internamientos se plantea la cuestión de si los pacientes representan un riesgo para sí mismo u otros. Existen tres tipos: civiles, penales y forzosos.

OBJETIVOS:

Determinar la prevalencia de ingresos involuntarios en el periodo determinado del estudio, las características socio demográficos de los pacientes implicados y aclarar cuáles son las condiciones que nos permiten, de acuerdo con las leyes establecidas, realizar este tipo de internamientos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio retrospectivo, donde se recogen datos de todos los ingresos involuntarios que se produjeron en el Servicio de Psiquiatría del Hospital durante un periodo de cinco meses (N=71). Se analizaron los datos socio demográficos, clínicos y las diferencias en el perfil psicopatológico según el sexo.

RESULTADOS:

Destaca el predominio de pacientes solteros en la cuarta década de la vida con antecedentes psiquiátricos previos. En cuanto al sexo existe un ligero predominio de varones. El motivo más frecuente de consulta fueron las alteraciones de conducta propias de síntomas psicóticos seguidos por la agresividad. Los trastornos del espectro psicótico fueron los más habituales seguido por trastorno esquizoafectivo y el tratamiento más frecuente que recibieron fue con neurolépticos seguido de ansiolíticos. En un alto porcentaje de los pacientes se encontró el uso de sustancias tóxicas como factor desencadenante.

CONCLUSIÓN:

Cuando se plantea proceder a un internamiento involuntario es necesario realizar un análisis detallado de la situación y determinar si se ajusta a la normativa establecida en el país. El internamiento involuntario estaba justificado en los casos expuestos en este estudio. Habiendo provocado una sustancial mejoría en los cuatro psicopatológico: agresividad, síntomas psicóticos.

27 - ¿QUÉ HACER CUANDO UN TMG EN FASE DE ESTABILIZACIÓN CLÍNICA PIDE EL ALTA VOLUNTARIA? VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD MENTAL PARA TOMAR DE DECISIONES: RECHAZAR SEGUIMIENTO AMBULATORIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.V. Martí Garnica⁽¹⁾, M.D. Ortega García⁽¹⁾, M.Á. Bernal López⁽¹⁾, S. García Marín⁽¹⁾, M.S. Fernández Guillen⁽²⁾.

⁽¹⁾ Centro de Salud Mental; ⁽²⁾ Hospital Santa Lucía, Murcia

La incapacidad constituye un estado de un individuo que se define por un déficit funcional debido a una enfermedad mental, retraso mental u otros trastornos mentales, considerado como suficientemente grande para que la persona en ese momento no pueda satisfacer las demandas en la toma de decisiones de una determinada situación, sopesadas a la luz de sus consecuencias potenciales.

Los dos valores subyacentes en la capacidad son la beneficencia y la autonomía, en tensión uno con el otro. Se sospecha incapacidad cuando falta las habilidades debida a cambios transitorios o permanentes en el estado mental, cuando hay historia de deterioro cognitivo, comportamiento anormal, rechazo a un tratamiento que está claramente indicado, aceptación de procedimientos muy invasivos, molestos o peligrosos con excesiva facilidad, aparentemente sin ponderar riesgos o preocupación manifiesta por parte de los familiares o personas cercanas.

Una persona para tomar una decisión, en un momento oportuno debe:

Comprender y retener la información relevante, durante el tiempo suficiente, para utilizarla en la toma de decisiones.

Apreciar la significación de la información para aplicarla en su propia situación.

Razonar adecuada la información de la dispone.

Expresar la decisión tomada, por cualquier medio.

Cuando una persona incumple una o más partes de esta prueba, entonces no tiene la capacidad pertinente y la prueba global es negativa.

¿Por ello hay que declarar incapaz para la toma de decisiones? o ¿Se pueden plantear estrategias alternativas como trabajar la relación terapéutica para asegurar el seguimiento ambulatorio?

28 - FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN SOBRE LA INVOLUNTARIEDAD DEL INGRESO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL

A. Jiménez Bidón, M. Sevilla Fernández, C. Jiménez Casado.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

La decisión de solicitar internamiento involuntario en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) constituye uno de los dilemas fundamentales en Psiquiatría Legal. No siempre el carácter de involuntariedad del ingreso depende exclusivamente de la clínica psicopatológica, sino que en bastantes ocasiones parece mediado por la falta de recursos de apoyo y contención sociofamiliares adecuados.



OBJETIVO:

1. Analizar los criterios que influyen en la decisión de solicitar el ingreso de carácter involuntario en una UHSM.
2. Identificar cuáles de estos criterios tienen más importancia en la práctica psiquiátrica.
3. Testar si la falta de apoyo/contención sociofamiliar influye en la decisión final.

MÉTODO:

Contamos con una muestra de 306 pacientes que ingresaron desde el 1 enero al 31 de junio de 2015 en la UHSM Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. De estos paciente, 100 ingresaron con carácter involuntario.

La variables analizadas fueron: sexo, hora del ingreso, edad, motivo de ingreso, diagnóstico al alta, riesgo de auto/heteroagresividad, conciencia de enfermedad, adherencia terapéutica, soporte sociofamiliar, años de evolución, ingresos en el año, total de ingresos y situación legal.

RESULTADOS:

Algunos de los resultados obtenidos hasta el momento, en el grupo de personas ingresadas involuntariamente son los siguientes: la franja de edad más frecuente fue de los 18-45 años (50%), con predominancia de hombres (65%), en la franja horaria de la mañana (42%), el diagnóstico prevalente fue Trastorno psicótico (seguido de Trastorno Bipolar, Trastorno de Personalidad con riesgo autolítico y discapacidad mental), la demanda de asistencia sanitaria partió de familiares en un 38%, siendo la mayoría reingresos (57%) y capacitados legalmente (78%).

Se continúa analizando el resto de variables.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los ingresos involuntarios corresponde a varones jóvenes, legalmente capacitados, con sintomatología psicótica, de pocos años de evolución y sin apoyo sociofamiliar o grave riesgo de pérdida del mismo.

29 - ENFERMEDAD MENTAL TRANSGENERACIONAL ¿QUÉ HACER CON EL PACIENTE NO IDENTIFICADO? CUANDO EL TMG AFECTA AL CUIDADOR. A PROPÓSITO DE UN CASO. TMG FAMILIAR ¿POR DÓNDE EMPEZAR?

M.V. Martí Garnica ⁽¹⁾, M.D. Ortega García ⁽¹⁾, S. García Marín ⁽¹⁾, M.S. Fernández Guillén ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Centro de Salud Mental; ⁽²⁾ Hospital Santa Lucía, Murcia

Los profesionales que trabajamos con personas con enfermedad mental no debemos olvidar a la familia como primera fuente de cuidados. La familia acompaña, apoya, detecta, informa y recibe la información necesaria para la continuidad del cuidado del paciente, convirtiéndose muchas veces en el canal a través del cual fluye la comunicación con el enfermo, especialmente en períodos de descompensación. Es por ello que tanto la salud como el bienestar general de la misma han de ser objetivo y parte del cuidado tanto como el propio paciente, con el objeto de prevenir el agotamiento e incluso la claudicación familiar⁽¹⁾.

Las familias de personas diagnosticadas de esquizofrenia han sido estudiadas desde diferentes perspectivas teóricas que las han situado en diferentes posiciones. Han pasado de ser consideradas, en la década de los cincuenta del siglo XX, causantes de la enfermedad por alteraciones que se producían en su seno, a ser, en la actualidad, un "recurso" rehabilitador fundamental ⁽²⁾. Sin embargo, ¿qué podemos hacer cuando en una consulta en CSM se objetiva que el cuidador del paciente es un TMG?

Se decide la presentación de un caso clínico diagnosticado de TMG destacando a lo largo del desarrollo psicopatológico, la presencia del posible TMG de la cuidadora del paciente. Se analizan las intervenciones terapéuticas llevadas a cabo, las limitaciones en las mismas así como las posibles intervenciones futuras (legales/terapéuticas).

30 - ¿SE EXPLICITAN EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE LAS RAZONES POR LAS CUALES ES INGRESADO INVOLUNTARIAMENTE EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL?

M. Sevilla Fernández, A. Jiménez Bidón, C. Jiménez Casado.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

La decisión de solicitar internamiento involuntario en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) constituye uno de los dilemas fundamentales en Psiquiatría Legal. En la práctica psiquiátrica no siempre se suelen explicitar las razones de esta decisión en la historia clínica (aunque se justifiquen en el documento de solicitud de autorización judicial).

OBJETIVO:

1. Analizar los criterios que justifican la decisión de solicitar el ingreso de carácter involuntario en una UHSM, según la solicitud de autorización de ingreso involuntario remitida al Juzgado.
2. Revisar si los motivos para solicitar el carácter de involuntariedad del ingreso se incluyen en la historia clínica del paciente.
3. Comprobar si existe correlación entre ambos contextos documentales.

MÉTODO:

Contamos con una muestra 100 personas que ingresaron con carácter involuntario en la UHSM del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla desde el 1 enero al 31 de junio del 2015.

Se revisaron los informes de alta de urgencias y anamnesis de ingreso, y las solicitudes al Juzgado para autorización de ingreso involuntario de todas ellas.

Se analizaron el motivo de ingreso, la situación legal y las razones aducidas para solicitar la involuntariedad, y se revisó si éstas se incluyeron (completa o parcialmente) en la historia clínica.

RESULTADOS:

Algunos de los resultados obtenidos hasta el momento son: el juicio clínico al ingreso prevalente fue Trastorno psicótico (seguido de Trastorno Bipolar, Trastorno de Personalidad con riesgo autolítico y Discapacidad mental). Una cuarta parte de los pacientes están incapacitados legalmente.

Actualmente se continúa analizando la correlación entre la historia clínica y la solicitud de autorización judicial.

CONCLUSIONES:

A falta de concluir análisis comparativo, los resultados preliminares orientan a que en la mayoría de las historias clínicas no se explicitan (o se hace parcialmente) los motivos por los que se decide el carácter involuntario del ingreso.

31 - EL MINI-MENTAL NO SIEMPRE ESTÁ INDICADO PARA EVALUAR LA CAPACIDAD MENTAL PARA RECHAZAR TRATAMIENTO

I. Álvarez Marrodán⁽¹⁾, M.V. Martí Garnica⁽²⁾, B.S. Baón Pérez⁽³⁾, M. Navío Acosta⁽⁴⁾, E.J. Verdura Vizcaino⁽⁵⁾, T. Ventura Faci⁽⁶⁾.

⁽¹⁾ Hospital de Día de Adultos; ⁽²⁾ Centro de Salud Mental; ⁽³⁾ Oficina de atención al paciente; ⁽⁴⁾ Oficina Regional de Salud Mental; ⁽⁵⁾ Servicio de Psiquiatría; ⁽⁶⁾ Hospital Lozano Blesa.

OBJETIVO:

Los autores examinaron la asociación entre deterioro cognitivo y la capacidad mental para rechazar tratamiento.

MÉTODO:

Escogieron una muestra de 160 personas (80 pacientes de medicina general, 40 pacientes psiquiátricos y 40 personas sanas



como controles). Se utilizó el MacCAT-T, el Mini-Mental State Examination (MMSE) y como Gold Standard de Capacidad Mental se empleó el criterio clínico de psiquiatras expertos.

RESULTADOS:

11 de los pacientes psiquiátricos (27.5%) fueron considerados incapaces y 14 de los pacientes de medicina general (17.5%) ($p < .003$). Los pacientes de medicina general que eran incapaces obtuvieron puntuaciones inferiores (MMSE=19.2) a aquellos que fueron declarados capaces (MMSE=27.2). Igualmente, los pacientes psiquiátricos que eran incapaces obtuvieron puntuaciones inferiores (MMSE=26.3) a aquellos que tuvieron capacidad (MMSE=29). En ambos casos, las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < .001$). Sin embargo los pacientes psiquiátricos que eran incapaces obtuvieron puntuaciones por encima del punto de corte de deterioro cognitivo (MMSE ≤ 23). Analizando la relación entre la puntuación media global del Mini-Mental y la puntuación media en cada apartado de la entrevista MacCAT-T, se obtuvieron las siguientes correlaciones de Pearson: comprensión = .731 ($p < .001$), apreciación = .254 ($p = .001$), razonamiento = .592 ($p < .001$) y expresión de una decisión = .460 ($p < .001$).

CONCLUSIONES:

El deterioro cognitivo evaluado con el Mini-Mental está asociado con la capacidad mental en grupos de edad avanzada pero la incapacidad también pueden encontrarse en pacientes sin deterioro cognitivo y con puntuaciones en el Mini-Mental dentro de la normalidad como el caso de los pacientes psiquiátricos. El Mini-Mental se puede emplear como herramienta de screening para detectar deterioro cognitivo, pero no debería de utilizarse, por sí solo, para evaluar la capacidad mental de los pacientes psiquiátricos.

32 - “TEMO QUE MI HIJO ME HAGA DAÑO PERO NO QUIERO INGRESARLO”: UN CASO DE INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO URGENTE EN PACIENTE INCAPACITADO, CUYO TUTOR SE NIEGA AL INGRESO

M.T. Mongay Elola, Z. González Vega, S. Sanz Llorente, S. Jiménez Motilla.

Hospital Obispo Polanco

El cambio jurídico de los enfermos mentales en España se produce con la Ley General de Sanidad (1986). Dentro de la problemática en este ámbito, los internamientos Involuntarios son uno de los temas de mayor polémica; en el caso de los enfermos tutelados hay que matizar algunos aspectos. Se presenta el caso de paciente varón de 52 años con retraso mental leve, traído a urgencias por su madre, que es su tutora legal, tras episodio de alteración conductual con agresión a ésta y amenazas de autolisis con arma cortante. En la exploración psicopatológica se aprecia una descompensación psicótica que hace necesario un ingreso urgente en el Servicio de Psiquiatría. Tanto el paciente como su madre se niegan a éste. El internamiento forzoso de un enfermo mental es una actuación sanitaria tendente a la recuperación de la salud y reinserción social, que por afectar a un derecho fundamental de la persona se somete a la garantía judicial (artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC)).

Éste recoge la necesidad de comunicar el internamiento involuntario al Juez, en menos de 24 horas, obteniendo la aprobación en menos de 72 horas. Gran relevancia, conocer, para los profesionales de la Salud Mental, que el representante legal no tiene capacidad para internar al tutelado, prevaleciendo el criterio médico. Al alta hospitalaria, ésta debe ponerse en conocimiento del juzgado. La decisión de proceder al ingreso forzoso de un enfermo mental involucra, no sólo al paciente, también a la familia y a la autoridad judicial, siendo un proceso no exenta de conflictos por la presión familiar o porque determinan situaciones comprometidas entre el criterio médico y el judicial. El psiquiatra, debe actuar según su mejor criterio clínico, tomar siempre las precauciones debidas, cumplir los requisitos legales y tener siempre como objetivo el mayor beneficio del paciente.

33 - “PERO YO QUIERO QUE MI HIJA INGRESE”: UN CASO SOBRE EL INTERNAMIENTO DE UNA MENOR EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN INFANTO-JUVENIL”

M.T. Mongay Elola, S. Sanz Llorente, Z. González Vega, S. Jiménez Motilla.

Hospital Obispo Polanco, Teruel

Aproximadamente un 1% de los menores con un trastorno mental severo precisarán un ingreso en psiquiatría. Las causas más frecuentes son: desórdenes de la conducta alimentaria, trastornos de adaptación, episodios psicóticos o conductas suicidas, entre otros. Se presenta el caso de una menor de 12 años con un primer episodio psicótico. Es traída por sus padres a urgencias por una agresión hacia estos. Últimamente tiene “cambios de humor repentinos”. Además ha disminuido significativamente las horas de sueño, sin embargo tiene una energía excesiva. Refiere que no necesita estudiar porque es capaz de descifrar mensajes que los autores de los libros han escrito para ella. Las pruebas toxicológicas y orgánicas dan resultado negativo. Se procede al ingreso dado que el episodio es de tal gravedad que está alterando el funcionamiento de la paciente; el régimen hospitalario es adecuado para estudio y tratamiento y no se puede descartar riesgo auto o heteroagresivo. Los padres se muestran de acuerdo. El ingreso de un menor en una unidad hospitalaria psiquiátrica está regulado por la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil artículo 763 y Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor 1/1996, que establecen la obligatoriedad de la autorización judicial, no siendo suficiente con el consentimiento de los titulares de la patria potestad ni del propio menor. En un ingreso urgente es necesario informar al juez en no más de 24 horas, para obtener la autorización en menos de 72 horas tras la valoración, sin embargo, la decisión última acerca de la indicación de ingreso corresponde al médico. Al alta, ésta debe ponerse en conocimiento del juzgado. Es de gran relevancia conocer las peculiaridades del internamiento en unidades de Salud Mental infanto-juvenil debiendo garantizar un tratamiento precoz y especializado, basándose en una legislación que prime por los derechos de un colectivo vulnerable que requiere mayor protección.

34 - “QUIERO QUE MI MUJER ABORTE PARA PODER RECUPERARLA”

Z. González Vega, S. Sanz Llorente, M.T. Mongay Elola, S. Jimenez Motilla, E. Esteban, L. Pereyra Grustán.

Hospital Obispo Polanco, Teruel

El aborto es uno de los temas más controvertidos a lo largo de la historia, considerado desde un acto criminal hasta una opción personal de cada mujer, dependiendo del marco político y legislativo vigente en cada país. Implica un conflicto básico entre la autonomía y libertad de la madre y el derecho de la vida que está en gestación.

Se plantea el caso de una mujer de 37 años de edad, casada, madre de una hija de 7 años. Diagnosticada de Trastorno Afectivo Bipolar I desde 1997. Ha presentado un único ingreso en UCE por descompensación de su patología de base en el postparto, debido al abandono voluntario del tratamiento por su deseo de lactancia. La paciente ha mantenido la estabilidad clínica hasta julio de 2015 cuando suspende la medicación de forma brusca y voluntaria al conocer su estado de gestación. Aunque no fue un embarazo planeado, previamente a la descompensación, ella expresa a su psiquiatra su deseo de continuar la gestación. Tras varios intentos de control ambulatorio de su clínica hipomaniaca, se decide ingreso en UCE de forma voluntaria dado el desbordamiento familiar.

La limitación farmacológica por riesgo teratogénico provoca un progresivo empeoramiento hasta establecerse un estado maniaco grave. En este contexto, su marido manifiesta insistentemente su disconformidad con la continuación del embarazo alegando que su esposa no está en condiciones de decidir sobre el curso del mismo por su estado clínico actual y su precaria situación económico-social. El seguimiento gineco-obstétrico hasta el momento no objetiva ninguna alteración materno-fetal.



Por tanto, basándonos en la ley 41/2002, del 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente se decide continuar el embarazo, al no existir ninguna de las circunstancias recogidas en la ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo que justifiquen la interrupción del mismo.

35 - "ME NIEGO A DECÍRSELO"

S. Sanz Llorente, Z. Gonzalez, M.T. Mongay Elola.

Hospital Obispo Polanco, Teruel

La relación médico/enfermo se establece sobre una base de mutua confianza. Parte de esa confianza lo constituye la obligación de guardar silencio acerca de aquellas cosas que el paciente comunica al médico sobre su particular situación

No obstante, desde el punto de vista bioético no son completamente absolutos. Se plantea el caso de un paciente varón de 32 años que ingresa de forma voluntaria en la Unidad de Corta Estancia de Psiquiatría para desintoxicación en contexto de un trastorno por consumo de alcohol moderado (F10.20, DSM-V). Tras realizar las exploraciones pertinentes al tratarse de un primer ingreso, la serología arrojó un resultado positivo para VIH. Confirmándose el resultado, se comunica al paciente, no conocedor de su situación. En el momento que se le informa, el paciente dispone de un juicio de realidad conservado así como una capacidad de comprensión adecuada que le hace responsable de sus actos. Los profesionales sanitarios advierten sobre las implicaciones que dicho hallazgo tiene sobre su persona y terceros e instan al paciente a revelar su estado actual a su pareja, mostrando éste su disconformidad. En este punto se plantea un conflicto entre el secreto profesional y la práctica ética en relación a preservar la salud de terceros. Por tanto, basándonos en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal el secreto médico puede ser derogado sólo cuando está en juego un bien mayor, como pueda ser, en este caso, la salud de otras personas (enfermedades infecciosas, por ejemplo). El médico puede revelar lo estrictamente preciso, para evitar males mayores; pero deberá mantener la confidencialidad en lo referente al resto del historial médico.

36 - REVISIÓN DE LAS IMPLICACIONES LEGALES DE LA SIMULACIÓN. A PROPOSITO DE UN CASO

M.D. Ruiz Velasco, A. García Perez, J.R. Russo De León, V. Perez Plaza, N. Lopez Invernón, J. Gil Sanchez.

Hospital General Universitario Reina Sofia, Murcia

OBJETIVOS:

Como detectar un simulador y aspectos legales mediante un caso.

INTRODUCCIÓN:

Varón, 46 años. Antecedentes de consumo de tóxicos y TP Antisocial. Parado, sin ingresos, vive solo. Acude traído por la Policía detenido por robos. Sale con una cuerda liada al cuello, refiriendo "me quiero matar" "me estoy volviendo loco". Lenguaje expansivo, no respondiendo a preguntas concretas o responde con "no sé". Refiere ideas autorreferenciales. Sospechamos simulación para obtener una modificación del ambiente, que resulta beneficiosa a la causa judicial.

La simulación no se considera un trastorno mental. Se define como la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos.

Para sospecharlo: diferencias entre la exploración objetiva y la alteración que explica la persona, falta de cumplimiento terapéutico

o colaboración, presencia de trastorno de personalidad antisocial.

La motivación puede ser: Patogénico: la persona finge síntomas para controlar su enfermedad y obtener una ganancia secundaria. Criminológico: hay cargos criminales y buscan un indulto. Adaptativo: hacer frente a estresores extremos. Prevalencia estimada: 17% exámenes forenses, 7% ámbitos clínicos extraforenses, 20% - 40% ex-combatientes, 5% - 10% TCEs. Las posibles consecuencias de la mala clasificación del paciente (falsos positivos) en términos legales son variadas: Pérdida de empleo, Pérdida de incapacidad, Exclusión de programas sociales, Negación de atención médica o psicológica.

CONCLUSIÓN:

No cumplir criterios diagnósticos para enfermedades médicas no es condición suficiente para catalogar al paciente de simulador. Fingir ciertos síntomas no excluye de psicopatología al paciente. Llegar a la conclusión de simulación requiere establecer inferencias sobre la voluntad y la conciencia del paciente. Necesitamos gran información del paciente para concluir que hay simulación. Al llegar a la conclusión de estar frente a un posible simulador se debe disminuir la posibilidad de obtención de ganancias secundarias (éstas actúan como estímulos reforzadores del cuadro).

37 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA POBLACION QUE ES VALORADA EN UNA CONSULTA PSIQUIÁTRICA DEL CENTRO PENITENCIARIO DE PAMPLONA

M.D.C. Núñez Melón⁽¹⁾, S. Chivite Lasheras⁽²⁾, C. Gradin Purroy⁽³⁾.

(1) Red de Salud Mental de Navarra; (2) CSM Buztintxuri; (3) Hospital de Día Psicogeriátrico de Salud Mental.

INTRODUCCIÓN:

Resulta importante conocer las características sociodemográficas y clínicas de la población que es valorada en la consulta psiquiátrica de un Centro Penitenciario para diseñar intervenciones asistenciales que de una respuesta eficiente a sus demandas y orienten las políticas sociosanitarias en esta población.

OBJETIVOS:

Describir las características sociodemográficas y clínicas de las personas que acuden a la consulta psiquiátrica de un Centro Penitenciario, de cara a identificar posibles factores precipitantes y mantenedores de los trastornos mentales en esta población.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo. La muestra está constituida por 116 pacientes valorados en la consulta psiquiátrica del Centro Penitenciario de Pamplona I durante 16 meses.

RESULTADOS:

Del total de la muestra, 82,8% eran hombres y 17,2% mujeres. De ellos, un 19% eran inmigrantes. En cuanto al nivel educativo, no tenían estudios un 27,4%, tenían estudios básicos un 51,3%, estudios secundarios un 16,8% y un 3,5% estudios universitarios. En cuanto al nivel socioeconómico un 2,8% eran de un nivel socioeconómico medio alto, un 7,3% de nivel medio, un 16,5% de nivel medio-bajo y un 73,4% de nivel bajo. En cuanto al diagnóstico principal (CIE-10), el 0,9% presenta un diagnóstico de F.0x, el 31,9% de F.1x, el 14,6% de F.2x, el 9,4% de F.3x, el 11,2% de F.4x, el 21,5% de F.6x, el 3,4% de F.7x, el 0,9% de F.9x, el 4,3% de Z.

CONCLUSIONES:

El estudio orienta en la existencia de factores socioeconómicos desfavorables que deben tenerse en cuenta a la hora de valorar a los pacientes en el medio penitenciario, de cara a diseñar y aplicar intervenciones que posibiliten una mayor calidad en la atención y prevención y en consecuencia en la rehabilitación y reintegración social futura.



38 - PERFIL DE LOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS RECLUSOS INGRESADOS EN EL MÓDULO PENITENCIARIO DE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

A.M. Candil Cano, M. Zurita Carrasco, J.M. Perea Saenz.

Hospital Universitario Puerto Real

INTRODUCCIÓN/ OBJETIVOS:

Nuestro hospital atiende a una población reclusa formada por 4.154 personas, distribuidos en Puerto I, Puerto II y Puerto III. Hemos observado que nuestra atención a los pacientes reclusos en el ámbito hospitalario es progresivamente mayor, pese a la reducción en 1.4 % de población reclusa total en los últimos dos años.

Se propone como objetivos del estudio describir tres aspectos fundamentales de la población reclusa atendida en el módulo penitenciario del Hospital Universitario Puerto Real, estas son:

- Perfil sociodemográfico.
- Perfil diagnóstico según CIE-10.
- Evolución de la frecuencia de ingresos hospitalarios en los últimos 7 años.

METODOLOGÍA:

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes ingresados en el módulo penitenciario del Hospital Universitario de Puerto Real en el período comprendido de 2008 a junio de 2015 mediante el acceso autorizado a los datos clínicos recogidos en la historia digital a través de la revisión de anamnesis, evoluciones e informes de alta. Se obtiene una muestra total de 29 pacientes. Se registran las principales variables sociodemográficas, clínicas, legales y administrativas. Los resultados se expresarán en frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS:

Se adjuntarán resultados en gráficas y tablas. Entre los resultados registrados destacan:

- Ingresos/ año: (2008-2009): 10%; 2010-2011: 17%, 2012-2013: 28%, 2014-2015: 45%.
- Motivo de ingreso: 65% alteración de conducta, 25% autolesión, 7% ansiedad.
- 6/29 pacientes diagnosticados de T. mixto Personalidad, 4/29 Esquizofrenia, 4/29 T. psicótico agudo.

CONCLUSIONES:

La frecuencia de ingresos hospitalarios de población reclusa en nuestra unidad de hospitalización de salud Mental sigue una tendencia creciente en los últimos 7 años, siendo el motivo de consulta principal las alteraciones de conducta y el diagnóstico más frecuente al alta El trastorno mixto de personalidad.

39 - INGRESO URGENTE INVOLUNTARIO, ¿QUIÉN CONTROLA EL PROCESO?

E. Flordelis Lasierra, F. Orellana Rico, M. Macías Sanchez, J.A. Sanchez García, N. Cantero Rodriguez, M. Mate Moreno.

Hospital Regional Universitario de Málaga

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El internamiento involuntario del paciente psiquiátrico es un tema cuya tramitación genera problemas en la práctica diaria, principalmente en cuanto al traslado y la coordinación con Fuerzas de Seguridad.

Exponemos un caso clínico que evidencia estas dificultades, así como las consecuencias derivadas de una actuación subóptima.

CASO CLÍNICO:

Se expone el caso clínico de un paciente, en situación de arresto domiciliario, que tras acudir solo y fugarse del servicio de Urgencias a la espera de ser trasladado para ingreso involuntario y urgente en psiquiatría, comete un delito de sangre en las horas siguientes a dicha fuga.

El psiquiatra de guardia contacta con la Guardia Civil e informa de la situación del paciente a la espera de la ambulancia para traslado. Tras 2h en el SU el paciente abandona el mismo. Se notifica a Admisión, Seguridad del hospital y Fuerzas del Orden Público.

DISCUSIÓN:

Analizamos puntos clave del caso:

El paciente se encuentra bajo pena de localización permanente (artículo 37 del CP), acude solo y no aporta documentos respecto al carácter de la misma. Suponemos necesidad de custodia.

El traslado para ingreso involuntario, según el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, no debe demorarse. Permanece horas en el SU.

El Tribunal Constitucional declara inconstitucionales los párrafos primero y segundo de dicho artículo, referidos al internamiento involuntario, sin implicar, no obstante, su nulidad, pues ésta crearía un vacío en el Ordenamiento jurídico.

Según los artículos 11.1.b. y 53.1.i. de la Ley Orgánica de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, la Policía deberá prestar el auxilio que, en el desempeño de su labor sanitaria, demande el médico para la contención física y el traslado del enfermo.

Andalucía dispone de una normativa (Resolución 261/2002) que regula el proceso en la atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos.

40 - TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO, A PROPÓSITO DE UN CASO: LA LUCHA CONTRA LOS VAMPIROS

J.R. Russo De León, A. García Perez, R. Vela Garriga, M.J. Sánchez López, E. Moral Zafrá, J. Gil Sánchez

Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN:

El Tratamiento ambulatorio no voluntario (TAI) asegura el cumplimiento terapéutico en pacientes que padecen una enfermedad mental grave y no presentan una consciencia de enfermedad adecuada. Esta medida pretende disminuir el número de recaídas, disminuir los números de reingresos (fenómeno de puerta giratoria), episodios de heteroagresividad y en resumen mejorar la evolución de la enfermedad. Debido a la falta de consenso en España no existe una normativa legal para su aplicación, sin embargo en unas pocas comunidades se aplica dicha medida siguiendo el ejemplo de otros países a nivel mundial que han obtenido resultados exitosos.

METODOLOGÍA:

Presentar la evolución de un caso clínico donde se aplica el TAI en la ciudad de Murcia España. Este caso será evidencia científica en la polémica entre grupos a favor y en contra de la implementación de la misma.

RESULTADOS:

Se trata de un varón de 30 años, soltero Oriundo de Murcia que vive solo en Madrid. Tiene antecedente de un gesto autolítico y sintomatología depresiva sin seguimiento psiquiátrico por rechazo por parte del paciente. Debuta con sintomatología delirante aguda de perjuicio-fantástica: "vampiros y demonios" que quieren perjudicarlo. En un momento dado en un parque experimenta la percepción delirante de que las personas allí presentes "eran vampiros" y se alza con un destornillador contra ellos llegando a herir dos personas y siendo necesaria su reducción por medio de arma de fuego por las autoridades. El juez descarta imputabilidad



y le condena a TAI. Pasado 5 años en TAI el paciente mantiene adherencia terapéutica sin protagonizar episodios de auto/heteroagresividad o ingresos psiquiátricos durante este periodo.

CONCLUSIÓN:

En este caso el tratamiento ambulatorio no voluntario fue efectivo asegurándose la adherencia terapéutica y de esta manera disminuyendo la alta peligrosidad del paciente.

41 - REGISTRO DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS. UN DERECHO DEL USUARIO, ¿UN CONFLICTO ÉTICO PARA EL MÉDICO?

M.I. Iglesias⁽¹⁾, M. Maté⁽²⁾, J. Hernández⁽³⁾.

⁽¹⁾ Hospital Quirón Málaga; ⁽²⁾ Centro ABB Fuengirola; ⁽³⁾ Hospital Regional Universitario de Málaga.

INTRODUCCIÓN:

El Registro de Voluntades Vitales Anticipadas (V.V.A) de Andalucía regulado por la Ley 5/2003 de 9 de octubre de declaración de V.V.A, se crea al amparo de la ley 41/2002 de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente. A pesar de la existencia de dicha Legislación, continúan las dudas acerca de qué hacer en aquellas situaciones en las que las V.V.A de un paciente entran en conflicto con los principios éticos del profesional médico que le asiste.

OBJETIVOS:

Conocer los derechos y obligaciones, del profesional médico, recogidas en la legislación que regula las V.V.A.

Analizar el conocimiento de los médicos, respecto a la declaración de V.V.A

METODOLOGÍA:

Estudio observacional transversal, de una muestra de 78 médicos de la provincia de Málaga, basado en un cuestionario elaborado para este estudio (fig.1). Análisis descriptivo y por frecuencias de las variables recogidas.

RESULTADOS:

En su art. 9 la Ley 5/2003 de 9 de octubre de declaración de V.V.A recoge que el médico que asiste debe consultar si existe en el Registro constancia del otorgamiento de V.V.A y en caso positivo actuará conforme a lo previsto en ella.

El 60 % de los médicos encuestados no han leído el documento de los V.V.A. El 41 % no sabe donde consultarlo. Un 44.9% actuaría conforme a lo dictado por la ley y hasta un 33.8% infringiría la misma.

CONCLUSIONES:

La legislación vigente en Andalucía, obliga al médico a actuar conforme las V.V.A. del paciente, sin incumplir por esto los principios que rigen la práctica médica.

Hay un elevado porcentaje de médicos que desconocen el documento de V.V.A. así como donde localizarlo, lo que podría conllevar una actuación contraria a la Legislación vigente.

42 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS INGRESOS PSIQUIÁTRICOS POR ORDEN JUDICIAL EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ROMÁN ALBERCA DESDE 2009 HASTA 2014

J.A. Albaladejo Martínez, L. Medina Garrido, J. Martínez Serrano.

Hospital Psiquiátrico Román Alberca, Murcia

El internamiento psiquiátrico por orden judicial se produce en pacientes con enfermedad mental que han cometido un delito y son declarados exentos de responsabilidad o estén incurso en un procedimiento penal. Según el código penal existen 3 tipos de internamiento por orden judicial: en un inimputable, en un procesado pendiente de juicio y en un trastorno mental sobrevenido. Se trata de un análisis descriptivo de los 55 ingresos por orden judicial efectuados en un Hospital Psiquiátrico desde el año 2009 hasta el año 2014 con los objetivos de conocer el perfil de los pacientes y revisar el protocolo de asistencia a los mismos existente en el centro.

43 - PSEUDOTAI: A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Corral Alonso⁽¹⁾, M. Gutiérrez Rodríguez⁽¹⁾, N. Bautista Carreras⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Vega Baja, ⁽²⁾Hospital Torrevieja, Alicante

Paciente de 45 años diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide de años de evolución. Inicio de los síntomas a los 15 años aunque no fue diagnosticado hasta años después.

En seguimiento irregular en USM desde 1987 hasta la actualidad tanto en la adherencia al tratamiento como en consultas.

Antecedentes de un primer ingreso en 1995, posteriormente más de 10 ingresos entre los años 2006-2013. Todos se han realizado con carácter involuntario por heteroagresividad verbal y/o física a familiares y en el último a un psiquiatra que lo entendió en el pasado, en contexto de descompensación psicótica tras abandono del tratamiento farmacológico (tanto oral como inyectable) y de las consultas de seguimiento.

De su historia biográfica destaca: soltero, estudió graduado social. Vive con los padres y una hermana, la convivencia es difícil, manteniéndose aislado de la familia. Son frecuentes las conductas agresivas.

A la exploración, aspecto descuidado y desaseado, vestuario sucio, inquietud psicomotriz, actitud suspicaz y desconfiada, discurso con tendencia a la disgregación, verborreico, centrado en problemas físicos y efectos secundarios de la medicación, ideas delirantes de referencia y perjuicio (incluyen familiares y al psiquiatra), nula conciencia de enfermedad.

Se ha insistido a la familia en la necesidad de iniciar un proceso de incapacitación para ingreso en CEEM pero hasta la actualidad han mostrado una actitud pasiva y ambivalente.

Por lo comentado se propone, tras comunicación a Fiscalía mediante escrito, la aplicación de un TAI y/o el inicio de un proceso de incapacitación.

En los últimos meses, dado que el paciente se niega en rotundo a que el enfermero entre en su casa para aplicar el tratamiento inyectable habitual, acude de forma regular al CSM generándose una situación de presión social que asegura el tratamiento (pseudoTAI).



MURCIA

22-24 Octubre 2015

Sede: Hotel Nelva

INFORMACIÓN GENERAL

SEDE DEL CONGRESO

HOTEL NELVA

C/Avenida Primero de Mayo , 5
30006 Murcia

SECRETARÍA TÉCNICA

GRUPO **PACIFICO**

The power of meeting

Paseo del General Martínez Campos, 44 – 1º
28010 Madrid (España)
Tel: 91.383.60.00 / Fax: 91.302.39.26
psiquiatrallegal2015@pacifico-meetings.com

Horario de Secretaría:

Jueves 22 de octubre: de 08:30 a 14:00 hrs y de 15:30 a 19:00 hrs

Viernes 23 de octubre: de 08:30 a 14:00 hrs y de 15:30 a 19:00 hrs

Sábado 24 de octubre: de 09:00 a 13:30 hrs

ACREDITACIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA

Se han solicitado créditos de Formación Continuada para el programa científico, habiendo sido concedidos un total de **2,3 créditos**.

Aquellos doctores interesados en obtener créditos concedidos deberán, rellenar y entregar en la secretaría el cuestionario de calidad que se entrega en la sala, además de asistir un mínimo del 90% del total de tiempo del programa.

CERTIFICADOS DE ASISTENCIA

A todos los inscritos se les entregará, junto con la documentación, un certificado de asistencia.

CERTIFICADOS DE COMUNICACIONES

Los certificados de haber presentado una comunicación, ya sea en formato oral o póster, estarán disponibles para su descarga on-line una vez finalizado el congreso. Recibirán un correo con las instrucciones para la descarga al e-mail del autor principal tras el congreso.

COMUNICACIONES

Orales:

El tiempo de presentación de las comunicaciones orales es de 8 minutos, seguidos de 2 minutos de discusión. Para poder presentar su comunicación el autor deberá estar inscrito en el Congreso.

Tendrá a su disposición un proyector y ordenador para su presentación en Power Point que deberá entregar previamente en la sala de "Entrega de audiovisuales".

Póster:

Los pósteres deben ser expuestos el día que le ha sido confirmado en los paneles físicos que estarán señalados de forma clara con el número de identificación del póster. Debe colocarse antes del día 23 de octubre a las 10:00 hrs y retirarse el día 24 de octubre entre las 13:00 y las 14:00 hrs. Para poder presentar su póster el autor deberá estar inscrito en el Congreso.

Los pósteres que no hayan sido retirados después de las 14:00 hrs no se guardarán.

El autor deberá estar junto a su panel de póster el día de su presentación a la hora que se le haya confirmado previamente, para la presentación del mismo.

DOCUMENTACIÓN

La retirada de documentación se efectuará en horario de secretaría. La documentación se entregará exclusivamente al titular de la misma en la Secretaría Técnica.

ENTREGA DE PRESENTACIONES CIENTÍFICAS

Las presentaciones científicas así como las presentaciones de las comunicaciones orales deben ser entregadas directamente en la sala, en CD o memoria USB al técnico.

Es preciso que haga la entrega de la misma al técnico con una antelación mínima de 2 horas antes del inicio de su sesión o el día anterior si su sesión empieza antes de las 10:00 de la mañana.

Las presentaciones de Power Point que incluyan video deben incluir también el software correspondiente para su visualización dinámica. Por favor informe al técnico en el momento de su carga y compruebe que se visualiza correctamente.

IDENTIFICACIÓN

No estará permitido el acceso al congreso a ninguna persona sin acreditación una vez comenzado el congreso. Se solicitará la acreditación a todos los asistentes. Si algún inscrito no lleva consigo dicha acreditación y desea acceder, deberá solicitar una nueva en la Secretaría Técnica.



MURCIA

22-24 Octubre 2015

Sede: Hotel Nelva

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99 de 13 de diciembre, le comunicamos que sus datos serán objeto de tratamiento en el fichero responsabilidad de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, para finalidades de promoción relacionadas con este congreso. La cumplimentación del formulario de inscripción implica la autorización a la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y a Grupo Pacífico S.A, para usar los datos personales facilitados con la finalidad antes citada. Podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación y cancelación, en su caso, en nuestras oficinas.

RESTAURACIÓN

- **Cafés:**

Los cafés se servirán en el hall de entrada área de la exposición, a las horas señaladas en el programa.

- **Almuerzo:**

Se servirá en el hall de entrada área de la exposición, a las horas señaladas en el programa.

- **Cóctel de bienvenida: jueves 22 de octubre a las 19:00 horas**

El cóctel de bienvenida tendrá lugar, tan pronto como termine el Acto Inaugural. Todos los congresistas tienen libre acceso.

- **Cena de Clausura: viernes 23 de octubre a las 21:30 horas**

La cena de clausura tendrá lugar en el Casino de Murcia.

Para asistir a esta cena es imprescindible haber confirmado su participación al inscribirse y canjear el ticket que encontrará con su documentación en la Secretaría del Congreso antes de las 18:00 horas del jueves 22 de octubre, por la invitación oficial correspondiente.

Existirá la posibilidad de comprar tickets para la cena de clausura hasta las 18:00 hrs del día 22 (siempre que haya plazas disponibles).

Habrà servicio de autocares para asistir a la cena. Para más información consulte el panel junto a la Secretaría Técnica del congreso.

TELÉFONOS MÓVILES

Se ruega a los asistentes mantengan sus teléfonos móviles en silencio dentro de las salas, así como durante la sesión de pósteres en el área correspondiente

ORGANIZA



**Sociedad Española
de Psiquiatría Legal**

www.psiquiatrallegal.org

SECRETARÍA TÉCNICA



The power of meeting

GRUPO PACÍFICO

Paseo del General Martínez Campos, 44 – 1º
28010 Madrid

Tel: 91.383.60.00 / Fax: 91.302.39.26
psiquiatrallegal2015@pacifico-meetings.com

www.psiquiatrallegal2015.org